

Arbeitsgruppe Ökonomisierung
der Akademie für Ethik in der Medizin
Federführend: Friedrich Heubel

„Wir“ und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Die ethische Perspektive

Ökonomisierung ist ein wertender Begriff. Ökonomisierung soll nicht sein. Das ist die Mehrheitsmeinung in der Ärzteschaft und auch in großen Teilen der Öffentlichkeit. Denn ökonomisches Denken und Handeln – so ist die Wahrnehmung – verdrängt die Orientierung am Wohl des Patienten. Wenn dieser Orientierungspunkt fehlt, werden die Erwartungen an Medizin und Gesundheitswesen brüchig. Ärzte und Ärztinnen fühlen sich in ihrem beruflichen Selbstverständnis herausgefordert, ja bedroht, das Vertrauen von Patienten und Öffentlichkeit geht verloren. Das Deutsche Ärzteblatt hat deshalb dem Stichwort Ökonomisierung der Medizin im Jahr 2017 eine Folge von Essays gewidmet.

Wegen der großen Resonanz hat das Deutsche Ärzteblatt daraufhin im Mai 2018 eine neue Reihe von Veröffentlichungen mit dem Namen „Arzt und Ethos“ begonnen. Sie will „vor allem die aktuellen Herausforderungen medizinischer Ethik“ benennen. Dazu zählt sie auch die Ökonomisierung. Die Reihe steht unter dem Titel „Wandel als Herausforderung“ (..) . Ökonomisierung wird – zutreffend – als Teil des Wandels gesehen, der das ärztliche Ethos herausfordert. Was heißt das? Ärztliches Ethos ist durchaus vereinbar mit dem Entstehen von neuen und dem Vergehen von alten Aufgaben, denn Möglichkeiten und Grenzen der Medizin ändern sich. Ethische Reflexion hat dann zu prüfen, wann und wo das ärztliche Ethos aktuell zu erweitern, zu präzisieren oder zu spezifizieren ist. Das gilt auch für die Herausforderung der Ökonomisierung.

Ethische Reflexion muss aber methodischen Anforderungen genügen. Sie muss zum Beispiel fair sein. Ärzte sind an einem Handeln beteiligt, das sie zugleich ablehnen. Wenn also Ökonomisierung „nicht sein soll“, ist Kritik der Ökonomisierung zugleich Kritik an einem verfälschten Handeln. Damit kann sie aber auch Kritik an den Handelnden selbst sein (z.B. an „der“ Politik, „den“ Chefärzten, „den“ Patienten). Die ethische Analyse muss deshalb Vollständigkeit der beteiligten Akteure, ihrer gegenseitigen Verflechtungen und ihrer Handlungsgrenzen anstreben. Denn Erwartungen an Akteure zu adressieren, die keine Optionen haben, widerspricht der Forderung nach Gerechtigkeit. Es muss klar sein, wem welche Aktivität zugemutet werden darf und wem nicht. Umgekehrt darf aktives Handeln von Akteuren um so eher erwartet werden, je mehr Sachkompetenz und tatsächliche Einflußmöglichkeiten sie haben. Ethische Analyse muss deshalb auch die relevanten Fakten sorgfältig erfassen.

Auf der anderen Seite muss die ethische Orientierung – der Aufweis des Gewünschten oder Gesollten - stets den obersten Zweck ärztlichen Handelns, nämlich das gesundheitliche Wohl von Menschen, einschärfen. Das gilt zwar auf den ersten Blick nur für die direkte face to face Interaktion zwischen Patienten und ärztlich Tätigen. Tatsächlich gilt es aber auch indirekt, nämlich dann, wenn Patienten nach eigener Entscheidung auf medizinische Angebote, z.B. Impfungen, zugreifen, wenn z. B. Wasser- und Umwelthygiene einer unbestimmten Zahl von Personen nützen sollen und wenn der Nutzen von guter Organisation abhängt. Denn anders als zu Zeiten des Hippokratischen Eides setzt

ärztliches Handeln heute eine Infrastruktur voraus: Fachspezialisierung, Versicherungen, Pharma- und Geräteindustrie, Bauten, öffentliche Mittel, Gesetzgebung.

