



Foto: lenetskiy/stock.adobe.com

Thema **Kommerzialisierung**

Entmenschlichung der Medizin

Der Druck auf Ärzte und andere Gesundheitsberufe durch die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens hat in den vergangenen Jahren weiter zugenommen.

Die Mitarbeitenden leiden darunter ebenso wie die Qualität der Patientenversorgung.

Ende 2018 wies die Bundesärztekammer (BÄK) auf ihrer Tagung „Patientenversorgung unter Druck“ auf den Unterschied zwischen Ökonomisierung und Kommerzialisierung hin. Ärztinnen und Ärzte seien der Ökonomie verpflichtet, hieß es dort. Ein sparsames, wirtschaftliches Verhalten sei ein Grundprinzip, das auch den Ärzten abverlangt werden könne. Denn nichts sei unsolidarischer, als mit dem Geld der Versicherten verschwenderisch umzugehen. Unter Druck gerate das System hingegen durch die zunehmende Kommerzialisierung, bei der die Medizin der Generierung von Erlösen untergeordnet wird.

Diese Ansicht teilt auch Dr. med. Florian Gerheuser, der als Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Augsburg arbeitet. „Die Ökonomisierung ist im Gesundheitssystem geboten“, sagt er dem *Deutschen Ärzteblatt (DÄ)*. „Wir haben es aber mit einer Kommerzialisierung zu tun, bei der der Patient zum Objekt einer Gesundheitswirtschaft wird.“ Das Grundproblem dabei sei, das nur zähle, was gezahlt werden könne. Deshalb sei alles bedroht, was nicht zählbar ist, zum Beispiel das Gespräch mit dem Patienten oder das konservativ-abwartende Begleiten. „Nur die Prozedur sichert das wirtschaftliche

Überleben des Krankenhauses beziehungsweise der Arztpraxis und somit auch den Arbeitsplatz der Ärztinnen und Ärzte“, sagt Gerheuser. Dieser Umstand werde offen kommuniziert und innerhalb des Systems auch als logisch angesehen. „Er ist aber das Gegenteil der sogenannten Value-based Healthcare, bei der der größtmögliche Nutzen mit dem geringsten Mittelaufwand erzielt wird“, so Gerheuser. Dieses System sei sinnvoll, weil es sowohl ökonomisch gesehen den geringsten Mittelaufwand erfordere als auch in medizinischer Hinsicht die wenigsten Nebenwirkungen nach sich ziehe. „Die Kommerzialisierung führt hingegen dazu, dass

das eigentliche Ziel der Medizin hinter dem wirtschaftlichen Gedeihen der Institution Krankenhaus zurücktritt“, kritisiert Gerheuser.

Im stationären Bereich wird die Kommerzialisierung durch das DRG-System befördert. „Dieses System führt sowohl zu einer Überals auch zu einer Untertherapie“, sagt Gerheuser. „Lukrative Leistungen – meist technisch-apparative Prozeduren – werden vermehrt vorgenommen. Unlukrative Behandlungen werden nach Möglichkeit limitiert.“ Dabei sei die Indikationsstellung häufig eine Grauzone. „In vielen Fällen kann man einen Patienten auf mehrere Arten behandeln, zum Beispiel bestimmte Frakturen: konservativ oder invasiv“, meint der Facharzt für Anästhesie. „Da die invasive Leistung deutlich besser finanziert wird, hat der Arzt einen ökonomischen Anreiz, diese Leistung zu empfehlen.“

Regelmäßiges Controlling

Und praktisch jeder leitende Arzt müsse sich regelmäßig einem Controlling stellen. „Und da heißt es dann: Wir können für Ihre Abteilung nur ausgeben, was Sie einnehmen“, beschreibt Gerheuser. „Wenn Sie einen bestimmten Betrag nicht erwirtschaften, müssen wir leider Stellen streichen.“ Leitende Ärztinnen und Ärzte würden zunehmend zwischen den Anforderungen einer kommerzialisierten Medizin und ihrem Berufsethos zerrieben. Das zeige sich auch in einer auf dieser Hierarchiestufe früher undenkbareren Fluktuation.

