

**2017 hat die Bundesärztekammer die Ökonomisierung zum top-Thema gemacht.** Auf dem Deutschen Ärztetag in Freiburg fragte das Deutsche Ärzteblatt die Delegierten, wie sich der Ökonomisierungsdruck im Gesundheitswesen auf ihre tägliche Arbeit in Klinik und Praxis und damit auf die Versorgung der Patienten auswirkt. 40 Delegierte äußerten sich, 13 der 17 Landesärztekammern waren beteiligt. Die Interviews sind unter ([www.aerzteblatt.de/wettbewerb](http://www.aerzteblatt.de/wettbewerb)) abrufbar. In den folgenden Monaten gab es im Deutschen Ärzteblatt einen Schwerpunkt zum Thema Kommerzialisierung mit insgesamt sieben Artikeln:

- (1) „Ohne Patientenpräferenzen kein sinnvoller Wettbewerb“ von Axel Mühlbacher (Heft 35-36),
- (2) „Umgang mit ökonomischem Druck“, von Werner Vogd und Mitarbeitern (Heft 43),
- (3) „Ethische Mangelverwaltung“, von Georg Marckmann und Jens Maschmann (Heft 44),
- (4) „Strategiewechsel“, von Susanne Johna (Heft 44),
- (5) „Ökonomisierung patientennaher Entscheidungen im Krankenhaus“, von Karl-Heinz Wehkamp und Heinz Naegler (Heft 47),
- (6) „Das System droht zu entgleisen“, von Paul Ulrich Unschuld (Heft 48),
- (7) „Rückhalt für ärztliches Handeln“, von Petra-Maria Schumm-Draeger et al. (Heft 49).

Ökonomisierung/Kommerzialisierung sind auf der Tagesordnung der repräsentativen ärztlichen Gremien angekommen. Es gibt einen großen Grundkonsens: Etwas Entscheidendes läuft falsch. Aber wer könnte und sollte welche Stellschrauben bewegen, um die Verhältnisse zu verbessern? In der Folge analysieren, kommentieren und vergleichen wir diese Artikel schrittweise unter der Frage: Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten. Viele der genannten Autoren haben sich auch an anderen Orten mehr oder weniger ausführlich geäußert. Wir beschränken uns hier ausdrücklich auf die genannten, im Deutschen Ärzteblatt erschienenen Artikel, weil sie in gleicher Weise allen deutschen Ärztinnen und Ärzten zugänglich sind.

#### **Kommentar zu:**

**Paul Erich Unschuld: Das System droht zu entgleisen. Deutsches Ärzteblatt Heft 48 vom 1.12.2017.**

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=195005>

Der Verfasser konzipiert die Ökonomisierung des Gesundheitswesens als das Sich-Durchsetzen eines Organisationsmusters - der „industriellen Gesundheitswirtschaft“. Gemeint ist: Ärztlich Handelnde und Patienten werden zu Dienstleistern und Kunden, zwischen Arzt und Patient schieben sich kommerzielle Interessen industrieller Anbieter, es gelten die Spielregeln industrieller Produktion, Abläufe und Strukturen werden dem angepasst, im Krankenhaus gelten die gleichen Kriterien wie im normalen Betrieb, d. h. Kostensenkung durch höhere Effizienz und weniger Personal, Investoren streben Kapitalrenditen an, die dem Krankenhaus entzogen werden. Die Entwicklung sei historisch neu und widerspreche der „herkömmlichen Standesethik“ oder einer „partikularen, ärztlichen Standesethik“. Sie könne jedenfalls nicht durch „nostalgische Beschwörungen eines vergangenen Ideals ärztlicher Freiheit“ rückgängig gemacht werden.

