

# Das Problem der Ökonomisierung ärztlichen Handelns <sup>1</sup>

Christoph Fuchs, Berlin und Brühl

## Einleitung

Anknüpfen möchte ich an die gestrigen Ausführungen der Kollegen Peintinger<sup>2</sup> und Jakesz<sup>3</sup> zu den klassischen Zielen ärztlichen Handelns und zu den Erwartungen an den guten Arzt. Ich möchte der Frage nachgehen, ob diese Ziele erreichbar sind und wenn ja – wie? Dabei kann ich zu manchem nur Stichworte nennen, die wir dann in der Diskussion vertiefen können.

Sie haben mich gebeten, das Problem der Ökonomisierung zu durchleuchten. Welchen Einfluss hat sie auf ärztliches Handeln? Aufgrund meiner beruflichen Tätigkeit werde ich Ihnen die Perspektive der Makroebene aufzeigen, das ist die Ebene durch welche die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung politisch gestaltet und verantwortet werden.

## Eine kurze Bestandsaufnahme

Zwei Vorbemerkungen:

1. Die traditionellen Ziele ärztlichen Handelns und Ökonomie schließen sich nicht aus. Es sollte darum gehen, eine angemessene Balance zu finden: Die Durchdringung eines Gesundheitswesens von ökonomischem Denken allein kann schwerwiegende ethische Fragen auslösen, wie umgekehrt die Verschwendung von Mitteln in hohem Maße unethisch ist.
2. Die Begrenzung von Mitteln im Gesundheitswesen hat es schon immer gegeben. Sie ist nicht neu sondern systemimmanent.

Im Rahmen meines heutigen Vortrags brauche ich nicht auf die Ursachen der Mittelknappheit im Gesundheitswesen eingehen. Sie haben sich mit dem Thema vor einem Jahr intensiv befasst.<sup>4</sup> Heute erinnere ich nur an Stichworte wie:

- medizinischer Fortschritt,
- demographischer Wandel,
- gestiegene Lebenserwartung,
- Zunahme von Erkrankungen,
- Erwartungshaltung der Bevölkerung.

Das Fazit lautet: Das deutsche Gesundheitswesen steht vor einer gewaltigen Krankheitslast. Die Versorgung auf heutigem Niveau wird in Zukunft nicht mehr für alle möglich sein.

---

<sup>1</sup> Vortrag auf dem 7. Weißenseer Symposium Ethik in der Medizin „Der Arzt – Diener vieler Herren!? Ethische Herausforderungen durch ein gewandeltes Bild vom ärztlichen Selbstverständnis und von ärztlichen Aufgaben“, Seminarzentrum Teichendorf am Weißensee, 2.-3.9.2011. Die Präsentationen sind im Internet abrufbar unter [www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/fortbildung/egm/weissensee2010.html](http://www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/fortbildung/egm/weissensee2010.html).

<sup>2</sup> M. Peintinger: Gesundheit erhalten oder wieder herstellen – Leiden lindern – Sterbende begleiten. Haben sich die klassischen Ziele ärztlichen Handelns geändert?

<sup>3</sup> R. Jakesz: Der „gute Arzt“ – Welche Erwartungen hat die Gesellschaft?

<sup>4</sup> Thema des 6. Weißenseer Symposiums Ethik in der Medizin im Jahr 2010 war: „Knappe Ressourcen im Gesundheitswesen: Wie kann eine gerechte Verteilung aussehen?“

Diese Zusammenhänge werden von politisch Verantwortlichen verdrängt oder geleugnet. Die Politik flüchtet unverändert in Schuldzuweisungen an die Leistungserbringer und hält an universellen Leistungsversprechen fest. Ihr Heil sucht sie in überbordender Bürokratie und Qualitätssicherung mit Leistungsnachweisen.

Mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität wird versucht, durch Budgets Druck auf die Leistungserbringerseite auszuüben, um auf diese Weise Finanzierungsreserven zu erschließen. Dies führte zumindest in Deutschland zu einer schleichenden Dominanz der Ökonomie.

## **Neues Paradigma von Wirtschaftlichkeit und die Folgen für das Gesundheitswesen**

Bis Anfang der 90er Jahre verstand man unter Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dass das Ziel Gesundheit mit möglichst geringen Mitteln, d. h., effizient (Minimal-Prinzip) erreicht wird. Unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Seehofer wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet: Wirtschaftlichkeit bedeutet nunmehr, dass zunächst geprüft wird, wie viel Mittel zur Verfügung stehen und erst dann in Abhängigkeit vom Ergebnis das Behandlungsziel definiert wird (Maximal-Prinzip).

