

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 2/2019 | Solibeitrag: 5 Euro



Von Halbgöttern bis Kritische
Mediziner*innen
Ärztliches Selbstverständnis heute

Inhalt

- 3 Editorial
- 4 *Bernd Kalvelage*: Dr. Jekyll and Mr. Hyde – zum Wandel des Arztbildes
- 7 *Kai-Uwe Helmers*: Mein ärztliches Selbstverständnis und Selbstbild
- 9 *Lisa Richter*: Bleibender sozialer Abstand. Die soziale Herkunft von Humanmediziner*innen und die Arzt-Patienten-Beziehung
- 13 *Hagen Kühn*: Habitualisierung ökonomischer Imperative. Ärztliche Tätigkeit im kommerzialisierten Krankenhaus
- 16 *Thomas Kunkel / Nadja Rakowitz*: Nur eine Seite der Medaille. Sebastian Klinkes Überlegungen zum beruflichen Selbstverständnis von Ärzt*innen im DRG-Krankenhaus
- 19 *Mareike Ledigen*: Medizin mit Scheuklappen. Mögliche Gründe für die geringe Beachtung sozialer Dimensionen von Gesundheit in medizinischer Theorie und Praxis
- 22 *Hans-Ulrich Deppe*: Bündnispartner oder Gegner im Klassenkampf? Soziologie des niedergelassenen Arztes (1976)
- 24 *Elena Beier*: Schwangerschaftsabbrüche – Tabuthema an den Universitäten
- 26 *Felix Ahls*: What the Fuck is Kapitalverhältnis? Selbstverständnis der Kritischen Medizinstudent*innen
- 27 *Peter Hoffmann*: Selbstbezogenheit statt Selbstkritik. Bericht vom diesjährigen Ärztetag in Münster
- 29 Ärzteopposition. Oppositionelle Listen stellen sich vor

Liebe vdää-Mitglieder,

Kommunikation ist einfacher per Email als per Post. Wir haben aber noch immer nicht die Emailadressen von allen Mitgliedern. Wenn Ihr uns Eure Mailadresse noch nicht gegeben habt oder wenn Ihr eine neue Mailadresse habt, gebt Sie uns bitte.

Gleiches gilt für die Postadresse und die Bankverbindung, falls Ihr uns eine Einzugsermächtigung gegeben habt. Es erspart uns Bürokratie, wenn wir das rechtzeitig von Euch bekommen.

Bei der Gelegenheit möchten wir auch daran erinnern, Euren Vereinsbeitrag an Eure evtl. neue berufliche Situation anzupassen.

Herzliche Grüße aus der Geschäftsstelle

Termine

- 27.07.2019 **Sitzung des erweiterten Vorstands**
Erfurt, 11-17 Uhr
- 17.08.2019 **Treffen des AK Ambulante Versorgung**
in Berlin, 11-17 Uhr
- 17.08.2019 **Treffen des AK KH**
in Kassel, 11-17 Uhr
- 15.-17.11.2019 **JHV in Göttingen zum Thema Digitalisierung und Big Data**

Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Kai-Uwe Helmers, Thomas Kunkel, Mareike Ledigen, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Andrea Schmidt, Ben Wachtler, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik
2/2019 ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Thomas Kunkel /
Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Titelbild: TashaKamrowski_
Pexels_forest-mirror-reflection-
1188410

Flickr, Pixabay, Pexels, Bratispixel

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaae.de
Internet www.vdaae.de

Bankverbindung:
Postbank Frankfurt
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Druckerei Grube

Editorial

Donnergrollen, Lichtblitze, Nebelschwaden

»Donnergrollen, Lichtblitze, Nebelschwaden, dann treten sie ins Scheinwerferlicht – die Fascinating Drums! Schon nach wenigen Takten wird allen klar: Hier erleben wir einzigartige Trommelkunst auf höchstem Niveau!« Damit wirbt die auf Military Tattoos beliebte rein männliche Trommlertruppe »Fascinating Drums«, die die Eröffnungsveranstaltung des diesjährigen Deutschen Ärztetages (DÄT) im westfälischen Münster umrahmte. In Phantasie-Uniformen, die an Militärs des 18. Jahrhunderts angelehnt waren, gaben sie eine durchaus virtuose Darbietung, die militärischen Drills durchscheinen lies. Immerhin ist an dem Auftritt bezeichnend dafür, welcher Ästhetik zumindest ein Teil der Ärzteschaft heute noch anhängt – oder vielleicht auch schon wieder.

Donnergrollen gab es auch sonst auf den DÄT. Wie sollte auch eine Spezies, die sich permanent angefeindet und in ihrer Existenz bedroht fühlt, anders reagieren? Nebelschwaden stiegen nicht nur bei der Rede von Bundesgesundheitsminister Spahn auf. Ja es gab auch Lichtblitze auf diesem Ärztetag. Mehr dazu findet sich in diesem Heft in dem Beitrag von Peter Hoffmann. Anlässlich des Ärztetages stellen in diesem Heft oppositionelle Listen aus den Kammern Hamburgs, Berlins, Bayerns, Baden-Württembergs und Hessens ihre Arbeit dar. Dabei werden neben vielen Gemeinsamkeiten unterschiedliche Akzentuierungen deutlich. Unter jungen Ärzt*innen und Medizinstudierenden hat sich ein Netzwerk gebildet, das quer zur herrschenden Gesundheitspolitik steht. Felix Ahls stellt die Projekte der Kritischen Mediziner*innen vor. Konkret beschreibt Elena Beier, wie Kritische Mediziner*innen zusammen mit anderen Gruppierungen erreichen wollen, dass das Thema Schwangerschaftsabbrüche verpflichtend im Medizinstudium gelehrt wird.

Während der DÄT sich ausführlich dem Thema Ärztegesundheit widmete und ein Bild förderte, das ausschließlich Ärzt*innen als ständig überlastete Berufsgruppe im Gesundheitswesen sieht, ist der Schwerpunkt dieser Ausgabe von GdP einer Kritik des Selbstbildnisses der Ärzteschaft gewidmet. Bernd Kalvelage beschreibt den unter dem Ökonomisierungsdruck des Gesundheitswesens erfolgten Wandel des Arztbildes in den letzten 50 Jahren. Kai-Uwe Helmers stellt sein Selbstverständnis als Arzt in der Primärversorgung sowie die daraus zu erhebenden gesundheitspolitischen Forderungen dar. Hagen Kühn untersucht, wie sich unter der fortschreitenden Kommerzialisierung der Krankenhäuser die Anforderungen an Ärzt*innen verändert. An Hand eines Textes von Sebastian Klinke wird von Thomas Kunkel und Nadja Rakowitz das Selbstverständnis von Krankenhausärzt*innen unter DRG-Bedingungen kritisch diskutiert. Ein historischer Text von Uli Deppe hinterfragt von einem klassenanalyti-

schen Standpunkt aus die Rolle und das Selbstverständnis der Ärzt*innen.

Mareike Ledigen geht der Frage nach, warum in der ärztlichen Praxis häufig die soziale Situation von Patient*innen ausgeblendet wird und was dagegen zu tun wäre. Ergänzt wird die Sicht auf das Arzt-Patient-Verhältnis durch Lisa Richter, die untersucht, welche Rolle dabei die soziale Herkunft von Ärzt*innen spielt.

Dieser Ausgabe unserer Zeitschrift liegt ein Flyer der Gewerkschaft ver.di bei, der die ver.di Fachkommission Ärztinnen und Ärzte vorstellt. Viele von den in dem Flyer vorgestellten Ärzt*innen sind auch Mitglieder des vdäa. Auch die Wahl der Gewerkschaft und die Entscheidung zu einer Mitgliedschaft ist ein Beitrag zum Selbstverständnis als Ärzt*in in dieser Gesellschaft.

Der neu gewählte Präsident der Bundesärztekammer präsentierte bald nach seiner Amtseinführung ein gänzlich anderes Selbstverständnis, in dem er eine Zuzahlung für GKV-Versicherte forderte, wenn sie häufig einen Arzt aufsuchen. Ärztliche Opposition wird in Zukunft wieder an Bedeutung gewinnen.

Wir wünschen viel Spaß beim Lesen

Bernhard Winter

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaee.de

Dr. Jekyll and Mr. Hyde

Bernd Kalvelage zum Wandel des Arztbildes

Seit fast 50 Jahren kämpfen demokratische Ärztinnen und Ärzte gegen das Arztbild des »Halbgott in Weiß«. Bernd Kalvelage kommt hier zu dem ernüchternden Schluss, dass dieser Kampf noch lange nicht zu Ende ist. Das Arztbild hat sich gewandelt, bleibt aber problematisch.

»Arztbild« ist eine von Wunsch und Erfahrung geleitete Vorstellung, besser gesagt ein Vorurteil, und kein exaktes Abbild einer Person oder Berufsgruppe. »Tempora mutantur, nos et mutamur in illis.« Latein war vor 50 Jahren, beim Beginn meines Medizinstudiums, gängige Geheimsprache der Ärzte. Heute sprechen wir verständlicher. Also: »Die Zeiten ändern sich, und wir ändern uns mit ihnen.« In meinem Semester gab es unter 350 Studenten 14 Studentinnen. Inzwischen sollte sich das Arztbild zu einem Ärzt*innen-Bild gewandelt haben. Es ist aber immer noch dominant von Männern gezeichnet, und deren Verantwortung für das Erscheinungsbild der Ärzteschaft verbietet mir eine gendergerechte Wortwahl. Es existiert ein Arztbild! Meine Wahrnehmung: Es digitalisiert sich, Farben der Wahl: das politische Spektrum, allerdings sehr gelbstichig und mit spärlichem Rotanteil (*Ärztezeitung* 18.09.2017), glänzend mit Technik, Perfektion und Erfolg, es verströmt Konkurrenz, passt sich jeweils den wandelnden Lichtverhältnissen an, hinterlässt beängstigende Schattenbilder, es hat seinen Preis und passt perfekt ins bürgerliche Ambiente, in dem es sich gewinnbringend versilbert. Diese Bildinterpretation bedarf einer Begründung.

■ Die Fortschritte der Medizintechnik erschaffen einen neuen, medizinische Wunder vollbringenden »Halbgott in Weiß«

Das Vertrauen in die Ärzte schwindet. Die selbstherrlichen Manipulationen einzelner Transplantationsmediziner zum Beispiel haben die Bereitschaft zur

Organspende in der Bevölkerung so stark beeinflusst, dass sich die Politik veranlasst sah, gesetzgeberisch einzugreifen. Für im Neoliberalismus sozialisierte und unkritische Medizinstudierende kann der »Halbgott« als Vorbild immer noch eine nachhaltige, »asoziale-elitäre Grundimprägnerung« bewirken.

Paradoxe Konsens ist, Ärzte sollen sich nicht mehr wie Halbgötter aufführen (Halbgöttinnen gab es in der Medizin ohnehin nie), aber dennoch das göttliche Wunder der ewigen Gesundheit und Jugendlichkeit vollbringen. Die von verschiedensten Seiten geschürte Illusion, Gesundheit sei machbar wie neue Autos, entwertet aber Arzt und Gesundheit gleichermaßen durch die regelmäßig enttäuschten Erwartungen. Der Arzt wird zum genialen Gentechniker (Vorsicht: Größenwahn) oder zum Adressaten enttäuschter Kundenreklamationen (Vorsicht: burn out).

■ Wenn der Patient zum Kunden wird, wird der Arzt zum Verkäufer

Aus der Kundenrolle erwachsen dem Patienten Ansprüche an den Dienstleister: Anerkennung als (Geschäfts-) Partner, Qualität und Erfolgsgarantie, Luxusangebote, Reklamation bei Mängeln – um nur einige zu nennen. Die mit dieser neuen Rolle verknüpfte »Eigenverantwortung« kann jedoch gesellschaftlich zu verantwortende Gesundheitsrisiken verschleiern. Sie beinhaltet Strafandrohungen bei »Fehlverhalten« und kann den Kranken je nach Bildungsstand schlicht überfordern oder je nach Einkommen faktisch von der Versorgung ausschließen: von einem zeitnahen Arzttermin als Kas-

senpatient, von der Behandlung durch Spezialisten, die nur Selbstzahler annehmen, von notwendigen Kassenleistungen, die Ärzte – illegalerweise – als vom Patienten zu zahlende Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL, s.u.) anbieten, von notwendigen, teuren Medikamenten, die vom Arzt wegen einer befürchteten Budgetüberschreitung nicht verschrieben werden. »Der Arzt als Gewerbetreibender hat (besser gesagt »fühlt«, BK) keine Verpflichtung mehr, die Gesamtheit der Bevölkerung wahrzunehmen, er hat seine Kunden im Blick. Das sind die, die es sich leisten können, seine Dienst in Anspruch zu nehmen ... Coca Cola hat keine Verpflichtung, alle Durstenden dieser Welt zu stillen.« (Unschuld 2006) Nur der selbstbewusste Patient wird sich zu wehren wissen, wenn sein Kassenarzt sich so verhält.

Der Wandel vom Patienten zum »zahlenden Kunden« erodiert das professionelle Ethos. Spätestens, wenn Ärzte ihre »Kunden« nach Erwünschtheit sortieren (qua Warte- und Zuwendungszeit), tritt bestenfalls nur dem »guten Kunden« noch der »gute Arzt« entgegen. Die ärztlichen Leistungen, Empathie zum Beispiel, Wertschätzung und Gehör waren bisher – zumindest anspruchsmäßig – all inclusive. Wird Menschlichkeit zukünftig bepreist werden?

■ Wenn die Normen des Marktes auf das soziale Geben und Nehmen Anwendung finden, führt dies zu einer nachhaltigen Beschädigung menschlicher Beziehungen

Eine amerikanische Rentnervereinigung fragte bei Anwälten nach, ob sie

für ein reduziertes Honorar von 30 Dollar bedürftige Rentner beraten würden. Das wurde mehrheitlich abgelehnt. Auf die erneute Befragung, ob sie ihre Dienste kostenlos zur Verfügung stellen würden, erfolgte überwältigende Zustimmung. Solange Honorar im Spiel war, legten die Anwälte Marktnormen an und empfanden das Angebot als unzureichend. Als es nicht mehr um Geld ging, zogen sie soziale Normen heran und berieten ohne Honorar. (Ariely 2008)

Ärzt*innen sollen selbstverständlich nicht nur ehrenamtlich arbeiten. Das Beispiel aus der Verhaltensökonomie ist aber ein Argument gegen eine »Einzelleistungsvergütung«, die jeden Handschlag des Arztes auf Euro und Cent genau honoriert. Dann wird der Hausbesuch unattraktiv und möglichst vermieden. »Die« Ärzte erliegen leicht der Versuchung, gutdotierte Untersuchungen (u.U. auch riskante) durchzuführen, auch wenn sie nicht notwendig sind. Dies ist durch die Erfahrung mit verschiedenen Gebührenordnungen, die mehr oder weniger pauschaliert waren, eindeutig bestätigt worden. Die Normen des Marktes prägen derzeit das Arztbild. Der aufmerksame Patient verliert sein Vertrauen in die Uneigennützigkeit des Arztes und dieser sein Charisma.

■ **Wenn Arztpraxen zu Gesundheitszentren werden, stören Kranke den Betrieb, lohnt es sich mehr, Gesunde zu behandeln**

Der Euphemismus, in allen möglichen Wortzusammensetzungen »Krankheit« durch »Gesundheit« zu ersetzen, spricht für einen verbreiteten Gesundheitswahn. Auf der anderen Seite steht eine geschürte Hypochondrie, Befindlichkeitsstörungen des Alltags oder des Alters zu neuen, kostspielig behandlungsbedürftigen, aber freilich »unheilbaren« neuen Krankheiten zu machen. Ärzte, als Spezialisten für Krankheiten, haben keine gemeinsame Vorstellung, was Gesundheit eigentlich ist. Bis heute gibt es keine allgemein anerkannte Definition (van Spijk 2011). Dennoch wurden 2015 in den Praxen 33 Prozent aller Patienten »Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)« angeboten, deren Nutzen meist nicht nachweisbar ist und über deren Risiken (inzidenter Befund, somatische Fixierung) meist nicht aufgeklärt wird. Angst vor einer schlimmen Krankheit ist nicht mehr Anlass für Aufklärung, gründliche Untersuchung (im GKV-Rahmen ohne Zuzahlungen) und Ent-Ängstigung des »besorgten Gesunden«, sondern die wach zu haltende Geschäftsgrundlage der IGeL-Praxis.

IGeL-Mediziner unterlaufen alle Kontrollen der GKV und der Aufsichtsbehörden. Das Heilungsprivileg, das die Gesellschaft der Ärzteschaft anvertraut hat, wird jeglicher gesellschaftlicher Kontrolle entzogen: als ob Mr. Hyde und Dr. Jekyll in einer Gemeinschaftspraxis praktizierten.

■ **Wenn Krankenhäuser Profite machen müssen, werden sie zu Fabriken und der kranke Kunde wieder zum Objekt**

Die Verwaltungen, die Konzerne und ihre Shareholder sind die neuen Machthaber in der Krankenhaushierarchie, und die Ärzte werden entgegen der als Ideal vertretenen alleinigen Verantwortung des Arztes zu deren »Knechten in Hinsichten« so Rhode schon 1962. Patient*innen werden mehr oder we-



niger gezielt, mehr oder weniger absichtsvoll »selektiert« nach ökonomischen Gesichtspunkten. Nach Möglichkeit sollen potentiell kostenträchtige Fälle aussortiert werden, die Samuel Shem in seinem Roman »House of God« (1996) als Gomers (Akronym für: **Get out of my emergency room**) etikettieren lässt. Kranke können nicht mehr davon ausgehen, dass ihr Leiden im Mittelpunkt der ärztlichen Aufmerksamkeit steht und nicht völlig andere Profit- oder Profilierungsabsichten. Es bedürfte schon des Heldenmutes des gerade gestürzten Halbgotts, um sich dem in den Weg zu stellen. Zivilcourage schmückte zumindest in der jüngsten deutschen Vergangenheit selten das Arztbild. Hagen Kühn (2005) spricht von einer »moralischen Dissonanz« der Krankenhausmitarbeiter*innen und appelliert an die »politische Vernunft« (wessen?), »Institutionen und Steuerungsinstrumente so zu gestalten, dass die in ihnen handelnden Individuen nicht zu Helden werden müssen, um ihrer ethischen Verantwortung zu entsprechen.«

Das Marketing der Krankenhausbetreiber durchdringt die Patienten-Arzt-Beziehung wie ein schleichendes Gift. Es gibt Überlegungen, den »Arzt als Marke« (Storcks 2013) zu etablieren. Die Person des Chefarztes soll als strategisches Instrument zum »Imageaufbau« benutzt werden, es soll menscheln dürfen. »Marktkonformes Verhalten« der so aufgebauten Arzt-Persönlichkeit soll durch monetäre Anreize geweckt werden. Gleichzeitig wird gewarnt, wenn der zur Marke gemachte Chefarzt zu mächtig werde, drohe »eine starke interne Verhandlungsmacht gegenüber der Geschäftsführung«. Charisma und Patientenorientierung sind o.k. – solange sie die Geschäfte nicht stören.

Die Digitalisierung der Medizin ist – zumindest jenseits ihrer unmittelbar medizinischen Anwendung – janusköpfig. Sie kann Zeit für intensivere, gezieltere Patientenbetreuung schaffen und den Algorithmus liefern, Patient*innen und Be-

schäftigte subtil in die Logik der Gewinnmaximierung einzubinden. Sie wird entgegen mancher Alarmrufe, Ärzt*innen nicht ersetzen, ihnen aber eine zusätzliche Verantwortung aufgeben, Arztbild und Menschenbild, medizinischen Fortschritt und Menschenwürde zusammen zu bringen.

■ **Dass »Krankheit ohne Politik nicht heilbar« (Deppe 1987) ist, gilt nicht für die Politik der ärztlichen Standesorganisationen**

Das hohe Prestige, die Privilegierung und besondere Rechtsstellung der Ärzteschaft beruht auf dem Anspruch einer hohen Professionalität, aber seit mehr als einhundert Jahren steht standespolitische Hemdsärmeligkeit dieser entgegen: »Bisher haben wir Ärzte zu lange auf Standesehre und Standeswürde gepocht, ich sage ihnen Geld, Geld ist die Hauptsache.« (Hermann Hartmann, Gründer und Namensgeber des Hartmann-Bundes, 1900) Solange alle Strukturfragen der medizinischen Versorgung nach ökonomischen bzw. betriebswirtschaftlichen, honorarpolitischen Kriterien erfolgen, fehlt es an Professionalität. Rationierung medizinischer Leistungen (= Vorenthaltung von medizinisch sinnvollen Leistungen aus Kostengründen) wird als unausweichlich hingestellt, Rationalisierungen (= der zweckmäßig gesteuerte Einsatz vorgehaltener Maßnahmen) werden verweigert. Rationalisierung bedeutete, profitable Überversorgungen (ohne medizinischen Nutzen) abzustellen zugunsten einer besseren Versorgung nach dem Bedarf der Kranken und ihrer (schichtbedürftig unterschiedlichen, s.u.) Gefährdung. In ihrer sozialen Verblindung koalitiert die Standespolitik, inklusive Wahlkampfhilfen, mit dem konservativ-rechten wie liberalen Parteienspektrum.