Die Diskussion über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens muss angesichts der Fülle von Literatur, die es dazu gibt, nicht neu angefangen werden. Aber unter dem Gesichtspunkt, dass Ökonomisierung „nicht sein soll“, nehmen die sieben Essays im Deutschen Ärzteblatt von 2007 eine besondere Rolle ein. Ihnen allen ist das Motiv gemeinsam, sich gegen Ökonomisierung zur Wehr zu setzen und bei fünf von ihnen sind Autoren selbst Akteure innerhalb des von ihnen als problematisch erlebten Handelns. Hier sammeln sich Erfahrungen und Perspektiven, die für die Suche danach, was hilft und auch dafür, was nicht hilft, unersetzlich sind. Wir mustern deshalb die sieben Essays in der Reihenfolge ihres Erscheinens unter der Leitfrage durch, was sie für einen aktiven Widerstand gegen die Ökonomisierung austragen.

Die sieben Essays

1.

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. Echte Ökonomisierung wäre also sogar zu begrüßen, denn „Verschwendung gefährdet den Wohlstand und die soziale Gerechtigkeit“. De facto gebe es aber im derzeitigen Gesundheitswesen diese Art von Ökonomisierung nicht. Was als Ökonomisierung diskutiert wird, sei häufig nur „plumpe Sparpolitik“.

Was der Verfasser allerdings zur Überwindung der - falschen - Ökonomisierung vorschlägt, dürfte keine realistische und auch keine moralisch zu empfehlende Alternative sein. Denn der zu stiftende Nutzen müsste im ökonomischen Sinne messbar, also quantifizierbar sein. Der Verfasser will ihn anhand von Patientenpräferenzen messen, die durch Wahlentscheidungen zwischen Optionen ermittelt werden. Dabei würde es aber nicht ausreichen, dass die Ärzte die Wählenden beraten. Sie müssten diese Optionen zuvor auch systematisch planen und anbieten. Bereits dabei, also schon vor der Erfassung von Patientenpräferenzen, müssten sie im Rahmen des ärztlichen Ethos nach bestem Wissen und Gewissen vorgehen. Auch wenn diese schwierige Operationalisierung gelänge, bestünde das Ergebnis nur in kollektiven, vermutlich trivialen, Präferenzen. Patienten haben aber einen moralisch gut begründeten Anspruch auf individuelle Behandlung.

2.

Werner Vogd, Martin Feißt, Anne Ostermann, Kaspar Molzberger: **Umgang mit ökonomischem Druck.** Dtsch Ärztebl Jg114, Heft 43, 27.10.2017. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=194139>.

Widerstand gegen die Ökonomisierung kann am ehesten von denjenigen Akteuren erwartet werden, die Gestaltungsmöglichkeiten haben, das heisst den Führungskräften, also Geschäftsführern, ärztlichen Direktoren und Pflegeleitungen. Diese stehen – in den Worten der Autoren - vor der „immer schwieriger werdenden Aufgabe, den existenziellen ökonomischen Stress mit Mitarbeiterzufriedenheit und einer primär auf den Patienten ausgerichteten professionellen Haltung in Einklang zu bringen“.

Der ökonomische Druck besteht in dem stets präsenten Bewußtsein, das eigene Haus könne insolvent werden. Direkt oder indirekt zwingt er auch die Führungskräfte, ihn in ihrem eigenen Handeln zu berücksichtigen. Die Autoren haben deshalb im Rahmen eines DFG-geförderten sozialwissenschaftlichen Forschungsprojekts gefragt, wie Menschen, die Managementfunktionen im Krankenhaus ausüben, mit dieser Herausforderung umgehen, genauer, aus welcher Einstellung heraus sie welche Strategien wählen. Der Artikel stellt die Ergebnisse in Kurzfassung vor. (Die entsprechende Buchpublikation heißt: Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Springer VS 2018. ISBN 978-3-658-17000-4).

Die Autoren finden sowohl bei Geschäftsführern wie bei ärztlichen Direktoren jeweils drei unterscheidbare Typen von Akteuren. 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.“ 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 werden wie folgt beschrieben: „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“.

