

„Wir müssen jederzeit hinterfragen, ob wir wirklich im Sinne der Patienten handeln!“

Interview mit Dr. Christian Schwark, Vorsitzender des Marburger Bundes Hessen

Seit Oktober 2021 ist Dr. med. Christian Schwark neuer Landesverbandsvorsitzenden des Marburger Bundes Hessen. Der Facharzt für Neurologie und Oberarzt am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt folgt auf Dr. med. Susanne Johna, die nach acht Jahren Amtszeit nicht wieder für den Vorsitz in Hessen kandidiert hatte. Wir haben Dr. Schwark nach den Themen gefragt, die er in der neuen Position bewegen will.

Sie sind Neurologe. Was fasziniert Sie an diesem medizinischen Fachgebiet?

Dr. med. Christian Schwark: Die klassische Antwort auf diese Frage ist ja, dass man in der Neurologie schon allein mit Anamnese und Untersuchung die meisten Diagnosen stellen könnte. Da ist schon was dran, aber das macht ein guter Orthopäde auch ebenso wie ein guter Internist. Es gibt eine Reihe von Gründen, die für mich das Fach auch nach 26 Jahren noch spannend machen.

Zum einen ist die Neurologie eines der wenigen noch ungeteilten Fächer, das heißt, man kann ein sehr weites Spektrum von Erkrankungen sehen und behandeln. Zum anderen fasziniert es zu sehen, wie verletzlich wir sind, wenn z. B. schon kleine Änderungen im Natriumhaushalt einen völlig aus der Bahn werfen können. Wir haben in der Neurologie das Privileg, als relativ junges Fach eine erfreuliche Rate an Innovationen erleben zu dürfen, aktuell z. B. die Thrombektomie beim akuten Schlaganfall, neue Medikamente zur Behandlung der Multiplen Sklerose, neue Therapien in der Neuroonkologie und etliches mehr. Im Kontext der Arbeit als Neurologe in einem größeren Krankenhaus finde ich es enorm belebend, Patienten mit den Kollegen der anderen Disziplinen fächerübergreifend zu behandeln. So kann man beinahe täglich etwas von den Kollegen lernen.

Neben Ihrer anspruchsvollen ärztlichen Tätigkeit engagieren Sie sich seit Jahren berufspolitisch. Wann haben Sie damit



Foto: Marburger Bund

Dr. med. Christian Schwark wurde Ende Oktober 2021 zum neuen Landesverbandsvorsitzenden des Marburger Bundes Hessen gewählt.

angefangen und was motiviert Sie zu Ihrem Engagement?

Schwark: Den Einstieg habe ich 2002/3 im Rahmen des Ausstiegs des Marburger Bunds aus der Verhandlungsgemeinschaft mit Verdi gefunden. Damals wurde mir bewusst, dass sich tatsächlich etwas ändern lässt, wenn man es denn auch angeht. 2005 bin ich nach Frankfurt an ein Haus gegangen, das gerade den Ausstieg aus der kommunalen Tarifgemeinschaft (VKA) vollzogen hatte. In diesem Zuge gab es für die Ärzteschaft nur noch individuelle Arbeitsverträge ohne jeden tariflichen Rahmen. Kurz nachdem ich an meiner neuen Klinik angefangen hatte, haben die Kolleginnen und Kollegen neben ein paar weiteren Kollegen auch mich damit beauftragt, mit der Geschäftsführung zu verhandeln, wie man die vertraglichen Arbeitsbedingungen wieder an den Flächentarif angleichen kann. Im Rahmen der weiteren Verhandlungen bekamen wir dann die Unterstützung der Geschäftsstelle des MB Hessen und insbesondere durch den jetzigen Geschäftsführer Herrn Andreas Wagner, der mich dann auch eingeladen hat, mich im Landesverband einzubringen.