■ **Die Gleichbehandlung aller Patienten »ohne Ansehen der Person« ist ein verbreiteter Kunstfehler (Kalvelage 2014)**

Je nach Bildung, Informiertheit und sozioökonomischem Status fallen viele Menschen durch unser medizinisches Versorgungsnetz. Dieses ist auf die



bürgerliche Mehrheit der Gesellschaft zugeschnitten, der die meisten Protagonisten der Medizin selbst entstammen. Die Folge sind Verständigungsprobleme (Migration, Illiteralität) und Unverständnis, weil die sozialen Verhältnisse (Armut, Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung, Erziehungsprobleme, Desinformation uva.) nicht wahrgenommen werden. »Arme« sterben zehn Jahre früher (Lampert 2007), ein erheblicher Teil davon in einem medizinisch vermeidbaren Zusammenhang: 80.000 Todesfälle vor dem 75. Lebensjahr wären jährlich in Deutschland vermeidbar (in der EU 600.000 von insgesamt 1,6 Mio.) – wohl gemerkt nicht durch Präventionsmaßnahmen, sondern durch eine gezielte Ausrichtung von Praxen und Krankenhäusern auf die Kranken der besonders gefährdeten Gruppen der Gesellschaft (s.o.) – ein eklatantes Qualitätsdefizit der Versorgung mit sozialem Sprengstoff! (siehe: Eurostat 2018)

Ein niedriger sozialer Status führt schnell zur Etikettierung »Incompliance«. Der – hinter dem Nichtbefolgen ärztlicher Empfehlungen verborgene – Widerstand der Patient*in, ihr Nichtverstehen, die nicht an- und ausgesprochenen Ängste, die Überforderung, die sozialen Nöte und Zwänge können so nicht Eingang finden in ein individuelles, u.U. vom Routine-Standard abweichendes, für ihn/sie passendes Versorgungskonzept. Nötig ist eine bewusst *ungleiche Behandlungsplanung*,

Ziel, die *gleiche Qualität* so zu erreichen. Die Verantwortung dafür wird nicht selten zu Politik und Krankenkassen hin verschoben, gelegentlich mit dem (un-) ärztlichen Hinweis auf die Nichthonorierung des angeblich zu großen Aufwandes der deshalb unterlassenen Hilfeleistungen.

Fazit: Dem Patienten tritt kein Arztbild entgegen. Als Ikone oder Popanz ist es nicht fähig zu Wandlungen. Leibhaftige Ärzt*innen müssen aus dem starren Rahmen steigen, sich an die Seite ihrer Patient*innen stellen. Solch ein dynamisches Gruppenbild ermöglichte echte Beziehungen und eine bessere Kooperation aller Gesundheitsberufe. Das wäre ein erster Schritt zu einem Wandel.

Dr. Bernd Kalvelage, Facharzt für Innere Medizin / Diabetologie, drmedbkalvelage@aol.com; war fast 30 Jahre in Hamburg-Wilhelmsburg niedergelassen, hat Konflikte mit einigen Interessen in der Medizin, aber keine Interessenkonflikte.

Literatur:

- Ärztezeitung online (18.9.2017), Leserumfrage zur Bundestagswahl 2017, https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/943369/umfrageergebnisse-aerzte-zeigen-grossen-koalition-rote-karte.html
- Unschuld, P.: »Der Patient als Leidender und Kunde«, Dtsch. Ärzteblatt 103 (17): A1136-8, 2006
- Ariely, D.: »Denken hilft zwar, nützt aber nichts. Warum wir immer wieder unvernünftige Entscheidungen treffen«, München 2008
- Spijk, P. van: »Was ist Gesundheit. Anthropologische Grundlagen der Medizin«, Freiburg 2011
- Rhode, J.J.: »Soziologie des Krankenhauses«, Stuttgart 1962
- Shem, S.: »House of God«, Stuttgart 1996
- Storcks, H., Fliege, A.: »Human Branding – Der Arzt als Marke«, KU Gesundheitsmanagement 8: 31-34, 2013
- Kühn, H.: »Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit«, in: Jahrbuch für kritische Medizin 42, 2005
- Deppe, H-U.: »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar«, Frankfurt/M 1987
- Kalvelage, B.: »Klassenmedizin«, Berlin 2014
- Lampert, T., Kroll, LE., Dunkelberg, A.: »Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland«, Politik Zeitgeschichte 42/2007, S. 11-18
- Eurostat: »Amenable and preventable deaths of residents«, Juni 2018, in: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/41683.pdf>, zugegriffen 24.05.2019

Mein ärztliches Selbstverständnis und Selbstbild

Von Kai-Uwe Helmers

Im *Deutschen Ärzteblatt*, regionalen Ärzteblättern und auch Zeitschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen, sowie in den Zeitschriften der meisten Verbände, wird ein Selbstbild entwickelt, welches häufig falsch, teils reaktionär und häufig selbstüberhöhend ist. Es dient mehr der Werbung und der politischen Agitation.

Von ärztlicher Seite wird dabei besonders im ambulanten Bereich gerne mit der dem Arzt-Sein innewohnenden Unabhängigkeit argumentiert. Die »ärztliche Autonomie« drohe verloren zu gehen – sei es hierzulande durch staatliche Eingriffe und »drohende Staatsmedizin« oder durch die »Verknechtung« der ärztlichen »Heilkunst« durch die Wissenschaften oder durch ökonomischen Druck. Zu verstehen ist die Entwicklung nur im historischen Kontext eines Gesundheitswesens in einer modernen kapitalistischen Gesellschaft.

Zur Öffentlichkeitsarbeit der niedergelassenen Ärzt*innen gehört die Betonung der Nähe zu den Patient*innen und es wird herausgestellt, wieviel und was ärztlicherseits alles getan wird für die ambulante Versorgung. In den ärztlicherseits geführten Kämpfen geht es aber in der Regel nicht um Verbesserungen für Kranke, sondern um die Verbesserung der Einkommen der Ärzt*innen. Diese Forderungen werden sehr geschickt verfolgt, sodass – trotz der tragenden Rolle deutscher Ärzte im Nationalsozialismus – die Einkommen der Niedergelassenen in der Bundesrepublik erheblich stiegen, insbesondere im Verhältnis zur Einkommensentwicklung in der übrigen Gesellschaft (bis in die 70er eine Verzehnfachung gegenüber einer Vervierfachung im Durchschnitt). Auf Regulierung ihrer Einkommen reagierte die niedergelassene Ärzteschaft

mit Empörung und weiterer Kommerzialisierung: Es wurden Privatpatient*innen umworben, IGe-Leistungen erfunden und andere Geschäftsfelder entwickelt.

Dass die organisierten ambulant tätigen Ärzt*innen ihr finanzielles Interesse mit großem Geschick verfolgten, wurde und wird ärztlicherseits gerne kaschiert. Erich Wulff, Psychiater und als Professor für Sozialpsychiatrie bis 2003 tätig, schreibt dazu: »Die Mystifizierung der Arzt-Patient-Beziehung scheint mir also kein Zufall zu sein, sondern eine Notwendigkeit, die sich aus der Situation ergibt, ökonomischen Motiven folgen zu müssen und diese doch zu verleugnen«. Und im Weiteren heißt es: »So erscheint es mir beinahe ein Euphemismus, zu sagen, daß das Vergütungssystem die Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst. Finanzielle Motive

beeinflussen die Prioritäten und wirken sich so auf Entscheidungen aus, die nach der ärztlichen Berufsethik lediglich vom Wohle des Patienten abhängig gemacht werden dürften. Sie bringen den Arzt auch dazu, dem Eide des Hippokrates entgegen zu handeln, der von ihm verlangt, reiche und arme Kranke genau gleich zu behandeln. Derartige Anklagen sind allerdings schon häufig geäußert worden. Als bloße Feststellungen sind sie nahezu wertlos. Es muß darum gehen zu zeigen, auf welche konkrete Art und Weise ein ganz bestimmtes Vergütungssystem, dasjenige der Krankenkassen in der BRD, die Motive des ärztlichen Handelns beeinflusst, wie dadurch Prioritäten verschoben werden, wie dadurch die Gefahr entsteht, daß sowohl die rationale als auch die affektive Seite des Arzt-Patient-Verhältnisses zu einem Handelswert



© Tama66_pixabay

wird. Erfahrungsgemäß ist die individuelle Moral für eine ganze Berufsgruppe nur ein sehr schwacher Halt gegen die sich bietenden ›Versuchungen‹ (Erich Wulff 1971).

■ **Ökonomisierung und Ethikboom**

Im ökonomischen Transformationsprozess der letzten drei Jahrzehnte boomte die Medizinethik; ihr Ausbau entsprach dem Bedürfnis nach Entlastung und Verantwortungsabgabe der Akteur*innen. Moralische Belastungen entstehen beispielsweise durch eine zu schnelle Entlassung (›blutige Entlassung‹) aus dem Krankenhaus, sehr häufiges Durchführen von gewinnträchtigen Interventionen wie Wirbelsäulenoperationen oder Herzkatheter-Untersuchung in der eigenen Krankenhausabteilung, ohne wirklich überzeugt zu sein, dass es medizinisch notwendig ist, oder auch ganz direkt in den Chefarztverträgen die Vorgabe von Quoten für durchzuführende Interventionen. Schlimm genug, so zu arbeiten und solche Dinge zu verrichten, aber das auch noch verantworten zu müssen, ist nicht erträglich, könnte etwa der unbewusste Tenor einer solchen Stimmung sein. Die Art des voluntaristischen Moralismus ist eine verbreitete und konsequenzlose Art der Entlastung. Hagen Kühn schreibt hierzu 2007: »Bereits die Unterstellung einer moralischen Sicherheit in der enorm widersprüchlichen Realität des ökonomisierten Gesundheitswesens ist hier unmoralisch, denn sie führt zur falschen Entlastung der unter Anpassungszwängen stehenden individuellen Ärzte von der Verantwortung.« Die Medizinethik folgte in der Vergangenheit häufig bloß affirmierend und stabilisierend dem ökonomischen Transformationsprozess. Richtig ist jedoch, die Strukturen für die Verhältnisse verantwortlich zu machen, Missstände zu benennen und eine Entlastung durch Veränderung herbeizuführen und entsprechend die Ärzt*innen dazu zu ermutigen und zu befähigen (empowerment). Auch wenn Verhältnisse nicht ad hoc geändert werden können, können diese über kurz oder lang gemeinsam positiv beeinflusst werden.

Eine entlarvende und befremdliche

Redewendung ärztlicherseits ist die Beschreibung der Arbeit in der unmittelbaren Versorgung als Tätigkeit an der »Versorgungsfrente« oder auch »Patientenfrente«. Zum einem entlarvend, weil hier in einem Kriegsjargon gesprochen wird: An der Front stehen sich Feinde gegenüber. Zum anderen befremdlich, denn damit wird eine Distanz und Entfremdung von den Hilfesuchenden deutlich, die sicher die Kernmotivation der Ärzt*innen, Menschen helfen zu wollen, nahezu unkenntlich macht. Es ist Ausdruck von Entmenschlichung. Spätestens bei dem Gebrauch einer solchen Sprache sollten die Strukturen, die dazu führen, hinterfragt werden.

■ **Fraternisierung statt Frontgerede**

Ein menschlicher Beziehungsmodus muss von der Egalität bestimmt werden und dort, wo von der Versorgungsfrente oder auch Patientenfrente gesprochen wird, sollte eine Fraternisierung stattfinden. All das aber, ohne die Asymmetrie der Beziehung und die unterschiedliche Verantwortung zu leugnen und ohne sich als Helfender in dieser Art der Beziehung aufzugeben und nicht ohne auch für sich selbst zu sorgen.

In der primärärztlichen Versorgung begleiten wir Menschen über lange Zeit und kennen sie in ihren biopsychosozialen Bezügen. Diese Sicht führt jedoch auch dazu, Menschen generell umfassender zu sehen, unabhängig von der zeitlichen Dimension der Beziehung weitet sich so unser Horizont. So kann sich ein breiter und auch gesellschaftspolitischer Bezug in der Primärversorgung und in der Medizin entwickeln.

Aber die letzten drei Jahrzehnte sind durch die Ökonomisierung und Kommerzialisierung und damit inhaltliche Entwertung sozialer Arbeit gekennzeichnet, was insbesondere deutlich in der Medizin zu sehen ist (siehe insbesondere die beiden letzten Nummern der GbP). Anstatt dass sich interprofessionelle und interdisziplinäre primärärztliche Zentren entwickelten, haben z.B. MVZ und spezialisierte Praxen in der ambulanten Medizin »Rosinenpickerei« mittels lukrativ vergüteter Interventionen betrieben, während die sprechende Medizin weiter zurückge-

drängt wurde. Es fließt in der ambulanten Medizin viel Geld in Herzkatheter-Untersuchungen, in bildgebende Verfahren usw., also in eine spezialisierte Überversorgung. Mit entsprechender Ausbildung und mehr Zeit in dem unmittelbaren Kontakt mit den Patient*innen könnte eine erheblich bessere Medizin gemacht werden.

So ist die (haus)ärztliche Tätigkeit nicht ohne einen umfassenden Blick möglich. Eine Leitschnur kann die egalitäre fraternisierende Beziehungsgestaltung sein. Handelt es sich in der Versorgung um eine akute Intervention, ist die Behandlung relativ einfach. Meist jedoch liegen die Dinge komplexer. So müssen Kranke geschützt werden vor Überversorgung und ökonomischer Ausbeutung mittels IGeL-Angeboten. Auf der anderen Seite ist es auch notwendig, darauf zu achten, dass behandelbare Erkrankungen auch entsprechend behandelt werden. Es gehört jedoch auch dazu, auf fehlende Behandlungsmöglichkeiten und fehlende Behandlungsnotwendigkeiten zu achten. Schließlich sind sehr viele krankmachende Faktoren von uns kaum zu beeinflussen, wie Überlastung bei der Arbeit und im sozialen Leben durch bestehende Geschlechter- und Klassenverhältnisse. Das jedoch lässt sich jedoch auch benennen und vertieft damit das therapeutische Bündnis und kann auch zu unvorhergesehenen Lösungen führen.

Durch Strukturänderungen und Einbeziehung anderer medizinischer Berufe in die Primärversorgung, die eben nicht alleine von Ärzt*innen geleistet werden sollte, könnten sicher zahlreiche Spezialisten überflüssig gemacht werden bzw. deren Tätigkeiten in primärärztliche Tätigkeiten überführt werden. Die Versorgung könnte dem Bedarf so besser gerecht werden, sie sparte Ressourcen und könnte mit seinem horizontalen, egalitären, interprofessionellen und interdisziplinären Ansatz in der heutigen Gesellschaft beispielgebend wirken.

Eine humane Medizin ist ein realistisches Zukunftsprojekt!

Kai-Uwe Helmers ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Hamburg und Mitglied der vdää Regionalgruppe Hamburg.



Bleibender sozialer Abstand

Die soziale Herkunft von Humanmediziner*innen und die Arzt-Patienten-Beziehung – Annäherungsversuche von Lisa Richter

Lisa Richter skizziert, mit welchen sozialen Hintergründen Medizinstudierende und Ärzt*innen in die Berufspraxis gehen, wie sich diese in der Arzt-Patienten-Beziehung bemerkbar machen können und welche Handlungsoptionen denkbar sind.

Die soziale Herkunft von Medizinstudierenden und Ärzt*innen ist in mindestens zweifacher Hinsicht bedeutsam: zum einen als Gradmesser der Einlösung des liberalen Versprechens der Chancengleichheit, das da lautet, jede*r soll aus eigener Anstrengung heraus Zugang zu allen gewünschten Positionen und Ressourcen in der Gesellschaft, also auch der Berufsposition Arzt, erhalten können. Und zum anderen ist die soziale Herkunft ein wichtiger Faktor der Arzt-Patienten-Beziehung, da sich hier immer auch spezifische Lebenserfahrungen und Werte in dieser vermitteln. Dieser Artikel möchte diese beiden Stränge mit der Beantwortung der folgenden Fragen erhellen: Wer wird eigentlich Arzt bzw. Ärztin? Inwiefern können sich soziale Unterschiede zwischen behandelnder und behandelter Person aus-

drücken? Und wie kann auf diese Unterschiede reagiert werden?

■ Bildungshintergründe von Studierenden und Medizinstudierenden

Um die Frage, wer eigentlich Arzt bzw. Ärztin wird zu beantworten, lohnt es sich, einen Blick auf die sozialen Hintergründe der derzeitigen Studierenden und Medizinstudierenden zu werfen. Die *21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks* aus dem Jahr 2016 zeigt, dass die Bildungsherkunft, also die in den Elternhäusern vorhandenen Bildungsabschlüsse und ein vorhandener Migrationshintergrund immer noch entscheidende Rollen im Zugang zum Studium und in der Studienwahl spielen. 2016 hatten Studierende mit Migrationshintergrund drei

Mal so häufig (27%) eine niedrige Bildungsherkunft, wie Studierende ohne Migrationshintergrund (9%). Eine niedrige Bildungsherkunft bedeutet hierbei, dass maximal ein Elternteil des/der Studierenden einen Berufsabschluss hat, der zudem nicht akademisch ist. Studierende mittlerer Bildungsherkunft, d.h. beide Eltern haben einen nicht-akademischen Abschluss, sind zu 38% (keinen Migrationshintergrund) und zu 24% (mit Migrationshintergrund) an der Universität vertreten. Studierende gehobener Bildungsherkunft (ein Elternteil mit akademischem Abschluss) und hoher Bildungsherkunft (beide Elternteile mit akademischem Abschluss) sind insgesamt am häufigsten an der Universität anzutreffen und machen dort 53% (ohne Migrationshintergrund) und 49% (mit Migrationshintergrund) aus (vgl. BMBF 2016: 32).

Der hohe Anteil von Studierenden mit Migrationshintergrund in den beiden höchsten Bildungsherkunftsgruppen relativiert sich, wenn berücksichtigt wird, dass lediglich 20 Prozent der Studierenden einen Migrationshintergrund haben und in diesen Fällen beide Eltern häufig eine doppelte Staatsbürgerschaft haben (vgl. weitere Details dazu BMBF 2016: 33). Insgesamt gab es im Jahr 2016 509.760 Studienanfänger*innen (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018: 339) und ca. 18,5 Millionen Einwohner*innen mit Migrationshintergrund (vgl. bpb 2018: 30).

Ausgehend von diesem grundlegenden Bias zu höher gebildeten, nicht-migrantischen Elternhäusern deutscher Studierender, fokussieren wir nun die Gruppe der Medizinstudierenden. Hier hat die Fächergruppe »Medizin/Gesundheitswissenschaften« laut der 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks den höchsten Anteil an Studierenden mit der höchsten Bildungsherkunft (40%) und den geringsten Anteil an Studierenden mit der niedrigsten Bildungsherkunft (5%) im Vergleich zu anderen Fächergruppen mit heterogeneren Bildungshintergründen (vgl. BMBF 2012: 98).

■ Bildungshintergründe und die gesellschaftliche Positionierung von Ärzt*innen

Beim Blick auf praktizierende Ärzt*innen lassen sich, wie anhand der betrachteten Medizinstudierenden vermutet, ähnliche Befunde zur Bildungsherkunft finden. In einer repräsentativen Zufallsstichprobe (n = 1.388), der in den Jahren 2004-2015 bei den Landesärztekammern registrierten Ärzt*innen, hatten 67,32% der Eltern der befragten Ärzt*innen eine akademische Ausbildung (BA, MA oder Promotion). Bei einem Blick auf das Alter der befragten Ärzt*innen, lässt sich erkennen, dass sich die Höhe der Abschlüsse der Eltern im Zeitverlauf (Stichwort Bildungsexpansion) gesteigert hat (56-65-jährige Befragte: 43,87% mit akademischen Abschluss, 25-35-jährige Befragte: 78,43% mit akademischen Abschluss) (vgl. Teney et al. 2017: 17). Diese Studie zeigt ebenfalls, dass der Arztberuf einen hohen Grad an »intergenerationeller Reproduktion« aufweist. Darunter wird verstanden, dass die Berufe der Eltern durch die Kinder übernommen werden. Bei 21,42% der Befragten stammte mindestens ein Elternteil aus dem medizinischen Bereich; hierbei treten zwischen männlichen und weiblichen, sowie Befragten mit und ohne Migrationshintergrund keine bemerkenswerten Unterschiede auf (vgl. ebd.: 18).