Auch junge Klinikärztinnen und -ärzte spüren den enormen Druck, den die Kommerzialisierung im Gesundheitswesen erzeugt. „Die Arbeitsbedingungen sind in vielen Krankenhäusern nicht gut“, sagt die Sprecherin des Bündnisses Junge Ärzte (BJÄ), Clara Matthiessen, dem DÄ. Daran hat aus ihrer Sicht nicht nur das DRG-System seinen Anteil, sondern auch die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer. „Die Krankenhäuser erhalten nur in etwa die Hälfte der Mittel, die sie für Investitionen bräuchten“, sagt die Assistenzärztin für Innere Medizin. „In

der Folge sind sie gezwungen, das fehlende Geld beispielsweise beim Personal einzusparen. Denn das Personal ist nun einmal mit Abstand der größte finanzielle Posten.“

Matthiessen zufolge sind die Auswirkungen dieser Entwicklung auf die Arbeit im Krankenhaus enorm. „Weil beispielsweise Mitarbeitende des Stationssekretariats weggespart wurden, müssen Ärztinnen und Ärzte – häufig Assistenzärzte – nun an manchen Orten deren Tätigkeiten übernehmen: zum Beispiel geriatrische Anträge stellen, wenn Patienten auf eine Geriatrie verlegt werden sollen“, berichtet sie. „Dafür müssen



Foto: privat

„Wenn man Überstunden wegen bürokratischer und nichtärztlicher Tätigkeit machen muss, ist das extrem frustrierend.“

Clara Matthiessen, Bündnis Junge Ärzte

sie dann zum Beispiel fünf verschiedene Anträge an fünf verschiedene Krankenhäuser faxen. Und das sind Aufgaben, die aufgrund des Personalmangels nicht wegdelegiert werden können.“ Früher hätten die Krankenhäuser vor allem beim Pflegepersonal gespart. Seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs sei das nicht mehr möglich. Deshalb sparten die Krankenhäuser nun verstärkt auch bei Ärztinnen und Ärzten sowie bei den Servicemitarbeitern.



Foto: Universitätsklinikum Augsburg

„Leitende Ärzte werden zwischen den Anforderungen einer kommerzialisierten Medizin und ihrem Berufsethos zerrieben.“

Florian Gerheuser, Uniklinikum Augsburg

Diese Entwicklung dokumentiert auch eine aktuelle Umfrage des Marburger Bundes Hessen. Von mehr als 1 000 befragten Krankenhausärztinnen und -ärzten haben dabei über die Hälfte angegeben, dass an ihrem Krankenhaus im vergangenen Jahr Stellen abgebaut worden seien oder dass ein Stellenabbau angekündigt worden sei. Als Folge habe sich die Arbeitsbelastung weiter erhöht.

Matthiessen zufolge führt die Kommerzialisierung auch zu einem enormen Aufnahme- und Entlassdruck in den Krankenhäusern. „Um möglichst viele Erlöse generieren zu können, müssen möglichst viele Leistungen erbracht werden“, sagt die BJÄ-Sprecherin. „Wenn die Station voll ist, muss entlassen werden – auch, wenn die Angehörigen beispielsweise erst die Möglichkeit haben, den Patienten am Wochenende abzuholen oder die Wohnung des Patienten vorzubereiten.“

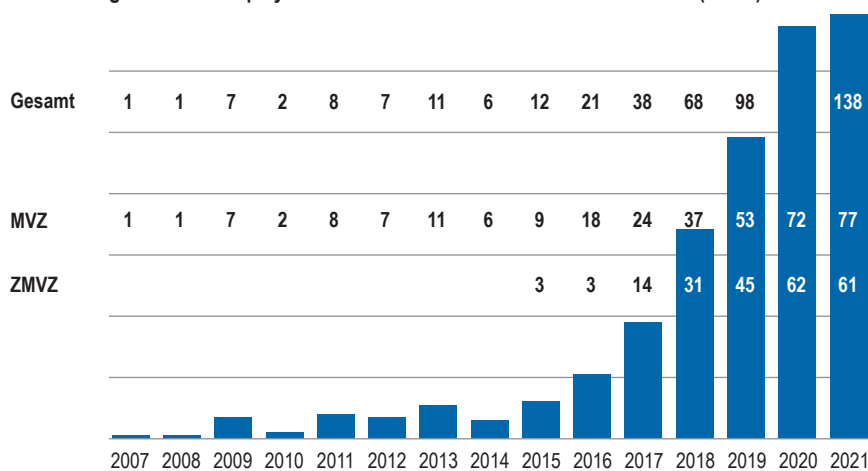
Unterschiedliche Facetten

Der hohe Arbeitsdruck in den Krankenhäusern hat unterschiedliche Facetten. „Viel Arbeit bei wenig Personal kann nur durch Überstunden erbracht werden – die ja dem Arbeitszeitgesetz zufolge eigentlich gedeckelt sind“, erklärt Matthiessen. In vielen Krankenhäusern würden die Überstunden jedoch nach wie vor nicht aufgeschrieben. „Überstunden an sich wären zu einem gewissen Grad tragbar, wenn man dabei Patienten behandeln oder bei einer Operation etwas lernen könnte“, so die junge Ärztin. „Wenn man jedoch Überstunden wegen bürokratischer und nichtärztlicher Tätigkeit machen muss, ist das extrem frustrierend.“