Über diese Arbeit bin ich dann auch zur Betriebsratsarbeit gekommen und mittlerweile auch dort seit über zehn Jahren aktiv. Das Erfüllende an dieser Arbeit ist, dass man tatsächlich die Möglichkeit hat, mitzugestalten. Das ist nicht immer einfach und vor allem selten von schnellem Erfolg gekrönt. Aber über die Jahre durfte ich lernen, dass Geduld nicht nur eine Tugend, sondern nicht selten der Schlüssel zum Erfolg ist.

Neben den großen Themen wie der Verhandlung von Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen ist es aber auch die Möglichkeit, mit allen Berufsgruppen im Krankenhaus ins Gespräch zu kommen und vor allem mit allen auf irgendeiner Ebene zusammen an Möglichkeiten zu tüfteln, die Arbeit für alle erfüllender zu gestalten.

Als Vorsitzender des Landesverbandes des Marburger Bundes Hessen haben Sie vor, viel zu bewegen. Welche Themen wollen Sie in Ihrer Amtszeit aufgreifen?

Schwark: Bei der Vielfalt der Themen fällt es tatsächlich manchmal schwerer, die richtigen Schwerpunkte zu finden, als zu sehen, an welchen Stellen sich etwas bewegen lässt und wo die Zeit gerade noch nicht die richtige zu sein scheint. Wie schnell Prioritäten sich verschieben können, sehen wir gerade im Zusammenhang mit dem Überfall Wladimir Putins auf die Ukraine. Eben noch konnte man kaum über etwas Anderes reden als Corona, plötzlich ist das Virus, das ja kaum an Brisanz verloren hat, mit deutlichem Abstand auf Platz zwei der Aufmerksamkeit gerutscht.

Berufspolitisch ist für mich aber der wichtigste Punkt, die Arbeitsbedingungen an den Krankenhäusern so zu gestalten, dass den Patienten die bestmögliche Behandlung zu Teil wird und die Ärztinnen und Ärzte das auch so leisten können, dass sie nicht selbst dabei Schaden nehmen. Klingt harmlos, hat es aber in sich. Darunter fallen eine vernünftige Arbeitszeitregelung

ebenso wie eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, zufriedenes Pflegepersonal, das ausreichend Zeit für Patienten und auch die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten hat. Gleichzeitig müssen wir auch als Ärzte die ökonomischen Bedingungen kennen, unter denen wir arbeiten, denn nur dann können wir sinnvolle Änderungsvorschläge machen.

Da eine wachsende Zahl von Ärztinnen und Ärzten inzwischen in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren angestellt ist, wollen wir uns auch dafür einsetzen, dass diese zu vernünftigen Bedingungen arbeiten. Insbesondere bei der ja allseits gewünschten und eingeforderten Weiterbildung im ambulanten Sektor wollen wir uns hier für die Interessen der Kolleginnen und Kollegen einsetzen.

Das große gesellschaftliche Thema betrifft auch uns Ärztinnen und Ärzte, der Klimawandel. Wir sehen im Rahmen des Klimawandels nun auch zunehmend tropische Erkrankungen: Die Anopheles-Mücke fühlt sich rund um den Frankfurter Flughafen sehr wohl, wir behandeln immer mehr Patienten, die durch Hitzewellen oder Flutschäden in Gefahr geraten sind. Wir müssen uns Gedanken um klimafreundliche Narkosegase und Instrumente machen und uns beim Neubau von Krankenhäusern so einbringen, dass keine gläsernen Brutkästen entstehen, die wir dann wieder teuer kühlen müssen. Es gibt kaum einen Bereich in der Patientenversorgung, der nicht betroffen ist.

Wie stellt sich die aktuelle Situation der Krankenhäuser in Hessen dar? Sind diese in der Lage, eine bedarfsgerechte Versorgung auch in ländlichen Gebieten zu leisten?