Für die Frage, auf welche Akteursgruppen sich ein Widerstand gegen die Ökonomisierung überhaupt stützen könnte, sind die Befunde aktuell: Die erste Aufgabe einer solchen Gruppe müsste darin bestehen, die tatsächlichen inneren Einstellungs- und Interessengegensätze in ihren Subgruppen aufzuarbeiten.

3.

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 analysieren nicht nur Elemente eines möglichen Widerstands gegen die Ökonomisierung, sondern geben auch eine konkrete Handlungsempfehlung. Sie richtet sich nicht an eine Personengruppe, sondern an das Krankenhaus als Organisation. Das Krankenhaus wird als Akteur gesehen, der intern einen Ausgleich zwischen Ressourcenmangel und therapeutischem Auftrag (es ist nicht klar, ob die Pflege mitgemeint ist) herstellt. Also Handlungsweisen ermöglicht, die trotz finanzieller Beschränkungen moralisch vertretbar bleiben. Das soll durch periodische Mitarbeiterbefragungen gesichert werden. In diesem Handlungskonzept ist die Operationalisierung mitgedacht und sie ist eher realistisch als die kollektive Erfassung von Patientenpräferenzen.

Sie setzt allerdings voraus, dass zwischen leitenden Ärzten, ärztlichen Direktoren und Geschäftsführungen ein leitender Grundkonsens über die durchaus aufwändige Durchführung, Auswertung und Ergebnis-Umsetzung der Mitarbeiterbefragungen besteht. Das dürfte eher selten der Fall sein. Außerdem gibt es ein Problem im Verhältnis zur Öffentlichkeit. Die Autoren sehen als

Ursache des Ressourcenmangels ein „Politikversagen“: Die Politik „versagt“ bei einer Aufgabe, die zu lösen von ihr erwartet werden kann. Was aber von der Politik nicht nur erwartet, sondern sogar verlangt werden kann, ist die Verteilung stets begrenzter Ressourcen auf die berechtigten Interessen der Bürger auch außerhalb des Gesundheitswesens. Der Abwägungsprozess ist komplex, weil sich die Ebenen moralisch unterscheiden: Gesundheitsversorgung ist geboten, staatliche Gerechtigkeit aber sogar verlangbar. Der Vorschlag der Autoren verlagert den politischen Prozess von der Öffentlichkeit auf die Mitarbeiter des Krankenhauses. Diese sind dazu aber kaum besser befähigt als die Abgeordneten und dazu auch mangels Wahl nicht legitimiert. Das auf der öffentlichen Ebene liegende „Versagen“ kann so nicht geheilt werden.

4.

Susanne Johna: **Strategiewechsel**. Dtsch Ärztebl Jg.114, Heft 44, 3.November 2017.

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

Susanne Johna lehnt das von Marckmann und Maschmann vorgeschlagene „bipolare Management“, nämlich „ethische Prinzipien in ökonomisches Denken zu integrieren“, trotz Skepsis nicht ab, auch nicht das Mittel der Mitarbeiterbefragungen. Sie setzt aber mit ihrer Forderung nach einem Strategiewechsel eine klare Priorität. Ziel habe nicht Kostenreduktion, sondern gute Versorgung zu sein. Vor allem richtet sich ihre Forderung an eine andere Adresse. Nicht die Krankenhäuser, sondern die Ärzte selbst sollen die treibende Kraft gegen die Ökonomisierung sein. „Wir haben.....eine ärztliche Haltung zu leben, mit der wir der Verantwortung gegenüber unseren Patienten gerecht werden.“ Hier wird eine Selbstverpflichtung ausgesprochen, ein ärztliches, verantwortliches Wir. Forderungen an die Politik nach Personal und Ausstattung bleiben freilich bestehen.

5.