Tab. 1: Clusterbelegung durch die einzelnen Professionen (vgl. Sander 2018: 279)

Cluster	Gehobene Familienorientierung	Traditionelle Hochkultur	Gehobene Unterhaltung
n	111	141	88
Ärzte	11,8%	64,7%	23,5%
Klassische Professionen	24,4%	53,7%	22,0%
Neoklassische Professionen	30,6%	41,9%	27,4%
Pflegekräfte	43,2%	29,7%	27,1%

Auch im Hinblick auf die soziale Positionierung von Ärzt*innen in der Gesellschaft lassen sich deutliche Unterschiede zu anderen gesellschaftlichen Gruppen ableiten. Sander (2018) hat mit ALLBUS-Umfragedaten eine Einordnung der Alltagskulturen verschiedener Professionen vorgenommen, darunter Ärzt*innen. Sie lassen sich in Vesters (2015) sozialen Milieus der BRD graphisch darstellen (vgl. Abb. 1) und charakterisieren.

Vester teilt die deutsche Gesellschaft empirisch in drei Großmilieus (Obere bürgerliche Milieus, Respektable Volks- und Arbeitnehmermilieus, Unterprivilegierte Volksmilieus) und die dazugehörigen Submilieus auf. Diese Milieus unterscheiden sich systematisch durch Berufsstellung, Einkommenshöhe, Bildungsgrad, Alltagskulturen und Geschmack, sowie ihren Abgrenzungspraktiken zu anderen Milieus (vgl. Vester 2015: 144). Während in den Oberen bürgerlichen Milieus (ca. 21% der Bevölkerung) Eigentum, institutionelle Herrschaft und höhere Bildung, sowie die Abgrenzung durch einen distinktiven Lebensstil zu den unteren Großmilieus eine entscheidende Rolle spielen (vgl. ebd. 150), bemühen sich die Respektablen Volks- und Arbeitnehmermilieus (ca. 69%) aus Arbeitnehmer*innen und kleinen Selbstständigen um eine respektable Lebensführung und betonen Leistungsgerechtigkeit und Statussicherung – dies durchaus auch als Abgrenzungspraxis nach oben und unten (vgl. ebd. 158f.). Die Milieus der Unterprivilegierten Volksmilieus (ca. 11%) bestehen überwiegend aus gering Qualifizierten aus dem Niedriglohnsektor und Transferbezieher*innen, deren stigmatisierte Lebensführung sich durch Anlehnung an stärkere Gruppen und Institutionen und die Nutzung von Gelegenheiten darstellt (vgl. ebd.: 175f.). Ärzt*innen wurden nun, neben klassischen Professionen (z.B. Volljurist*innen, Pfarrer*innen) und neoklassischen Professionen (z.B. Naturwissenschaftler*innen, Sozialwissenschaftler*innen) und Pflegekräften, anhand von 21 Lebensstilfragen aus dem ALLBUS drei Clustern zugeordnet, die sich allesamt über das Obere bürgerliche Milieu erstrecken (vgl. Abb. 1). Im Milieu der traditionellen Hochkultur befinden sich prozentual die meisten Ärzt*innen (vgl. Tab. 1). Damit hebt sich die Berufsgruppe der Ärzt*innen besonders stark von den anderen Professionen und Milieus ab.

■ Homogene Ärzteschaft und Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung – eine Spurensuche

Inwiefern kann nun die eben nachgewiesene relativ elitäre Stellung der Ärzteschaft im Rahmen der Behandlung von Patient*innen problematisch werden? Als möglicher Faktor der Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung erscheint zuerst einmal eine Systematisierung sinnvoll: Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung kann sich durch Unterschiede im Zugang zum medizinischen System, der Inanspruchnahme von Versorgungsdienstleistungen und durch Unterschiede in der Versorgungsqualität ausdrücken. Letzteres kann nochmals in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert werden (vgl. Vonneilich et al. 2011: 212). Die Beziehung von Arzt*in und Patient*in kann also als Aspekt der Prozessqualität gelten, durch die sich Ungleichheiten bemerkbar machen können. Darüber hinaus ist zu beachten, dass der Patient*innen-Pool, der auf eine relativ homogene Milieustruktur



mit hohen Statuslagen der Ärzteschaft trifft, eher einen Bias zu niedrigeren Statuslagen aufweist, da diese Patient*innen – wie vielfach nachgewiesen – mit höheren Gesundheitsrisiken assoziiert sind.¹ Es geht hier vielmehr darum aufzuzeigen, welche Vielfalt an Ungleichheitsfaktoren im Verhältnis Ärzt*in-Patient*in wirksam werden können.

Neben der eigenen sozialen Herkunft prägen auch politische Einstellungen und medizinsystemisch bedingte Faktoren (z.B. Erfordernisse des Studiums, Zwänge beruflicher Praxis, Habitus, Berufsethos etc. – Vgl. dazu auch Mareike Ledigen in dieser Ausgabe) das Handeln der ärztlichen Individuen. Hierbei lassen sich die Handlungsorientierungen nicht immer zweifelsfrei in individuelle oder strukturelle trennen bzw. prägen sich Individuen und Strukturen darüber hinaus eben auch wechselseitig. Welche Hinweise gibt es dennoch dafür, dass eine relativ homogene Ärzteschaft aus höheren Statuslagen eher weniger vorteilhaft für die Behandlung von Patient*innen ist?

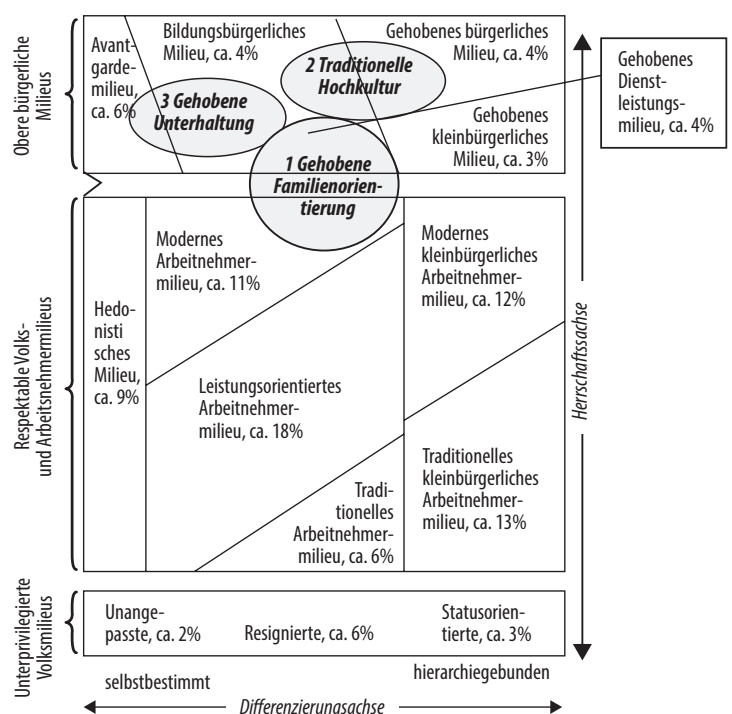
Zum einen zeigt Houda Hallal (2015) in ihrer Dissertation zu Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung, dass Abweichungen vom als »normal« betrachteten Patient*innen-Verhalten zu Behandlung unterschiedlicher Qualität führen können. Beispielsweise schildert eine Medizinstudentin (SW3, Hallal 2015: 70) die gängige Praxis, Aufklärungsgespräche zu vernachlässigen, sobald bei Patient*innen falsche Konjugationen bzw. Sprachschwierigkeiten auf Verständnisschwierigkeiten schließen lassen. Oder in einem anderen Fall werden Schmerzschilderungen eines Patienten mit Migrationshintergrund als stärkere Wehleidigkeit abgetan (SW1, Hallal 2015: 77). Eine niederländische Studie weist nach, dass abweichendes Patient*innenverhalten zu mehr Diagnosefehlern führt (vgl. Schmidt et al. 2017). Hierbei bei wurden 63 Ärzt*innen

sechs Fallgeschichten in zwei Versionen, einmal mit »normalem« und einmal mit abweichendem Patient*innenverhalten vorgelegt. Zu den abweichenden Verhaltensformen gehörten Patient*innen, die entweder häufig fragen, die aggressiv sind oder die Kompetenz des Arztes in Frage stellen, den Anweisungen des Arztes nicht folgen, die nicht an die Unterstützung des Arztes glauben oder besonders hilflos sind (vgl. ebd.: 20). Eine weitere Studie, diesmal aus Patient*innen-Perspektive, zeigt auf, dass die Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung mit Einkommen und Bildungsstatus korreliert ist (vgl. Vonneilich et al. 2011). Hier wurden 12.343 chronisch Kranke nach ihrem Vertrauen zum Arzt/zur Ärztin, zur Information durch den Arzt/die Ärztin und zu ihrer bedürfnisgerechten Entscheidungsbeteiligung befragt und auf mögliche Zusammenhänge mit dem vorhandenen Nettoäquivalenzeinkommen und Bildungsstatus überprüft. Patient*innen mit höherem Einkommen fühlten sich in allen drei Dimensionen signifikant besser berücksichtigt und Patient*innen mit höherem Bildungsstatus signifikant besser informiert und beteiligt (vgl. ebd.: 214). Auch hier kommen neben den sich unterscheidenden Ressourcen der Patient*innen, Verhaltensunterschiede der Ärzt*innen gegenüber unterschiedlichen sozialen Schichten als Erklärungsansätze ins Spiel.

■ Zusammenfassung und Handlungsoptionen

Medizinstudierende und Ärzt*innen entstammen überdurchschnittlich oft aus sehr gut ausgebildeten akademischen Elternhäusern bzw. hohen sozialen Schichten. Sie bringen in der Regel durch ihre Sozialisation spezifische Weltanschauungen und Ressourcen mit, die sich auch in der Arzt-Patienten-Beziehung ausdrücken können. Hierbei muss zum einen berücksichtigt werden, dass sowohl die eigene Sozialisation, als auch die professionsspezifische Sozialisation als Arzt bzw.

Abb. 1: Cluster und Milieus
(nach Sander 2018: 282; Vester 2015: 149)



Ärztin, sowie die sozialen Hintergründe der Patient*innen eine Rolle spielen. Problematisch wird eine elitäre Ärzteschaft an der Stelle, an der sie den Zugang zu wichtigen Ressourcen gefährdet. Ärzt*innenseitig ist das der ungleichmäßige Zugang zur ärztlichen Ausbildung und damit zusammenhängenden Zugängen zum berufsspezifischen sozialen Prestige und Einkommen. Patient*innenseitig ist das die mögliche Einschränkung einer bedürfnisgerechten Behandlung durch die soziale Entfernung von den behandelnden Ärzt*innen.

Mögliche Stellschrauben, die diese Problematik bearbeiten, ergeben sich beispielsweise im Bereich des Medizinstudiums mit Blick auf die Lockerung der Zulassungsbedingungen (NC) und der interdisziplinären Aufwertung des Curriculums, um verstärkt auch soziale Bedingungen der Medizin zu vermitteln. In der beruflichen Praxis der Humanmedizin könnten Hierarchien hinsichtlich ihrer Tauglichkeit für soziale Aufstiege und Patient*innenwohl analysiert verstärkt in Frage gestellt werden. Ebenso könnte die Schaffung von Raum für die Erhebung der Lebensumstände und Bedürfnisse von Patient*innen die Präsenz des »sozialen Abstands« zwischen Ärzt*innen und Patient*innen verringern. Auf der persönlichen Ebene kann die Reflexion der eigenen sozialen Herkunft und den damit einhergehenden Privilegien (und Bürden) im Arzt- bzw. Ärztin-Sein nicht nur unbequeme Einsichten schaffen, sondern auch das eigene ärztliche Handeln fundieren.

Lisa Richter ist Soziologin und arbeitet schwerpunktmäßig zu den Themen soziale Ungleichheit und Sozialstrukturanalyse.

Quellen

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hg.): »Bildung in Deutschland 2018«, Bielefeld 2018, <https://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2018/bildung-in-deutschland-2018>
- bpb (Hg.): »Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland«, Bonn 2018, https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/dr2018_bf_pdf_ganzes_buch_online.pdf
- BMBF (Hg.): »Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Studentenwerks – durchgeführt vom

Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung«, Berlin 2016, https://www.studentenwerke.de/sites/default/files/se21_hauptbericht.pdf

BMBF (Hg.): »Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012. 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, durchgeführt durch das HIS-Institut für Hochschulforschung«, Berlin 2012, https://www.studentenwerke.de/sites/default/files/01_20-SE-Hauptbericht.pdf

Hallal, Houda: »Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung. Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums«, Marburg 2015; Sander, Tobias: »Getrennte Welten? Alltagskulturelle Orientierungen von MedizinerInnen und Pflegekräften«, in: Sebastian Klinke und Martina Kadmon (Hg.): »Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert. Profession oder Dienstleistung«, Berlin, Heidelberg 2018, S. 271-288

Schmidt, H. G. et al.: »Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment«, In: *BMJ Quality & Safety* 26, 2017, S. 19-23

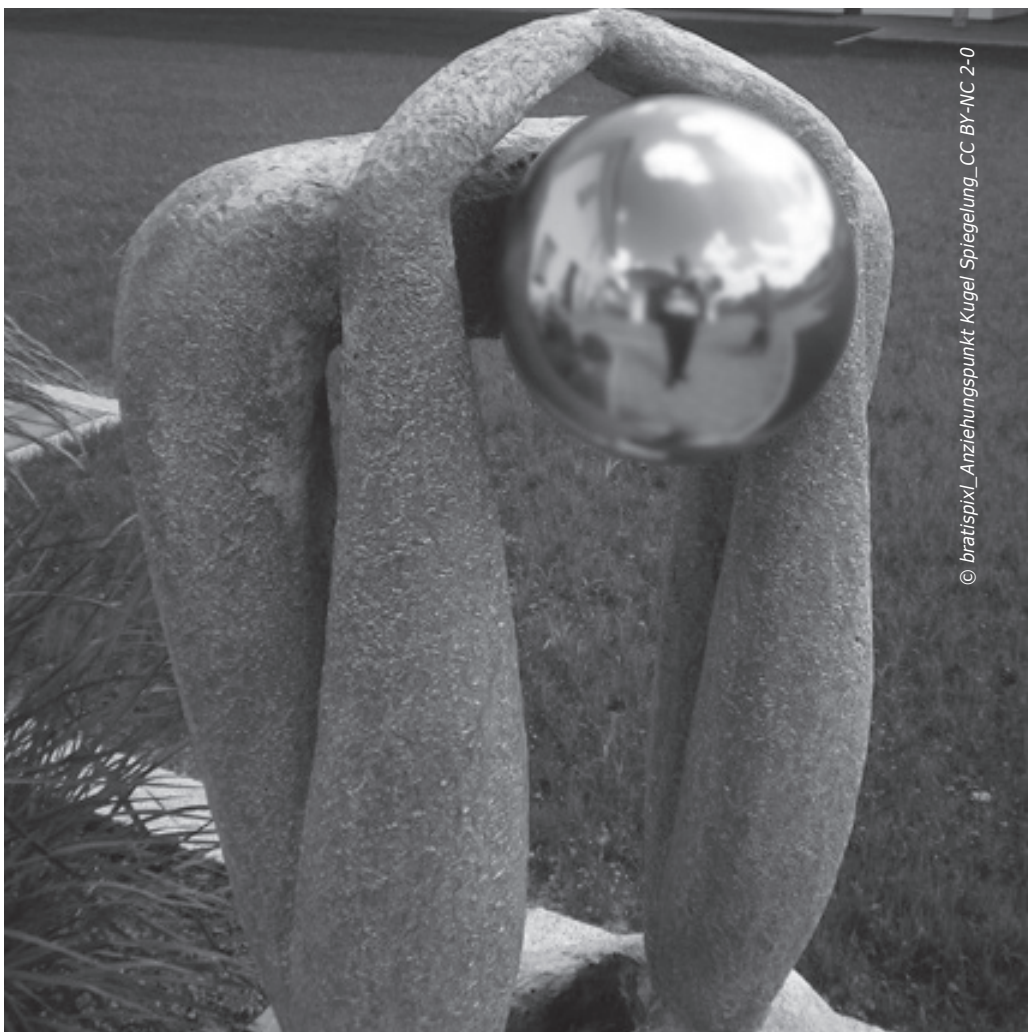
Teney, Celine et al.: »Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: erste Ergebnisse einer

bundesweiten Umfrage zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit und Einstellungen«, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Bremen 2017, https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/53305/ssoar-2017-teney_et_al-Arztinnen_und_Aerzte_in_Deutschland.pdf?sequence=1

Vester, Michael: »Die Grundmuster der alltäglichen Lebensführung und der Alltagskultur der sozialen Milieus«, in: Renate Freericks und Dieter Brinkmann (Hg.): »Handbuch Freizeitsoziologie«, Wiesbaden 2015, S. 143-187

Vonneilich, N.; Altenhöner, T.; Böcken, J.; dem Knesebeck, O. von: »Soziale Ungleichheit in der wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung bei chronisch Kranken«, in: *Das Gesundheitswesen* 73 (4) 2011, S. 211-2016

- 1 Da dieser Artikel den Fokus auf die Ärzteschaft legt, muss der Aspekt der ungleich verteilten Gesundheitsrisiken an dieser Stelle allerdings vernachlässigt werden.



Habitualisierung ökonomischer Imperative

Hagen Kühn über ärztliche Tätigkeit im kommerzialisierten Krankenhaus

Hagen Kühn betrachtet seit Jahrzehnten das Gesundheitswesen und besonders die Ökonomisierung aus kritischer polit-ökonomischer Perspektive. Hier beschäftigt er sich mit den Veränderungen der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus und den Problemen und Widersprüchen für die Ärzt*innen. Es handelt sich um eine Kurzfassung des längeren Aufsatzes aus dem 2018 erschienen Buch von Sebastian Klinke und Martina Kadmon über »Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert« (s. auch den Beitrag auf S. 16).

Will man die derzeit dominanten Tendenzen im Gesundheitswesen, die häufig mit dem Begriff Ökonomisierung gefasst werden, hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit analysieren, lautet die Frage, welche Strukturen auf welche Weise Wahrnehmung, Denken, Urteilen und Handeln der Akteure im Krankenhaus prägen. Hierzu gehört sowohl die Frage nach grundlegenden Interessenkonflikten des ärztlichen Handelns als auch die Frage nach den Rationalitäten eines »ökonomisch rationalen Verhaltens«, wie sie durch Ökonomisierungsprozesse hervorgebracht, verstärkt und/oder begünstigt werden.

■ Erwartungen an das ärztliche Handeln

Die Erwartungen der Gesellschaft und ihrer Individuen an die Medizin sind Erwartungen potenzieller Patienten. Sie entspringen nicht den Vorstellungen von Ethikprofessoren, sondern den Erfahrungen der Menschen mit dem Lebenssachverhalt des Krankseins. Kranksein ist in seiner Freiheit gehemmtes Leben. Die Situation des Krankseins ist in vielen Fällen eine so immense Unfreiheit, ein solches Gefangensein, dass die generalisierte Unterstellung, in der Beziehung zwischen Patienten und Krankenhaus stünden sich – wie auf Märkten – freie und gleiche Vertragspartner gegenüber, dieser Lebenswirklichkeit nicht entspricht.

Diese Asymmetrie kann nicht auf ein Informationsdefizit reduziert wer-

den. Kranksein ist ein zutiefst emotionales Ereignis. Solche Konstellationen aus Abhängigkeiten und Schutzbedürfnissen werden allgemeiner mit dem Begriff der »Sorgesituation« beschrieben. Daher wurden in modernen und hoch arbeitsteiligen Gesellschaften »Sorgebeziehungen« entwickelt, die es den Hilfsbedürftigen ermöglichen sollen, Personen zu finden, die ihre existenziellen Bedürfnisse »treuhänderisch« zum Ausgangspunkt ihres Handelns machen.

■ Vertrauen als öffentliches Gut

Für den Menschen in der Situation des Krankseins ist Vertrauen nicht bloß eine Wahloption, sondern in seiner Lage muss der Mensch vertrauen können. Die medizinische Institution und die darin Handelnden können Vertrauen nicht einfordern, sondern müssen vertrauenswürdig sein. Die Beziehungen, die sich zwischen ihnen und den Patienten einstellen, sind von gravierender Bedeutung für die Angemessenheit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die objektive

und subjektive Chance der Bürger, im Bedarfsfall mit großer Wahrscheinlichkeit loyale Ärzte zu finden, hat die Qualität eines »öffentliches Gutes«.

Öffentliche Güter nützen zwar allen, aber sie können von wenigen zerstört werden. Werden medizinische Dienstleistungsprozesse der kommerziellen Logik unterworfen und die Sorgebeziehung tendenziell zur Geschäftsbeziehung, dann steigt mit dem Risiko ärztlicher Interessenkonflikte auch die Wahrscheinlichkeit spürbarer Verletzungen der *Loyalitätserwartungen*. Das führt zum Vertrauensverlust in der Bevölkerung, das Lebensgefühl der »Gesunden« wird unsicherer und die Inanspruchnahme in höherem Maße mit Angst, Stress und Misstrauen verbunden, was in vielen Fällen nicht ohne Auswirkungen auf den medizinischen Erfolg im engeren Sinne bleibt.

