

Über die Gefahren des Geldes



Der niedergelassene Kollege, der am Tag bis zu Hundert Patienten behandelt oder der stationär tätige Arzt, der unter fabrikartigen Bedingungen in der Klinik arbeitet, erwartet berechtigterweise eine gute Bezahlung. Ganz zu schweigen von den Kollegen, die im Rahmen komplizierter invasiver Eingriffe nervliche Anspannungen aushalten, von denen sich ein Laie oft keine Vorstellung macht. Trotzdem gibt es den Moment, an dem sich das allzu starke Streben nach dem Geld nicht nur negativ auf das Ansehen der Ärzte auswirkt, sondern auch zur Gefahr für Patienten und zur Erosion der innerärztlichen Solidarität führt.

So hat die Bundesärztekammer in den letzten Monaten die Praxis der Bonuszahlung im Rahmen von Chefärzterverträgen gerügt. Zwar gab es für Chefärzte schon immer die Möglichkeit des Zuverdienens durch eine Behandlung von Wahlleistungspatienten mit der Gefahr von Fehlentwicklungen, wie der ausschließlichen Behandlung von Privatpatienten. Doch die Bonuszahlung für das Erreichen bestimmter Case-Mix-Punkte oder für ein positives Betriebsergebnis birgt ganz andere Probleme. Wie wird sich ein Chefarzt eines peripheren, zu einem großen privaten Konzern gehörigen Krankenhauses verhalten, wenn er einen Patienten, den er nicht selbst behandeln kann, weitervermitteln muss. Sollte er per Bonuszahlung am Konzernergebnis

beteiligt sein, besteht die berechnete Gefahr, dass er ihn nicht – wie es üblich wäre – in das nächstgelegene Krankenhaus der Maximalversorgung schickt, sondern in ein Klinikum des gleichen Konzerns, das aber unter Umständen meilenweit vom Wohnort des Patienten entfernt ist? Wie verhält sich der Chefarzt, dessen variabler Gehaltsanteil von den erreichten Case-Mix-Punkten abhängt? Wird dieser gar in Überschätzung der eigenen Möglichkeiten einmal mehr einen Patienten selbst behandeln, der in einer anderen Einrichtung evtl. eine bessere Therapie erhielte? Hier sind Gefahren für den Patienten zumindest nicht auszuschließen. Die durch derartige Bonuszahlungen vermittelte Grundeinstellung trägt letztendlich dazu bei, dass sich die Kliniken untereinander als in Konkurrenz stehende Wirtschaftseinheiten betrachten und nicht mehr als kooperierende Einrichtungen. Lediglich Bonuszahlungen für Zielvereinbarungen, die zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen, wie zum Beispiel die Einführung neuer Behandlungs- oder Untersuchungsmethoden, wären aus unserer Sicht ethisch-moralisch vertretbar.

Doch es sind auch andere Auswüchse der Geldakquise entstanden. So zum Beispiel das zwar relativ harmlose, allerdings das Ansehen der Ärzteschaft in der Bevölkerung schädigende Phänomen des zu offensiven Anbietens von IGELE-Leistungen. Auch die hohen Gehaltssteigerungen, die sich die Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung genehmigten und die sogar den Bundesgesundheitsminister zum Eingreifen nötigten, dürften dem Ansehen der Ärzteschaft nicht genützt haben. Gefährlicher für den Patienten ist jedoch der Drang zur „Mengenausweitung“ bestimmter ärztlicher Leistungen. Eine budgetfreie Bezahlung ambulanter Operationen oder die Honorarzahlung nach „Stückmenge“ führen zu einer maximalen und nicht mehr zu einer optimalen Behandlung von Patienten. So werden in Deutschland etwa dreimal soviel prothetische Eingriffe an Hüft- und Kniegelenken pro 100.000 Patienten

durchgeführt wie dies beispielsweise in Skandinavien der Fall ist. Vor diesem Hintergrund sollte sich jeder Arzt immer wieder selbst dazu ermahnen, bei der Auswahl einer Therapie in erster Linie das Wohl des Patienten und erst in zweiter Linie die eigene Brieftasche in Betracht zu ziehen. Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sollten juristisch einwandfrei und vordergründig zum Nutzen für den Patienten sein.

Leider häufen sich zwischen den verschiedenen Ärzten bzw. Arztgruppen Auseinandersetzungen, deren Ursache in einem vermeintlichen Abgraben von Verdienstmöglichkeiten besteht. Die Palette reicht dabei von einem argwöhnischen gegenseitigen Beobachten, über sich häufende Widerspruchsverfahren innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung bis zu Klagen zwischen niedergelassenen Kollegen, Kliniken oder Medizinischen Versorgungszentren vor dem Sozialgericht. „Teile und herrsche“ ist ein Prinzip, das Politiker sehr gut verstehen, und es fällt ihnen offensichtlich leicht, durch ein künstliches Anfachen eines „Wettbewerbs“ die Solidarität der Ärzteschaft nachhaltig zu torpedieren.

Diese Beispiele mögen reichen, um aufzuzeigen, dass die Lust am Geldverdienen nicht die erste Priorität des ärztlichen Handelns sein sollte. Da nicht mehr Geld ins System hereinkommen wird, sollte das Hauptaugenmerk auf einer ausgeglichenen und gerechten Verteilung liegen. Nichtsdestotrotz haben die Ärzte ein Anrecht auf ein gutes, überdurchschnittliches Entgelt, schließlich führen sie auch eine überdurchschnittlich verantwortungsvolle Tätigkeit aus. Dies muss den entsprechenden Entscheidungsträgern auch immer wieder klar gemacht werden, allerdings nicht in marktschreierischer Art und Weise oder durch halbseidene Methoden, sondern durch zähe Verhandlungen, die diskret und mit klaren Argumenten geführt werden.

Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken
(unter Mitarbeit von Dr. med. Dietrich Steiniger)
Vorstandsmitglieder