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>

Diese qualitative Studie macht keiner Akteursgruppe einen Handlungsvorschlag. Aber sie belegt, wie der Handlungsdruck im Einzelnen aussieht, den Krankenhausärzte als Ökonomisierung erleben. In den Interviews berichten Ärzte, dass sie anders entscheiden würden, wären sie von betriebswirtschaftlich motivierten Aufforderungen frei. Als solche werden genannt: Belegung möglichst maximieren, Fallzahlen steigern, „unlucrative“ Patienten möglichst vermeiden, Notaufnahmen bei Überlastung nicht beim Rettungsdienst als Anlaufstelle abmelden, Verweildauer nach DRGs ausrichten, Case-Index maximieren, „kreative Indikationen“ stellen, Auslastung gewinnbringender Geräte, Prozeduren und Einrichtungen verbessern, „Fallsplitting“, Patienten an die Klinik binden, auch wenn sie andernorts besser behandelt würden, Privatpatienten bevorzugt versorgen. Die ebenfalls befragten Geschäftsführer bestreiten mehrheitlich solche Aufforderungen. Daraus resultiert eine Art von Tabu. Es ist kaum möglich, diesen berufsrechtlich problematischen Zustand offen zu diskutieren. Das sei aus Sicht der Ärzte dringend notwendig, werde aber zusätzlich durch die Wettbewerbssituation der Krankenhäuser und die Gefahr der Skandalisierung in den Medien blockiert.

6.

Paul Erich Unschuld: **Das System droht zu entgleisen**. Deutsches Ärzteblatt Heft 48 vom 1.12.2017. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=195005>

Paul Erich Unschuld stellt als Mittel zum Widerstand gegen die „Fremdbestimmung ärztlichen Handelns“ einen Doppelschritt vor. Die Ärzte sollen das in sie zu setzende Vertrauen stärken, dadurch die Patienten als Bundesgenossen gewinnen und sie instandsetzen, „mit den Füßen“ abzustimmen

„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“. Wie das gemeinte Vertrauen gestärkt werden kann – das ein Vertrauen nicht nur in Personen, sondern auch in Institutionen sein müsste - und wie die vorzugswürdigen Praxen und Krankenhäuser realisiert und für die Patienten kenntlich gemacht werden können, bleibt offen. Dazu ist viel Vorarbeit nötig. De facto müsste sie in beiden Hinsichten von den Ärzten geleistet werden.

7.

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>

Die Autoren stehen für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und ihren „Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie“. Die Internisten machen damit nicht nur einen Vorschlag, stellen nicht nur einen Weg zum Widerstand gegen die Ökonomisierung vor, sondern gehen auf diesem Weg auch selbst einen ersten Schritt. Denn durch den Codex soll ausdrücklich „Ärztinnen und Ärzten die Sicherheit vermittelt werden, dass sie mit ihrer sich an diesem Klinik Codex orientierenden Haltung nicht alleine stehen“. Alle Fächer sind dazu eingeladen. Freilich ist diese Sicherheit nur ideell. Der Klinik Codex formuliert Selbstverpflichtungen („wir werden...“), ähnlich wie der Hippokratische Eid. Sie gehen über bloße Appelle hinaus, können aber nicht die Verbindlichkeit des alten, vor den geglaubten Göttern geschworenen Eides erreichen. Und es gibt auch keine wirkmächtige Instanz, die Ärzte und Ärztinnen unterstützen könnte, wenn kritische Gesinnung zu kritischer Haltung und damit zu nonkonformen Handlungen führt. Aber die Autoren hoffen: „Denn je mehr Ärzte sich dem Inhalt des Klinik Codex anschließen, umso mehr wird der Berufsstand Sicherheit, Selbstbewusstsein und Mut zurückgewinnen und umso stärker wird seine Wirkung sein“.

Ein ärztliches „Wir“

Alle sieben Artikel sind darin einig, dass Ökonomisierung „nicht sein soll“. Nun bedeutet ärztliches Ethos nicht nur gemeinsame Gesinnung, sondern auch ein eingewöhntes, als richtig empfundenes Handeln. Wenn also Ökonomisierung nicht sein soll, fordert ärztliches Ethos dazu auf, sich an ihr nicht zu beteiligen. Ärztliches Handeln findet aber als arbeitsteiliger Zusammenhang innerhalb einer öffentlich garantierten Infrastruktur statt. Sich *als Einzelner* daran nicht oder nur selektiv zu beteiligen ist kaum möglich und kann persönlich riskant sein. Es kann deshalb auch nicht moralisch eingefordert werden. Und es ändert auch an den durch Ökonomisierung verfälschten Anreizen nichts.