Am Anfang des Artikels beschreibt der Verfasser die Entwicklung als unaufhaltsam. Die Meinung, die Politiker könnten daran etwas ändern, sei naiv. Die Veränderung verlaufe global und auf einer schiefen Ebene, die nur eine Richtung zulasse, sie liege außerhalb der Einflußnahme von Einzelstaaten, gesteuert durch die Interessen von Kapitalinvestoren. Gegen Ende des Artikels scheint der Verfasser den Widerstand aber nicht für grundsätzlich aussichtslos zu halten. Denn es gebe trotz weit fortgeschrittener Resignation auch Protest, initiiert allerdings eher von der ärztlichen Basis als von der Funktionärssebene. Gegen Schluss des Artikels sieht sich der Verfasser sogar nach

Bundesgenossen um und empfiehlt schließlich die Patienten: „Sie können mit den Füßen abstimmen und denjenigen Praxen und Krankenhäusern den Rücken stärken, in denen Ärzte und Verwalter sich bemühen, so nahe wie möglich an den Zustand heranzukommen, der ärztliche Kompetenz und medizinische Ethik in den Vordergrund stellt“.

Einige Ausführungen fordern zu grundsätzlicherer Kritik heraus. So trifft es nicht zu, dass das Gesundheitswesen der nationalen Politik entzogen ist. Das Verhältnis zwischen Bundes- und Länderkompetenzen, das für Planung und Finanzierung von Krankenhäusern relevant ist, ist politischer Regelung durchaus zugänglich. Es trifft nicht zu, dass die „industrielle Gesundheitswirtschaft“ die Ärzteschaft von der Entscheidung über Leistungen und Produkte ausschließt. De facto liegt die Entscheidung über Diagnosen und über die damit veranlassten Kosten nach wie vor in der exklusiven Kompetenz der Ärzte, vor allem der Chefärzte. Es trifft auch nicht zu, dass die Politik das Gesundheitswesen „mit Freuden“ dem freien Spiel der Marktkräfte überlässt. Dagegen sprechen zum Beispiel die zähen Verhandlungen über die neue große Koalition. Es ist auch wenig plausibel, dass althergebrachte Werte wie Entscheidungsfähigkeit und Verantwortung von der nachwachsenden Generation dem Teamwork überlassen werden, „solange der Job ein halbwegs vernünftiges regelmäßiges Einkommen sichert“. Die herkömmliche Standesethik kann tatsächlich die sachliche Notwendigkeit von professioneller und interprofessioneller Kooperation unterschätzen. Deshalb kann die Bevorzugung von Teamwork durchaus Ausdruck von Verantwortung sein.

Die Ökonomisierung via industrielle Gesundheitswirtschaft bedroht nicht nur das professionelle Handeln von Ärzten und Ärztinnen, sondern auch die Professionalität der Pflege und die berechtigten Ansprüche der Patienten, die zugleich den schwächsten Akteur bilden. Sie stellt die Politik, die die konkurrierenden Ansprüche verschiedener staatlicher Aufgaben ins Gleichgewicht setzen muss, vor eine schwierige Aufgabe. Die Ärzteschaft ist zwar der einflussreichste Akteur im Gesundheitswesen. Aber die Beschränkung des Artikels auf die ärztliche Perspektive wirkt allzu eng, zumal sein Titel einen Blick auf das Gesundheitswesen als System ankündigt. Er ist auch nicht frei von Polemik. Aber er bereichert die Ökonomisierungsdiskussion durch das Stichwort „industriell“ und er dürfte das Erleben der Mehrheit der deutschen Ärztinnen und Ärzte treffen. Insofern ist zu begrüßen, dass das Deutsche Ärzteblatt ihn der ganzen Ärzteschaft zugänglich macht. (FH, MK, TFW)

**Wir kommentieren den Artikel von Karl-Heinz Wehkamp und Heinz Naegler: Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern. Dtsch Ärztebl Jg. 114, Heft 47, 24. November 2017.**

<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=194752&s=wehkamp>

Die Verfasser präsentieren eine sozialwissenschaftliche Untersuchung. Die Methodik ist „angelehnt“ an die „Grounded theory“. Grounded theory ist ein in der empirischen Sozialwissenschaft etabliertes Verfahren, in Mengen von qualitativen Daten, z.B. Interviewtranskripten, ihnen zugrundeliegende Gesetzmäßigkeiten bzw. „Theorien“ zu finden. Das Interesse gilt diesen Theorien, insofern sie handlungsrelevant sind, das heißt dass sie Wahrnehmen und Verhalten von Menschen erklären können. Dementsprechend ist das Ziel der Studie hier, „zu prüfen, ob in der Wahrnehmung von Ärzten und Geschäftsführern wirtschaftliche Interessen der Krankenhäuser das Handeln der Ärzte beeinflussen und sich damit auf die Praxis der Medizin und der Patientenversorgung auswirken.“ Der Praxisbezug ist in diesem Fall besonders deutlich, weil die Autoren Empfehlungen hinzufügen, „deren Umsetzung dazu beitragen kann, das Ökonomisieren patientenbezogener Entscheidungen

