



## **12. Bayerisches Gesundheitsforum**

**Ökonomie versus Ethik – Steuerung im Gesundheitswesen auf Kosten der Versorgungsqualität?**

**Dr. Max Kaplan,  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer**

am 08. März 2013 in Andechs

*Es gilt das gesprochene Wort!*

Sehr geehrter Herr Singhammer,  
sehr geehrter Herr Prof. Ehler,  
sehr geehrte Referenten,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,

Ökonomie versus Ethik – Steuerung im Gesundheitswesen auf Kosten der Versorgungsqualität – ein brisantes Thema, das in einem Wahljahr an Aktualität gewinnt.

Hierzu stellen sich für mich folgende Fragen:

1. Hat eine Ökonomisierung oder Industrialisierung der Medizin bereits stattgefunden oder findet sie gerade statt?
2. Gefährdet diese die Qualität der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung?
3. Besteht ein Widerspruch zwischen Ökonomie und Ethik? – Hierzu haben wir ja die Fachleute bereits gehört.
4. Lassen sich die Daseins-Fürsorge und Wettbewerb unter einen Hut bringen?  
Wettbewerb um was? Preiswettbewerb bei den gesetzlichen Krankenkassen, Leistungswettbewerb, Wettbewerb um neue Versorgungsformen, um echte Präventionsangebote, Wahlmöglichkeit oder um geringe Verwaltungskosten?

Zunächst lässt sich feststellen, dass wir uns im Moment in einem medizinisch-ethisch, ökonomischen Sturm befinden, in dem die Werte, die ärztliches Handeln bestimmen, immer mehr marktwirtschaftlichen Zielen unterstellt werden, mit der Gefahr, dass die das Patienten-Arzt-Verhältnis prägenden Werte sich verändern z.B.

- vom Vertrauensverhältnis zum Vertragsverhältnis
- von der Freiheit ärztlicher Entscheidungen zum Therapieren nach Gebrauchsanweisung
- von der ärztlichen Profession zum Angestellten im Industriekomplex oder
- von der fürsorglichen Praxis zur marktförmigen Dienstleistung.

Hierbei besteht schlichtweg die Gefahr, dass die Industrialisierung der Medizin die Gesundheit unserer Bürgerinnen und Bürger bedroht.

Aber ich sehe auch eine weitere Gefahr, nämlich die, dass unsere junge Ärztegeneration von ökonomischen Grundsätzen geleitet, an die Patientenversorgung herangeführt wird. Begriffe wie Effektivität, Effizienzsteigerung, Kosten-Nutzen-Relation, Stückkosten, Personalschlüssel, Personenmannjahre, Fallpauschale, Koordinierungsoptimierung, Budgetierung, Leitlinien und Behandlungspfade dominieren über das eigentliche ärztliche Handeln, die mitfühlende Behandlung des Patienten, Werte wie Altruismus, Empathie, Mitgefühl, Wertschätzung, Zuwendung, Menschenwürde, ja einfach „Helfen“ und „Heilen“ drohen unterzugehen.

Die genaue Analyse zeigt, wie weit die Industrialisierung in die ärztliche Versorgung bereits eingezogen ist, in die Fremdbestimmung des Arztes und des Patienten-Arzt-Verhältnisses durch Dritte. Neben dem Staat sind dies die Krankenkassen und der GBA durch Definition des Leistungskatalogs der GKV, Festlegung von Qualitätskriterien, Mindestmengen und Richtlinien bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben.

Im stationären Bereich durch DRG, Verweildauer, Kodierung und dessen Optimierung, Fallzahlen und Bonusverträge.

→ je mehr Patienten „durchgeschleust“ werden, umso höher die Einnahmen.

Im ambulanten Bereich durch Rabattverträge, DMP, Vorlage von Einweisungsstatistiken und Budgetierung und Pauschalierung.

→ der beste Patient ist der, der nur alle drei Monate „auftaucht“ oder beim Chroniker, nur zwei Mal alle drei Monate.

Sicherlich müssen wir bei der Betreuung unserer Patienten wirtschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigen, diese sind ja auch gesetzlich im § 12 SGB V vorgeschrieben: „wanz“.

Doch wenn Krankenhäuser zur Heilungsfabrik und Arztpraxen zu Wirtschaftsunternehmen werden, drohen Patienten zu Kunden und abgerechneten Fällen, Ärzte zu Leistungsanbietern und Krankheiten zu Waren zu mutieren.

Wir sind auf dem besten Weg dahin, das Gesundheitswesen droht zu kippen!

## Anrede

Bei der Lösungsfindung wird es darum gehen, dass wir Ärztinnen und Ärzte es nicht zulassen dürfen, dass die Realisierung der Medizin der Ökonomie überlassen bleibt, sondern wir müssen darum kämpfen und werben, dass Medizin nicht zum Gewerbe herabgestuft wird, sondern eine soziale Form der Zuwendung bleibt! Es besteht nämlich die Gefahr, dass unter Ökonomisierung eine Ausbreitung des Marktes, des so genannten Gesundheitsmarktes, auf Bereiche stattfindet, in denen Ökonomie bisher keine Rolle gespielt hat. Deshalb ist es wichtig, dass wir dafür Sorge tragen, dass unter Berücksichtigung von medizinisch-ethischen Gesichtspunkten, die Ökonomie lediglich als Werkzeug dient, um bei einem Mangel von humanen- und finanziellen Ressourcen zu gewährleisten, dass jede Patientin und jeder Patient die notwendige ärztliche Hilfe erfährt.

