

71. Bayerischer Ärztetag in Augsburg

Eröffnungsveranstaltung

Statement von
Dr. Max Kaplan
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Industrialisierung der Medizin

Zunächst darf ich mich bei unseren Gästen, dem Bayerischen Gesundheitsminister, Dr. Marcel Huber, dem Augsburger Oberbürgermeister, Dr. Kurt Gribl, bei unseren Podiumsgästen Professor Dr. Georg Marckmann und Dr. Michael Philippi für die Grußworte bzw. die engagierten Diskussionsbeiträge bedanken. Sie haben diesen Abend interessant, kurzweilig und pointiert gestaltet. Dieses Kompliment geht auch an die Adresse der Moderatorin, Ursula Heller vom „Bayerischen Rundfunk“, die durch ihre charmante und professionelle Art hier Leben in den Goldenen Saal brachte. Besonderer Dank gilt natürlich Ihnen allen, die Sie ein engagiertes und interessiertes Publikum waren. Nicht vergessen möchte ich die Musiker, die uns hervorragend musikalisch eingestimmt und begleitet haben.

Kaum ein Begriff ist in der Debatte um aktuelle Tendenzen in der Medizin und im deutschen Gesundheitswesen in den vergangenen Monaten so oft gefallen, wie der der Industrialisierung bzw. Ökonomisierung der Medizin. Von der Industrialisierung wird erwartet, dass sie einerseits zu mehr Effizienz und Kosteneinsparung führt und andererseits sind damit aber auch Begriffe wie Fließband- und Akkordarbeit, Stückkosten oder Massenproduktion verbunden, durchaus vergleichbar mit DRG, Case-Mix-Punkten und Fallzahlsteigerung. Näheres Hinsehen zeigt, wie vielfältig Ökonomie und damit auch die Industrialisierung in die Medizin bereits eingezogen ist – beispielsweise im Verhältnis:

- » zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Versicherten (Disease-Management-Programme – DMP als Einnahmequelle, Wahltarife, Bonuszahlungen),
- » zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den gesetzlichen Krankenkassen bzw. den privaten Krankenversicherungen (Rabattverträge, DMP, Managed-Care),
- » zwischen den stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten und ihren Krankenhaus-Arbeitgebern (Boni-Verträge, Zielvereinbarungen,

DRG, Case-Mix-Punkte, Optimierung der Kodierung und Fallzahlen),

- » zwischen den Ärztinnen und Ärzten und ihren Patienten (DMP, Rabattverträge, Praxisgebühr, bestimmte IGeL).

Berufsbild

Hier stellt sich die Frage, inwieweit lässt sich die Industrialisierung mit dem Berufsbild des Arztes einerseits und dem solidarischen System der Gesetzlichen Krankenversicherung andererseits überhaupt vereinbaren? Es ist unumstritten, dass wirtschaftliche Überlegungen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten eine Rolle spielen und zu berücksichtigen sind. Diese sind auch gesetzlich vorgeschrieben, lautet doch § 12 des Sozialgesetzbuches V (SGB V): „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. ¹ Effizienz- und Qualitätsverbesserungen können und müssen zu Recht von uns Ärztinnen und Ärzten erwartet werden und Solidarität ist keine Einbahnstraße! Ob diese Ziele jedoch durch die mit der Implementierung von Konzepten und Anreizmechanismen aus der Industrie erreicht werden können ist zu hinterfragen oder ob gerade dadurch spürbare Nachteile bei der flächendeckenden Versorgung und Fehlanreize entstehen. Eine Rückbesinnung auf ethische Aspekte und Ideale ist dringend geboten. Denn eines ist klar: Die Medizin muss die Ökonomie berücksichtigen, aber die Ökonomie darf nie die Medizin dominieren.

Wer krank ist, wünscht sich eine ärztliche Versorgung auf Spitzenniveau und eine individuell ausgerichtete Fürsorge. Doch die Heilkunde wird immer stärker der Wirtschaft unterworfen, Krankenhäuser drohen zu Heilungsfabriken zu werden, Praxen zu Wirtschaftsunternehmen und Patienten zu Kunden. „Organisiert wie ein Industrieunternehmen werden Krankheiten zur Ware, Ärzte zu (Leistungs-)Anbietern und Patienten zu abgerechneten Fällen“, bemängelte jüngst die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ². Es sind Alarmrufe, die viele Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und weitere Beschäftigte im Gesundheitswesen abgeben und aus ihnen spricht mindestens so viel Ärger wie Empö-

rung. Im *New England Journal of Medicine* ³ wurde erst kürzlich beklagt, die Heilkunde unterwerfe sich immer stärker der Ökonomie. Ein Themenblock des 11. Europäischen Gesundheitskongresses ⁴, der soeben in München stattfand, lautete zum Beispiel: „Produktivitätssteigerungen durch strategischen Einkauf und leistungsstarke Partnerschaften“. Weitere Beispiele finden sich landauf landab, tagtäglich. Ist das bereits der Ausverkauf des „Arztseins“ und die Merkantilisierung des Arztberufs?