Frustrierend sei es auch, wenn man ständig Selbstverständlichkeiten dokumentieren müsse, wie das Legen eines Zugangs vor einem Eingriff. „Dafür verschwenden wir im Alltag viel Zeit“, kritisiert sie. „Wir brauchen im Gesundheitssystem einfach mehr Vertrauen in die intrinsische Motivation von Ärztinnen und Ärzten – statt zu versuchen, ihre Arbeit mit überflüssigen Dokumentationen zu überwachen.“ Dringend müsse auch die Digitalisierung im Krankenhaus ausgebaut werden. Wenn man heute noch Röntgenbilder im eigenen Krankenhaus per Fax anfordern müsse, sei das einfach nicht mehr zeitgemäß. „Ein großes Problem ist die Arbeitsverdichtung zudem für die Weiterbildung“, sagt Matthiessen. „Denn um Zeit und Geld zu sparen, operieren beispielsweise oft die erfahrenen Fach- und Oberärzte, statt den Eingriff gemeinsam

GRAFIK

Entwicklung der Private-Equity-Käufe im Bereich MVZ und zahnärztliche MVZ (ZMVZ)



Übernommene Trägergesellschaften mitgezählt

Quelle: Rainer Bobsin

mit einem Assistenzarzt zu üben, da dies länger dauern würde. Wenn die Babyboomer in Rente gehen, rechne ich damit, dass die Probleme, die wir aktuell in der Weiterbildung haben, in der Versorgung offenbar werden.“

Verschiebung des Fokus

Gerheuser vom Universitätsklinikum Augsburg befürchtet, dass die Kommerzialisierung zunehmend gerade die Ärztinnen und Ärzte aus dem Beruf treibt, die einen hohen Idealismus haben. „Denn sie wollen die Patienten nach medizinischen und ethischen Standards behandeln“, sagt er. „Sie stellen aber fest, dass sie sich ständig gegen ein System zur Wehr setzen müssen, das ihnen eine Rechtfertigung dafür abfordert, nicht die lukrativen Leistungen zu priorisieren.“ Es koste im kommerzialisierten Gesundheitswesen Kraft, im Sinne von „Choosing Wisely“ Dinge zu unterlassen, wenn ständig der wirtschaftliche Niedergang des Arbeitgebers drohe. „Anderen – gerade den jungen Ärztinnen und Ärzten, die es gar nicht anders kennen – wird vielleicht gar nicht bewusst, wie sich der Fokus verschoben hat: weg vom medizinischen Problem des individuellen Patienten hin zum Verweildauermanagement, der Erlösoptimierung oder dem Case-Mix-Index.“

Clara Matthiessen hat sich dazu entschlossen, wegen der schlechten Arbeitsbedingungen ihre Arbeit im Krankenhaus zu beenden. „Ich mache den Klinikleitungen keinen Vorwurf“, sagt sie. „Aus meiner Sicht ist es auch nicht so, dass es eine Front gibt zwischen Chef- und Assistenzärzten. Die Front verläuft eher zwischen Ärztinnen und Ärzten und der Ausgestaltung dieses kommerzialisierten Systems.“ Künftig möchte sie als Hausärztin im ambulanten Bereich arbeiten. „Gerade, wenn man kleine Kinder hat, ist eine Arbeit als Assistenzärztin im Krankenhaus schwer mit dem Familienleben in Einklang zu bringen“, sagt sie. „Denn durch die knappe Personaldecke werden gerade Assistenzärzte häufig aus dem Frei geholt.“ Und Teilzeitstellen – die bei Ärzten häufig bei 75 bis 80 Prozent der Vollzeitstelle liegen – seien oft unerwünscht.