■ Ökonomisierung der Krankenhausmedizin

Die medizinischen und pflegerischen Entscheidungen, Therapien, Empfehlungen usw. werden tendenziell über-

»Ich bin davon überzeugt, dass der Mensch immer etwas aus dem machen kann, was man aus ihm gemacht hat. Heute würde ich den Begriff der Freiheit folgendermaßen definieren: Freiheit ist jene kleine Bewegung, die aus einem völlig gesellschaftlich bedingten Wesen einen Menschen macht, der nicht in allem das darstellt, was von seinem Bedingtheit herrührt.«

(Sartre 1977: 144f.)

formt durch ein betriebswirtschaftlich-rationales Gewinn- bzw. Vorteilskalkül. Je mehr das Krankenhaus analog zu Märkten (mit finanziellen Gewinn- und Verlustanreizen) gesteuert wird, desto mehr nehmen seine Dienstleistungen Warencharakter an. Kapitalwirtschaftlich gilt nur das als Kosten oder Aufwand, was die monetäre betriebliche Bilanz berührt. Nichtmonetäre Kosten wie vermeidbare Schmerzen und/oder bleibende Einschränkungen schmälern nicht den betriebswirtschaftlichen ›Erfolg‹.

Für die Debatte um die medizinische Ethik wäre es besonders wichtig zu erkennen, dass das Gewinnkalkül nicht im handelnden Individuum verbleibt, sondern institutionalisiert wird und durch finanzielle Anreize, Controlling, neue Hierarchien, Sanktionssysteme usw. zu organisatorischen Strukturen gerinnt.

■ Interessenkonflikt

Es ist leicht einzusehen, dass die handelnden Ärzte in einen objektiven Widerspruch geraten zwischen den Erwartungen einer Sorgebeziehung auf der einen und dem neuen betriebs- bzw. kapitalwirtschaftlichen Regime auf der anderen Seite. Es entsteht ein ›Interessenkonflikt‹. Die meisten akademischen Ethiker fassen Interessenkonflikte lediglich als subjektives Entscheidungsdilemma auf, dem sie dann mit ihren Theorien abhelfen können. Tatsächlich befinden sich die ärztlichen und pflegerischen Akteure in einer objektiv widersprüchlichen Situation.

Um den institutionellen Druck zu verstehen, muss man sich folgendes vor Augen führen: Wenn ein Krankenhaus zu einer Kapitalanlage geworden ist, darf die Rendite nicht dauerhaft unter einer weltweiten durchschnittlichen Renditeerwartung liegen. Sonst ziehen Anleger ihr Kapital ab und legen es in anderen Bereichen an. Gemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser passen sich dieser Logik an, um in der Konkurrenz zu bestehen. Die Konflikte und Risiken, denen Ärzte, Pfleger und Patienten heute am Krankenbett ausgesetzt sind, gehen zurück auf politische Entscheidungen, die Versorgung der Kranken zum Anlagefeld für Kapital zu machen und die nicht-

kommerziellen Krankenhäuser zu zwingen, mit ihnen zu konkurrieren. Spätestens hier wird deutlich, dass das Krankenhaus als Organisation nicht nur arbeitsteilig, sondern diese Arbeitsteilung zugleich eine *Hierarchie von Machtbeziehungen* ist.

■ Organisationsstruktur und Verhalten

Mit dem *Kommerzkrankenhaus* ist keine heile medizinische Welt verloren gegangen, sondern lediglich die Welt, aus der es hervorgehen konnte. In den Jahrzehnten zuvor war die Medizin bereits von der Tendenz zur technischen Zweckrationalität dominiert. Gerade diese formalisierte, den Patienten über das Maß des Notwendigen hinaus verdinglichende Sichtweise, die Reduktion aller Phänomene auf messbare Quantität, ermöglicht es heute, Medizin und Krankenversorgung so zu machen, dass sie mit der betrieblichen Rechnungsführung abgebildet und nach Rentabilitätskriterien gesteuert werden kann.

■ Das ökonomische Framing

Individuelles Handeln kann niemals ›rational‹ sein im Sinne eines bewussten und vollkommen informierten, alle Aspekte berücksichtigenden rationalen Handelns. Wer also den Bezugsrahmen von Diskursen oder Entscheidungsprozessen bestimmen kann, hat großen Einfluss auf die Resultate, denn mit der Rahmung wird festgelegt, um was es in der Situation überhaupt geht und wie das Ziel definiert ist (vgl. Esser 2001, S. 259–334; Kahnemann und Tversky 1984, S. 341–350). Auf die ärztliche Tätigkeit angewendet bedeutet das, dass das Verhalten in einem oben beschriebenen Interessenkonflikt sehr stark davon abhängt, in welchem Frame entschieden wird. Die Ökonomisierungsprozesse im Krankenhaus sind ein solcher Wechsel des Bezugsrahmens. Der betriebswirtschaftliche Frame wird durch die strukturellen Bedingungen des Finanzierungssystems und den machtgestützten Druck des Managements permanent gefordert und von den ärztlich und pflegerisch Handelnden tendenziell übernommen und ›verinnerlicht‹.

■ Moralische Desensibilisierung

Das Vertrauen der Patienten beruht letztlich darauf, dass ärztliche Entscheidungen primär in ihrem Interesse und nicht im Interesse einer Organisation oder eines Kapitalinvestors getroffen werden. Im ökonomisierten Kontext nehmen Interessenkonflikte zu und damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Handelnden dieser Loyalitätserwartung nicht gerecht werden. Das führt bei den ärztlich und pflegerisch Handelnden potenziell zu einer ›moralischen Dissonanz‹ mit quälendem psychischen Unbehagen, das lange anhalten und tief an das Selbstbewusstsein rühren kann. Der psychische Missklang (Dissonanz) und die damit einhergehende innere Spannung kann so peinigend sein, dass Individuen alles daransetzen, um die Dissonanz zwischen dem moralischen Empfinden und dem eigenen Tun möglichst umgehend zu reduzieren. Die intellektuell einfachste, aber praktisch meist schwierigste Lösung liegt darin, den Zwängen und Versuchungen der Institution und der Angst vor Isolierung gewahr zu werden und zu widerstehen. Der dazu unter den gegebenen Strukturen erforderliche Heroismus lässt sich jedoch nur für die Wenigsten dauerhaft aufrechterhalten.

Im anderen Fall müssen Affekte wie Angst, Scham oder Schuld abgewehrt werden, um das psychische Gleichgewicht und das eigene Selbstbild zu erhalten. Die – meist unbewussten und automatisierten – ›Strategien‹ der Psyche sind beispielsweise Verleugnung, Verdrängung, Rationalisierung oder Verschiebung. Informationen werden vom Bewusstsein ferngehalten, eigenes Verhalten wird im Sinne der ethischen Normen ›rationalisiert‹, Verantwortung auf die Patienten projiziert und viele andere Strategien mehr. Bei der Dissonanzreduktion kommt den Akteuren ein Prozess *moralischer Vergleichültigung* zu Hilfe, der in den Strukturen moderner, hoch arbeitsteiliger, technisierter Institutionen verankert ist.

Die Ökonomisierung und Bürokratisierung des Umgangs mit Kranken sind Prozesse, in denen auf vielerlei Weise soziale Distanz und damit moralische

Vergleichgültigung erzeugt wird. Das geschieht durch entpersönlichende Sprache des medizinischen oder betriebswirtschaftlichen Fachjargons (»Fallschwere«), durch den häufigen Wechsel der Behandelnden und Pflegenden, durch Regelbindung und Formalisierung, durch Entscheidungen »nach Aktenlage« in Abwesenheit des Patienten, vor allem aber durch die Verdinglichung der Kranken als »Fall«, gewichtet mit einer Geldsumme, die auf dem Spiel steht.

Die Subjektivität und damit die Würde des einzelnen Patienten in seiner Krankheit werden zum Gegenstand des betriebswirtschaftlichen Controlling. Die Distanz der Kontrolleure zum Patienten ist noch größer. Sie kennen und verstehen ihn überhaupt nicht, entscheiden nach Messwerten, Diagnosen in Berichten.

■ Habitualisierung der ökonomischen Imperative

Der globale neoliberale Kapitalismus tendiert dazu, soziale und kulturelle Schutzmechanismen zu schleifen, die die Gesellschaften bislang gegen die Rigidität des Marktes errichtet hatten (Sozialstaat, staatliche Grundversorgung wie Wasser, Energie, öffentliche Kulturförderung usw.). Dieses ist der gesellschaftlicher »Frame«, in dem seit den 1980er Jahren die Krankenhauspolitik, insbesondere die Krankenhausfinanzierungsgesetze, gestaltet wurden. Das ist auch zugleich die Quelle der »Werte« und Orientierungen, die im Krankenhaus ihre praktische Anwendung finden. Jeder einzelne Arzt und jeder einzelne Patient ist bereits durch sein »In-der-Welt-Sein« davon geprägt, bevor sie ein Krankenhaus betreten haben. So gesehen wird die Ökonomisierungstendenz nicht nur gegen die Individuen durchgesetzt, sondern auch durch sie hindurch.

Der französische Soziologe Pierre Bourdieu (1930–2002) erarbeitet um die Begriffe »Habitus« und »praktischer Sinn« eine differenzierte und auch empirisch fundierte Theorie zum dialektischen Zusammenhang zwischen der Position in der Sozialstruktur auf der einen und der Persönlichkeitsentwicklung auf der anderen Seite. Der Habitus ist das individuelle System verinnerlich-



ter Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmuster, die individuelle Disposition zur moralischen und ästhetischen Praxisbewertung. Er ist die gesellschaftlich produzierte »innere Natur« des Subjekts, sozusagen die innere Instanz, die Einstellungen und Verhaltensweisen selbstverständlich werden lässt. Das soll nicht deterministisch verstanden werden, vor allem nicht inhaltlich, sondern lässt Raum für kreatives Handeln, aber die – was die gesellschaftliche Hierarchie der Klassen, Schichten, Berufe, Geschlechter usw. angeht – unteren und oberen Begrenzungen sind weitgehend festgelegt.

Mit dem Konzept des Habitus als einer von der sozialen Position abhängigen individuellen Disposition ist es möglich, Handeln zu verstehen, ohne dem Handelnden realitätsfremd eine bewusste und rational berechnende Absicht zu unterstellen. Die professionelle Sozialisation beispielsweise von Ärzten ist die feldspezifische Modifikation des Habitus, vergleichbar aber tiefergehend als es der Begriff der »beruflichen Sozialisation« anzeigt.

Es ist wichtig zu verstehen, dass auch die Akteure des Krankenhauses einen »praktischen Sinn« für die Logik ihres sozialen Feldes entwickeln und habitualisieren. Dieser lässt all das, was zunächst als etwas Neues und Befremdendes galt – also die Anforderungen, ärztliche Entscheidungen der Logik einer unternehmerischen Gewinn- und Verlustrechnung zu unter-

werfen und die Erwartungen der Patienten damit zu hintergehen – zur Selbstverständlichkeit werden, zum gegebenen Rahmen, innerhalb dessen agiert wird.

■ Fazit – Strukturethik

Halten wir also fest: Nicht nur verbale Botschaften, sondern auch objektive institutionelle Bedingungen sind wertehaltig, indem sie Einstellungen und Verhalten prägen, verstetigen oder modifizieren. Die ärztlichen und pflegerischen Entscheidungen werden tendenziell immer weniger der Autonomie der unmittelbar Handelnden überlassen, sondern sie gehen über in Strukturen von Regeln, Anreizen, Sanktionen und Kontrollen und wirken von daher auf die Subjekte zurück. Je mehr und länger das der Fall ist, desto »selbstverständlicher« werden die Imperative der Institution.

Die moralische Qualität der Medizin ist somit zunehmend abhängig von den Strukturen, dem Ziel der Krankenhausorganisation, den gesetzlichen Finanzierungsregeln usw. Gefragt ist die politische Korrektur einer dramatischen Fehlentwicklung. Die Interessenkonflikte des kommerzialisierten Krankenhauses sind objektive Bedingung ärztlichen und pflegerischen Handelns, die ein Risiko für die Patienten darstellen. Dieses Risiko wird sich umso mehr erhöhen, je mehr die Imperative des Kommerz-Krankenhauses zum Bestandteil des beruflichen Habitus von Ärzten und Pflegepersonal zu Selbstverständlichkeit werden.

Primärziel des Krankenhauses muss der regionale Versorgungsauftrag und nicht ein Rentabilitätsziel von Investoren sein. Die neoliberale Ab- und Entwertung von Kooperation, Solidarität und kommunalem Gemeinsinn muss zurückgedrängt werden. Das ist eine gesellschaftliche Aufgabe.

Die Individuen sind nicht bloße »abhängige Variablen«, sie können individuell und kollektiv kreativ und gegen-tendenziell handeln – wengleich unter den jeweils gegebenen Bedingungen.

PD Dr. Hagen Kühn ist Ökonom, Soziologe und ehemaliger Leiter der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Nur eine Seite der Medaille

Thomas Kunkel und Nadja Rakowitz über Sebastian Klinkes Überlegungen zum beruflichen Selbstverständnis von Ärzt*innen im DRG-Krankenhaus*

Sebastian Klink hat im Jahr 2018 zusammen mit Martina Kadmon ein interessantes Lehrbuch für Medizin-Studierende zum Thema »Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert – Profession oder Dienstleistung« herausgegeben, auf das wir in dieser Ausgabe in mehreren Texten Bezug nehmen. Die Ergebnisse des Aufsatzes von Klink zum beruflichen Selbstverständnis von Ärzt*innen im DRG-Krankenhaus werden zusammengefasst und einer grundsätzlichen Kritik unterzogen.

Sebastian Klink überprüft folgende Hypothesen anhand von Soll- und Ist-Befragungen im zeitlichen Verlauf seit der DRG-Einführung.

- »Überformung der traditionellen medizinischen Handlungsnorm durch betriebswirtschaftliche Handlungskalküle ist zu erwarten.
- Dadurch entsteht ein spezifisches Spannungsverhältnis zwischen dem Anreiz zu erlösorientiertem Verhalten und der Handlungsnorm, alle medizinisch und pflegerisch notwendigen Leistungen für den Patienten erbringen zu wollen.
- Der Anreiz zur Inklusion betriebswirtschaftlicher Handlungskalküle entsteht durch die Deckelung der Gesamtausgaben und die Pauschalierung des Einzelfalls.
- Unter diesen Anreizbedingungen wird eine Versorgung auf qualitativ hohem Niveau ohne einen klaren Vorrang medizinischer vor ökonomisierten Handlungsnormen unwahrscheinlich.
- Da Handlungsnormen sich nicht ad hoc wandeln, ist es notwendig, im Zeitverlauf zu untersuchen, ob und wie sich Handlungsorientierungen (berufliches Selbstverständnis) und medizinische Praxis von ÄrztInnen verändern.« (S. 108f. – alle Seitenangaben beziehen sich auf den Text von Klink*)

Dazu werden verschiedene Erhebungen im zeitlichen Verlauf ausgewertet, die auf Verschiebungen im beruflichen Selbstverständnis von Ärzt*innen hin-

weisen. Bereits die in Untersuchungen zum ärztlichen Selbstverständnis während der Einführung von Budgetierung (ab 1993), Fallpauschalen in der Chirurgie (ab 1996) und im stationären Bereich als auch die im Vorfeld der DRG-Einführung im Jahr 2004 publizierten Einschätzungen ließen erwarten, dass sich die organisatorischen und handlungsleitenden Rahmenbedingungen sowie das berufliche Selbstverständnis für Ärzt*innen verändern, so Klink.

Die Hypothesen bezüglich des Einflusses von Diagnosis Related Groups (DRG) und Budgetierung auf das berufliche Selbstverständnis von Ärzt*innen werden aufgegriffen und anhand von Daten des sog. WAMP-Projekts¹ und neuerer Untersuchungen (Bräutigam et al. 2014; Wehkamp 2016; Wilkesmann 2016) überprüft. Methodisch erfolgt eine Überprüfung der Hypothesen durch Soll-Ist-Vergleiche. »Die Vorstellungen von dem, wie man gerne handeln möchte (Soll), stehen handlungspraktisch [...] immer in einem gewissen Spannungsverhältnis zur eigenen Handlungspraxis (Ist), weshalb vor allem im Zeitvergleich Veränderungen im Ausmaß einer ›moralischen Dissonanz‹ (s.a. Artikel von Hagen Kühn auf Seite 13ff.) bzw. von wachsenden Spannungen zwischen Anspruch an das eigene Handeln und tatsächlicher Handlung gemessen werden können.« (S. 109)

Besonders interessant ist für ihn die Wechselwirkung von Makro- (Gesetzgebung) und Mikroebene (Leistungserbringung), d.h. inwieweit sich die Widersprüche zwischen Versorgungsgebot

und Wirtschaftlichkeitsprinzip auf das Spannungsverhältnis zwischen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Leitmotiven durch die Einführung der DRGs und ihrer Anreize auswirken.

In den Ergebnissen zeige sich, dass das »traditionelle«, soll heißen: primär an medizinischen Notwendigkeiten ausgerichtete berufliche Selbstverständnis durch die betrieblichen Rahmenbedingungen in Frage gestellt werde. Besonders deutlich sticht die beeindruckend hohe Zahl jener Krankenhausärzt*innen von 35% ins Auge, die ihre Berufswahl bereuen. Ebenfalls interessant ist das Ergebnis, dass was – die Trägerschaft angeht –, »ÄrztInnen in freigemeinnützigen Einrichtungen signifikant eher (um +5 Prozentpunkte) bereit« sind, »Rationierung als Abwägungsentscheidung für gerechtfertigt zu halten als ihre KollegInnen in öffentlichen Einrichtungen.« (S. 118) Eine im zeitlichen Verlauf der Untersuchungen insgesamt zunehmende Zahl von Ärzt*innen zeige, dass das Verhältnis zunehmend als betriebswirtschaftliches Verhältnis wahrgenommen werde und erlösorientierte Erwägungen als »notwendig« chiffriert würden.

Konsequenz für das eigene berufliche Selbstverständnis sei, so Klink: »Bei den meisten Befragten ist der Versuch zu beobachten, eine aus ihrer Sicht statussichernde Neudeutung der eigenen Profession zu realisieren: So wird am Begriff des medizinisch Notwendigen festgehalten, weil er an das traditionelle berufliche Selbstverständnis anknüpft und semantisch sicher-

stellt, dass man nicht grundsätzlich in Widerspruch mit der eigenen Berufsethik gerät. Dies gelingt deshalb, weil der Begriff der Notwendigkeit in einem gewissen Umfang deutungs offen ist: Insbesondere Ganzheitlichkeit, psychosoziale Versorgung und ambulant erbringbare Leistungen sind Versorgungsbedarfe, die aus Sicht von Krankenhausärzt*innen unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte zunehmend disponibel erscheinen.« (S. 154)

Es wird bei der Präsentation der Ergebnisse Klinkes deutlich, dass die Verschiebung der handlungsleitenden Motive ein sehr komplexer und widersprüchlicher Prozess ist, in dem auf verschiedenen Hierarchiestufen unterschiedliche Wahrnehmungen existieren, vor allem auch, weil im Versorgungsalltag Formen der Unter-, Über- und Fehlversorgung koexistieren, wobei die Momente der Überversorgung eher beiläufig erwähnt und von Klinkes Ansatz nicht erklärt werden können (dazu unten mehr). Dennoch gelingt es Klinke einige klare Einschränkungen einer bedarfsgerechten Versorgung von gesetzlich versicherten Patient*innen im Krankenhaus zu identifizieren und sie auf die »Entkoppelung der Finanzierungslogik vom Bedarf und daraufhin erfolgter organisationaler Anpassungsprozesse (New Public Management)« (S. 154) zurückzuführen.

Genannt werden: Einführung von Wartelisten für eine gleichmäßigere Auslastung der OP-Kapazitäten. In der Praxis führe das dazu, dass betroffene Patient*innen durch eine spätere Behandlung belastet werden. Gleichzeitig würden die regulären OP-Zeiten bis in die Nacht ausgeweitet, um Geräteauslastung und somit die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Lange Warte- und somit Nüchternzeiten für die betroffenen Patient*innen sind die Folge. Nicht selten erreiche Patient*innen am Ende eines langen nüchternen Tages die Nachricht, dass ihre geplante OP verschoben werden muss. Patient*innen werden, so Klinke, nicht mehr stationär, sondern ambulant bzw. vorstationär aufgenommen, was je nach Gesundheitszustand und Entfernung vom Krankenhaus eine hohe Belastung für Patient*innen und Angehörige sein kann.



© Marianna Mercado_Pexels_beautiful-black-blur-987627

Einige Eingriffe bzw. Interventionen würden gezielt auf mehrere Krankenhausaufenthalte verteilt (sog. Fallsplitting), um mehrere Fallpauschalen einlösen zu können. Tendenziell geschehe dies eher zum Nachteil der Patient*innen, da die Zeitpunkte der Krankenhauserlassung vom Zeitpunkt der Heilung bzw. Ende des durch die DRGs vorgegebenen Behandlungspfads getrennt werde. Auch hier sei davon auszugehen, dass die häufig entstehende Zerfaserung der Behandlung in unorganisierte Mischungen aus stationären und ambulanten Versorgungsangeboten zum Nachteil der Patient*innen ge-

schieht, nicht nur wegen des erhöhten Aufwands für die Betroffenen, sondern auch, weil bisher nicht einmal ansatzweise eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung existiere, dafür umso gravierendere Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren.