Der zentrale Bereich einer jeden ärztlichen Behandlung, liegt in einem vertrauensvollen Patienten-Arzt-Verhältnis, welches zunächst frei von Einflüssen Dritter bleiben muss. Deshalb wird der Lösungsansatz zunächst darin bestehen, dass dieses Verhältnis nicht weiterhin durch eine Deprofessionalisierung unseres Arztberufes in Frage gestellt wird, sondern dass die Werte ärztlichen Handelns nämlich Empathie, Altruismus und Philanthropie wieder im Vordergrund stehen. Hierbei ist es natürlich wichtig, dass wieder die notwendige Zeit für die so genannte sprechende Medizin verbleibt, was nur möglich ist, wenn die Ärztin oder der Arzt sich wieder auf originäre ärztliche Aufgaben konzentrieren kann. Hierbei spielen Delegation, Arbeitsteilung und Kooperation in Zukunft eine ganz entscheidende Rolle ohne die Arztzentriertheit in Fragen zu stellen!

Dies bedeutet im ambulanten Bereich, dass bereits in den Arztpraxen der Teamgedanke eine größere Rolle spielt und mehr Tätigkeiten, die im Moment noch vom Arzt ausgeführt werden, an entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen delegiert werden, das beginnt bei der Durchführung bestimmter technischer Untersuchungen und geht über die Beratung der Patienten, das Case-Management bis zur Durchführung von Hausbesuchen bei chronisch Kranken. Aber auch innerhalb der Ärzteschaft muss die Kooperation stärker ausgebaut und die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen intensiviert werden. Hierfür sind neue Versorgungsmodelle notwendig, ausgehend von einer Gemeinschaftspraxis über eine Versorgerpraxis bis hin

zu einem regionalen Versorgungszentrum oder entsprechenden vernetzten Strukturen. Da wie überall auch hier die Finanzierung eine Rolle spielt, sind neue Honorarmodelle bzw. der weitere Ausbau bereits eingeführter Honorarmodelle notwendig, wie z.B. die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b alt, nach § 73 c SGB V, die Verbesserung der Attraktivität der integrierten Versorgung nach § 140 a bis d SGB V und an der Qualität orientierte Anreizsysteme im Kollektivvertragssystem.

Aber auch im stationären Bereich besteht akuter Handlungsbedarf. Es ist nun mal nicht möglich, die gesamte Honorierung im stationären Bereich durch Fallpauschalen im DRG-System abzubilden, sondern die Honorierung muss auch hier wieder die individuelle Patientenbetreuung berücksichtigen. Deshalb ist die Intension der Einführung von Tagespauschalen in den P-Fächern im Rahmen des PsychEntgelt-Gesetzes absolut kontraproduktiv. Gerade in der jetzt zu Tage getretenen Problematik in der Transplantationsmedizin wurde wieder deutlich, dass auch hier eine Honorierung nach Fallpauschalen nicht im Sinne einer qualifizierten Patientenversorgung ist, ebenso sind entsprechende Zielvereinbarungen in den Chefarztverträgen nicht am Patientenwohl ausgerichtet.

Wir stehen grundsätzlich zum Wettbewerb um Qualität in der ärztlichen Versorgung, wenn hierunter nicht allein der Ökonomie das Wort geredet wird. Zielvereinbarungen müssen dazu dienen, Qualitätsstandards zu definieren, das Risk-Management weiter auszubauen und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Arzt im Krankenhaus im Sinne einer Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und der Patientenzufriedenheit auszubauen. Es hat sich gezeigt, dass ausschließlich ökonomische Anreize fatal sind.

Letztendlich wird auch die Finanzierung des Gesundheitssystems bei der Bewältigung der vor uns stehenden Aufgaben eine Rolle spielen. Der Deutsche Ärztetag hat sich letztes Jahr für die Beibehaltung des dualen Systems gerade deshalb ausgesprochen, um eine Zwei-Klassen-Medizin zu verhindern, hat aber einen Sanierungsbedarf sowohl bei der GKV als bei der PKV festgestellt. In der GKV muss es wieder möglich sein, dass die Krankenkassenbeiträge durch die einzelnen Kassen festgelegt werden, um hier einen fairen Wettbewerb zu gewährleisten, andererseits aber müssen auch unsere Versicherten mehr Möglichkeit zur Selbstbestimmung

haben. Ein weiteres großes Problem ist hier die Nachhaltigkeit im Sinne einer Generationengerechtigkeit. Bei der PKV ist es notwendig, ein Mindestleistungsspektrum festzulegen, die einzelnen Tarife fair zu gestalten und die Portabilität der Altersrückstellungen zu ermöglichen.

Zur Bewältigung all der Herausforderungen die vor uns stehen, halte ich es für notwendig, dass hierbei die Selbstverwaltung den entscheidenden Part übernimmt und nicht der Gesetzgeber versucht, insbesondere über den G-BA alles zu reglementieren. Hierbei aber wiederum ist es notwendig, dass die Selbstverwaltung funktioniert und die Partner in der Selbstverwaltung sich auch verantwortungsvoll wie Partner verhalten. Die Skandalisierungsdiskussion in der Vergangenheit müssen endlich beendet werden.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.