Das ärztliche Ethos ist aber auch dann nicht stumm, wenn es um Instrumente geht, die *alle ärztlich Handelnden* nutzen. Ein solches Instrument ist das Krankenhaus. Wenn die Ökonomisierung das Krankenhaus strukturell verfälscht, ruft das ärztliche Ethos dazu auf, das gemeinsame Instrument auch gemeinsam zu schützen – wie der gute Chirurg sich nicht nur um gutes Operieren, sondern auch um die Sterilität seiner Geräte kümmert. Dann ist die Arbeit an den die gute Versorgung ermöglichenden Strukturen auch moralisch geboten - nicht im Sinne einer mit Zwangsmitteln durchsetzbaren Rechtspflicht, sondern aus professioneller Verantwortung. Denn das Gesundheitswesen steht unter dem obersten Zweck, denen zu helfen, die gesundheitliche Hilfe brauchen, und das ist ohne die ärztliche Kompetenz nicht möglich.

Tatsächlich zeigen zwei der sieben Texte, dass ein solches Ethos lebendig ist. Johna formuliert ein verpflichtetes ärztliches „Wir“: „Wir haben.....eine ärztliche Haltung zu leben, mit der wir der Verantwortung gegenüber unseren Patienten gerecht werden.“ Das scheint zunächst über eine

herkömmliche Standesformel nicht hinauszugehen. Diesem handlungsfähigen Corpus wird aber eine neue Aufgabe zugewiesen: Wir müssen „darauf hinwirken, dass in der gesundheitspolitischen Steuerung statt des Fokus auf die Reduktion von Kosten auf die Optimierung von Versorgung im Sinne einer patientenorientierten Medizin gesetzt wird“. Johna nennt das einen „grundlegenden Strategiewechsel“ und bezeichnet damit diese Priorisierung als etwas Neues, bislang offenbar nicht Gegebenes. Die Priorität als solche ist auch tatsächlich nichts Neues, sie gehört wesentlich zum ärztlichen Selbstverständnis. Neu ist aber, dass sie als gestalterische Aufgabe eines „Wir“ gesehen wird, nicht nur als eine Sache des dualen Arzt-Patient-Verhältnisses.

Der zweite Text, der ein gemeinschaftliches ärztliches Ethos belegt, ist die Einführung von Schumm-Dräger et al. zum Klinik Codex der DGIM. Dieser Codex richtet sich grundsätzlich an alle klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte. Er zählt eine Reihe von Handlungsweisen auf, die die Verfälschung des ärztlichen Handelns durch ökonomische Anreize vermeiden. Er will die Einzelnen zu diesen Handlungsweisen ermutigen, indem er ihnen versichert, dass sie mit ihrer Gesinnung nicht allein stehen.

Ermutung ist immer dann erforderlich, wenn Hindernisse überwunden und Schwierigkeiten erwartet werden müssen. Mit anderen Worten, der Codex gibt zu, dass der Widerstand gegen die Ökonomisierung auch eine Sache des Mutes ist. Was ermutigt, ist, dass das ärztliche Ethos von vielen geteilt wird. Auch die Verfasser des Codex identifizieren sich mit dem, wozu sie ermutigen. Aber sie gehen einen Schritt über das bloße Feststellen der gestalterischen Aufgabe hinaus. Ihr Ermutigen ist selbst schon ein gemeinschaftliches Handeln.