auszuschließen oder zumindest zu begrenzen“. Obwohl „Wahrnehmung“ ein eher psychologischer Begriff ist, geht es also nicht primär um die Psychologie der Befragten, sondern um in ihren Wahrnehmungen zum Ausdruck kommende reale Gegebenheiten.

Die Ergebnisse lassen keinen Zweifel, dass ein über betriebswirtschaftliche Mittel realisierter Druck ärztliche Entscheidungen nachteilig beeinflusst, was zu Über-, Unter- und Fehlversorgungsformen auf Patientenseite und psychologisch wie moralisch belastenden Konflikten bei den ärztlich Handelnden führt. Auf der Seite der Geschäftsführer ist die Wahrnehmung komplex. Sie stellen mit großer Mehrheit in Abrede, dass wirtschaftliche, d.h. nichtmedizinische Gründe die Versorgung im Krankenhaus beeinflussen. Sie stellen aber nicht in Abrede, dass die ihnen vorgegebene Orientierung am Erlös die Einzelplanung der Abteilungen und die Weiterentwicklung des Hauses bestimmt, halten also eine mittelbare Beeinflussung für möglich. Die Autoren berichten über ein großes, emotional gespeistes Äußerungsbedürfnis der Ärzte während der Interviews. Der gewünschten Enttabuisierung stünden aber Schweigepflichten, der Wettbewerb zwischen den Häusern und die Gefahr der Skandalisierung in den Medien entgegen.

**Vergleich.** Worin stimmen die Texte von Unschuld einerseits und Wehkamp/Naegler andererseits überein und worin unterscheiden sie sich? Sie stimmen überein in der Diagnose einer ökonomistischen Durchdringung der stationären Medizin, darin, dass dies ein hochproblematischer Befund ist, der Handlungsbedarf auslöst und darin, dass diese Beschreibung weitgehend das Erleben der betroffenen Ärzte wiedergibt. Unter dem Aspekt des Gesundheitswesens als eines Ganzen fehlen bei beiden Texten die Eigenperspektive der Pflege und die der Patienten. Die Texte unterscheiden sich in Folgendem: Unschuld sieht einen globalen Prozess, während sich Wehkamp/Naegler auf die konkreten Handlungsbedingungen im Krankenhaus beschränken. Anders als Unschuld beziehen sie in diese Konkretion nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch die Akteursgruppe der Geschäftsführer ein. Was die Lösungskompetenz der Politik betrifft, äußert sich Unschuld eher ambivalent, bei Wehkamp und Naegler kommt die Frage nicht vor. Sie stellen relativ breite Forderungen oder Empfehlungen, adressieren sie aber nicht an bestimmte Akteure: Enttabuisierung des Konflikts zwischen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Zielen, Verbesserung der Finanzierungsregeln und der Strukturen des Gesundheitswesens, Beteiligung der Ärzte an der Weiterentwicklung der Häuser unter Berücksichtigung medizinethischer Positionen, gesellschaftlicher Diskurs über die Rolle des ökonomischen Arguments und die Balance zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen. - Das Hauptverdienst von Wehkamp und Naegler sehen wir in der Einbeziehung der Geschäftsführer-Perspektive und der dadurch erreichten detailreichen, realistischen und anschaulichen Darstellung der inneren, spannungsvollen Krankenhauswirklichkeit. (FH, MK, TFW)

#### **Kommentar zu:**

**Werner Vogd, Martin Feißt, Anne Ostermann, Kaspar Molzberger: Umgang mit ökonomischem Druck. Wie gehen Führungskräfte im Krankenhaus mit dem ökonomischen Druck um, dem sie ausgesetzt sind? Ein Autorenteam hat Führungskräfte befragt und sie entsprechend ihrer Strategie eingeordnet.** Dtsch Ärztebl Jg114, Heft 43, 27.10.2017.