Im ambulanten Bereich stellt sich die Situation anders dar als in den Krankenhäusern. „Hier ist der Kommerzialisierungsdruck aus meiner Sicht nicht so stark zu spüren“, sagt Dr. med. Kai Schorn, Facharzt für Innere Medizin in Berlin, dem DÄ. „Natürlich muss man als niedergelassener Arzt seine Praxis wirtschaftlich führen. Und natürlich hat man dabei vor Augen, welche Vergütungen bei den einzel-

In der Grafik ist die Anzahl der von Private-Equity-Gesellschaften getätigten Käufe dargestellt – nicht die Zahl der gekauften Einrichtungen.

nen Leistungen im EBM hinterlegt sind und berücksichtigt das auch in seiner täglichen Arbeit.“ Gerade im Vergleich zum Krankenhaus entstehe dadurch jedoch kein enormer Druck auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Druck durch Benchmarking

Eine Einschränkung macht Schorn bei manchen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). „Aus meiner Sicht ist eine Kommerzialisierung im ambulanten Bereich vor allem in MVZ spürbar, die von privaten Trägern geführt werden“, sagt der Internist. „Denn deren vorrangiges Ziel ist es ja, Gewinne zu erzielen. Ich höre von Kollegen, die in solchen MVZ angestellt sind, dass genau geguckt wird, welche Erlöse generiert werden.“

Rainer Bobsin, Autor des 2021 erschienenen Buches „Private Equity im Bereich der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland“ betrachtet den zunehmenden Konzentrationsprozess und die damit einhergehende Bildung von Arztpraxenkonzernen skeptisch. „Sicherlich wird kein Eigentümer einem bei ihm angestellten Arzt vorschreiben, wie viele Operationen er pro Monat durchführen muss“, sagt Bobsin dem DÄ. „Aber monatliche Reportings, bei denen die zum Unternehmen gehörenden MVZ mithilfe von Benchmarks verglichen werden, könnten bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten wirtschaftlichen Druck aufbauen.“ Vor allem könne dies der Fall sein, wenn in Kaufverträgen sogenannte Earn-out-Klauseln vereinbart wurden. Dabei erhält ein nach dem Praxisverkauf als Angestellter weiter arbeitender Arzt zunächst eine feste Summe, die später durch eine variable Zusatzzahlung ergänzt wird, wenn er bestimmte betriebswirtschaftliche Kennzahlen erreicht.

Bobsin beobachtet die Entwicklung im Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung seit vielen Jahren. „Die Zahl der Übernahmen durch Private-Equity-Gesellschaften hat insbesondere in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen“, resümiert er. Zwischen 2015 und 2021 stieg

sie von zwölf auf 138 (siehe Grafik). „Das Vorgehen vieler Private-Equity-Gesellschaften kann vereinfacht so beschrieben werden: ein Unternehmen kaufen, zahlreiche Unternehmen dazukaufen, daraus einen Konzern formen und diesen Konzern gewinnbringend weiterverkaufen“, erklärt der MVZ-Experte. „Im Bereich der ambulanten Versorgung ist es jedoch schwieriger. Denn Private-Equity-Gesellschaften müssen zuerst ein zugelassenes Krankenhaus kaufen, um auch Arztpraxen und MVZ erwerben zu können.“

Interesse bleibt bestehen

Nichts deutet Bobsin zufolge zurzeit darauf hin, dass das in den letzten Jahren stark steigende Interesse von Private-Equity-Gesellschaften am Kauf von Arztpraxen abnehmen könnte. „Im Gegenteil: Neben dem Interesse an Augenarzt-, Labor-, Zahnarzt- und Radiologie- beziehungsweise Strahlentherapiepraxen wurden nun auch Hausarztpraxen, Orthopädien und Kardiologien als weitere Renditeobjekte entdeckt“, erklärt er. „Außerdem scheint sich der Blick von Mono-Fachrichtungs-MVZ zu erweitern auf die Bildung von Konzernen mit zahlreichen medizinischen Fachrichtungen.“ Auch die große Zahl von Weiterverkäufen ganzer MVZ-Konzerne lasse vermuten, dass die begonnene Expansion neuen Schwung bekommen werde – zumal zahlreiche Bieterverfahren von Investoren gewonnen wurden, die bisher nicht auf dem deutschen Arztpraxenmarkt aktiv waren.