Schwark: Die hessischen Krankenhäuser stehen den gleichen Problemen gegenüber wie die in allen anderen Bundesländern. In den städtischen Regionen, Rhein-Main-Gebiet mit Frankfurt und Offenbach haben sie große Konkurrenz, da es ausreichend Patienten gibt, um deutlich mehr als ein Krankenhaus halbwegs rentabel zu betreiben. In den ländlichen Regionen müssen sie aber die gleichen Notfallstrukturen vorhalten bei deutlich geringeren Patientenzahlen. Da passiert es dann, dass sich eine Geburtshilfe oder auch eine spezialisierte Innere Medizin mit Herzkathe-

terlabor nicht mehr wirtschaftlich betreiben lassen. Das heißt, sie müssen rund um die Uhr einen Geburtshelfer oder einen Kardiologen am Haus haben, aber über die Fallzahlen werden diese Stellen nicht refinanziert. Der Frage, ob wir uns das nicht trotzdem leisten sollten, müssen wir uns gesamtgesellschaftlich stellen. Bei anderen Themen, beispielsweise Kosten in der Pharmakotherapie oder bei onkologischen Therapien, wird aus meiner Sicht deutlich weniger kritisch sehr viel Geld ausgegeben. Das fehlt eben dann z. B. für die Basisversorgung im ländlichen Raum.

Hat sich die Corona-Pandemie auf die personelle Situation in den Kliniken ausgewirkt? Fehlen auch ärztliche Stellen?

Schwark: Die Corona-Pandemie hat die Stellensituation meiner Ansicht nach nicht relevant verschlechtert, sie war schon vorher nicht gut. Im Rahmen der Pandemie ist sie nur viel sichtbarer geworden. Vor Einführung des G-DRG Systems waren Personalkostenanteile von 65–70 % in den Kliniken die Regel. Inzwischen liegen wir in vielen Häusern sogar unter 50 %. Wenn man die Statistiken ansieht, könnte man glauben, dass in erster Stelle in der Pflege abgebaut wurde, während die Arztstellen eher mehr geworden sind. Das liegt aber daran, dass im ärztlichen Dienst seit der europäischen Arbeitszeitregelung, die keine 36 h- oder 48 h-Dienste mehr erlaubt, und durch tarifliche Regelungen, die dazu geführt haben, dass mittlerweile im Schnitt bei 56 h Wochenarbeitszeit Schluss ist, endlich auch erträgliche Arbeitsbedingungen geschaffen wurden.

Ich sagte eingangs, dass auch für Ärztinnen und Ärzte die Arbeit so gestaltet werden muss, dass sie nicht Schaden durch Überlastung nehmen. Wir hatten auch schon vor Corona an vielen Häusern nicht ausreichend ärztliches Personal, um alle notwendigen Dienste so zu besetzen, dass die Kolleginnen und Kollegen ihrer Arbeit ausgeruht nachgehen können. Und das, obwohl der ärztliche Dienst in allen Krankenhäusern den mit Abstand niedrigsten Krankenstand hat; was leider in erster Linie daran liegt, dass die Kolleginnen und Kollegen in der Regel sehr hohe Hürden haben, einen Dienst nicht anzutreten.

Welche Folgen hat der Wettbewerb zwischen den Kliniken für Ärzte und Patienten?

Schwark: Wettbewerb ist nicht grundsätzlich schlecht. Allerdings funktioniert er eben nur dann sinnvoll, wenn die Spielteilnehmer möglichst objektiv die ihnen offenen Alternativen bewerten können und sich dann informiert entscheiden. Das Problem im Gesundheitswesen liegt darin, dass Patienten keine Kunden sind. Wenn sie krank sind, haben sie sehr häufig entweder nicht die Zeit, die Kraft oder den Hintergrund, um sich nach gründlicher Recherche für das objektiv beste Angebot zu entscheiden. Wir haben in Deutschland grundsätzlich ein sehr gut funktionierendes System der medizinischen Ausbildung, wir haben flächendeckend über die meisten Gebiete gute medizinische Leitlinien und eine große Zahl von Kliniken nimmt an externen Qualitätssicherungssystemen teil. Das führt dazu, dass wir natürlich qualitative Unterschiede haben, sie aber andererseits eine gute Chance haben an der Klinik, zu der sie eben gerade gegangen sind oder gebracht wurden, eine gute Behandlung zu erhalten.