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=194139>

Die Autoren berichten über die Ergebnisse einer DFG-geförderten sozialwissenschaftlichen Untersuchung. Sie gehen davon aus, dass Führungskräfte im Krankenhaus, also Geschäftsführer, ärztliche Direktoren und Pflegeleitungen vor der gleichen Grundproblematik stehen, nämlich „die immer schwieriger werdende Aufgabe, den existenziellen ökonomischen Stress mit Mitarbeiterzufriedenheit und einer primär auf den Patienten ausgerichteten professionellen Haltung in

Einklang zu bringen“. Sie referieren nüchtern die betriebswirtschaftlichen Details: Ungenügende Investitionen der Bundesländer, deshalb Ausweitung von Leistungen, Einkauf zentralisieren, Leistungen outsourcen, Arbeit verdichten, neue strategische Optionen nutzen, etwa neue Abteilungen und Übernahme von Kassenarztsitzen, insgesamt weniger Orientierung an Versorgungsnotwendigkeiten. Die Forschungsfrage ist, wie Menschen, die verschiedene Managementfunktionen im Krankenhaus ausüben, mit dieser Herausforderung umgehen, genauer, aus welcher Einstellung heraus sie welche Strategien wählen. Wie bei Wehkamp und Naegler handelt es sich um eine methodische Befragung, doch ist hier die Perspektive umgekehrt. Die Daten werden nicht genutzt, um tatsächliche Einflußfaktoren zu ermitteln, sondern um zu verstehen, wie Akteure auf tatsächliche Einflußfaktoren reagieren.

Die Autoren finden sowohl bei Geschäftsführern wie bei ärztlichen Direktoren jeweils drei unterscheidbare Typen von Akteuren – die Ergebnisse der Befragung von Pflegeleitungen fehlen leider. Bei den Geschäftsführern findet sich als Extremform „ein betriebswirtschaftlicher Tunnelblick, aus dem heraus die Spannungslage zwischen der Ökonomie und der Medizin schlichtweg ignoriert oder gar geleugnet wird. Aus dieser Einstellung folgt jedoch, dass die Probleme auf einer anderen Ebene umso stärker auftreten, etwa in Form einer hohen Mitarbeiterfluktuation oder in Form von Deprofessionalisierungstendenzen im ärztlichen und pflegerischen Bereich“. Ein zweiter Typus ist der sich als Unternehmer verstehende Geschäftsführer, der die Spannungen kennt und sie zwecks Selbsterhaltung des Hauses abzuschwächen versucht und wirtschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten aktiv nutzt. Dem dritten Typus wird eine „zynische Haltung“ zugeschrieben. Ihm sind die Systemzwänge bewußt, er sieht sich als Opfer, dem nichts bleibt, als der eigentlich abgelehnten Systemrationalität zu folgen.

Die drei Typen bei den ärztlichen Direktoren sind im Originaltext: „Erstere versuchen, aktiv zu führen, da sie sich selbst als „Macher“ verstehen. Dabei scheitern sie jedoch, da viele Chefärzte sie auflaufen lassen und ihre Agenden zudem nicht mit denen der Geschäftsführer übereinstimmen. Der zweite Typus zeichnet sich durch ein „Management auf Distanz“ aus. Dieser Typ versucht, gleichsam im Blindflug, zahlenbasiert mithilfe von Controllingparametern zu steuern, ohne dabei zu genau hinzusehen, was dies eigentlich in der Praxis bedeutet. Der dritte Typus nimmt demgegenüber die Position des Moderators ein: Er versucht, im Dialog zwischen Chefärzten und kaufmännischer Geschäftsführung den schmalen Grat zwischen „wirtschaftlich überzogen und medizinisch notwendig“ auszuloten und zwischen den Akteuren zu vermitteln“.

