

Wir laden Chef- und Oberärzt\*innen ein zu einer Symposium der Arbeitsgruppe *Ökonomisierung* der Akademie für Ethik in der Medizin und der Marburger Gesellschaft für Ethik und Medizin am 30. November 2019 in Marburg:

### **Wie wär`s mit Widerstand? – Ärztliche Handlungsoptionen gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens.**

Der auf bloße Kosteneffizienz reduzierte Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern mißdeutet den wahren Bedarf, entwertet das professionelle ärztliche Urteil, macht die personale Interaktion zur Ware und stellt das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs in Frage. Die Arbeitsbedingungen für Ärzte an Krankenhäusern sind deshalb so prekär geworden, dass Stellen in erheblichem Umfang nicht besetzt werden können. Das gilt ebenso für die Chefarzt- wie für die Mitarbeiter-Ebene. Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens wird zur Deprofessionalisierung der helfenden Berufe. Die Kommerzialisierung, neuerdings im Zeichen der „Gesundheitswirtschaft“ propagiert, hat mit vernünftigen, ressourcenschonenden Haushalten nichts mehr zu tun. Was können Ärzte tun, um die Kommerzialisierung im Gesundheitswesen zu stoppen? Wir sehen mindestens fünf Handlungsoptionen:

1. Kommerzialisierung im Krankenhaus beruht auf Entscheidungen des Bundesgesetzgebers. Deshalb sollte man eigentlich Widerstand der ärztlichen Standespolitik auf Bundesebene erwarten. Tatsächlich erhebt die **Bundesärztekammer** in ihrem Positionspapier vom 26.05.2019 auch einige Forderungen, gibt aber weder den eigenen Kollegen noch der Politik begründete Ratschläge. Kommerzialisierung realisiert sich über das Vergütungssystem der DRGs. Die BÄK fordert zwar eine Korrektur dieses Systems, versteckt diese zentrale Forderung unter acht anderen und verfehlt somit das Hauptproblem. Außerdem sind die Handlungsmöglichkeiten der BÄK beschränkt. Nicht sie, sondern die Landesärztekammern bilden die rechtliche Vertretung der Ärzteschaft. Die kammer-spezifische Aufsichtsfunktion kann nur regional, nicht zentral wahrgenommen werden. Um z.B. manipulierte Transplantationen, professionswidrige Chefarztverträge und Begehrlichkeiten bei den Röntgenkontrastmitteln berufsintern zu verhindern, müssten 16 Landesärztekammern einheitlich und gemeinsam auftreten, was ebenso unwahrscheinlich ist wie eine gemeinsame Initiative an den Gesetzgeber.

2. **Kammerversammlungen** sind defacto nicht nach politischen Fraktionen, sondern ständisch nach Sektoren wie hausärztlich, ambulant, fachärztlich, stationär gegliedert. Diese Organisationsform begünstigt zwar den Interessenausgleich zwischen den Gruppen, steht aber der Diskussion gruppenübergreifender Probleme entgegen. Die bedrohte ärztliche Professionalität, ein Problem, das den ärztlichen Beruf und die Gesellschaft in besonderer Weise gemeinsam betrifft, bleibt so unberücksichtigt. Arztgruppen übergreifende Initiativen sind derzeit nirgends mehrheitsfähig. Das müsste aber mindestens in einer Mehrheit der sechzehn Kammern realisiert sein, um politisch wirksam zu werden. Mit einer Mobilisierung gegen Kommerzialisierungstendenzen ist also vorläufig nicht zu rechnen.

3. Der Zwang zur bloßen Kosteneffizienz erzeugt Trends zur Über- wie auch zur Unterversorgung. Er widerspricht dem wohlverstandenen Interesse sowohl von Patienten wie von Beitragszahlern. Es gibt deshalb Vorschläge, die **Öffentlichkeit** zu mobilisieren. Die Unübersichtlichkeit der Verhältnisse würde dann dazu zwingen, den Widerspruch öffentlichkeitswirksam darzustellen, also zu „skandalisieren“. Dabei wäre aber mit Vertrauensverlusten gegenüber der Ärzteschaft auch dort zu rechnen, wo Vertrauensverhältnisse noch möglich sind. Außerdem ist nicht zu sehen, wie eine Forderungen stellende Öffentlichkeitsbewegung zum Erfolg geführt werden könnte. Denn die politisch vorgegebene Ausrichtung an der bloßen Kosteneffizienz müsste durch die Ausrichtung am tatsächlichen Bedarf ersetzt werden. Eine seriöse Abschätzung des wirklichen Versorgungsbedarfs ist aber ohne die aktive Mitwirkung der Ärzteschaft unmöglich.