Problematisch wird es vor allem dann, wenn kaufmännische Geschäftsführer sich in die Behandlung „einmischen“. Weil sie als Geschäftsführer eines Krankenhauses auch noch ausgleichen müssen, dass die Länder, aus welchen Gründen auch immer, ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Finanzierung der Infrastruktur nicht nachkommen, ist die Versuchung eben sehr groß, sich in die Fragen der Indikationsstellung einzumischen. Aus meiner Sicht haben die klassischen Methoden der wettbewerbsorientierten Marktgestaltung im Arzt-Patienten-Verhältnis keinen Platz. Wir müssen uns aber andererseits sehr wohl unserer Verantwortung für sinnvolles ökonomisches Handeln stellen. Das muss im gesellschaftlichen Konsens erfolgen.

Viele Krankenhausärzte klagen über Arbeitsbelastung und ein Übermaß an administrativen Tätigkeiten, die ihnen Zeit für das Gespräch mit den Patienten nehmen.

Schwark: Die Administration und Dokumentation ist für die meisten Ärztinnen und Ärzte ein schmerzhaftes Übel. Leider geht es eben nicht ohne. Was wir brau-

chen, ist eine gut funktionierende IT mit möglichst wenig Reibungsverlusten. Es ist z. B. sehr anstrengend, wenn Sie sich für die Anmeldung einer Untersuchung durch fünf Menüs klicken müssen, um dann ein möglichst zehnstelliges Kennwort zur Bestätigung einzugeben. Andererseits hat z. B. die elektronische Dokumentation von Befunden den Vorteil, dass sie nicht nur von dem Gelesenen gelesen werden kann, der sie verfasst hat. Die Zeit für ein Gespräch mit dem Patienten ist vor allem deshalb ein Problem, weil diese Gespräche nicht angemessen eingepreist sind. Wenn Sie einen Blinddarm operieren, ist es unstrittig, dass sie eine Anästhesistin, eine Anästhesiepflegekraft, eine Chirurgin, einen Instrumentierpfleger, einen Springer und eventuell noch eine Assistenz für die Operateurin haben. Wenn die OP dann insgesamt eine Stunde dauert, dann sind 5–6 h Arbeitszeit im OP hinterlegt. Leider ist die Erfassung der Gesprächsdauer bei Visiten, Anamnesen, Aufklärungsgesprächen, stützenden Gesprächen oder Gesprächen mit Angehörigen nicht annähernd so genau. So wie wir den Chirurgen, der die Indikation für eine Operation eben sinnvollerweise nicht stellt, dafür nicht „bestrafen“ dürfen, müssen wir in den konservativen Fächern selbstbewusster einfordern, dass unsere Visiten eben gleichwertig zu einer Operation sind.

Auch ist die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf nach wie vor schwierig. Sehen Sie hier Lösungsmöglichkeiten?

Schwark: Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist kein genuin ärztliches Thema. Das haben Sie auch bei der Feuerwehr, der Polizei, der Pflege oder Politikerinnen und Politikern. Also überall dort, wo Sie häufig zu sogenannten ungünstigen Zeiten, also nachts oder am Wochenende arbeiten. Dafür gibt es keine Patentlösungen. Wir müssen als Gesellschaft darüber nachdenken, was wir uns leisten wollen und was nicht. Es gibt einen deutlichen Trend zu eher materiellen Werten und weniger zu immateriellen. Aber der Wunsch der meisten Menschen ist es eben doch, dass ihre Kinder auch nachts sicher nach Hause kommen können, dass sie bei Unfällen oder schwerer Erkrankung auch nachts eine ausgeschlafene Ärztin und einen freundlichen und kompetenten Pfl-

ger an ihrer Seite haben wollen. So wie wir uns auch alle Politikerinnen und Politiker wünschen, die streitbar, aber kompetent vernünftige und nachhaltige Lösungen für unsere Probleme erarbeiten.