In allen sechs beschriebenen Einstellungen spiegelt sich u. E. ein Bewußtsein davon, dass die „Widersprüche des Systems“ ein ungelöstes ethisches Problem darstellen. Sie blenden tendentiell die in der Professionalität von Ärzten und Pflege enthaltene primäre Pflicht gegenüber den Patienten aus. So erzeugen sie, wie z. B. Wehkamp und Naegler feststellen, ein Tabu. Das besondere Verdienst des Berichts besteht u. E. darin, dass er Inhalte dieses Tabus, vor allem die Verschiedenheit von Einstellungen und Motiven der Akteure der Diskussion zugänglich macht. Die Autoren halten zwar ausschließlich die Politik zu einer Systemänderung für möglich. Die Aufarbeitung des Tabus könnte aber auch systemintern Bewegung erzeugen. (FH, MK, TFW)

**Kommentar zu:**

**Georg Marckmann, Jens Maschmann: Ethische Mangelverwaltung. Dtsch Ärztebl Jg.114, Heft 44, 3.November 2017.**

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=194261>

Die Autoren gehen von einer faktisch unzureichenden Finanzierung der Krankenhäuser aus, die sich in „besorgniserregender“ Weise auf die Patientenversorgung auswirkt, und suchen nach Strategien, wie

man mit dem Finanzdruck „in einer ethisch vertretbaren Art und Weise umgehen kann“. Die Notwendigkeit dieser Suche begründen sie mit einem „Politikversagen“: Die Bundesländer kommen ihren Investitionsverpflichtungen nicht nach und scheuen sich, ihre Krankenhauspläne dem tatsächlichen Bedarf anzupassen; dadurch sind die Häuser betriebswirtschaftlich gezwungen, ihren Investitionsbedarf systemwidrig aus DRG-Erlösen zu finanzieren; am regulatorischen Umfeld ist keine Änderung absehbar (die Basisfallwerte sind übrigens nicht gesetzt, sondern beruhen auf ärztlichen Entscheidungen!). Deshalb muss auf den bleibenden Handlungsbedarf zwar immer wieder hingewiesen werden, es ist aber ethisch unvertretbar, keine andersartigen Schritte zur Verbesserung zu unternehmen. „Ethische Mangelverwaltung“, wie die Autoren ihren Artikel überschreiben, ist also als eine Kompetenz zu verstehen, die versorgungswidrigen Zwänge so mit der ärztlichen Arbeit zu vermitteln, dass die Akteure sich noch als moralisch intakt ansehen können. Vergleichbar einer Diplomatie, die sich in einer vielfach prekären Situation mit der am wenigsten schlimmen Lösung zufrieden geben muss.

Der Artikel unterscheidet sich von den bislang kommentierten in einem wesentlichen Punkt. Seine Hauptabsicht ist nicht analytisch, sondern synthetisch. Er schlägt ein Handlungskonzept vor. Obwohl er im Wesentlichen aus der ärztlichen Perspektive argumentiert (die in gleicher Weise betroffene Pflege fehlt auch hier), statuiert er als Akteure nicht die Ärzte, sondern die Krankenhäuser selbst. Sie sollen im Rahmen eines „Wertemanagement“ genannten Verfahrens durch Mitarbeiterumfragen Hinweise auf die Realisierung von Werten wie Patientenorientierung, Führungsqualität und sorgsamem Umgang mit Ressourcen ermitteln, diese organisatorisch umsetzen und den Erfolg wieder durch Mitarbeiterumfragen kontrollieren. Es handelt sich hier um schwer objektivier- und quantifizierbare, nur durch Menschen beurteilbare Verhaltensdaten, wie die Verfasser einräumen. Sie beschreiben eine Gratwanderung: Dass Patientenorientierung auch Kosten spart, ist empirisch nicht belegt, wird aber für naheliegend gehalten und ist anzustreben. Andererseits darf das Wertemanagement nicht von der Kostenersparnis abhängig gemacht werden (und verursacht selbst Kosten). Die Frage der Vor- oder Nachrangigkeit zwischen Werten wird im Artikel nicht diskutiert, sie soll, so ist zu vermuten, dem Verfahren überlassen werden.