Im Kern orientierte sich seitdem die Gesundheitsversorgung nicht mehr am Gesundheitsbedarf sondern an den Finanzierungsmöglichkeiten unserer Bevölkerung. Diese Einführung von Budgets lässt zwei wesentliche Aspekte außer Acht:

1. dass Mittelknappheit nicht reduziert werden kann auf Finanzierungsfragen allein. Die Knappheit von Gesundheitsgütern umfasst weit mehr als käufliche Maßnahmen. Ich nenne nur Organe zur Transplantation oder Zeit, um Sterbende zu begleiten.  
Da reicht es nicht, wenn Ökonomen die Leistungserbringer ermuntern, sich im sogenannten „Gesundheitsmarkt“ zu tummeln, Kundeninteressen zu bedienen und sich dem Wettbewerb zu stellen.
2. verkennt dieser Ansatz, dass die Einheit der Rechtsordnung nicht mehr gewahrt bleibt. Es wird unter Budgetbedingungen nach dem Haftungsrecht mehr verlangt als das Sozialgesetzbuch mit seinen Budgets rechtlich ermöglicht.

Die spannende Frage lautet: „Wem nützt diese Dominanz der Ökonomie?“

- Der Gesundheitswirtschaft,
- den Kapitalgesellschaften,
- dem Krankenhausträger,
- den Kassen,
- den Leistungserbringern und damit auch den Ärzten und anderen Gesundheitsberufen,
- den Beratern,
- den politisch Verantwortlichen,
- oder gar den Patienten?

Ich mache es kurz: mein Eindruck ist, jeder schneidet sich ein Stück aus dem Kuchen, so gut er kann. Und er kann es, weil das Gesundheitssystem kaum mehr steuerbar ist. Es ist zu komplex.

Meine Diagnose lautet: das Gesundheitswesen verliert durch die Dominanz der Ökonomie seine soziale Dimension.

Unterstreichen will ich dies durch kurze Schlaglichter zum ärztlichen Handeln:

- Ökonomie stellt die Frage nach der Relation von Kosten und Nutzen. Für die Patient-Arzt-Beziehung bedeutet dies u. a.
- Einengung der ärztlichen – Entscheidungsfreiheit
- Arbeitsunzufriedenheit
- Vernachlässigung individueller Zuwendung zugunsten durchorganisierter Abläufe und Bürokratie
- Konzentration auf Profitbereiche, weil wirtschaftlich interessant
- Vorenthalten an sich notwendiger medizinischer Maßnahmen
- Unter DRG-Bedingungen<sup>5</sup> Verkürzung der Liegezeiten
- Beachtung der Renditeerwartungen des Krankenhausträgers, insbesondere wenn Erfolgsbeteiligung in Arbeitsverträgen vereinbart wird
- Patientenselektion mit der Folge: Vernachlässigung von Nebendiagnosen
- Erhöhung der Schlagzahl und Personalreduktion
- Risiko der Fehlerhäufung
- Verlust von Vertrauen in die Profession der Ärzte.

Soweit meine mehr analytischen – wenn Sie wollen auch diagnostischen Bemerkungen.

## **Zukünftige therapeutische Ansätze**

Wie aber sieht es aus mit zukünftigen therapeutischen Ansätzen? Welche Lösungsansätze kommen in Frage? Drei Pakete will ich nennen.

1. Paket: Lernen, mit Mittelknappheit umzugehen

Dies wurde im vergangenen Jahr behandelt<sup>6</sup>, nämlich:

- Rationalisieren,
- Rationieren,
- Prioritäten setzen<sup>7</sup>.

Heimliche Rationierung wirkt zerstörerisch auf das Patient-Arzt-Verhältnis, das Solidarsystem und auf unsere Gesellschaft. Vorzuziehen ist ein öffentlicher, gesellschaftlicher Diskurs über das, was an Gesundheitsversorgung in Zukunft dringend und wichtig ist, d. h., was Priorität hat.

Eine Schlüsselfrage dabei könnte z. B. lauten, welche Patientengruppen bedürfen in etwa 10 Jahren des besonderen Schutzes der Solidargemeinschaft, weil sie besonders vulnerabel sind. So denke ich z. B. an die Gruppe der Altersdementen, auf die wir zurzeit absolut nicht vorbereitet sind.

---

<sup>5</sup> Das sogenannte diagnosebezogene Fallpauschalensystem (DRG = Diagnosis-Related Groups).