Bobsin verweist allerdings darauf, dass nicht nur Private-Equity-Gesellschaften den Konzentrationsprozess vorantreiben. „Unter anderem konkurrieren sie mit privaten oder kirchlichen Krankenhauskonzernen, börsennotierten Gesundheits-, Labor- oder Dialysekonzernen sowie in Arzt- oder Apothekerbesitz befindlichen MVZ-Konzernen“, sagt er. „Eine realistische Beurteilung des Konzentrationsprozesses wird aber durch die bestehende Intransparenz über die Eigentumsverhältnisse erschwert – vor allem, wenn zwischengeschaltete

Besitzgesellschaften in Steueroasen existieren. Dann besteht auch die Gefahr, dass Gewinne aus dem Gesundheitssystem dorthin transferiert werden.“

Die Gefahr einer Monopolisierung des ambulanten Sektors sieht Bobsin zurzeit nicht, da der MVZ-Anteil an allen Arztpraxen noch gering sei. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gebe an, dass 14 Prozent aller Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ tätig sind, Stand: Ende 2020. „Außerdem bietet eine MVZ-Gründung auch Chancen: Dass ein MVZ ausschließlich mit angestellten Ärzten betrieben werden darf, könnte vor allem in Regionen, in denen es keine niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte gibt, dazu beitragen, die ärztliche Versorgung zu sichern. Zudem können größere Praxen entstehen, die im Interesse der Patienten ausge dehntere Öffnungszeiten und im Interesse der Beschäftigten flexiblere Arbeitszeiten ermöglichen – Stichwort: Fachkräftemangel.“

Aktuell sieht Bobsin den Gesetzgeber am Zug. „Noch immer fehlt die Pflicht zu veröffentlichen, welche Praxen wem gehören“, sagt er. „Und noch immer herrscht Unkenntnis darüber, wohin Versichertenbeiträge fließen. Deshalb halte ich die schon häufig formulierte Forderung nach Offenlegung der Eigentumsverhältnisse für uneingeschränkt unterstützenswert.“

Zuletzt kam diese Forderung von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder. Im November 2021 forderte die GMK,

Regelungen für mehr Transparenz zu schaffen. Dazu zähle eine Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber von MVZ auf dem Praxischild, inklusive der Angabe der Rechtsform, sowie die Schaffung eines gesonderten MVZ-Registers. 2021 beschäftigte sich auch der Deutsche Ärztetag erneut mit der Kommerzialisierung. Die Delegierten forderten von der Politik ein klares Bekenntnis gegen die zunehmende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen. „Diesem Bekenntnis müssen konkrete gesetzgeberische Maßnahmen folgen“, hieß es in dem Beschluss. „Krankenhäuser sind Einrichtungen der Daseinsvorsorge und keine Industriebetriebe, die sich ausschließlich an Rentabilitätszahlen ausrichten.“ Dies müsse sich in einer an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten orientierten Krankenhausvergütung und -planung widerspiegeln. Im ambulanten Bereich forderte der Ärztetag eine Begrenzung der Beteiligungsmöglichkeiten von Finanzinvestoren sowie der Größe und des Versorgungsumfangs von MVZ.

Gesellschaftliche Diskussion

Gerheuser sieht sowohl die Politik als auch die Gesellschaft noch vor einer weiteren Aufgabe. „Das politische Versprechen, dass alles Denkbare immer und unbegrenzt geleistet werden kann, ist nicht haltbar“, meint er. „Wir werden als Gesellschaft nicht darum herumkommen zu überlegen, welche medizinischen Leistungen wir priorisieren müssen.“ Es sei kein guter Ansatz, finanzielle Anreize für bestimmte Innovationen wie den für sich betrachtet unstrittig segensreichen interventionellen Herzklappenersatz zu schaffen, gleichzeitig aber in Kauf zu nehmen, dass andere, momentan weniger lukrative Therapien zurückgedrängt würden. „Hier ist eine gesamtgesellschaftliche und ethisch fokussierte Diskussion dringend erforderlich“, so Gerheuser. „Diese zu scheuen und gleichzeitig den finanziellen Druck auf die am Patienten Tätigen zu verstärken, ist das beste Rezept für eine Entmenschlichung der Medizin.“

Falk Osterloh

ärzte@impuls

Themen bewegen, die Sie bewegen.

Wie sieht es in Ihrem beruflichen Alltag aus? Wie sehr beeinflusst der Kostendruck die unmittelbare Patientenbehandlung? Das können nur Sie beantworten.

Daher möchte das *Deutsche Ärzteblatt* Ihnen eine Möglichkeit geben, einen Impuls für die Politik zu setzen und Ihre Erfahrungen mit der Kommerzialisierung im Rahmen einer Umfrage zu beschreiben.

Wir freuen uns über rege Teilnahme.

www.aerzteimpuls.de