Aber zurück zur eigentlichen Frage, Vereinbarkeit von Familie und ärztlicher Tätigkeit. Mein Vorschlag, diesen Konflikt zu entschärfen, liegt in besseren zeitlichen Rahmenbedingungen, planbaren Arbeitszeiten und der Möglichkeit, sowohl für Mütter als auch Väter im Rahmen einer möglichst entfristeten Anstellung zeitlich begrenzt in Teilzeit zu arbeiten. Das hat den charmanten Nebeneffekt, dass Ärztinnen und Ärzte, die nicht über Jahrzehnte 50–70 h die Woche arbeiten, vielleicht auch insgesamt länger arbeiten wollen und können.

Was muss sich Ihrer Meinung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ändern?

Schwark: Weiterbildung ist ärztliche Tätigkeit und keine Ausbildung mehr, das ist hoffentlich mittlerweile unstrittig. Die Weiterbildung soll dazu dienen, sich in einem Fach am Ende so gut auszukennen, dass man seine Patienten möglichst selbstständig behandeln kann. Um das zu gewährleisten, muss man den Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung die Freiräume geben, diese Kompetenz zu erlangen. Leider ist das im Rahmen der häufig stattfindenden Überlastung mit Diensten und der zunehmenden Arbeit zu ungünstigen Zeiten nicht immer gut möglich.

Meiner Ansicht nach liegt das Hauptproblem in der Weiterbildung darin, dass sie nicht ihrem eigentlichen Wert nach in unser System eingepreist ist. Eine gut weitergebildete Chirurgin oder ein Internist mag im Rahmen der Weiterbildung vielleicht etwas mehr Ressourcen verbrauchen, aber nur nach einer guten Weiterbildung kann sie, kann er am Ende medizinisch vernünftig und nachhaltig arbeiten. Und nur dann kann eine auch ökonomisch verantwortungsvolle Behandlung erfolgen. Ich denke, dass gute Weiterbildung teurer sein müsste, also es müsste mehr Weiterbildungsstellen geben, sich aber auf lange Sicht refinanzieren würde.

Wenn dann hinreichend personelle Ressourcen für die Weiterbildung vorgehalten werden, würde sich meines Erachtens auch ein anderes Problem entschärfen,

das der Abhängigkeit vom Weiterbilder. Wir fordern, dass es feste Weiterbildungspläne geben sollte, die vom Weiterbilder und vom Weiterzubildenden unterschrieben werden. So können beide überprüfen, wie es läuft und wo man eventuell nachsteuern müsste.

Sie kritisieren die Finanzierung der Krankenhäuser. Wo würden Sie ansetzen, um diese zu verbessern oder auf eine neue Grundlage zu stellen?

Schwark: 2003 wurde mit dem G-DRG-System die Abrechnung in den Krankenhäusern über Fallpauschalen eingeführt. Dank eines Konstruktionsfehlers, der dazu geführt hat, dass bei der Berechnung der Vergütungen die privaten Klinikträger nicht berücksichtigt wurden, wurde diesen ermöglicht, ohne Rücksicht auf Personal oder Patienten eine bis dahin nicht gekannte Kommerzialisierung in die stationäre Krankenhausversorgung einzuführen. Die Hoffnung, dass stationäre Behandlung durch die DRG günstiger und besser wird, hat sich nicht erfüllt. Die Zeit für den einzelnen Patienten wurde kürzer und die für Dokumentation mehr. Eines der wichtigsten Ziele ist es, das DRG-System durch eines zu ersetzen, das wieder den Menschen ins Zentrum rückt. Das geht auch ohne wirtschaftlichen Totalschaden. Die Ärztinnen und Ärzte, die Pflegerinnen und Pfleger, das gesamte, an der Patientenversorgung beteiligte Personal im Krankenhaus beweist ja Tag für Tag, dass sie auch unter widrigen Bedingungen gute Arbeit leisten, dabei sowohl 15 % Umsatzrendite für Menschen erwirtschaften, die wirklich nichts für die Patienten tun, fehlende Investitionsmittel der Länder durch ihren Fleiß ausgleichen. Gleichzeitig sehe ich auch uns in einer Bringschuld, wir müssen auch jederzeit hinterfragen, ob wir wirklich im Sinne der Patienten handeln. Die Initiative „choosing wisely“ ist ein Beispiel dafür, wie man ein Zuviel an Diagnostik oder Therapie vermeiden kann, ohne dabei unseren Patienten zu schaden.