<sup>6</sup> Siehe Fußnote 4 zum Thema des Symposiums in 2010. Die Vorträge können im Internet unter [www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/fortbildung/egm/weissensee2010.html](http://www.meduniwien.ac.at/user/michael.peintinger/fortbildung/egm/weissensee2010.html) nachgelesen werden.

<sup>7</sup> Siehe auch das sogenannte Ulmer Papier (Bundesärztekammer, 2008) und Fuchs (2010).

Die Bundesärztekammer hat einen gesetzlich verankerten Bundesgesundheitsrat vorgeschlagen, der einen gesellschaftlichen Diskurs zur Prioritätensetzung moderieren könnte.

2. Paket: So weit wie möglich die Trennung von Heilkunde und Geschäft.

In Deutschland ufern die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL), die außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherungen erbracht werden, mehr und mehr aus. Aus einem Patient-Arzt-Verhältnis wurde ein Kunden-Unternehmer-Verhältnis.

3. Paket: Rückbesinnung auf den Beruf des Arztes als freier Beruf.

Der § 1 der Bundesärzteordnung lautet: Der Arzt dient der Gesundheit des Einzelnen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe, er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

Beide Sätze haben eine weittragende Bedeutung. Daraus ableitbar ist zum einen der Arztberuf als Dienstleister, d. h., Dienen und Leisten.

Zum zweiten leite ich daraus ab, dass Ärzte in medizinischen Fragen weisungsungebunden bleiben müssen von Anweisungen durch fachfremde Dritte. Freiberuflichkeit von Ärzten ist daher nicht gebunden an Niederlassung in eigener Praxis. Auch der angestellte Arzt ist in einem freien Beruf tätig. Dies gilt es zu wahren.

### **Ethische Standards**

Die Bevölkerung und die Patienten wissen, dass sie eine Ärzteschaft brauchen, die von den inneren Spielregeln von Politik und Kapital auf Dauer unabhängig denken und handeln kann. Der Weg dorthin geht über Integrität und „Unbestechlichkeit“.

Wir müssen zeigen, dass wir unsere ethischen Standards in der eigenen Profession nicht nur haben sondern auch leben und durchsetzen können. Wir sind eben keine willfährigen Untertanen in profit-orientierten Unternehmen.

Wir vertreten die Interessen unserer Patienten auch dort, wo sie hart mit unternehmerischen Interessen kollidieren. Wenn wir Ärzte nicht eintreten für die Interessen unserer Patienten, dann verspielen wir das einzige, was unsere Profession schützt, nämlich das Vertrauen dieser Patienten.

Ärztliche Tätigkeit in einem freien Beruf beruht:

- auf professioneller Autonomie mit
- ethisch begründeten Normen und Werten,
- auf der Basis hoher fachlicher Kompetenz
- unter Berücksichtigung der Individualität der Patienten,
- verbunden mit Leistungsbereitschaft, Integrität und Verschwiegenheit.
- Dies vor dem Hintergrund freiwilliger Selbstbeschränkung, zur Verwirklichung übergeordneter gesellschaftlicher Ziele (Gemeinwohlverpflichtung).

Dieser Anspruch ist hoch. Denn Freiheit ist untrennbar verbunden mit Verantwortung. Und nur wenn beides gegeben ist, kommt Vertrauen hinzu – das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt wie das Vertrauen der Gesellschaft in die Ärzteschaft.

## Resümee

Zusammenfassend folgen drei Schlussbemerkungen:

1. Wir Ärzte müssen uns verstehen als patientenseitige Grenzposten gegen eine Dominanz der Ökonomie.
2. Die Ausübung ethisch begründeten ärztlichen Handelns hängt nicht von der apparativen oder räumlichen Ausstattung einer Praxis oder Klinik ab. Ich kann auch im Sudan ein guter Arzt sein.
3. Irdische Güter sind nun einmal begrenzt. Dies gilt auch für unser Dasein. Dies anzuerkennen, ist kein Zeichen von Resignation. Es ist die Voraussetzung für mehr Gelassenheit im Umgang mit den so schwierigen Fragen zur Mittelknappheit im Gesundheitswesen unter ethischen Aspekten.

## Literatur

Bundesärztekammer (2008): *Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft – Ulmer Papier* (Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008).

Online: [www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf)

Fuchs, C. (2010): Demographischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53, 435–440. Online: [www.springerlink.com/content/p6l4627302v024w3/](http://www.springerlink.com/content/p6l4627302v024w3/).

## Autor

Prof. Dr. med Christoph Fuchs  
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer a. D.  
Königstraße 32a  
50321 Brühl  
[christoph.f.fuchs@t-online.de](mailto:christoph.f.fuchs@t-online.de)