Die Ermutung durch Bewusstmachen einer gemeinsamen Gesinnung bleibt freilich im Bereich des Ideellen. Schumm-Dräger et al. sind durchaus der Meinung, dass die Ärzteschaft sich mit den „politisch gesetzten Rahmenbedingungen“ auseinandersetzen und sie mitgestalten muss. Wirkmächtig wird die Gesinnung aber auch nach ihrer Auffassung erst durch die Vielen: „Denn je mehr Ärzte sich dem Inhalt des Klinik Codex anschließen, umso mehr wird der Berufsstand Sicherheit, Selbstbewusstsein und Mut zurückgewinnen und umso stärker wird seine Wirkung sein“. Diese Art von Mehrheit dürfte in der Tat eine notwendige Vorbedingung sowohl eines aktiven Widerstands als auch der politischen Mitgestaltung sein. Sie ist aber keine hinreichende Bedingung. Denn die Handlungsbereitschaft der Vielen muss sich Handlungsstrukturen schaffen, die denen ebenbürtig sind, auf denen die Wirkmacht der Ökonomisierung beruht (Fallpauschalen und wirtschaftliche Konkurrenz der Krankenhäuser ohne Flächenplanung). Die weitergehende Aufgabe ist also das Operationalisieren gemeinsamen Handelns.

Ein Konzept zur Operationalisierung gemeinsamen Handelns bieten Marckmann und Maschmann. Es dient allerdings einem anderen Ziel und sieht einen anderen Akteur vor. Für Marckmann und Maschmann steht die finanzielle Mangelsituation im Vordergrund. Sie halten die Politik für unfähig, diese Situation zu verbessern („Politikversagen“). Es geht ihnen nicht darum, „die Politik“ zu dieser Aufgabe zu befähigen, sondern darum, trotz des faktischen Mangels eine ethisch vertretbare Versorgung zu erhalten. Diese Aufgabe weisen sie nicht einer zu aktivierenden ärztlichen Mehrheit, sondern dem Akteur Krankenhaus zu. Sie soll durch eine – von Johna „bipolar“ genannte – Leitungsstruktur aus einerseits Ärzten, andererseits Geschäftsführung im Krankenhaus selbst gelöst werden. Sie wird als ein Prozess gesehen, der durch wiederholte Mitarbeiterbefragungen gesteuert wird. Mitarbeiter und Geschäftsführung sollen die Aufgabe gemeinsam übernehmen.

Operationalisiert wird also nicht ein die Politik einbeziehender ärztlicher Gestaltungswille sondern ein die Mitarbeiterschaft einbeziehendes Management. Das Konzept mag bei besonders günstiger Konstellation der persönlichen Prioritäten von Geschäftsführern, Leitenden Ärzten, Mitarbeitern und bei konkurrenzminimierender Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern in – vermutlich – eher

seltenen Fällen auch gelingen. Es eignet sich aber nicht, um die Ökonomisierung als solche zu korrigieren. Dazu müssten dergleichen Insellösungen zu einer Mehrheit unter den Krankenhäusern werden. Das Konzept ist aber ethisch motiviert. Es operationalisiert in ethischer Absicht.

„Die Politik“

Alle Autoren sprechen in irgendeiner Weise „die Politik“ an. Unschuld polemisiert gegen einzelne Politiker. Vogd et al. sind skeptisch: „Eine Strategie, den ökonomischen Druck aus dem System heraus zu beseitigen, gibt es dabei nicht. Will man die bestehenden Probleme beheben, muss man das System von außen verändern,...“ dafür müsse „die Politik“ aktiv werden. Wehkamp und Naegler formulieren eine Reihe von strukturellen Veränderungen, ohne eine politische Instanz ausdrücklich zu adressieren. Johna fordert von „der Politik“ mehr Personal und Mittel. Markmann und Maschmann sprechen von „Politikversagen“. Die meisten Autoren sehen sich selbst als Akteure *außerhalb* der Politik. Nur Schumm-Dräger et al. als Repräsentanten der DGIM, und Johna sehen sich als Mit-Akteure. Johna formuliert eine ärztliche Selbstverpflichtung und Schumm-Dräger et al. richten sich ebenfalls an die Ärzteschaft selbst: „Sie muss sich mit den politisch gesetzten Rahmenbedingungen aktiv auseinandersetzen, diese mitgestalten und – wenn notwendig – kritisch hinterfragen“.

