

Ökonomisierung in der Medizin

Unter der Überschrift „Ökonomie schlägt Medizin“ hatte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, sowie das Vorstandsmitglied, Dr. med. Steffen Liebscher, im Heft 9/2012 die Leser des „Ärzteblatt Sachsen“ dazu aufgerufen, Beispiele für Fehlsteuerungen in der Medizin durch Ökonomisierung sowie Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit anonym zu benennen. Es gab auf diesen Aufruf nur wenige, dafür aber sehr eindrückliche Zuschriften von Unfall- und Handchirurgen, Allgemeinmedizinern, Psychotherapeuten, Orthopäden, Mikrobiologen und Frauenärzten. Darin wurden insbesondere der rasante Wertewandel, der Versuch einer Gesundheitsplanwirtschaft im System einer sozialen Marktwirtschaft, die Bürokratie – „Dokumentations- und Zertifizierungs-Unwesen“, „Überfluss an Akten und Festplatten“ – sowie der Hang zu Maßlosigkeit und Maßstablosigkeit kritisiert. Knappe Budgets brächten Ärzte heute an die Grenzen der Zumutbarkeit. Oft bliebe keine Zeit für die eigentliche Arbeit, kein Raum für Eigenverantwortlichkeit. „Der gesunde Menschenverstand tritt zurück.“ Es erfolge keine individuelle fürsorgliche, patientenorientierte Behandlung mehr. Die Bürokratisierung des Arztberufs führe zur enormen Einengung des geistigen Horizonts.

Kulturverlust

Ein auf Wettbewerb ausgerichtetes System mache aus hilfsbedürftigen Menschen Kunden und Profitquelle, schreiben die Ärzte. Dabei gäbe es im Hippokratischen Eid und Ärztegelöbnis kein Hinweis auf die Ökonomie. Die anstehenden Probleme würden aber mit Methoden der Marktwirtschaft in Form von Verordnung zur Senkung der Arzneimittelkosten, Rabattverträgen, Zuzahlungsgebühren-Befreiung, Budgetierung und Regressverfahren geregelt.

Das „Diktat der Ökonomie“ gelte damit auch bei der Rezeptausstellung: Die Feststellung der Kosten des zu rezeptierenden Medikaments erfordere ein Vielfaches an Zeit der Indikationsfindung. Die Manager und Verwaltungsdirektoren im Gesundheitswesen seien nicht mehr vom Menschsein geprägt, keine Zuwendung, keine Anteilnahme und keine Zeit für Kranke.

Verlust des Vertrauensverhältnisses

Die Ökonomisierung zerstöre das Vorschussvertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. Die Politiker seien taub. Vermeintliche Interessenvertreter entpuppen sich als Facharztbekämpfer. Früher habe es auch eine kollegialere Zusammenarbeit gegeben, man unterstützte sich bei Fragen der Abrechnung und der Vertretung. Bei Behandlungen von Kollegen berechne man nur die technischen Ausgaben.

Privatisierung von Krankenhäusern

Die Privatisierung von Krankenhäusern wurde ebenfalls kritisiert. Als Beispiel wurde eine Stadt in Ostachsen aufgeführt, die 49 Prozent ihrer Anteile an einer Klinik an einen Konzern veräußert habe. Seitdem vollziehe sich ein deutlicher Wandel zur Ökonomisierung. Der Einkaufsverbund des privaten Trägers habe die zur Verfügung stehenden Gerätschaften auf nur wenige Anbieter eingeschränkt, dadurch stünden in vielen Bereichen die qualitativ hochwertigen Geräte nicht mehr zur Verfügung (OP-Kleidung, Abdecktücher, spezielle Katheter und Sonden, Klammernahtgeräte). Und urplötzlich sind drei Kollegen zu viel. Grundlage dieser Feststellung seien „imaginäre“ INEK-Zahlen.

Bei zunehmenden Fallzahlen (bei allerdings exakter Indikationsstellung) wüssten Ärzte kaum noch, wie sie Routinearbeiten schaffen sollen. Dennoch werde das Aufgabenspektrum durch den verstärkten Einsatz der Mitarbeiter in der Rettungsstelle erweitert. In anderen Kliniken würden frei werdende Stellen nicht oder nicht zeitnah nachbesetzt, sodass es insgesamt zu einer enormen Arbeitsverdichtung komme.

Die Versorgung stationärer Patienten würde deutlich beeinträchtigt, zumal manche Stationen zeitweise ohne ärztliche Betreuung auskommen müssten. Durch den Abzug von Ärzten aus der klinikspezifischen Arbeit sei die qualitativ hochwertige Versor-

gung gefährdet. Es gäbe harte Kämpfe im OP um die (zu) knapp bemessenen Kapazitäten. Die Verkürzung der postoperativen Liegedauer in den Kliniken würde nicht kritisch hinterfragt, sondern noch weitergehende „Effektivitätsmaßnahmen“ ergriffen. Für die Ausbildung der jungen Kollegen bliebe kaum noch Zeit. Die Diskussionen zur Nachwuchsgewinnung, besseren Arbeitszeiten und Vereinbarkeit von Beruf und Familie scheinen an dieser Klinik vorbei zu gehen.

Onkologie

In der onkologischen Versorgung würde ignoriert, dass es sich um schwerkranke Patienten handelt,

nicht um handelnde Kunden oder Unternehmer. Dieses Modell sei ebenfalls ausschließlich auf Effektivität und ökonomischen Nutzen ausgerichtet. Die Patienten werden nicht mehr als leidende Menschen gesehen, die Hilfe suchen, sondern als Kunden, die dem finanziellen Gewinn dienen. Versorgungs- oder Fürsorgeauftrag komme nicht mehr vor.

Politische Diskussion notwendig

Der Präsident hat sich bei den Autoren ausdrücklich für die Zuschriften und die offene Meinungsäußerung bedankt. Die geschilderten Beispiele will der Präsident sowie der Vorstand als Grundlage für die weitere berufs-

und gesundheitspolitische Arbeit verwenden. Insbesondere in den Gesprächen mit Krankenhausdirektoren, den Berufsverbänden aber auch mit den Vertretern der Bundes- und Landespolitik dienen die Zuschriften als Diskussionsgrundlage.

Auf Initiative von Prof. Dr. Schulze hatten sich der 116. Deutsche Ärztetag und auch der 23. Sächsische Ärztetag mit der Ökonomisierung der Medizin ausführlich beschäftigt. Berichte dazu finden Sie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/7, 2013.