Leider wertet der größte Teil des Textes nur Studien der Jahre 2004-2007 aus, in denen die volle Wucht der DRGs noch nicht überall wirksam wurde. Für diese Zeit identifiziert Klinke als größten Widerspruch, den zwischen einer Berufsethik, die alles medizinisch Notwendige für die Patient*innen machen will, und einer be-

triebswirtschaftlichen oder ökonomischen Logik, die bei Klinke in Sparmaßnahmen und Rationierungslogik besteht.

Nur die letzten fünf Seiten beschäftigen sich mit neueren Studien aus dem Zeitraum 2012–2016 (S. 151 ff.) Diese kommen zu dem Schluss, dass die wahrscheinlich bekannteste Einschränkung der Versorgungsqualität die medizinisch und demografisch nicht ausreichend zu erklärenden gesteigerten Fallzahlen seit der Einführung des DRG-Systems, insbesondere bei erlöslukrativen Prozeduren seien. In den Befragungen wird »von behandelnden Ärzt*innen eingeräumt, dass diese Mengenausweitungen in Teilen erlösgetrieben sind und eine gefährliche Form von Über- und Fehlversorgung bedeuten.« (S. 155)

Klinke kommt mit Verweis auf die Impulse von der Makroebene mit ihren Effekten auf die Versorgungsebene – Erhöhung des Kostendrucks für die Krankenhäuser, Durchsetzung betriebswirtschaftlicher Grundsätze, Steigerung der Arbeitsbelastung des Personals und Störung der Arzt-Patient-Beziehung durch ökonomisch motivierte Handlungsmotive – zum Fazit: »Die untersuchungsleitenden Hypothesen können leider alle als erhärtet angesehen werden. Denn solange nur etwa 16% der ÄrztInnen, welche eine Rationierung von Leistungen voll ablehnen, in Abteilungen arbeiten, in denen sie nach dieser Prämisse handeln können, ist es im Hinblick auf die 84% KrankenhausärztInnen, die ihre eigene Handlungspraxis als mehr oder weniger widersprüchlich und belastend empfinden (moralische Dissonanz), nur eine Frage der Zeit, ab wann ihr berufliches und professionelles Selbstverständnis sich an eben diese Praxis anpasst.« (S. 155)

Insgesamt betreffen in den ausgewerteten Untersuchungen die »Normverunsicherungen« etwa zwei Drittel der befragten Ärzt*innen. Die aktuelleren Untersuchungen 2011–2016 dokumentierten darüber hinaus eine zunehmende Akzeptanz und Verbreitung von profitorientierten Leitmotiven in der ärztlichen Arbeit, die über alle Hierarchieebenen festgestellt werden könne. Erwartungsgemäß hätten Chefärzt*innen patient*innenferne Zielset-

zungen am deutlichsten angenommen und dienen somit den Geschäftsführungen als »Transmissionsriemen zur Durchsetzung organisationaler Interessen« (S. 155)

■ Thema verfehlt

Letztlich, so unser Fazit, hat Klinke sein Thema nicht wirklich getroffen. Da seine Vorstellung von Ökonomie eher eine der »Hauswirtschaft« ist, erscheint ihm Ökonomisierung immer nur als Versuch, Geld zu sparen und entsprechend zu budgetieren oder zu rationieren. Entsprechend versteht er die Rolle der Ärzt*innen in diesem Prozess nahezu ausschließlich als eine, die für Kosten im Krankenhaus verantwortlich ist und Ärzt*innen zwingt zu sparen und deshalb nicht mehr ihrem Ethos gemäß arbeiten zu können. Für unlukrative Behandlungen mit defizitären Fallpauschalen trifft das auch zu.

Zwei sehr knappe Verweise auf Überversorgung bzw. medizinisch nicht indizierte Leistungen (S. 109, 137) – ohne auf den Widerspruch zur Gesamtthese zu reflektieren – werden auf den Versichertenstatus geschoben (privatversichert, S. 140) oder bleiben unkommentiert im Text stehen. Auch dass der größte Teil auf Studien aus 2004–2007 basiert, ist hier nicht sehr hilfreich, denn es ist davon auszugehen, dass sich die Wucht der Ökonomisierung durch die DRGs erst in der darauf folgenden Zeit richtig bemerkbar gemacht hat.

Versteht man Ökonomisierung allerdings als eine Unterwerfung der Krankenhäuser unter eine kapitalistisch geformte Ökonomie mit Markt, Konkurrenz und systematischem Profitinteresse, dann versteht es sich von selbst, dass es hier *nicht nur* um Rationierung und Einsparung gehen kann. Hier wurde ein Bereich der Daseinsvorsorge sehr erfolgreich zum Gesundheitsmarkt umgebaut. Die Rolle der Ärzt*innen in diesem Prozess ist nicht nur auf Seiten der Kostenverursacher zu suchen, sondern – und das ist aktuell ihre wichtigste ökonomische Funktion im Krankenhaus – auf Seiten der Erlöse bzw. der Einnahmen. Ärzt*innen haben vor allem für Einnahmesteigerungen in Bereichen mit profitablen Fallpauschalen zu sorgen, sie sitzen, wie es in der

Szene so schön verräterisch heißt, »an der Kasse«. Aus dieser Funktion sind die Phänomene der massiven Fallzahlsteigerungen und der invasiven Eingriffe, v.a. Operationen, systematisch erklärbar. Damit wird aber auch das berufliche Selbstverständnis der Ärzt*innen an einer anderen Stelle tangiert. Und wichtig daran ist: Die Schuld dafür ist nicht bei ihnen sondern bei Dritten zu suchen.

Die andere Seite der DRG-Medaille aber bedeutet, dass Ärzt*innen bereit sein müssen, aus Erlösgründen »Indikationen weicher zu stellen«, Operationen – bewusst oder unbewusst – schnell statt abwartend, häufig statt risikobewusst zurückhaltend, und ausgedehnter statt kleinstmöglich zu empfehlen – kurzum: auch Körperverletzung zu begehen. Ärzt*innen sind Getriebene und Mittäter*innen, der Impuls zu helfen wird ökonomisch überformt in einem Prozess, der die Medizin grundlegender zu verändern droht als es reine Rationierung bewirken würde. Dies scheint uns ein Widerspruch, der sehr viel schwerer einzugestehen ist und der das Selbstverständnis viel nachhaltiger verändert und weiter verändern wird, denn hier haben die Ärzt*innen eine aktivere Rolle, die ihr Selbstverständnis zugleich bedient und in Frage stellt.

Ohne dies zu thematisieren, brauchen wir über den Wandel des beruflichen Selbstverständnisses aber nicht zu reden. Das gilt insbesondere für ein Lehrbuch für Medizin-Studierende.

* Sebastian Klinke: »Das berufliche Selbstverständnis von ÄrztInnen im DRG-Krankenhaus. Qualitative und quantitative Tendenzen«, in: Sebastian Klinke / Martina Kadmon (Hrsg.): »Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert – Profession oder Dienstleistung«, Springer-Lehrbuch, Berlin 2018, S. 105–157

1 Das WAMP-Projekt (**W**andel von **M**edizin und **P**flege im DRG-System) ist ein Kooperationsprojekt der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen, es handelt sich um eine sozialwissenschaftliche Längsschnittanalyse der Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus. Siehe: <http://www.wamp-drg.de/>

Medizin mit Scheuklappen

Mögliche Gründe für die geringe Beachtung sozialer Dimensionen von Gesundheit in medizinischer Theorie und Praxis – von Mareike Ledigen

Mareike Ledigen betrachtet ein altes Problem der Medizin, die soziale Blindheit von medizinischer Theorie und Praxis, mit neuen theoretischen Ansätzen – und stellt nach wie bevor bestehende oder sogar wieder größer gewordene Defizite der Medizin fest.

Der ärztliche Beruf ist vielseitig – nicht zuletzt dank der Patient*innen. Abhängig von Geschlecht, Alter oder sozialer Lage benötigen fast alle Menschen einstweilen irgendwann medizinische Hilfe. Aus ärztlicher Perspektive sind besondere gesundheitsbezogene gesellschaftliche Beobachtungen möglich. Mit Anamnesebogen, Stethoskop und Kanülen sind Ärzt*innen ganz nah dran an verschiedenen gesellschaftlichen Spektren – wenn nicht gar mittendrin. Welchen Einfluss haben die Lebensbedingungen der Menschen auf deren seelische und körperliche Gesundheit? Entwickeln sich neue individuelle und gesellschaftliche Probleme? Wie wirken sich sozial-, bildungs- und gesundheitspolitische Veränderungen aus? Trotz der tiefen, mitunter intimen Einblicke in das Leben und die Psyche der Patient*innen ist es unter Ärzt*innen kaum üblich, sich diese Beobachtungen bewusst zu machen und medizinische Forschungsfragen, gesellschaftliche Analysen oder gar politische Forderungen abzuleiten. Der drastische und mehrdimensionale Einfluss von Schichtzugehörigkeit auf den Gesundheitszustand eines Menschen ist zwar bekannt¹, wird aber eher aus gesellschaftswissenschaftlicher Perspektive beachtet und untersucht (siehe GbP Sonderheft 2015 zum Themenschwerpunkt: Soziale Determinanten von Gesundheit).

Es ist kein Zufall, dass sozioökonomische Bedingungen, die die Gesundheit beeinflussen, in medizinischer Theorie und Praxis heute wieder vernachlässigt werden, obwohl diese in der Vergangenheit bereits tiefer beleuchtet wurden. Unter anderem ist die ärztliche Wahrnehmung durch die berufstypische Sozialisation und maßgebende medizinische Denkschemata bedingt.

■ Woran orientieren sich Ärzt*innen

Swantje Reimann² skizziert in ihrem Artikel über die habituelle Aneignung der ärztlichen Profession von 2018, nach welchen gängigen Motiven angehende Ärzt*innen im Verlauf der Ausbildung ihr Denken und Handeln gestalten. Eine derartige Orientierung ist notwendig, um den zahlreichen Unsicherheiten zu begegnen, die der medizinische Alltag selbst für erfahrene Ärzt*innen birgt. Wissen, so groß es auch sein mag, ist begrenzt; eine bekannte Krankheit ist im Einzelfall doch wieder individuell und unterliegt in ihrer Ausprägung und Dynamik den Einflüssen verschiedener körperlicher Funktionssysteme und ebenfalls sozialen Bedingungen, in denen die Patient*innen arbeiten und leben. Häufig sind mehrere Herangehensweisen an medizinische Probleme möglich. Zeitlicher Druck in der Praxis erschwert den Umgang mit Unsicherheiten und erhöht das Risiko, Fehler zu begehen. Hinzu kommen die vielseitigen, sich teils widersprechenden Anforderungen etwa seitens der Klinikleitung, der Patient*innen, der Pharmaindustrie, der Angehörigen und der Kolleg*innen. Beziehungsorientierung und die rationale Orientierung sind zwei idealtypische ärztliche Haltungen, anhand derer sich diese Komplexität des medizinischen Alltags reduzieren lässt:

Zentral für die Beziehungsorientierung ist die Ausrichtung der eigenen Tätigkeit an der Zufriedenheit der Patient*innen. Im Mittelpunkt des Handelns steht dabei die alltägliche Begegnung und Interaktion mit ihnen.

Maßgebend für die rationale Orientierung sind naturwissenschaftlich begründbare Wissensbestände. Aus den so wahrgenommenen medizinischen Phänomenen folgen klare Entscheidungskriterien. Die individuelle Erlebenswelt der Patient*innen wird dabei wenig miteinbezogen. Zentrale Identifikationsfiguren, an denen Werte und Handeln ausgerichtet werden, sind andere medizinische Expert*innen. Die Berücksichtigung psychosozialer Bedürfnisse wird anderen Berufsgruppen, etwa der Pflege, übertragen. Die Ärztin / der



Arzt erfährt Bestätigung durch die Behandlung der »Störung«, die unter o.g. Prämissen klar begrenzt und handhabbar geworden ist.³

Die beiden idealtypischen und gängigen ärztlichen Orientierungen ergänzen einander und sind gut integrierbar in ein ökonomisiertes Gesundheitssystem. Reflexionen mit gesellschaftlichem Bezug haben für die Ziele dieser beiden Orientierungen keine zentrale Relevanz und werden daher in der Praxis von den meisten Ärzt*innen vernachlässigt. In der rationalen Orientierung finden sich für diese Dimensionen weder Konzepte noch Handlungsoptionen. In der Beziehungsorientierung profitiert die Ärzt*in von sozialen Analysen zwar indirekt, durch ein vertieftes Verständnis für die individuelle Situation der Patient*innen. Deren unmittelbare Ansprache wie z.B.: »Ihr hoher Blutdruck hängt auch mit dem gestörten Schlafrythmus aufgrund ihrer prekären Arbeitsbedingungen als Stationshilfe zusammen«, könnte jedoch durchaus zynisch verstanden werden und die Beziehung zum Patienten belasten. Einfluss auf ihre Arbeitsbedingungen zu nehmen, ist schließlich gerade für prekär Beschäftigte kaum möglich.

Beziehungsorientierung und rationale Orientierung sind gleichermaßen wichtig für eine medizinische Behandlung. Jedoch werden sie an falscher Stelle gefestigt, wenn sie auch zur Bewältigung der eingangs geschilderten Unsicherheiten und widersprüchlichen Anforderungen dienen. Die Bewältigung derartiger Kontingenzen (also der Möglichkeit, dass es auch anders sein könnte) ist laut Begon et. al. im angloamerikanischen Sprachraum Teil der medizinischen Ausbildung⁴. Womöglich könnte die Integration dieser Lehrinhalte hierzulande dazu beitragen, eine Offenheit für gesellschaftliche Reflexionen in der Praxis zu etablieren.

■ Identitätsbildung / Habitus

Die geschilderten Grundhaltungen auf individueller Ebene werden auf struktureller Ebene durch Hierarchien und den ärztlichen Habitus gefestigt. Sie bedingen soziale Konventionen für Interaktionen zwischen beispielsweise Assistent*innen, Oberärzt*innen, Pfl-



gekräften und ambulanten Versorgungssystemen. Bereits in der medizinischen Ausbildung wird neben dem fachlichen auch implizites Wissen, also unausgesprochenes und somit unhinterfragtes Wissen vermittelt. So gilt es bereits im Studium als normal, eigene Bedürfnisse für die medizinische Laufbahn und Tätigkeit zurückzustellen. Auch Überforderung und das Leben unter Zeitdruck gelten als normal.

Die Entbehrungen rechtfertigen die Studierenden vor sich selbst damit, dass sie notwendig und lohnend seien, um ein*e gut*e Ärzt*in zu sein. So wirkt das Studium letztlich wie ein Initiationsritus, der eine Überidentifikation mit dem Beruf fördert. Sowohl der ärztliche Habitus als auch die darin tradierte Überidentifikation mit der ärztlichen Rolle erschweren es, eine kritische Distanz zur eigenen Rolle einzunehmen.

■ Soziale Determinanten von Gesundheit in der medizinischen Theorie

Verbreitete Handlungsorientierungen der Ärzt*innen können somit den Blick auf soziale Determinanten der Gesundheit verstellen. In verschiedenen Epochen haben Mediziner*innen bereits ungleiche Gesundheitschancen mit gesellschaftlichen Einflüssen in Verbindung gebracht (siehe z.B. Texte von Hans-Ulrich Deppe und aus dem Umfeld des vdää). Stellt dies für die aktu-

elle medizinische Theorie und Forschung einen Anlass dar, diesen toten Winkel des medizinischen Blicks weiter zu beleuchten? Nicht ohne weiteres, denn die Medizin weist strukturelle Besonderheiten auf, die es verhindert haben, dass gesellschaftliche Reflexionen zentral und langfristig in die Medizin integriert wurden.

Hinsichtlich der Krankheit nimmt die Medizin eine Monopolstellung ein: Sie definiert, erkennt und behandelt Krankheiten; ist also gewissermaßen Legislative, Judikative und Exekutive in einem und bestätigt sich darin auf besondere Weise selbst.⁵ Zudem ist der primäre Reflexionspunkt der Medizin Krankheit, folgt man einer Analyse der soziologischen Systemtheorie von Luhmann.⁶ Aus gutem Grund: Schließlich ist es die Betrachtung von Krankheit, die es ermöglicht, bestehendes oder drohendes Leid zu erkennen, zu beschreiben und ggf. abzuwenden. Die Medizin wird dabei zunehmend spezieller – immer neue Krankheiten können noch früher, noch sensitiver, erfasst werden; stets neue Therapieansätze versprechen wundersame Erfolge. Aus dieser medizinischen Perspektive gibt es keinen Anlass zu fragen, ob diagnostische oder therapeutische Technik unverhältnismäßig sei, sofern die Aussicht besteht, durch sie auch nur eine Person zu heilen.⁷ So ist der Medizin die Tendenz zur Überdiagnostik und -therapie eigen und sie kann zum Selbstzweck werden. Auch die Evidenced based medicine ist, wie Vogd darlegt, entgegen ihres eigenen Versprechens anfällig für subjektive, sich selbst bestätigende Aussagen und somit nur bedingt zur grundlegenden Selbstreflexion geeignet.⁸ Die in der Medizin verbreiteten Konzepte von Gesundheit können die Reflexion der Grenzen und Nichtzuständigkeit nur bedingt vertiefen, weil Gesundheit sich darin letztlich doch in Relation zu Krankheit definiert (beispielhaft dafür, sei hier das Konzept der Salutogenese genannt). Es sind gesellschaftliche Bereiche außerhalb der Medizin, meist ethische Einwände oder knappe Ressourcen, die ihr Grenzen setzen. Diese Fremddefinition macht Medizin für Ideologien und Gewinninteressen instrumentalisierbar.

Die psychosozialen Fächer konnten

insbesondere in der 70er Jahren Fortschritte erzielen. In erster Linie war es ein Ziel (angehender) Mediziner*innen, so zu einem umfassenderen Blick auf die Patient*innen zu bewegen⁹. Aber womöglich hat dies auch dazu beigetragen, dass Medizin ihre Grenzen selbstbestimmter umreißen und so u.a. gesellschaftliche Verantwortlichkeiten benennen konnte. Mit der seit den 90er Jahren zunehmend einflussreichen neoliberalen Ideologie und der damit einhergehenden leistungsorientierten Mittelvergabe mussten auch die sozialen Fächer in den Medizin-Fachbereichen ihre Schwerpunkte ändern. Dies erklärt, dass Sozialmedizin heute meist nur als Anhang der Arbeits- und Präventivmedizin in Erscheinung tritt, welche hingegen eher die Leistungsfähigkeit des Individuums fokussiert. Der Einbezug geistes- und sozialwissenschaftlicher Ansätze beispielsweise in der Sozialmedizin ist eine Ergänzung zur Medizin geblieben, die abhängig vom Zeitgeist verdrängt werden konnte.

Erneut ist die Medizin auf ihre ursprünglichen Konzepte zurückgeworfen, denen mangels eines Gegenwerts zur Krankheit eine Reflexionstheorie fehlt.¹⁰ Diese aber wäre unter anderem notwendig, um ihre Nichtzuständigkeit zu erkennen. Die Zuständigkeit von Politik und Gesellschaft, in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheiten kann sie so nicht benennen. Will sie eine Antwort auf gesundheitliche Ungleichheiten finden, schreibt sie in der Regel die Verantwortung für gesundheitliche Risiken dem Individuum zu. Sie definiert Normen nicht nur zur Bestimmung von Gesundheit und Krankheit. Auch für Verhalten, Kognitionen und Emotionen bestimmt sie Normen und lässt dabei kaum einen Lebensbereich aus. Ob Ernährung, Schlaf, Reproduktion oder Bewegung – diese Medizin weiß, wie es richtig geht. Sie kann ihre Anweisungen physiologisch erklären und begründet Prävention. Mitunter trägt sie aber auch zur Idealisierung des für die Mittelschicht üblichen Lebensstils inklusive ihrer Werte bei, ohne dessen Voraussetzungen zu erfassen. Medizin wird durch Instruktionen zur Selbstoptimierung unfreiwillig zur Gehilfin bei der Steigerung der ökonomischen Verwertbarkeit des Individuums.



© CameliaTWU_Flickr_CC BY-NC-ND 2.0

■ Fazit

- Medizin bleibt als Detektor individueller (gesundheitlicher) Folgen von Ungleichheit weiterhin unter ihren Möglichkeiten.
- Der ärztliche Habitus und die darin tradierte Überidentifikation mit der ärztlichen Rolle erschweren es, eine kritische Distanz zur eigenen Rolle einzunehmen.
- Techniken oder Strategien der Kontingenzbewältigung zu erlernen, ähnlich wie im angloamerikanischen Sprachraum, könnte helfen, sich von den Hauptorientierungen (rationale Orientierung / Beziehungsorientierung) zu lösen.
- Etablierung einer weiteren Orientierung der Medizin oder auch die Wiedererinnerung an sozialmedizinische Erkenntnisse und Errungenschaften aus den 1920/30er und 1970er Jahren als Detektor individueller (gesundheitlicher) Folgen von Ungleichheit ist notwendig, um hier die Scheu vor politischer Positionierung zu nehmen.
- Gesellschafts- und Geisteswissenschaften leisteten in der Vergangenheit unter Mediziner*innen einen Beitrag, die Grenzen der Medizin selbstbestimmter zu umreißen, um so beispielsweise Zuständigkeiten der Politik wahrnehmen und artikulieren zu können; leider ist diese Dimension in den letzten Jahren systematisch aus der Medizin wieder entfernt worden. Es wäre an der Zeit, sie wieder in die Medizin zu integrieren.