„Politikversagen“ meint, dass „die Politik“ eine Aufgabe nicht wahrnimmt, deren Lösung legitimerweise von ihr erwartet werden kann. Es geht um die Instanz, die die politischen Rahmenbedingungen setzt, also die Legislative. Diese Instanz besteht aus Abgeordneten, die im Rapport mit ihren Wählern stehen. Wie alle Bürgerinnen und Bürger sind auch die Parlamentarier verantwortliche Personen. Aber ebenso wie die Geschäftsführer und die leitenden Ärzte innerhalb von Rollenvorgaben agieren, können auch die Abgeordneten nicht nach persönlicher Willkür entscheiden. Sie haben als Akteure des Gemeinwesens die stets begrenzten Ressourcen auf die berechtigten Interessen der Bürger, also auf Justiz, Polizei, soziale Sicherheit, Gesundheitswesen, Arbeit, Bildung usw. zu verteilen. Dabei stehen sie vor allem unter der Erwartung, sich um Gerechtigkeit zu bemühen. Unfehlbarkeit kann von ihnen nicht erwartet werden, aber dass im Staat Gerechtigkeit herrschen soll, ist als Forderung unerlässlich. Denn wenn diese Erwartung sichtbar enttäuscht wird, schwinden Vertrauen und Loyalität und der soziale Zusammenhang wird brüchig. Auch das Gesundheitswesen und die ärztlich Handelnden müssen also hinnehmen, dass es Gerechtigkeitsgründe geben kann, die den Versorgungsauftrag modifizieren oder sogar beschränken.

Von „Versagen“ kann man demnach sinnvollerweise nur dann sprechen, wenn offensichtlich ist, dass schon die bloße Bemühung um Gerechtigkeit fehlt. Das ist schwer zu beurteilen. Denn die Aufgabe der Abgeordneten besteht darin, konkurrierende Interessen zu gewichten. Interessen liegen entweder auf der Hand, wie Sicherheit und Wohlstand, oder werden mehr oder weniger wirksam von Lobbygruppen propagiert. Da Interessen konkurrieren, ist es unvermeidbar, Teilinteressen zu frustrieren. Die anspruchsvolle Arbeit der Abgeordneten besteht also darin, zu entscheiden, welche Frustrationen zumutbar oder sogar unumgänglich sind.

Bei dieser Aufgabe, der Gewichtung von Interessen durch die Legislative, sind die Abgeordneten gegenüber den klassischen Professionsberufen Arzt, Richter, Geistlicher und Lehrer in einer diffizilen Position. Diese Berufe sind keine klassischen Lobbygruppen. Wie die Abgeordneten selbst vertreten sie jeweils ein Gesamtinteresse - zum Beispiel unterstützen Ärzte nicht nur Kranke, sondern auch deren soziales Umfeld und die arbeitsteilige Gesellschaft, und Richter sichern Verlässlichkeit gesellschaftlicher Kooperation. Zugleich vertreten sie ein Eigeninteresse, nämlich den Anspruch, den jeweiligen Eigengesetzlichkeiten ihres Berufs gemäß arbeiten zu können. Professionsberufe treffen typischerweise hochspezialisierte und hochindividuelle Einzelentscheidungen, die für Nichtexperten nicht kontrollierbar sind. Die Aufgabe der Abgeordneten besteht deshalb nicht nur darin, die von den

Lobbygruppen vertretenen Eigeninteressen nach ihrem Wert für das Gemeinwohl zu gewichten. Bei Professionsberufen müssen sie darüberhinaus beurteilen, wo die fachspezifischen *Eigengesetzlichkeiten* des jeweiligen Professionsberufs in *Eigeninteressen* der Professionellen umschlagen.

Wie ist ein solches Urteil möglich, wo doch der Abgeordnete die Arbeit des Professionellen im Einzelfall – im ärztlichen Beruf Diagnostik und Therapie am einzelnen Kranken - gerade *nicht* beurteilen kann? Beurteilbar ist nur das *kollektive* Verhalten des betreffenden Professionsberufs. Mit anderen Worten: Wie glaubwürdig sind die Vertreter eines Professionsberufs, wenn sie Forderungen mit ihrer je spezifischen Verpflichtung gegenüber Kranken, Prozessparteien, Gläubigen und Schülern begründen? Dann wird ein Verfahren benutzt, das wir alle kennen: Man fragt nach der Übereinstimmung von Reden und Handeln. Maßstab für Glaubwürdigkeit ist dann das Ausmaß, in dem sich der betreffende Beruf der für ihn geltenden Eigengesetzlichkeit *auch selbst unterwirft*. Oder: Glaubwürdigkeit erwirbt derjenige Professionsberuf, der die für ihn spezifischen Standards in den eigenen Reihen entschlossen durchsetzt, die Dominanz persönlicher Eigeninteressen über die berufsspezifische Verpflichtung gegen die jeweiligen Klienten verhindert und dies öffentlich erkennbar macht.