Die Begründung für den Auftrag an die Krankenhäuser ist ausdrücklich ethisch. Die Basis soll sich bemühen, den Defekt zu kompensieren, den die Politik nicht beseitigt. Rechtliche und moralische Einzel- und Kollektiv-Ansprüche von Patienten, Bürgern und Versorgenden sind demnach in einer Weise zu gestalten, die ethisch zumindest hinnehmbar ist - auf Krankenhausebene. Versagen ist aber nicht ausgeschlossen und die Beschreibung dieser Aufgabe passt auch auf die Ebene der Politik. Ist also der Vorwurf des Politikversagens fair?

Das Deutsche Ärzteblatt hat dem Artikel von Marckmann und Maschmann einen Kommentar angefügt, der weitere Details beleuchtet:

**Kommentar zu:**

**Susanne Johna: Strategiewechsel (im selben Heft hinter dem Artikel von Marckmann und Maschmann).**

Die Verfasserin stimmt in der Beschreibung der problematischen Praxis in den Krankenhäusern mit Wehkamp/Naegler und Marckmann/Maschmann überein. Sie bekräftigt die Forderung von Marckmann/Maschmann nach Mitarbeiterbefragungen als Voraussetzung für „bipolare Betriebsführung“. Gemeint ist damit die Integration ethischer Prinzipien in ökonomisches Denken. Aber sie lässt auch Skepsis gegenüber der Realisierung dieses Konzepts erkennen. Mitarbeiterbefragungen dürfen keine Scheinaktivität bleiben; ein Appell, sich „mit den ethischen Folgen ihres ökonomischen Handelns“ zu befassen, wird von den kaufmännischen Leitungen nicht gehört werden; Druck wird auch durch die ärztliche Leitungsebene ausgeübt, zum Beispiel, wenn sich

leitende Ärztinnen und Ärzte in der ihnen übertragenen ökonomischen Verantwortung „zu Erfüllungsgehilfen für Personalabbaumaßnahmen in der eigenen Abteilung machen lassen“. Diese Einschätzungen erinnern an die Befunde, die Vogd und Mitarbeiter (s.o.) erhoben haben. Der Druck, den der zwischen den Krankenhäusern herrschende ökonomische Wettbewerb ausübt, wirkt sich auf alle Akteursgruppen aus. Aber er trifft auf verschiedene Einstellungen und daraus resultierende divergente, schwer zu harmonisierende Absichten.

Die Verfasserin stellt dem eine Alternative entgegen. Sie fordert zwar wie Marckmann und Maschmann von der Politik mehr Personal und die notwendigen finanziellen Mittel, aber sie richtet auch Forderungen an die ärztlich Handelnden: „Wir als Ärztinnen und Ärzte, die wir seit Langem das Problem erkannt haben, müssen einen grundlegenden Strategiewechsel verfolgen“. Wir haben „eine ärztliche Haltung zu leben, mit der wir der Verantwortung gegenüber unseren Patienten gerecht werden. Darüber hinaus müssen wir darauf hinwirken, dass in der gesundheitspolitischen Steuerung statt des Fokus auf die Reduktion von Kosten auf die Optimierung von Versorgung“ gesetzt wird. Das gedachte Subjekt dieser Strategie, ein „Wir“ ärztlich Handelnder, stellt also Forderungen an sich selbst. Mit dieser bemerkenswerten Wendung unterscheidet sich der Beitrag von allen bislang hier kommentierten. Der Ausdruck „Strategiewechsel“ scheint darüberhinaus anzudeuten, dass es diesen kollektiven Akteur bislang zwar gibt, dass er aber eine andere Strategie verfolgt. (FH, TFW)

#### **Kommentar zu:**

**Axel Mühlbacher: Ohne Patientenpräferenzen kein sinnvoller Wettbewerb. Dtsch Ärztebl Jg. 114, Heft 35-36, 4. September 2017.**