Mareike Ledigen war als Ärztin in den Fachgebieten Innere Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. Im Oktober 2018 hat sie ein Studium der Soziologie und Philosophie aufgenommen.

- 1 Als Beispiel sei genannt, dass im Zeitraum 1995 bis 2005 die mittlere Lebenserwartung bei Geburt für Männer 75,3 und für Frauen 81,3 Jahre betrug. Die Differenz zwischen der höchsten und niedrigsten Einkommensgruppe betrug bei Männern 10,8 Jahre und bei Frauen 8,4 Jahre. (Lampert, T. et al: ApuZ 42/2007 S.17).
- 2 Reimann, Swantje: »Die habituelle Aneignung der ärztlichen Profession«, in: Klinke, S; Kadmon, M.: »Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert«, Berlin 2018, S. 331ff.
- 3 Ebd.
- 4 Begenau, J., Schubert, C., Vogd, W.: »Das Muster, das die Muster verbindet – Unsicherheit und Wissen«, in: »Medizinsoziologie in der ärztlichen Praxis«, Bern 2005, S. 111ff.
- 5 Wilkesmann, Maximiliane, et al.: »Organisation vs. (Semi-) Profession«, in: Wilkesmann, Maximiliane; Steden, Stephanie (Hrsg): »Nichtwissen stört mich (nicht)«, Wiesbaden 2018, S. 72ff
- 6 Luhmann, Niklas: »Der medizinische Code«, in: Ders. (Hg.): »Soziologische Aufklärung, Konstruktivistische Perspektiven«, Opladen 1990, S. 170ff.
- 7 Vogd, Werner: »Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung«, in: Soziale Systeme, Band 11, Heft 2, 2005, S. 236-270
- 8 Ebd.
- 9 Brähler, Herzog: »Das Vergessene Soziale in der psychosomatischen Medizin«, Berlin 2018. S. Vff.
- 10 Luhmann, Niklas, a.a.O.

Bündnispartner oder Gegner im Klassenkampf?

Hans-Ulrich Deppe zur Soziologie des niedergelassenen Arztes (1976)

Wir dokumentieren hier – als Gegensatz und Ergänzung zum Text von Mareike Ledigen – einen Ausschnitt aus einem Buch von Hans-Ulrich Deppe aus dem Jahr 1976, in dem er Probleme einer sozialökonomischen und politischen Analyse diskutiert. Das hier formulierte Forschungsprogramm hat unseres Erachtens nach wie vor Gültigkeit und müsste aus der heutigen gesellschaftlichen Situation heraus erneut angegangen werden.

Die sozialökonomische Analyse, die den Anspruch erhebt, soziale Wirklichkeit zu erfassen, kann sich nicht darauf beschränken, soziale Merkmale und Erscheinungen des niedergelassenen Arztes – wie Anzahl, Verteilung, Einkommen, Arbeitsbedingungen, Erwartungen etc. – lediglich zu beschreiben. Sie ist dabei vielmehr angewiesen, sowohl die Ermittlungsvoraussetzungen solcher empirischer Befunde als auch deren Interpretation mit Aussagen über gesamtgesellschaftliche Verhältnisse zu verbinden, wobei die empirisch nachweisbaren Phänomene als notwendiger Ausdruck sozialökonomischer Strukturen und Prozesse zu begreifen sind. Im Folgenden wird daher von den Eigentums- und Aneignungsverhältnissen als dem materiellen Kern der gesellschaftlichen Verhältnisse sowie deren Entwicklung ausgegangen. Diese bestimmen nämlich die Entscheidungs- und Verfügungsgewalt über den Gang der Produktion, also die gesellschaftliche Organisation der Arbeit, ebenso wie die Art der Erlangung und die Größe des Anteils am gesellschaftlichen Reichtum. Sie geben damit den Rahmen für die sozialstrukturelle Zuordnung gesellschaftlicher Gruppen und bilden die sozialökonomische Grundlage für deren politische Einschätzung.

Ein wesentliches Ziel der ökonomischen Koalition von Ärzteschaft und Kapital besteht darin, die – infolge eines verstärkten Gesundheitsverschleißes, des wachsenden Teils der alten Bevölkerung und des inzwischen ein-

getretenen wissenschaftlich-technischen Fortschritts in der Medizin – notwendig gewordene Steigerung der Gesundheitskosten von sich fernzuhalten und den Sozialversicherten voll aufzubürden. Über diese ökonomische Koalition hinaus besteht zwischen den Organisationen der niedergelassenen Ärzte und des Kapitals auch eine grundsätzliche politisch-ideologische Interessenidentität, die sich darauf konzentriert, jedem Ansatz von Vergesellschaftung mit dem Argument der »Freiberuflichkeit« entgegenzutreten.

Gesundheitskosten werden wie alle Sozialkosten mit der Verschärfung ökonomischer Krisen für den Prozeß der Kapitalverwertung zur Last, so daß das Kapital in solchen Zeiten zu einem verstärkten Abbau dieser indirekten Lohnkosten tendiert. Diese Tendenz zur Aufweichung des Kartells von Ärzteschaft und Kapital in wirtschaftlichen Krisen kann sich jedoch mit zunehmender Politisierung ökonomischer Widersprüche auch wiederum genau in ihr Gegenteil verkehren – und zwar dann, wenn sich aufgrund der Einsicht der Lohn- und Gehaltsabhängigen in ihre sozialökonomische Lage eine Bewegung in Gang setzt, die das Kernprinzip solcher Krisenerscheinungen – nämlich das private Eigentum an den Produktionsmitteln – in Frage stellt. In solchen Perioden geschichtlicher Entwicklung neigen selbständig praktizierende Ärzte – wie die gesellschaftlichen Zwischenschichten überhaupt – infolge ei-

ner Verunsicherung ihrer spezifischen wirtschaftlichen Existenzform verstärkt dazu, *staatlich-autoritäre Vorstellungen* aktiv zu unterstützen. Insgesamt sind selbständig praktizierende Ärzte in ihren politischen Anschauungen als eine äußerst anfällige Gruppe einzuschätzen.

Mit zunehmender Entwicklung medizinischer Großinstitutionen im ambulanten Sektor ist damit zu rechnen, daß hier eine langsame Teilung der Ärzte in Eigentümerärzte und abhängig arbeitende Ärzte einsetzen wird, die dann die materielle Grundlage für die gewerkschaftliche Organisation von Ärzten über das Krankenhaus hinaus auch



© Johannes_Plenio_pixabay

in den ambulanten Bereich verbreitert. Dies wird jedoch voraussichtlich noch Jahre dauern.

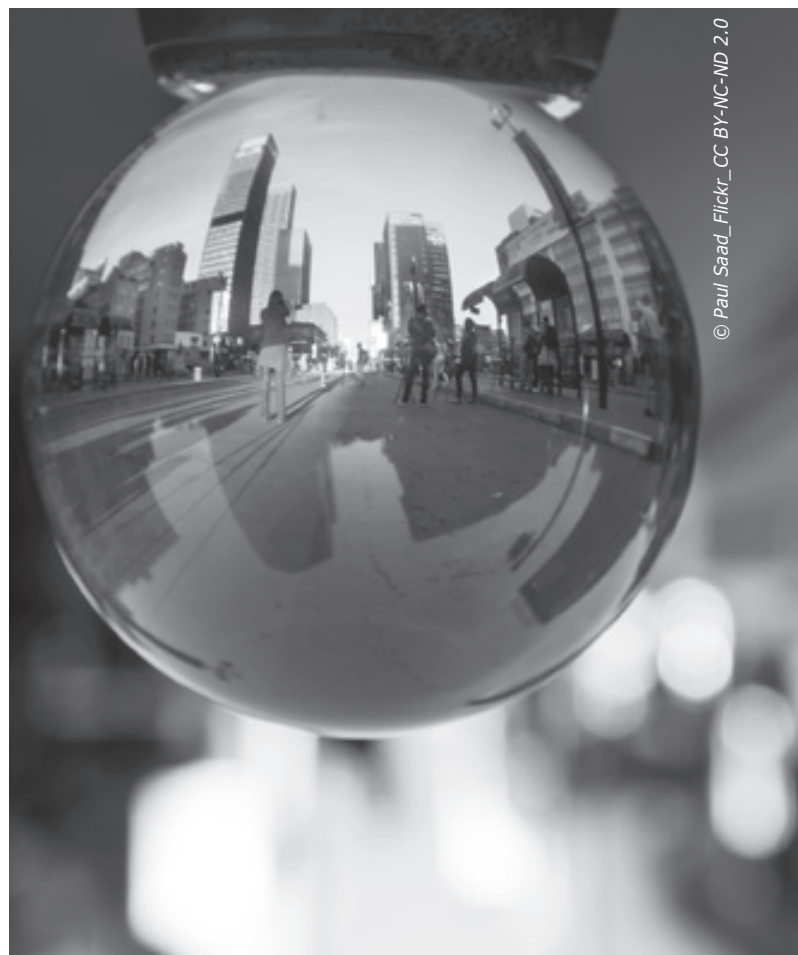
Auf diesem Hintergrund – der weitgehend bestehenden ökonomischen und politischen Interessenidentität von Ärzteschaft und Kapital einerseits und der zunehmenden Entwicklung der medizinischen Produktivkraft mit ihrer Tendenz, das ärztliche Arbeitsverhältnis qualitativ zu verändern, andererseits – ist der politische Stellenwert der niedergelassenen Ärzteschaft zu diskutieren und einzuschätzen. In diesem Zusammenhang ist die Frage zu stellen, ob der niedergelassene Arzt objektiv politischer Bündnispartner der Klasse der Lohn- und Gehaltsabhängigen sein oder werden kann.

Es ist sicherlich nicht richtig, die niedergelassene Ärzteschaft generell und undifferenziert mit den dominierenden Fraktionen des Kapitals voll zu identifizieren, denn es konnte gezeigt werden, daß die Privilegien der niedergelassenen Ärzte als ökonomische Subventionen von Seiten des Kapitals zu verstehen sind. Hinzu kommt, daß die Herkunft des ärztlichen Einkommens in der Niederlassung zu einem nicht unwesentlichen Anteil auf dem Einsatz der eigenen qualifizierten Arbeitskraft beruht.

Andererseits wäre es gleichwohl eine politische Fehleinschätzung, den selbständig niedergelassenen Arzt, nur weil er nicht zur monopolistischen Fraktion des Kapitals gehört oder weil es bei seiner Arbeit gar um Gesundheit geht, schon als Bündnispartner der Arbeiterklasse zu betrachten. Solche Positionen blenden die tatsächlich bestehende strukturelle ökonomische und ideologische Koalition von Kapital und Ärzteschaft – wie sie sich gegenwärtig besonders deutlich im Kampf um die »Selbstbeteiligung« und die Privatisierung öffentlich kontrollierter Bereiche des Gesundheitswesens zeigt – voluntaristisch aus ihrem Gesichtskreis aus.

Die Hypostasierung von Gesundheit, dem Arbeitsziel ärztlicher Tätigkeit, als Ausgang der politischen Einschätzung von niedergelassenen Ärzten, die in dieser Position immer wieder zum Ausdruck kommt, führt nicht selten dazu, daß Wille und Moral losgelöst von den materiellen Bedingungen als treibende Kraft gesellschaftlicher Entwicklung angesehen werden. Deshalb kennzeichnen sich solche gesundheitspolitischen Aktivitäten auch gelegentlich durch ihr schlichtes Appellieren an eine tendenziell abstrakte Humanität, die freilich dem Bewußtsein vieler Ärzte entgegenkommt. Insofern ist es auch durchaus möglich, daß dieses politische Vorgehen kurzzeitige, pragmatische Erfolge erzielt. Die langfristige Wirkung ist jedoch in Frage zu stellen, wenn es nicht gelingt, die dafür verantwortlichen, allgemeinen sozialökonomischen Bedingungen und Gesetzmäßigkeiten (nicht nur als abstrakte Losungen!) in ihrer spezifischen Vermittlung zu erkennen, transparent zu machen und sie in die täglichen gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen einzubeziehen.

Die politische Einschätzung des niedergelassenen Arztes als Teil der gesellschaftlichen Zwischenschichten hat von der Analyse der Art und Weise seiner gesellschaftlichen Arbeit, deren Charakter wesentlich von den spezifischen Wirkungszusammenhängen des berufsständisch-privaten Eigentums geprägt wird, auszugehen. Da diese Arbeit Elemente der Kapitalverwertung enthält, ohne daß sie bereits vollständig unter das Kapitalverhältnis subsumiert werden kann, ist die politische Zusammenarbeit ambivalent. Es ist für die Arbei-



© Paul Saad_Flickr_ CC BY-NC-ND 2.0

terbewegung in Zeiten ökonomischer und politischer Krisen notwendig zu verhindern, daß die Ärzteschaft voll auf die ideologische Seite des Großkapitals getrieben wird.

Insgesamt sind die Ärzte, als Teil der gesellschaftlichen Zwischenschichten, für die Analyse aktueller gesellschaftlicher – insbesondere jedoch gesundheitspolitischer – Veränderungen ein nicht zu vernachlässigender Faktor. Denn Zwischenschichten tendieren teilweise zu den Vorstellungen der Arbeiterbewegung, sind allerdings zugleich auch nach wie vor das Rekrutierungsfeld bzw. Bündnispartner für die Unternehmerschaft.

Die vorliegende Arbeit erhebt keineswegs den Anspruch, alle Elemente der Politisierung des Bewußtseins von niedergelassenen Ärzten zu erfassen. Es geht hier vielmehr darum, aufzuzeigen, welche Bedeutung den wesentlichen sozialökonomischen Bedingungen der ärztlichen Arbeit, die von dem Grad der Vergesellschaftung des spezifischen Eigentums an den Produktionsmitteln maßgeblich geprägt wird, für die Entwicklung des politischen Bewußtseins von niedergelassenen Ärzten beizumessen ist und wie sich diese Bedingungen auf ihr politisches Verhalten auswirken können.

Hans-Ulrich Deppe ist Arzt und Soziologe, er war bis 2004 Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie im Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main und ist bis heute Mitglied im erweiterten Vorstand des vdää.

Schwangerschaftsabbrüche – Tabuthema an den Universitäten

Von Elena Beier

Beim Vernetzungstreffen der Kritischen Mediziner*innen im April 2018 fiel im Rahmen eines Vortrags von Kristina Hänel einigen Studierenden auf, dass an medizinischen Universitäten in Deutschland häufig nicht oder nicht ausreichend über Schwangerschaftsabbrüche gesprochen wird. Daraufhin wurde in mehreren Städten der Dialog mit Lehrverantwortlichen des Fachbereiches Gynäkologie gesucht und gefordert, dass die Thematik im Medizinstudium gelehrt werde. Vorreiter*innen sind die Medical Students for Choice, die sich in den USA seit 1993 für eine Entstigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen im Gesundheitswesen einsetzen. Im Jahr 2015 gründete sich ebenfalls eine MSFC-Gruppe in Berlin.

Zahlen zum Schwangerschaftsabbruch. Mit 101.000 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr zählen diese zu einem der häufigsten Eingriffe im Fachbereich der Gynäkologie.¹ Seit ca. fünf Jahren pendelt die Zahl um diesen Wert.² Um die Anzahl in eine Relation zu setzen, hilft es, sie mit Operationen aus dem chirurgischen Alltag zu vergleichen: Im Jahr 2017 erfolgten beispielsweise unter den 50 häufigsten stationären Operationen ca. 110.000 Appendektomien (Entfernungen des Blinddarmes) und aus dem gynäkologischen Bereich ca. 85.000 Beckenbodenplastiken (als dritthäufigste gynäkologische Operation nach der Dammrissnaht und dem Kaiserschnitt).³ Allein an diesen Zahlen wird sichtbar, wie präsent der Schwangerschaftsabbruch auch heute in unserer Gesellschaft ist und dass er zur Lebensrealität von Frauen und ihrer Gesundheit dazugehört.

Von den 101.000 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr handelt es sich bei ca. 96% um Frühschwangerschaftsabbrüche innerhalb der Beratungsregelung – das heißt, sie finden vor der zwölften Schwangerschaftswoche und mit einem verpflichtenden Gespräch bei Beratungsstellen statt. Nur ca. 4% der Abbrüche werden aufgrund medizinischer⁴ oder kriminologischer Indikation auch nach der zwölften Schwangerschaftswoche durchgeführt. Der Großteil der Schwangerschaftsabbrüche erfolgt ambulant in gynäkologischen Praxen, in OP-Zentren oder ambulant im Krankenhaus (97%).⁵

Medizinstudium. Obwohl der Frühschwangerschaftsabbruch zahlenmäßig den Großteil der Schwangerschaftsabbrüche ausmacht, kommt er deutschlandweit im Medizinstudium kaum zur Sprache. Zwar waren beispielsweise in Freiburg in den letzten Jahren Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation Bestandteil von Vorlesungen und Seminaren, jedoch wurden Frühschwangerschaftsabbrüche nur wenig thematisiert. Oftmals wird nicht darüber informiert, in welcher rechtlichen Situation sich die Frauen befinden, da ein Frühschwangerschaftsabbruch straffrei, aber dennoch rechtswidrig ist. Auch die jeweiligen Methoden mit ihren Vor- und Nachteilen, sowie

die aktuellen Empfehlungen oder der genaue Ablauf eines Schwangerschaftsabbruches kommen zu kurz. Es spricht jedoch einiges dafür, Studierende für dieses Thema zu sensibilisieren.

Zunächst einmal sind die Universitäten in ihrer Lehre gesetzlich der Approbationsordnung verpflichtet, in der ausdrücklich formuliert wird, dass »Schwangerschaft, Beratung und Beurteilung in Konfliktsituationen, insbesondere medizinische, rechtliche und ethische Aspekte des Schwangerschaftsabbruches«⁶ Prüfungstoff für den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung sind. Auch der NKLM (*Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog*) und das IMPP (*Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen*) erwähnen die Thematik des Frühschwangerschaftsabbruches in ihren Lernzielkatalogen.⁷

Besonders die sinkende Zahl von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, und die dadurch entstehenden medizinischen Versorgungslücken stellen die Universitäten in eine gesellschaftliche Verantwortung. Von 2003 bis 2018 ist die Anzahl der Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, um 40% gesunken.⁸ Beispielsweise gibt es in Baden-Württemberg in 14 von 44 Stadt- und Landkreisen keine Ärzt*innen oder Kliniken mehr, die solche anbieten.⁹ Da es in der Facharztausbildung der Gynäkologie kein fester Bestandteil ist, Frühschwangerschaftsabbrüche durchzuführen, sind die Universitäten ein wichtiger Ort, um Fakten und Wissen darüber zu vermitteln und zur Meinungsbildung beizutragen. Wo sonst sollen Medizinstudierende mit dem Thema in Berührung kommen, wenn nicht in Seminaren oder Vorlesungen an den Universitäten?

Weil der Eingriff zur Lebensrealität von vielen Frauen gehört, äußern Studierende oft den Wunsch, bei so einem sensiblen, emotionalen und rechtlich komplizierten Thema vorbereitet zu sein – nicht nur als Gynäkolog*in, sondern beispielsweise auch als Allgemeinmediziner*in. Auch die IFMSA (*International Federation of Medical Students' Association*) und die bvmd (*Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.*) fordern in ihren Positionspapieren

eine Enttabuisierung des Schwangerschaftsabbruches und die umfangreiche Vermittlung von Wissen bezüglich sexueller Rechte und reproduktiver Gesundheit von Frauen.¹⁰ Die Pflicht zu helfen, über Wissen zu verfügen, den Eingriff erklären zu können und in Gesprächen empathisch sowie verständnisvoll zu reagieren, gehört auch zum ärztlichen Selbstbild vieler Studierender. Es wäre wünschenswert, dass die Universitäten Studierende auf ihrem Weg dahin fördern und unterstützen.

Forderungen. Verschiedene Studierendengruppen fordern, dass die Thematik des Schwangerschaftsabbruches verpflichtend im Medizinstudium gelehrt wird. Dazu gehören rechtliche, gesellschaftspolitische, ethische und medizinische Aspekte. Die Vor- und Nachteile der Methoden des Frühschwangerschaftsabbruches sollen behandelt werden – auch im Hinblick darauf, dass beispielsweise die Methode der Kürettage (Ausschabung), obwohl sie nicht mehr von der WHO empfohlen ist, 2017 noch 15,3% der Eingriffe in Deutschland ausmachte.¹¹ Die MSFC Berlin fordern außerdem, dass Übungsmöglichkeiten, beispielsweise in Form von Rollenspielen, angeboten werden, um ungewollt Schwangere professionell über ihre Möglichkeiten informieren zu können. Ein wichtiges Argument dafür ist, dass es immer wieder Berichte von Frauen gibt, die wertendes und bevormundendes Verhalten von ärztlicher Seite erlebt haben.¹² Gerade die Universitäten können und müssen zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung des Schwangerschaftsabbruches beitragen.