Abgeordnete festigen ihre eigene Glaubwürdigkeit, indem sie die Glaubwürdigkeit des Professionsberufs überprüfen. Im Grundsatz ist es diese Glaubwürdigkeit, die es wiederum den Abgeordneten erlaubt - unter Umständen auch gegen Widerstand - die für den Professionsberuf typischen Arbeitsbedingungen durchzusetzen. Beim Arztberuf ist das im Wesentlichen die Freiheit von fachfremden Einflüssen auf die Einzelentscheidungen in Diagnostik und Therapie, wie sie z.B. in § 2 Absatz 4 der Musterberufsordnung normiert ist: „Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“

Professionsberuf und Legislative sind also wechselseitig aufeinander angewiesen. Das so genannte Politikversagen ist eine Störung in diesem Wechselseitigkeitsverhältnis. Zwischen Ärzten und Politik gibt es typische, von gegenseitigem Mißtrauen getragene, untergründige Wahrnehmungsmuster: „Die Politik ist gegen die Ärzte“ und „Die Ärzte tun nicht, was sie sollten“. Die Störung lässt sich nicht ohne Weiteres nur einer Seite anlasten. Wenn man nach einer Lösung dieses Dilemmas sucht, wird man zugeben müssen, dass man einen Anstoß am ehesten von den Ärzten erwarten darf. Denn die für die Glaubwürdigkeit des Professionsberufs erforderliche Spontaneität - Durchsetzung der eigenen Standards in den eigenen Reihen aus eigener Motivation – kann von der Politik schlechterdings nicht erzeugt werden.

Fazit: Ärztliche Professionalität

Die Ökonomisierung des ärztlichen Handelns widerspricht dessen Eigengesetzlichkeit. Sie ist aber in den gesetzlich gegebenen Rahmenbedingungen angelegt. Ärztliches Ethos fordert deshalb dazu auf, durch eigenes Handeln diese Spannung auszugleichen. Die ethische Grundierung dafür liegt bei Johna und bei der DGIM offen zutage. Die DGIM geht auch einen ersten Schritt. Sie will durch Aufzeigen des gemeinsamen Selbstverständnisses zum Handeln ermutigen. Es soll eine Mehrheit entstehen, die der Ökonomisierung Grenzen setzen kann. Sowohl die Entstehung als auch die politische Wirksamkeit dieser Mehrheit muss zwei Bedingungen erfüllen: Sie muss sich auf eine Gemeinsamkeit stützen, die ethisch qualifiziert ist, das heißt über ein bloßes gemeinsames Eigeninteresse hinausgeht. Das ist die maßgebende Bindung an das Patientenwohl. Ohne das kann sie sich der Legislative nicht als vertrauenswürdig empfehlen. Und sie muss sich organisieren und sprech- und handlungsfähig sein. Mit anderen Worten, sie muss, anders als zu Zeiten des hippokratischen Eides, auch die Infrastruktur, ohne die es keine moderne Medizin gäbe, in ihren Auftrag einbeziehen. Sowohl bei der

Mehrheitsbildung als auch bei der politischen Wirksamkeit mag es dabei helfen, die ärztliche Professionalität genauer zu bestimmen. Insbesondere könnten damit die innerärztlichen Interessenunterschiede aufgearbeitet werden. Denn die allen gemeinsame ärztliche Professionalität besteht nicht nur in technisch-fachlicher Perfektion, sondern in einer Haltung, die im Zweifelsfall eigenes Interesse dann hintanstellen kann, wenn es dem Patienteninteresse im Wege steht.