Darüber hinaus muss die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen verbessert und vereinfacht werden. Es gibt einfach zu viele Reibungsverluste durch diese strenge Sektorentrennung. Am Ende brauchen wir beides, gute

stationäre Versorgung, wo sie nötig ist, und eine stabile, nachhaltige Betreuung der Patienten, die ambulant versorgt werden können. Dabei ist die Kernbotschaft, die Behandlungshoheit liegt bei der Ärztin oder dem Arzt. Aus meiner Sicht ist eine zentrale Forderung, die ärztliche Tätigkeit, also Gespräch, Anamnese, Untersuchung oder die persönliche Behandlung ohne Berücksichtigung der Sachkosten, zu einem zentralen Vergütungsgegenstand zu machen. Der Chirurg, der auf Grund seiner Erfahrung erkennt, dass ein Eingriff nicht erforderlich ist, muss belohnt und nicht bestraft werden. Leider ist aktuell in der Regel das Gegenteil der Fall.

Immer wieder hat die Ärzteschaft in den vergangenen Jahren die Abschaffung oder Überarbeitung des Fallpauschalensystems gefordert. Weshalb hat die Politik bisher nicht reagiert?

Schwark: Grundsätzlich erlebe ich persönlich Politiker als motiviert, Lösungen zu finden. Wenn sie heutzutage als Gesundheitspolitiker unterwegs sind, dann sehen sie sich einer schier unüberschaubaren Flut an Interessenvertretern ausgesetzt. Dazu kommt, dass das Gesundheitswesen aberwitzig komplex ist. Die Abrechnung ist kompliziert, die Verteilung innerhalb der Systeme erst recht. Die Finanzierung wird durch den medizinischen Fortschritt einerseits und durch die gestiegenen Ansprüche der Menschen an medizinische Versorgung andererseits immer schwieriger. Dazu kommt, dass die zunehmende Kommerzialisierung, das Erwirtschaften aberwitziger Renditen hier einen Turboladereffekt ins System einführen.

In diesem Zusammenspiel sucht man, und das ist erst einmal durchaus vernünftig, nach einfachen robusten Lösungen. Die DRG, also die Bezahlung nach einer durchschnittlichen Kostenpauschale, ist grundsätzlich nicht schlecht. Schwierig wird es, wenn in ein solches System neokapitalistische Wettbewerbselemente eingeführt werden und sie dann auch noch den Teilnehmer am Spiel, der am meisten profitiert, aus dem Berechnungssystem nehmen.

Unsere Aufgabe ist es daher, der Politik die Fehler, die in das System eingebaut wurden, aufzuzeigen. Warum ändert sich nichts? Es ändert sich ja ständig etwas.

Zuletzt mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und der Herausnahme des Pflegebudgets aus dem Fallpauschalensystem. Leider haben beide Maßnahmen nicht die Hoffnungen erfüllt, die in sie gesetzt wurden. Einzelmaßnahmen sind oft in ihrer Wirkung auf komplexe Systeme schlecht vorhersehbar.

Daher plädieren wir grundsätzlich eher für ein wirklich neues System. Dabei können pauschale Vergütungsansätze behalten werden. Dass das geht, also ein System neu zu gestalten, wurde ja letztlich auch 2003 mit Einführung der DRG bewiesen. Da das aber eben auch ein politischer Prozess ist, müssen wir die Geduld haben, die diese Prozesse erfordern, ohne dabei müde zu werden, mit steter Kritik das Tempo hoch zu halten.