Erfolge. In mehreren Städten in Deutschland waren die Gespräche mit den Lehrverantwortlichen der Gynäkologie, wenn auch im Kleinen, erfolgreich: In Bochum ist der Fachbereich Gynäkologie sehr aufgeschlossen, das Thema zu erweitern, in Münster gibt es eine eigene Vorlesung dazu, in Berlin werden rechtliche und gesellschaftspolitische Themen in einem Seminar besprochen und in Freiburg gab es dieses Sommersemester auf Nachfrage der Studierenden erstmals ein Seminar zu aktuellen Themen in der Gynäkologie. Ab dem kommenden Wintersemester



© Jess Wood_Flickr_CC BY 2.0

wurde ein Seminar zu Frühschwangerschaftsabbrüchen in Aussicht gestellt.

Aufruf. Trotzdem weigert sich zum Beispiel die Charité in Berlin, medizinische Aspekte verpflichtend zu verankern – und auch an anderen Universitäten gab es teilweise keinen durchschlagenden Erfolg. Deshalb ist es wichtig, das Thema nicht zu vergessen und sich dafür einzusetzen, dass es verbindlich in der Lehre verankert wird, damit sich Studierende mit dem Themenkomplex auskennen und eine wissenschaftlich basierte und am Bedarf der Patientinnen orientierte Position entwickeln können – wodurch sich hoffentlich die Versorgungslage für Frauen in der Zukunft verbessert.

*Elena Beier ist Medizinstudentin im 9. Semester, lebt in Freiburg und ist dort bei den Kritischen Mediziner*innen sowie im erweiterten Vorstand des vdää aktiv.*

- 1 Statistisches Bundesamt, Fachserie Schwangerschaftsabbrüche, 2018, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Publikationen/Downloads-Schwanger2019>
- 2 Pro Familia factsheet, Fakten zum Schwangerschaftsabbruch, 2018, https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Schwangerschaftsabbruch/8_Fakten_zum_Schwangerschaftsabbruch.pdf, Letzter Zugriff am 05.06.2019
- 3 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2017, <http://www.gbe-bund.de>. Letzter Zugriff am 30.04.2019
- 4 Strafgesetzbuch Paragraph 218a, Absatz 2

- 5 Statistisches Bundesamt, Fachserie Schwangerschaftsabbrüche, 2018, <https://www.destatis.de>. Letzter Zugriff am 30.04.2019
- 6 Approbationsordnung, Anlage 15 zu §28 Absatz 3 Satz 2, https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html, Letzter Zugriff am 05.06.2019
- 7 IMPP Gegenstandskatalog, 2013, https://www.impp.de/pruefungen/allgemein/gegenstandskataloge.html?file=files/PDF/Gegenstandskataloge/Medizin/gk2_2013.pdf, S. 8, Letzter Zugriff am 30.04.19 – NKLM Lernzielkatalog, <http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/view/id/1448>, <http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/view/id/1601>, <http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/view/id/1766>, Letzter Zugriff am 05.06.2019
- 8 Kontraste – Das Magazin aus Berlin, Das Erste, 2018, <https://www.daserste.de/information/politik-weltgeschehen/kontraste/videosextern/immer-weniger-aerzte-bieten-schwangerschaftsabbrueche-an-104.html>. Letzter Zugriff am 30.04.2019
- 9 profamilia Magazin 2/2019, S. 20f.
- 10 bvmd Positionspapier Schwangerschaftsabbrüche, <https://www.bvmd.de>. Letzter Zugriff am 05.06.19 – IFMSA Policy Document »Ensuring Access to Safe Abortion«, https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2017/03/GS_MM2017_Policy_Ensuring-Access-to-Safe-AbortionAmendedVersion.pdf. Letzter Zugriff am 05.06.2019
- 11 Pro Familia factsheet, Fakten zum Schwangerschaftsabbruch, 2018, https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Schwangerschaftsabbruch/8_Fakten_zum_Schwangerschaftsabbruch.pdf, Letzter Zugriff am 05.06.2019
- 12 profamilia Magazin 2/2019, S. 20f.

What the Fuck is Kapitalverhältnis?

Felix Ahls berichtet von einer Schulung der AG Ökonomisierung der Kritischen Mediziner*innen

Es ist nicht überraschend, dass zu unserem ärztlichen Selbstverständnis politische Praxis gehört und dass wir die ärztliche Rolle aus einer kritischen Perspektive betrachten. In den letzten Jahren ist im und um den vdää herum die Zahl junger Ärzt*innen und Medizinstudent*innen, die diese Haltung teilen, gewachsen. Wir wollen hier Ausschnitte der dabei entstandenen Projekte zeigen.

An einem Wochenende im Juni diesen Jahres haben wir uns zusammen mit anderen jungen Ärzt*innen und Medizinstudent*innen, die größtenteils im vdää und bei den Kritischen Mediziner*innen organisiert sind, zu einer Schulung getroffen, die sich an drei Tagen mit der Ökonomisierung der stationären Gesundheitsversorgung, deren Ursachen und Folgen beschäftigte. Es ging darum, das dort erlangte Wissen praktisch werden zu lassen, indem wir uns dazu befähigen, es als Referent*innen weiterzugeben und so als hörbare Akteure in die politische Auseinandersetzung einzugreifen.

Aus der sozioökonomischen Determination von Gesundheit resultiert für uns Gesundheitsarbeiter*innen die Notwendigkeit politischer Einflussnahme. Wir arbeiten daran, solche Verhältnisse zu beseitigen, die gesundheitliche Ungleichheit hervorbringen und stabilisieren, und wir kämpfen für eine Gesundheitsversorgung, die eine demokratischere und damit gesündere Gesellschaft fördert.

Dafür haben wir Nadja Rakowitz und Robin Mohan gebeten, uns die Marx'sche Kritik der politischen Ökonomie näher zu bringen und diese auf das Gesundheitswesen anzuwenden. Um die Ökonomisierung zu kritisieren, wollten wir sie begrifflich fassen können und da sie innerhalb kapitalistischer Verhältnisse stattfindet, wollten wir diese tiefer verstehen. Nach der Schulung ist noch klarer geworden: Wer DRGs sagt, muss auch Kapitalismus sagen.

Robin Mohan hat dieses Jahr ein sehr zu empfehlendes Buch veröffentlicht, in dem er den Ökonomisierungs-

begriff diskutiert und die Folgen der Ökonomisierung im Krankenhaus aus einer an Marx und Adorno orientierten Perspektive untersucht. Ökonomisierung ist demnach weder als ökonomische Rationalisierung (rationaler Umgang mit knappen, begrenzten Ressourcen) noch als bloße Zweck-Mittel-Verkehrung (Geld wird vom Mittel zum Zweck der Gesundheitsleistungen) zu verstehen. Mit der Überführung in kapitalistische Produktion nimmt die stationäre Gesundheitsversorgung auch spezifische Formen dieser Produktionsweise an und lässt die dieser eigenen Konflikte im Krankenhaus spürbar werden.

Dazu gehört, dass die Arbeit im Krankenhaus den Doppelcharakter der kapitalistischen Lohnarbeit annimmt, also neben Gebrauchswerten (nützliche Dinge wie Operationen, Gespräche mit Patient*innen, Diagnosen etc.) Tauschwerte (in der abstrakten Form von Geld und Kapital) erzeugt. Ökonomisierung ist dann die Verselbstständigung der daraus hervorgehenden Tauschwertorientierungen gegenüber den Gebrauchswertorientierungen (z.B. Profitabilität als Zielvorgabe im Krankenhaus).

Geld fungiert im ökonomisierten Krankenhaus als Kapital, wird also eingesetzt, um Arbeitskraft zu kaufen und dadurch mehr Geld bzw. Profit zu erzeugen. Eindringlich und plastisch wird das, wenn wir uns den wachsenden »Marktanteil«, die Gewinnausschüttungen und Renditeversprechen der Krankenhauskonzerne anschauen.

Diese Dominanz der Tauschwertorientierungen begründet den Zwang zu unsinnigem, teils kostensteigerndem

und körpverletzendem Verhalten, um mit den politisch knapp gehaltenen Ressourcen (Verweigerung der Investitionsfinanzierung seitens der Länder, nicht kostendeckende Kalkulation der DRGs) den zum Überleben als kapitalistischer Betrieb notwendigen Gewinn zu erzeugen. Der massive Zeitdruck entsteht auch durch die Mehrarbeit, die von uns Lohnarbeiter*innen geleistet wird und die den Gewinn erzeugt.

Und die Arbeit als Lohnarbeiter*innen zum Zwecke der Kapitalverwertung verstärkt im Falle ihres Bewusstwerdens zusätzlich die oft beschriebene »moralische Dissonanz«, die sich aus den noch vorhandenen Gebrauchswertorientierungen der Beschäftigten ergeben, die mit den Tauschwertorientierungen im Widerspruch stehen. Ebenso birgt das Selbstbild als Lohnarbeiter*in auch die Möglichkeit zur Identifikation und Solidarisierung mit den andere Kolleg*innen und Patient*innen, deren Arbeitskraft ebenso wie die unsere im Rahmen der Kapitalverwertung ausgebeutet wird.

Solange kein systemischer Wandel (wenigstens zurück zu einem Gesundheitswesen als Teil der non-profit Daseinsvorsorge) oder der Kampf dafür (z.B. während Streiks oder durch Volksbegehren) stattfindet, überwiegt die individualisierte Bearbeitung dieses Widerspruchs in Form von Integration der Tauschwertorientierungen als eigene Handlungsmotivationen, Internalisierung als Erkrankungen durch die toxische Mischung aus Überlastung, fehlender Kontrolle, Zeitdruck und Entfremdung am Arbeitsplatz, Flucht, (also Arbeitsplatzwechsel, wobei die nicht-kapitalistischen Arbeitsbereiche,

in die geflüchtet werden könnte, sehr selten sind) oder individuellem Widerstand und der damit verbundenen Distanzierung sowohl von Kolleg*innen als auch von der Arbeit selbst.

Die Bearbeitung des Konflikts zwischen Tauschwert- und Gebrauchswertorientierungen, die wir gewählt haben, ist der Kampf für einen grundlegenden Wandel der Gesundheitsversorgung, d.h. für eine Rückführung der stationären Gesundheitsversorgung in die öffentliche Verantwortung und Kontrolle und den Aufbau demokratischer und demokratisierender Strukturen.

Je nach Wissensstand und Perspektive haben wir uns in mehreren Kleingruppenphasen mit den eben genannten Zusammenhängen beschäftigt und die spezifische Systematik der Krankenhaus-Ökonomisierung vermittelt bzw. vertieft. Währenddessen haben wir gemeinsam daran gearbeitet, dass wir in Zukunft selbst diese Inhalte zielgruppenbezogen und verständlich mit anderen kommunizieren können - in der Annahme, dass die Vermittlung von analytisch gefestigtem Wissen um die Ökonomisierung und der ihr eigenen Konflikte dazu beiträgt, handlungsfähigen Widerstand möglich zu machen. Es

reicht nicht zu erkennen, dass Reformen keine grundsätzliche Besserung bringen. Wenn wir verstehen, dass und warum Reformen keine Besserung bringen können, sind wir eher in der Lage wirkliche, das heißt radikal andersartige Alternativen der Gesundheitsversorgung zu entwickeln und dafür einzutreten. Um den Horizont noch etwas zu erweitern: Das Verständnis der Konflikte im ökonomisierten Krankenhaus kann zudem helfen, die zu Grunde liegende Problematik der kapitalistischen Produktion zu verstehen,

zu kritisieren und zu ihrer Überwindung beizutragen.

*Felix Ahls ist Mitglied im Vorstand des vdää und aktiv in der AG Ökonomisierung der Kritischen Mediziner*innen.*

*Als Kritische Mediziner*innen bezeichnen sich in vielen Städten existierende Gruppen, die die Wechselwirkungen zwischen den gesellschaftlichen Verhältnissen und der Gesundheit thematisieren und sich in die Debatte darum einbringen.*

Kontakte auch zur bundesweiten Vernetzung gibt es hier: <https://vdaee.de/index.php/998-netzwerk-kritische-medizin>



© PSam_Flickr_CC BY 2.0

Selbstbezogenheit statt Selbstkritik

Bericht vom diesjährigen Ärztetag in Münster

Zunächst ein Kommentar zum ersten Tag (Eröffnung / Presse) von der Südwest Presse Online: »Der Ärztetag in Münster beschäftigt sich auch mit der hohen Arbeitsbelastung vieler Mediziner. Aber ausgerechnet eine Möglichkeit, Mediziner zu entlasten, wird vom scheidenden Ärztepräsidenten gleich zu Beginn in Bausch und Bogen verdammt – die Auslagerung bestimmter Tätigkeiten in andere Gesundheitsberufe nämlich.« So kritisiert Südwest Presse Online die Eröffnungsveranstaltung des 122. Deutschen Ärztetags, »die Aufwertung des Hebammenberufes, eine neue Ausbildung für Psychotherapeuten und das Impfen durch Apotheker seien falsch, schaden der Professionalität. Dabei

gibt es gute Beispiele dafür. Das Impfen in Apotheken etwa funktioniert in der Schweiz gut. (...) In der Schweiz übrigens sind auch Videosprechstunden für Patienten längst nicht nur in entlegenen Bergdörfern bereits eine Selbstverständlichkeit. Damit hat sich die deutsche Ärzteschaft lange schwer getan und tut es zum Teil, wie in Brandenburg, auch heute noch. Aber die Rahmenbedingungen verändern sich rasant. Das wissen gerade auch viele junge Ärzte. Sie ahnen, wie das enden kann, wenn man sich der Entwicklung verweigert und Patientenwünsche ignoriert: Dann sitzt vielleicht bald der Telemediziner in China, andere Diagnosen erledigt eine US-App und das Selbstimpfungs-Set kommt per Post

aus Holland. Und das birgt dann wirklich Gefahren. Deshalb müssen die deutschen Mediziner schnell konstruktive Antworten finden.«

Als Außenseiter, der doch auf eine Weise dazugehört, möchte man die Haltung der großen Mehrheit der gewählten Vertreter*innen der deutschen Ärzt*innenschaft und damit den Gruppenkonsens der Ärztekammern ungefähr so beschreiben: Wir Ärzte halten als verschworene Gemeinschaft in unserer vielfach feindlich bestürmten Wagnisburg zusammen. Kraft unserer überragenden Kompetenz beanspruchen wir in allen Gesundheitsfragen die Führungsrolle; neue Fragen und Problemstellungen sollten unter ärztlicher

Leitung bearbeitet werden, für diese Bemühungen fordern wir Wertschätzung und angemessenen Lohn. Die Parade automobiler Kostbarkeiten hinter dem Tagungshotel der Delegierten aus Bayern verweist auf das erforderliche Niveau. Die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe dürfen allgemein assistieren, wann und wo und soviel es uns gefällt.

Nach einer Studienreise ins dänische Gesundheitswesen – wie wir sie letztes Jahr gemacht haben – wünschte man sich einen Staat als Sachwalter gesundheitlicher Daseinsvorsorge, als gemeinwohlorientierten Dienstleister der Gesellschaft. Stattdessen wird die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen als Monstranz beschworen und erscheint bei ehrlicher Betrachtung als Spielball und Beute der Lobbygruppen – eine Wahrnehmung und Selbstkritik ihrer Veränderungsresistenz und Schwächen fehlt. So verwundert es auch nicht, dass der rhetorisch brillante Bundesgesundheitsminister Spahn nach anfänglichen Buhrufen den Ärztetag so einlullen konnte, dass er mit tosendem Beifall verabschiedet wurde, ohne zu kritischen Themen wirklich Position bezogen zu haben. Zusammengefasst: nichts Neues auf dem Ärztetag! Diese Selbstbezogenheit trat auch peinlich zutage beim Schwerpunkt: »Wenn Arbeit krank macht«. Als wären Ärzt*innen die einzige leidende Gruppe im Gesundheitswesen, die Aufmerksamkeit verdient.

■ Die Präsidentenwahl ...

Dr. Klaus Reinhardt, deutsch, weiss, männlich, um die 60 Jahre alt (trifft auf die Mehrzahl der Delegierten zu, auch auf mich), jovial patriarchal und seriös bei der Sitzungsleitung des Plenums, wie »der« Münsterländer so ist, konservativ, ziemlich aalglatt, nicht abstoßend, aber auch kein Sympathieträger. Er vertritt zurecht die Deutsche Ärzteschaft, wie sie war und mindestens knapp mehrheitlich noch ist. Passt.

Frau Wenker vom mb ist dem üblichen brennenden Ehrgeiz konkurrierender mb-ler und der Unfähigkeit des mb zum Opfer gefallen, diese brennenden Ehrgeizlinge zu zügeln. Also hat mb-Frau Gitter (unsäglich z.B. als Kettenhündin gegen psychologische Psychotherapeut*innen) sich als Mitglied im »Team Reinhardt« erfolgreich gegen sie beworben. Der mb wollte angeblich (wer weiß, die Wahl ist ja geheim und einzeln) Frau Wenker, die sehr kommunikationsstark und offen ist und in positiver Weise dem Geschlechtsrollenstereotyp »Frau« entspricht, aber halt nicht so rhetorisch scharf geschliffen und propagandistisch auftritt, sondern auch etwas Gelassenes und Nachdenkliches hat. Ich sage, das stünde uns besser an und wäre moderner. Trotzdem, sie ist stramm konservativ keine Frage. Mit Günther Jonitz haben wir politisch vielleicht die meiste Deckung, aber er überzeugt als Persönlichkeit und unter dem Aspekt Glaubwürdigkeit nicht, seine Bilanz nach langer Präsidentschaft in Berlin ist umstritten.

■ Die oppositionellen/kritischen/demokratischen Abgeordneten

Robin Maitra (BaWü) hatte sich intensiv um Vorbereitungen und Vorabsprachen der Abgeordneten zu Anträgen etc. gekümmert. Auf dem DÄT hatten die Berliner*innen informell

die operative Leitung für uns, Katharina Thiede mischte beim Ablauf intensiv mit, machte auch in Geschäftsordnungsdebatten im Plenum Anträge zuletzt noch zustimmungsfähig etc. und ist auf dem ÄT sehr respektiert. Die Berliner*innen stellten eine große Zahl an oft sehr guten Anträgen, wie auch BaWü und auch die Hessen inhaltlich gut vorbereitet waren. Die Zusammenarbeit war auf alle Fälle freundlich und reibungslos und abends waren wir auch öfters beieinander. Die vdää-Abendveranstaltung mit dem Film »Der marktgerechte Patient« und anschließender Diskussion, gemeinsam mit den kritischen Medizinstudierenden aus Münster und dem Münsteraner PflegeBündnis war mit knapp 40 Teilnehmer*innen recht gut besucht.

Welche politische Wirksamkeit primär appellative Anträge auf dem ÄT entfalten angesichts der sinkenden Bedeutung des Ärztetages in der öffentlichen Debatte ist jedoch eine Diskussion, die wir unter uns führen sollten. Ewige Debatte – ist der Ärztetag den Aufwand politisch wert? Wir haben viele gute Anträge durchbekommen, einige Auseinandersetzungen rauben einem allerdings plötzlich den Atem: Als die Frage diskutiert wurde, welche Anforderungen an die Anerkennung ärztlicher Berufsabschlüsse aus nicht-EU-Ländern zu stellen seien, insistierten einige Abgeordnete vor allem aus den neuen Bundesländern mit solch einer fremdenfeindlichen Giftigkeit, dass das III. Staatsexamen erneut abzulegen sei statt »windelweicher« Gleichwertigkeitsprüfungen, dass man die Wucht des rechten Diskurses im Osten beinahe körperlich spüren konnte. Oder wenn ein BÄK-Vorstandsmitglied in einem torfnasigen Anfall meint, die Solidaritätsadresse für die zu Haft verurteilten türkischen Ärztekammeroffiziellen, die Krieg als gesundheitsschädlich kritisiert hatten, sei dem DÄT juristisch als zu allgemeinpolitisch verwehrt. Man wisse ja auch nicht, was dort in der Türkei wirklich vorgefallen sei. Es folgte ein Schlagabtausch und – am Ende – doch die einstimmige Annahme der Resolution. Dann fühlt man sich doch nicht mehr so fremd wie bei manch anderem Punkt.

Interessant ist es schon, sich die von den Delegierten des DÄT abgestimmten Anträge, geordnet nach Themen, zumindest für besondere eigene Interessensgebiete einmal durchzuscrollen: <http://122daet.baek.de/index.php?s=Votelist>

Unter dem TOP Ib kommen ja die allermeisten Anträge, dort wurden thematische Blöcke gebildet und z.B. zu Umwelt und eHealth von BÄK-Vorstandsmitgliedern überblicksartig eingeleitet, auch mit Kommentierung der vielen Anträge der Delegierten. Man muss allerdings im Weiteren dranbleiben, ob dazu etwas geschieht.