4. Für ein eigenes kommerzialisierungskritisches Handeln von Ärzten außerhalb der Grenzen der Standespolitik gibt es ein Beispiel, den „Klinik Codex Medizin vor Ökonomie“ der **Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin**. Hier äußert sich nicht bloß eine Fraktion im Sinne eines parlamentarischen Gremiums oder im Sinne einer innerärztlichen Interessengruppe. Die Gemeinsamkeit besteht in der Zugehörigkeit zu einem – und zwar dem größten – medizinischen Fach. Im Klinik Codex der DGIM wird zur Geltung gebracht, wie sehr viele Krankenhausärzte ihre jetzige Berufssituation erleben. Der Kodex bringt den Konflikt von ärztlicher Professionalität und Kommerzialisierung medizinöffentlich auf den Punkt. Doch ähnlich wie die allgemeine Öffentlichkeit vermag auch die DGIM nicht, über Appelle hinausgehen, und erfährt vermutlich deshalb bislang nur verhaltenen Zuspruch.

5. Ärzte besitzen die unwidersprochene Kompetenz, Diagnosen und Indikationen zu stellen. Damit entscheiden sie auch über die Kosten. Sie sind die Einzigen, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf beurteilen können. Daher fragen einige klarblickende Ökonomen und Krankenhausmanager, warum die **leitenden Ärzte** ihre exklusive Verfügungsmacht nicht nutzen, um die schädliche Kommerzialisierung, die sie doch beklagen, zurückzudrängen. Wir sehen den Hauptgrund für diesen erstaunlichen Mangel an Widerstand darin, dass die leitenden Ärzte das Patienteninteresse nicht gemeinsam vertreten und in der Konkurrenz der Abteilungen um Personalstellen, Sachmittel und Privateinnahmen von Nichtmedizinem gegeneinander ausgespielt werden können.

**Zusammenfassend.** Die Standespolitik (Ziffern 1 und 2) ist durch ihre strukturellen Probleme daran gehindert, wirksam gegen die Kommerzialisierung und ihre schädlichen Folgen vorzugehen. Die allgemeine Öffentlichkeit zu mobilisieren (Ziffer 3) ist wegen des möglichen Verlusts von Vertrauen in die Ärzteschaft möglicherweise kontraproduktiv. Die Initiative der DGIM (Ziffer 4) kann zwar meinungsbildend wirken, hat aber darüber hinaus kein wirksames Werkzeug und keine Handlungsstrategie. Bei allen Vieren kann man also kaum von einer realen Handlungsoption zur Begrenzung der Kommerzialisierung sprechen.

**Fazit.** Anders bei den leitenden Ärzten (Ziffer 5). Ihr Urteil über den tatsächlichen Behandlungsbedarf, verbunden mit ihrer unbezweifelbaren, exklusiven Kompetenz, Diagnosen und Indikationen zu stellen und damit relevante Kostenentscheidungen zu treffen, verschafft ihnen prinzipiell eine Verfügungsmacht, die kaum zu kontern wäre, wenn sie sie koordiniert und organisiert nutzen würden. Sie könnten, wenn sie wollten, alle Anreize ignorieren, die dazu anhalten, den Vorrang des Patienteninteresses zu relativieren. Der organisierte Widerstand der leitenden Ärzte wäre besonders glaubwürdig; er wäre zudem in Einklang mit dem Interesse ihrer Mitarbeiter an patientenbezogener, guter ärztlicher Arbeit. Freilich wären auch hier erhebliche Hürden zu überwinden. Konkurrenzprobleme zwischen den Abteilungen müssten verbindlich zwischen den Abteilungsleitern selbst geklärt werden, sie müssten gegenüber ihren Geschäftsführungen gemeinsam und einheitlich auftreten, die Abteilungsleiter-Solidarität müsste für mehrere Krankenhäuser gelten (u.U. einen Landeskrankenhausverband) und die einzelnen Fachvertreter müssten im Einklang mit ihren fachspezifischen Standards handeln. – Wäre dies also eine Option, die zu unterstützen Sinn macht? Diese Frage steht im Mittelpunkt unseres Symposiums.

*Zeit: Samstag, 30. November 2019, 11-17 Uhr. Ort: Marburg, Seminarräume des Elisabeth-Hospizes, Cappeler Straße 90 A. **Anmeldung erforderlich bis 11.11.2019** unter E-mail: heubelfr@staff.uni-marburg.de. Kostenbeitrag 25 Euro. Impulsreferate sind geplant u.a. zu Erfahrungen mit Kooperation zwischen Abteilungen, zum Leitenden Arzt als „Führungskraft“ und zu Ethik und Professionalität. Weitere Informationen werden Mitte November verschickt. – Die Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung durch die Landesärztekammer Hessen ist beantragt.*