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=193227>

Die Stärke dieses Artikels ist die Schärfung des Ökonomiebegriffs. Ökonomie – verstanden als eine Art des Handelns – ist das Verhältnis von Kosten und Nutzen. Ökonomisch Handeln – gleichbedeutend mit wirtschaftlich Handeln – heißt, dass die Kosten einer Handlung und der durch sie gestiftete Nutzen in einem optimalen Verhältnis stehen. Optimal heißt, dass der größtmögliche Nutzen mit dem kleinstmöglichen Aufwand erreicht wird. Ökonomisieren heißt, ein solches optimales Verhältnis herzustellen. Wer das tut, kann sich am Minimumprinzip orientieren, das heißt, den Aufwand zu verkleinern, oder am Maximumprinzip, das heißt, den Nutzen zu vergrößern. In beiden Fällen „können Aussagen über die Wirtschaftlichkeit nur unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Kosten und Nutzen gemacht werden“. Diese Art von Ökonomisierung gibt es aber im Gesundheitswesen de facto nicht. Denn der zu berücksichtigende Nutzen müsste der Nutzen der Patienten sein und Patientenpräferenzen, die diesen Nutzen abbilden könnten, werden nicht systematisch erfasst. Was als Ökonomisierung diskutiert wird, ist häufig nur „plumpe Sparpolitik“ und hat mit „wirtschaftlichem Denken und Handeln wenig zu tun“.

Anders als in der laufenden Diskussion (wo der Ausdruck „Ökonomisierung“ häufig in denunziatorischer Absicht benutzt wird), wäre die echte Ökonomisierung sogar zu begrüßen, denn „Verschwendung gefährdet den Wohlstand und die soziale Gerechtigkeit“. Und der Verfasser hält sie auch für möglich. Der Patientennutzen soll durch die Patienten selbst und zwar anhand ihrer Präferenzen bestimmt und ihre Präferenzen anhand ihrer Wahlhandlungen ermittelt werden. Der Verfasser macht indirekt deutlich, wie komplex diese Aufgabe ist. Er spricht alle beteiligten Ebenen an: Die Arzt-Patienten-Beziehung oder die medizinisch-pflegerische Intervention, die Patientenorganisationen, die Krankenkassen, die Selbstverwaltung, die Gesundheitswirtschaft, die Politik. Alle sollen sicherstellen, dass „die Prioritäten der Patienten umgesetzt werden“. Die

Patienten-Prioritäten sind nur indirekt durch Präferenzstudien zu ermitteln. Das hat nur Sinn, „wenn der Patient den Nutzen einer Versorgungsalternative auch beurteilen kann“. Deshalb ist der „begleitende Rat von Experten oder Expertengremien unerlässlich“.

Mit anderen Worten: Präferenzen können sich sowohl auf die kommunikative, therapeutische Situation wie auf die Ebene institutioneller Arrangements beziehen. Sie betreffen sowohl das Personen- wie das Strukturvertrauen. Patientenpräferenzen sind strukturell mit Versichertenpräferenzen, Versorger-Präferenzen und politischen Schwerpunktsetzungen verknüpft. Patientenpräferenzen durch Wahlhandlungen zu ermitteln, erfordert also die Definition, Konstruktion oder Auswahl von zu wählenden Optionen. Vermutlich ist es die Komplexität dieser Aufgabe, die die Orientierung am Patientennutzen in der vom Verfasser vorgestellten Weise verhindert.

Für das Gesundheitswesen ist das Patientenwohl oder Patienteninteresse der wichtigste Leitbegriff. Der Verfasser liefert unter den hier kommentierten Artikeln den einzigen, der das Patienteninteresse – in Form des Patientennutzens - konsequent in den Mittelpunkt stellt. Der allerdings zugleich zeigt, dass es eine Ökonomisierung im Sinne eines präzisen Begriffs von Ökonomie mindestens derzeit nicht gibt. Dieser Befund legt im Übrigen nahe, das Wort Ökonomisierung zu vermeiden oder von unpassender oder falscher Ökonomisierung zu sprechen. Das empfundene Spannungsverhältnis zwischen der reinen Ökonomie und der faktischen Patientenversorgung wird möglicherweise durch den Terminus „Kommerzialisierung“ besser getroffen. Dennoch hat sich die Arbeitsgruppe entschlossen, bei „Ökonomisierung“ zu bleiben, einfach deshalb, weil die Diskussion de facto unter diesem Stichwort läuft. (FH, TFW)

#### **Kommentar zu**

**Petra-Maria Schumm-Draeger, Thomas Kapitza, Klaus Mann, Ulrich Fölsch, Dirk Müller-Wieland: Rückhalt für ärztliches Handeln. Dtsch Ärztebl Jg.114, Heft 49, 8. Dezember 2017.**