Homepage des 122. Ärztetages: <https://www.bundesae-rztekammer.de/aerztetag/122-deutscher-aerztetag-2019/>

Der Tätigkeitsbericht der BÄK für das vergangene Jahr: <https://www.bundesae-rztekammer.de/ueber-uns/taetigkeits-berichte/2018/>

■ Klimawandel und Gesundheit

Die Klimaaktion »Doctors for Future« vor der feierlichen ÄT-Eröffnung war ein Erfolg; viele aktivistische/studentische Teilnehmer*innen der kritischen Medizinstudierenden (extra angereist und örtlich) waren dabei, wir haben uns untereinander bei der Delegiertenvorbesprechung kennengelernt,

Kontakt Daten ausgetauscht etc. Die Film und Fernseherteams haben sich auf die Aktion gestürzt, sicher auch weil ja sonst nichts für die Kamera geboten war.

Die Aktion kam so gut rüber, dass zu diskutieren sein würde, ob das auch ein Thema für den nächsten Ärztetag sein soll – und wurde damit auf die Agenda gesetzt. Robin Maitra und die Berliner hatten eine Strategie abgesprochen, das Thema als ein Schwerpunktthema für den nächsten DÄT zu

setzen und das ist mit Beschluss gelungen, Chapeau! <https://www.aerzteblatt.de/archiv/artikel?nocache=1&id=208238>

Über einen angemessenen Beitrag von uns Ärzt*innen zu diesem Thema werden wir im vdää, aber auch in KLUG und weiteren Initiativen durchaus noch zu diskutieren haben.

Peter Hoffmann



Ärzteopposition

Oppositionelle Listen stellen sich vor

© DarkWorkX_pixabay

Ärztinnen und Ärzte in sozialer Verantwortung Baden-Württemberg

Unsere Liste aus niedergelassenen, angestellten und verbeamteten Ärzt*innen ist seit 1982 in den Bezirken und der Landesärztekammer in Baden-Württemberg vertreten. Für die Wahlen zu den Standesgremien haben wir als ursprüngliche »Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte« durch den Zusammenschluss von Kinderärzt*innen der Region und Kolleg*innen der *Sprechenden Medizin* bei den Kammer- und KV-Wahlen der letzten Legislaturperioden als »Ärztinnen und Ärzte in sozialer Verantwortung« sehr gute Erfolge erreichen können und sind mit einem Stimmenanteil um 13% inzwischen eine feste Größe in den hiesigen Standesvertretungen. Auch konnten wir bei den letzten Ärztetagen sehr wirkungsvolle Akzente setzen. Unsere regelmäßigen Treffen in Stuttgart dienen der Vorbereitung und Absprache unserer standespolitischen Aktivitäten wie auch der inhaltlichen Diskussion verschiedenster Themenschwerpunkte. Wir sind in der Region gut vernetzt und unterhalten enge und konstruktive Beziehungen u. a. zu Kolleg*innen der *IPPNW*, der *Allianz Klimawandel und Gesundheit*, *Anti-AKW-Bewegungen*, aber auch Arbeitnehmervertreter*innen in den Gesundheitseinrichtungen der Region.

Unsere Liste ist auf kommunaler, Bezirks- und Landesebene und damit in nahezu allen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung aktiv. Neben den Kreisärzteschaften sind wir in den Vertreterversammlungen und Vorständen der Bezirksärztekammern in Nordbaden, Nord- und Südwürttemberg vertreten. Außerdem arbeiten wir sehr aktiv in den Gremien der Landesärztekammer Baden-Württemberg und sind in nahezu allen Ausschüssen der Kammer vertreten. Wir sind bereits seit längerem im Vorstand der Landesärztekammer vertreten und nehmen hier wichtige Aufgaben wie bsw. die Funktion des/der Menschenrechtsbeauftragten wahr. Wie die meisten anderen standespolitischen Aktivist*innen müssen aber auch wir leider eine geringe Beteiligung gerade jüngerer

Kolleg*innen beklagen und hoffen auf aktiven Nachwuchs aus den Reihen unserer studierenden Aktivist*innen.

Ungeachtet dessen ist seit nunmehr vielen Jahren das Ziel unserer Tätigkeit, einer sprechenden und sozial verantwortlichen Medizin im ärztlichen Alltag und in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung mehr Gewicht zu geben. Wir stehen dabei für sozial-, friedens- und umweltpolitische Anliegen und engagieren uns für ein solidarisch gestaltetes Gesundheitswesen ohne Ansehen von Herkunft und sozialem Status. Unser zentrales Anliegen ist, Patient*innen und nicht wirtschaftliche und bürokratische Zwänge in das Zentrum ärztlicher Tätigkeit zu stellen.

Die aktuellen Initiativen und Aktivitäten sind auf unserer Homepage zu erfahren: www.aerztinneninsozialerverantwortung.de

Ansprechpartner: Robin Maitra, info@dr-maitra.de

Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte München (LDÄÄ)

Wir treten ein für

- eine gleiche Behandlung von Menschen aller Schichten
- soziale und gerechte Arbeitsbedingungen für die Gesundheitsberufe
- eine partnerschaftliche Kooperation aller Gesundheitsberufe
- die fachgerechte medizinische Versorgung von Geflüchteten
- eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Bürger
- eine Medizin ohne kommerzielle Interessen
- wissenschaftliche Forschung und Wissensvermittlung frei von Lobbyinteressen der Industrie
- den Blick auf Patientenwohl und Datensicherheit bei der Nutzung neuer digitaler Strukturen
- eine praxisgerechte Ausbildung der Studierenden
- gesunde Lebensbedingungen und das Primat der Prävention

Wir engagieren uns hierzu in und außerhalb der ärztlichen Körperschaften. Im Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München stellen wir 10 von 80 Delegierten. Wir beteiligen uns aktiv in drei Ausschüssen: Ausschuss »Soziale – und Menschenrechtsfragen«, Ausschuss »Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München«, Ausschuss »Gesunde Umwelt und frische Luft in München«. Beim Bayerischen Ärztetag stellen wir 7 von 180 Delegierten. Wir sind dort in zwei Vorstandskommissionen mit einbezogen: »Menschenrechte und Migration« und »Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik«. Zum Deutschen Ärztetag stellen wir einen Delegierten und einen Ersatzdelegierten. Wir sind in den Ausschuss »Prävention und Bevölkerungsmedizin« der Bundesärztekammer mit einbezogen.

Die LDÄÄ München pflegt sehr gute Kontakte zu weiteren Akteuren im Münchner Gesundheitswesen. Hierzu zählen der *Gesundheitsladen München e.V.*, die *IPPNW München, ver.di, Refudocs München* (Verein zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und deren Kindern e.V.), *Refugio München* (unterstützt seit mehr als zwanzig Jahren Menschen, die aufgrund von Folter, politischer Verfolgung oder kriegerischen Konflikten ihr Herkunftsland verlassen mussten und in Deutschland im Exil leben) und der Verein *Bürger für unser Münchner Stadtklinikum e.V.* (BuMS). Wir unterstützen die Arbeit des *Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt München* durch Mitarbeit in mehreren Ausschüssen.

Unser Kernpunkt sind die regelmäßigen Treffen, die etwa alle zwei Monate stattfinden. Hier diskutieren wir Themen wie: aktuelle gesundheitspolitische Entwicklung (z.B. TSVG), Digitalisierung und Telematikinfrastruktur, Bedarfsplanung, brennende Fragen der Medizinethik, Privatisierung und Kommerzialisierung des Münchner Gesundheitswesens und vieles andere.

Last but not least: Die LDÄÄ München unterstützt aktiv das Volksbegehren »Stoppt den Pflegenotstand an Bayerns Krankenhäusern«.

Die LDÄÄ München ist offen für weitere Interessierte. Wir würden uns über Ihre/Eure Teilnahme an unseren Aktivitäten freuen. Kontaktaufnahme über: muenchen@vdaeae.de oder facebook: *Idaeae München* oder die Geschäftsstelle des vdää

Für die LDÄÄ München: Dr. Peter Scholze

Hamburger Gesundheitsfraktion – die Ärzteopposition

■ Demokratisches Gesundheitssystem – Menschliche Medizin

Seit über 20 Jahren gibt es die Ärzteoppositionsliste in der Hamburger Ärztekammer. Nun haben wir uns einen neuen Namen gegeben: Hamburger Gesundheitsfraktion, die oppositionellen Standpunkte sind geblieben.

Unsere Themen sind:

- Ökonomisierung der Medizin unterminiert die gemeinschaftliche Gesundheitsversorgung
- Gemeinschaftliches Krankenversicherungssystem – Abschaffung privater Krankenkassen

- Gleiche Medizinische Versorgung von allen Menschen, anonymer Krankenschein
- Gleichberechtigung der Geschlechter im Gesundheitswesen
- Soziale Determinanten von Krankheit
- Gesundheitliche Gefahren aus Klimawandel und Gesellschaftsstrukturen
- Wahrung der gesundheitsbezogenen Privatsphäre – keine elektronische Krankenakte
- Reproduktionsmedizin und Selektion
- Faire, kontrollierte Weiterbildung
- Berufspolitik ohne ärztliches Klienteldenken
- Mehr Kooperation im ambulanten und stationären Versorgungssystem
- Partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung

Wir stellen nach der letzten Kammerwahl 4 von 55 Delegierten, sind im Vorstand und stellen die Vizepräsidentin der Hamburger Ärztekammer. Wir wollen wir die Gremienarbeit transparent demokratisieren, sind in den Ausschüssen *Grundrechte, Weiterbildung, Fortbildung, Interpersonelle Gewalt* und in der *Kommission Reproduktionsmedizin* vertreten. Außerdem stellen wir die Menschenrechtsbeauftragte der ÄK HH. Außerparlamentarisch ist ambulante Gesundheitsversorgung einer unserer Schwerpunkte.

Neben den Delegiertenversammlungen, haben wir ein offenes Treffen alle 2 Monate zur inhaltlichen und Strategiediskussion, zu dem Interessierte gerne eingeladen sind.

Wir unterhalten Kontakte und unterstützen die Arbeit des vdää, des Medibüros, das »Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus«, Mezis, Poliklinik Veddel, Gesundheitskiosk Billstedt-Horn u.v.a.

Ausführlichere Darstellung und Kontakt auf <https://gesundheitsfraktion.de>, Jochen Dahm-Daphi für die HGF

Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin

Gegründet wird die Fraktion Gesundheit Mitte der 70er Jahren als Gegengewicht zu den als reaktionär und rückwärtsgerichtet empfundenen Standesvertretungen.

Die politische Arbeit für eine demokratischeres Gesundheitswesen in sozialer Verantwortung führt jedoch zu neuen politischen Organisationsformen wie dem Berliner Gesundheitsladen; dessen erstes großes Projekt – unter Federführung von Ellis Huber – ist die Organisation der basisdemokratisch und als Gegenveranstaltung zu den Deutschen Ärztetage konzipierten Deutschen Gesundheitstage, an denen sich in Berlin 1980 12.000 Teilnehmer und ein Jahr später in Hamburg 18.000 Teilnehmer beteiligen und bundesweit eine weite Beachtung finden. Diese sehr lebendige, von in der Fraktion Gesundheit organisierten Kolleg*innen wesentlich mitbestimmte Berliner Gesundheitsbewegung führt schließlich im Jahre 1986 dazu, dass eine integrierte Liste aus Fraktion Gesundheit und Marburger Bund bei der Wahl zur Delegiertenversammlung der Berliner Ärztekammer eine Mehrheit erreicht und Ellis Huber zum Präsidenten der Ärztekammer Berlin gewählt wird.

Dieser erste fortschrittliche Vorstand einer Landesärztkammer

kammer in Deutschland verändert in seiner Amtszeit bis 1999 die Wahrnehmung der Kammerpolitik als Klientelpolitik zu der einer offenen Mitgestaltung von Gesundheitspolitik, die zu erheblichen Veränderungen in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten führt, zu einer Veränderung des Umgangs mit der ärztlichen Vergangenheit im Nationalsozialismus oder auch zur Adressierung bis dato von der Ärztekammer nicht bearbeiteter Themen, wie den Zusammenhang von Armut und Gesundheit oder auch das Problem der Gesundheitsversorgung unversicherter Patient*innen wie etwa obdachloser Menschen.

Im Jahr 1999 verlässt der Marburger Bund die gemeinsame Liste mit der Fraktion Gesundheit und bildet einen neuen Kammervorstand mit konservativen Listen. Seitdem ist die Fraktion Gesundheit mit aktuell Stimmenanteil von 11 der 45 Delegierten in der DV die größte und einzige relevante Opposition in Berlin. Die Fraktion Gesundheit ist allen Ausschüssen und Arbeitskreisen fest eingebunden und stellt mit Dr. Vivan Sido etwa die Vorsitzende des Menschenrechtsausschusses.

Wesentliche Themen, für die die Fraktion sich darüber hinaus derzeit besonders einsetzt, sind:

- Bewusstmachung des Themas »Klima und Gesundheit« als derzeit zentrale und dringlichste Aufgabe der Politik
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf für alle Ärztinnen und Ärzte in allen Bereichen des Gesundheitswesens
- Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitswesen
- Initiierung und Unterstützung einer ehrlichen Debatte über und Maßnahmen gegen alle Aspekte von Sexismus im Gesundheitswesen
- Eintreten für ein einheitliches, solidarisch ausfinanziertes Gesundheitswesen im Sinne einer Bürgerversicherung
- Ein Gesundheitssystem als Bestandteil der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge, in dem ökonomische Gesichtspunkte zur Vermeidung unnötiger Kosten einen festen Platz haben, nicht jedoch die Ökonomisierung eines »Gesundheitsmarktes« zur Befriedigung von Profitinteressen
- Ein humanistisches ärztliches Berufsbild, in dem das Eintreten für den Mitmenschen in sozialer gesellschaftlicher Verantwortung das Leitbild ist.

Die Fraktion Gesundheit freut sich immer über neue Gesichter und lebhaften Austausch bei ihren Fraktionstreffen. Information gibt es hierzu per mail unter info@fraktiongesundheits.de oder auf unserer Webseite unter www.fraktiongesundheits.de.

Dr. Katharina Thiede (katharina.thiede@fraktiongesundheits.de), Julian Veelken (julian.veelken@fraktiongesundheits.de)

Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte in Hessen

Vor dem Hintergrund einer gegen die sehr konservativ ausgerichtete, häufig noch von ehemaligen NSDAP-Mitgliedern geprägte Kammerpolitik in den 1970er Jahren erstarkenden kritischen Strömung unter den Ärztinnen und Ärzten gelang es der Liste demokratischer Ärzte (LDÄ; ab 1988 Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte, LDÄÄ) in Hessen 1976, als erste oppositionelle Liste mit einem Stimmenanteil von 10,6%

in eine Kammerversammlung einzuziehen. Auch in den anderen Kammern wurde die Erkenntnis: »Weil wird nicht herauskönnen, müssen wir hineingehen«, für erfolgreiche Kandidaturen genutzt. Der Anspruch »demokratisch« im Listennamen löste (und löst) manch erregte Reaktion bei den konkurrierenden Listen aus. Den Namen sehen wir als Verweis auf unsere Programmatik. Unser Engagement in der Kammer soll nicht ständischen Interessen dienen, sondern einer guten Medizin, die der gesamten Bevölkerung zu Gute kommt. Dies beinhaltet für uns bis heute die Ablehnung einer kommerzialisierten Medizin, in der Krankenhauskonzerne und Pharmaindustrie den Ton angeben, oder auch einer Kommerzialisierung, die von Ärzt*innen z. B. mittels IGeL vorangetrieben wird. Demgegenüber soll die soziale Dimension des Arztberufes eine größere Bedeutung erlangen.

Die ständische Mehrheit in der hessischen Kammer reagierte auf die sich wiederholenden Wahlerfolge über mehrere Legislaturperioden damit, der LDÄÄ die Mitarbeit in Ausschüssen, im Präsidium oder die Delegation auf den Deutschen Ärztetag zu verweigern – dies selbst zu Zeiten als die Liste die größte Fraktion stellte. Inzwischen ist hier eine grundlegende Änderung eingetreten, wenn wir auch nicht überall willkommen sind. Mit einem Stimmenanteil, der dem von 1976 entspricht, sind wir in den wichtigsten Gremien (Präsidium, Weiterbildungsausschuss, Akademie für ärztliche Fortbildung etc.) vertreten. Die geänderte Haltung uns gegenüber ist sicherlich auch dem geschuldet, dass die anderen Listen sich mittlerweile modernisiert haben. Die Kammer gibt sich gegenüber gesellschaftlichen Kontroversen offener als früher, die Delegiertenversammlungen sind diskussionsfreudiger und häufiger weniger konfrontativ. Gelegentlich sind wir mit unseren Positionen in der Kammer auch mehrheitsfähig. So wurde ein von uns zusammen mit den Medibüros Gießen-Marburg formulierter Antrag zur Einführung eines anonymen Krankenscheins für Menschen ohne Papiere fast einstimmig verabschiedet und die neue schwarz-grüne Landesregierung hat sich inzwischen positiv auf diesen Beschluss bezogen. Dennoch haben wir auch die Erfahrung gemacht, dass die Stimmung ganz schnell kippen kann. Ein Antrag von uns, der 2016 die Einschränkung ärztlicher Tätigkeit im sog. Asylpaket II kritisierte, wurde in geheimer Abstimmung abgelehnt. Auch ist in der Delegiertenversammlung die Distanzierung von Kolleginnen, die nach §219a verurteilt wurden, deutlich sichtbar. Es bedarf keiner prophetischen Gabe, dass mit dem Erstarken der politischen Rechten mit einem rassistischen, xenophoben, autoritären Weltbild auch der Gegenwind in den Kammern größer werden wird. Vermeintlich »erledigte« Themen wie der §218 oder die Militarisierung des Gesundheitswesens werden wieder auf die Agenda gesetzt werden. Positionen, die die gleiche medizinische Versorgung für alle hier lebenden Menschen fordern, werden unter Druck geraten. Zudem wird sich die Kammer zu neuen Herausforderungen wie der weiteren Kommerzialisierung, der medizinischen Bedeutung des Klimawandels oder der Digitalisierung positionieren müssen. Kritisches Einmischen kann hier lohnend sein, selbst wenn die gesellschaftliche Bedeutung der Ärztekammern in den letzten Jahrzehnten abgenommen hat.

Bernhard Winter, Delegierter in der Landesärztekammer Hessen, www.ladaeae-hessen.info, Kontakt: bfwinter@t-online.de

Jahreshauptversammlung und **Gesundheitspolitisches Forum** des vdä

Digitalisierung und Big Data im Gesundheitswesen

15.–17. November 2019 im musa Kulturzentrum und im Haus der Kulturen in Göttingen

Rettet das Datum – Vorläufiges Programm

Freitagabend, 15. November

Gemeinsame Veranstaltung mit der Basisgruppe Medizin Göttingen (Thema wird noch festgelegt)

Samstag, 16. November

Gesundheitspolitisches Forum des vdä zum Thema: **Digitalisierung und Big Data im Gesundheitswesen**

- Ergebnisse des vdä-Workshops zur Digitalisierung
- Leon Kaiser (Netzpolitik): Big Data und Digital Health: Was geschieht mit unseren Daten im Gesundheitswesen? (Arbeitstitel)
- Wulf Dietrich (vdä – angefragt): Chancen und Risiken der Telematikinfrastruktur für die bedarfsgerechte Versorgung (Arbeitstitel)
- Jürgen Kretschmer (Gesundheitsladen München): Digitalisierung: Was haben die Patient*innen davon? Was droht ihnen? (Arbeitstitel)

Samstag Nachmittag

Workshops zu verschiedenen Themen

- Digitalisierung (Vertiefung vom VM)
- Bedarfsplanung (AK ambulante Versorgung und AK KH)
- Einführung in die Strukturen und Akteure des deutschen Gesundheitswesens für interessierte jüngere / neue Mitglieder des vdä
- Digitalisierung in der Psychiatrie
- Evtl. Umwelt und Gesundheit / Klimawandel und Gesundheit / Planetary Health

Samstag Abend

Zeit für Netzwerktreffen, Gespräche, Musik und Tanz

Sonntagvormittag, 17. November

- Mitgliederversammlung des vdä (einschließlich Wahl eines neuen Vorstands)
 - »Wie funktioniert der vdä? Wie kann man sich einbringen in den vdä?« Vorstellung der Strukturen und Aktivitäten (Geschäftsstelle, gfV, VS, JHV, Arbeitskreise, Bündnisse, Netzwerke, Ärztetage)
 - Ideen zur zukünftigen Gestaltung / Organisation der JHV
- Ende 12:30 Uhr

Information und Anmeldung

Geschäftsstelle des vdä | Nadja Rakowitz | www.vdaeae.de | www.facebook.com/vdaeae