Vertrauensverhältnis

Ärzte und renommierte Medizinethiker warnen vor „Ärztlicher Hilfe als Geschäftsmodell“. ⁵ Sie warnen davor, dass unser Alltag mehr und mehr den Fertigungsprozessen in der Industrie angepasst werden soll. Auf das Entscheidende, das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis wirkt sich das unweigerlich aus. Diese individuelle Beziehung wird in die Begrifflichkeit von Geschäftskontakten überführt. Standardisierte Verfahren und eine ausschließlich leitliniengerechte Versorgung berücksichtigen das Individuum Patient zu wenig. Die Fremdbestimmung der ambulanten Medizin durch Vorgaben der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD) oder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nimmt kontinuierlich zu. Und sprechen wir über die stationäre Versorgung, so geht es faktisch nur noch um den Case-Mix-Index und die Steigerung der Case-Mix-Punkte der einzelnen Abteilungen, des ganzen Krankenhauses, um Berücksichtigung der DRG und Fallzahlen. Personalkosten sind in Kliniken und Praxen ökonomische Parameter, Begriffe wie „Personalschlüssel“ oder „Personenmannjahre“ Usus. Mit dem Erleben und Befinden unserer Patientinnen und Patienten hat das alles nichts mehr zu tun. Wo der Patient zum Kunden wird, der Ware kauft, mu-tiert der Arzt zum Verkäufer!

¹ www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_12.html

² *Südwestpresse*, S.2

³ *Bd. 365*, S. 1372, 2011

⁴ www.gesundheitskongress.de

⁵ *Dtsch Ärztebl* 2012; 109(16): A 804-7. Professor Dr. med. Giovanni Maio M.A. (phil.), Lehrstuhl für Medizinethik, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, maio@ethik.uni-freiburg.de

Mitgefühl

Die wichtigen psychologischen, spirituellen und humanistischen Aspekte der vertrauensvollen Beziehung zum Patienten, Altruismus und Mitgefühl oder Empathie drohen darüber verloren zu gehen – dabei haben sie den Arztberuf für viele von uns doch erst zu einer Berufung gemacht. Beliebigkeit und Austauschbarkeit der Versorgung sind Kennzeichen dieser neuen Welt.

Wird die Ethik auf den Euro reduziert, bleibt nur noch die Karikatur einer Arzt-Patienten-Beziehung übrig! Die zahlreichen Fehlanreize, die das System heute setzt, wie Boni-Verträge, Zielvereinbarungen, merkantil ausgerichtete Anwendungsstudien oder die Optimierung der Verschlüsselung von Krankheiten usw. geben ein trauriges Zeugnis davon ab. Daher dürfen wir Ärztinnen und Ärzte die Realisierung der Medizin nicht der Ökonomie überlassen, sondern müssen darum kämpfen und werben, dass

Medizin nicht zum Gewerbe herabgestuft wird, sondern eine soziale Form der Zuwendung bleibt! Ökonomisierung meint Ausbreitung des Marktes auf Bereiche, in denen Ökonomie bisher keine Rolle gespielt hat. Hier ist zu fordern: Humanisierung statt Industrialisierung!

Und als Neustes: Zertifikatehandel mit Case-Mix-Punkten oder Operations-Zertifikate für Krankenhausoperationen stellen bereits einen Auswuchs der Ökonomisierung des Gesundheitssystems dar. Ein Handel mit Zertifikaten, ähnlich dem Emissionshandel mit CO₂-Zertifikaten, würde Kliniken Geld einbringen, ohne etwas geleistet zu haben. Andere Kliniken müssten wiederum sich dann das Recht erkaufen, Patienten mit einer Operation zu helfen ⁶. Wie weit sind wir gekommen?

Unser Gesundheitssystem und unsere Profession haben nur eine Chance, wenn wir Ärztinnen und Ärzte dem Patientenwohl verpflichtet, die Humanität, das Heilen und Helfen mit

all unserer Empathie und unseren Altruismus weit über die Ökonomie stellen. Wir müssen uns dabei der Ökonomie bedienen, diese darf aber nie und nimmer unser ärztliches Handeln vereinnahmen. Es gilt jetzt dem, leider bereits fortgeschrittenen Trend, Einhalt zu gebieten, ja ihn umzukehren.

Den ersten Aufschlag haben wir mit dieser Eröffnungsdiskussion des diesjährigen Bayerischen Ärztetages gemacht. Die Debatte müssen wir weiterführen.

Der 71. Bayerische Ärztetag ist eröffnet!

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

⁶ Montgomery: „OP-Zertifikate sind pervers“, 1.8.2012, www.bundesaeztekammer.de