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=195183>

Am 19. September 2017 hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) den von ihr entwickelten „Klinik Codex“ der Öffentlichkeit vorgestellt. (Wir haben ihn am 27.10. kurz kommentiert, siehe unter Aktuelles). Der Artikel von Petra-Maria Schumm-Draeger et al. erläutert die Gründe, die die DGIM bei der Abfassung dieses Textes geleitet haben. Er resümiert zunächst den Handlungsbedarf: In den letzten Jahren setzte die Gesundheitspolitik vorwiegend finanzierungsbezogene Ziele; das DRG-System generiert Fehlanreize; die „betriebswirtschaftliche Nutzenoptimierung der Krankenhäuser“ tangiert sowohl die Patientenversorgung wie die ärztliche Profession; die „sprechende Medizin“ und die besonders auf sie angewiesenen Fächer geraten ins Hintertreffen; Ärzte können sich „nicht mehr umfassend mit ihrem Beruf identifizieren“.

Die DGIM sieht die so entstandene Situation als Herausforderung an die den Patienten verpflichtete Ärzteschaft. Sie antwortet darauf in einer aktiveren Weise als die anderen unter dem Stichwort Ökonomisierung im Deutschen Ärzteblatt erschienenen Artikel. Mit ihrem Codex konkretisiert sie die Mahnung von Susanne Johna, wir hätten „eine ärztliche Haltung zu leben“. Denn dieser Codex enthält nicht nur eine abstrakte Selbstverpflichtung sondern auch detaillierte Versprechen. Zum Beispiel: „Wissend, dass unsere medizinischen Entscheidungen, die auf Basis einer qualitätsgesicherten Medizin getroffen werden, große Auswirkungen auf die Heilung und Gesundheit der Patienten, aber auch betriebswirtschaftliche Auswirkungen haben, erklären wir hiermit, dass wir

eine angemessene und wirksame Versorgung der Patienten stets unter dem uneingeschränkten Vorrang der medizinischen Argumente gegenüber ökonomischen Überlegungen planen und durchführen werden.“ Die DGIM hält die Ärzteschaft zwar für verpflichtet „das richtige Maß zwischen dem medizinisch Machbaren, ethisch Vertretbaren und ökonomisch Möglichen zu finden“, aber mehr noch, sich mit den politisch gesetzten Rahmenbedingungen aktiv auseinanderzusetzen und sie mitzugestalten. Sie spricht von einem „unauflösbaren Widerspruch zwischen dem ärztlichen Auftrag und der ökonomischen Wirklichkeit in den Krankenhäusern und Kliniken“. Insofern geht sie über eine pragmatische Strategie – wie etwa von Marckmann und Maschmann – hinaus, einen Ausgleich innerhalb der hingenommenen politischen Rahmenbedingungen zu suchen. Sie weiß, dass der nur individuelle Umgang mit den Problemen kein gemeinsames ärztliches Selbstverständnis hervorbringt, dass ein solches gemeinsames Selbstverständnis aber erforderlich ist, um Wirkung zu erzeugen. Sie möchte deshalb, dass sich die „Standpunkte und Haltungen“, die im Klinik Codex dokumentiert sind, sich über das eigene Fach hinaus in allen Interessengruppen verbreiten und dass Ärztinnen und Ärzte sich in kritischen Fällen darauf berufen können.

Der Klinik Codex ist im Rahmen der DGIM entstanden. Das war möglich, weil es in der Breite der Inneren Medizin genügend Gemeinsamkeiten gibt. Der Idee nach fungiert die DGIM aber als ein Kristallisationskern über die Fachgrenzen hinaus. Die politische Wirksamkeit hängt also davon ab, dass die Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen Fächern aktiviert werden können. Darüberhinaus gibt es in der Ärzteschaft – wie Vogd u.a. (s.o.) gezeigt haben – relevante, mit verschiedenen Graden von Verfügungsmacht verbundene Status- und Interessenunterschiede. Deshalb wird es vermutlich nötig sein, die Gemeinsamkeiten der ärztlichen Profession auf einer noch allgemeiner verbindlicheren Ebene zu formulieren. (FH, TFW)