Welche Rolle spielt für Sie die Digitalisierung im Gesundheitswesen?

Schwark: Die Digitalisierung ist schon jetzt aus dem Gesundheitswesen nicht mehr herauszudenken. Im Gesundheitswesen sind schon jetzt relevante Teile digitalisiert, CT- oder MRT-Untersuchungen sind schon seit mehr als 15 Jahren weit überwiegend rein digital, Alternativen für die Röntgenbesprechung findet man nicht mehr. Die Labormedizin ist ebenfalls weitgehend digitalisiert. Der nächste Schritt ist die Vernetzung über die Sektorengrenzen. Ein aus meiner Sicht entscheidender Schritt, dies zu erreichen, ist eine digitale Patientenakte, auf die alle an der Behandlung Beteiligten, also Ärzte, Therapeuten, Pflegedienste Zugriff haben. Der muss natürlich durch den Patienten kontrollierbar sein.

Zudem müssen auch die Probleme der digitalen Sicherheit und des Datenschutzes berücksichtigt werden. Man darf sich aber nicht durch berechtigte Bedenken so weit lähmen, dass am Ende aus lauter Angst keine Entwicklung mehr stattfindet. Schließlich ist auch eine analoge Akte nicht 100 % sicher. Ein weiterer Aspekt der Digitalisierung ist die telemedizinische Behandlung. Die Telemedizin kann eine wertvolle Ergänzung sein. Es gibt auch interessante Projekte zur telemedizinischen Betreuung von Parkinson-Patienten und sogar telemedizinische Rehabilitation kann in bestimmten Fällen helfen. Das geht jedoch nicht kostenneutral oder per-

sonalneutral. Moderne Informationstechnik ist komplex, Fehler haben viel häufiger das Potenzial, sich über weite Strecken auszubreiten. Eine Ransomware-Attacke kann ein ganzes Krankenhaus handlungsunfähig machen und unter Umständen Leben gefährden. Wir sind in Deutschland im Netzausbau auch noch hinter vielen andern Ländern zurück. Das ist nicht nur für die Wirtschaft ein Problem, sondern auch für die weitere Digitalisierung im Gesundheitswesen. Aus meiner Sicht würden sich aber durch einen besseren Netzausbau Wertschöpfungsketten bilden lassen, die den Investitionsaufwand komfortabel refinanzieren. Wie gesagt, die Digitalisierung ist aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Was uns an der einen oder andern Stelle vielleicht noch fehlt, wäre etwas mehr Mut.

Haben Sie die Hoffnung, dass Ihre Vorschläge auf offene Ohren stoßen?

Schwark: Hätte ich diese Hoffnung nicht, dann wäre ich an meiner Position falsch. Natürlich erlebe ich Widerspruch. Aber wir alle können voneinander lernen. Man muss ein wenig Insolvenzrecht und Dinge wie Liquiditätsreserven kennen, um an der ein oder anderen Stelle das Handeln eines Krankenhausgeschäftsführers zu verstehen. Unsere Aufgabe ist es dann eben, das operative Geschäft so zu erklären, dass klar wird, ohne Ärztinnen und Ärzte gibt es auch kein Gesundheitswesen in dieser Form. Ebenso muss man manche Hürde im demokratischen Prozess lernen zu ertragen, ohne über sie zu fallen. Wir bewegen uns ja nicht im luftleeren Raum. Wenn der gesellschaftliche Konsens wäre, dass man keine akademische Medizin mehr brauchte, dann würde mir das nicht gefallen und ich würde bis zuletzt dafür werben, dass man sie eben doch braucht. Und genau das mache ich auch: Ich versuche, die zu verstehen, die anderer Meinung sind, und hoffe, sie zu überzeugen, dass ich einen besseren Weg kenne. Mein Privileg ist es, dass ich einen kritischen Verband mit aktiven Mitgliedern habe, von denen ich stetig lernen darf. Wenn ich manchmal recht behalte, umso schöner.

Interview: Katja Möhrle