

Joachim Riedmayer

**SOZIALETHISCHE  
GESICHTSPUNKTE DER  
ÖKONOMISIERUNG DES  
KRANKENHAUSWESENS  
IN DEUTSCHLAND**

**MODERNE  
KULTUREN**

**RELATIONEN**

**Band 12**

**PETER LANG**  
Internationaler Verlag der Wissenschaften

# Teil A: Einführung

## 1. Hermeneutische Annäherung

### 1.1 Überforderte Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens haben immer noch einen weltweit anerkannt hohen Standard. Dennoch sind sie seit Beginn der 90er Jahre des vorigen Jhs. zunehmend überfordert, den steigenden Kosten Einhalt zu gebieten. So steht auch das Krankenhauswesen in Deutschland heute vor großen Herausforderungen. Der zunehmende Anteil der Altersgruppe über 60 Jahre an der Zahl der Bevölkerung, der medizinische Fortschritt, das Solidarsystem der Finanzierung, der damit verbundene „moral hazard“<sup>1</sup>, das hohe Anspruchsniveau der deutschen Gesellschaft, und nicht zuletzt die Einschätzung der Gesundheit als „summum bonum“<sup>2</sup> durch einen großen Teil der Öffentlichkeit treiben die Kosten des Gesundheitswesens in die Höhe. Die Vertreter<sup>3</sup> der Handlungsfelder Medizin<sup>4</sup>, Ökonomie und Ethik<sup>5</sup> geraten dabei immer mehr unter Rechtferti-

---

1 „Moral hazard“ ist ein versicherungsökonomischer Begriff und meint hier das individuelle Verhalten von Versicherten nach dem Wegfall eines Risikos. In der Regel entsteht durch eine Solidarfinanzierung ein Widerspruch zwischen der Individualrationalität und der Kollektivrationalität. Es scheint für den Einzelnen durchaus rational gerechtfertigt, den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung auch in nicht unbedingt erforderlichem Umfang in Anspruch zu nehmen, während dies für die Gesellschaft auf Dauer finanziell a-rational und problematisch sein kann.

2 Gesundheit ist zwar kein höchstes, wohl aber ein fundamentales Gut. Vgl. Bohrmann, Thomas: Gesundheitssicherung und Solidarität. In: Heimbach-Steins, Marianne (Hg.): Christliche Sozialethik. Band 2. Konkretionen. Regensburg 2005, S. 229.

3 Ausschließlich der besseren Lesbarkeit wegen wird in dieser Arbeit stets nur die maskuline Form verwendet.

4 In dieser Arbeit ist in den Begriff „Medizin“ auch die Krankenpflege im Krankenhaus einbezogen, soweit nichts anderes vermerkt ist.

5 Der Begriff „Ethik“ wird in dieser Arbeit synonym mit dem Begriff „Moral“ verwendet, wenn ausdrücklich kein Unterschied genannt wird. Abweichend davon wird gewöhnlich unter Moral die Gesamtheit der Überzeugungen und Grundhaltungen verstanden, die für das menschliche Handeln als gültig angesehen werden. Ethik kann im Rahmen einer Arbeitsdefinition als das systematische und methodisch-kritische Nachdenken über Moral verstanden werden. Dagegen

gungsdruck: Die Medizin, weil sie die absolute Priorität von Qualität und Erfolg medizinischer und pflegerischer Behandlung beansprucht; die Ökonomie, weil sie für eine über die medizinischen Bedürfnisse hinausgehende Allokation knapper Güter eintritt und deshalb keinen unbegrenzten Einsatz von Ressourcen für medizinische Zwecke favorisieren kann und schließlich die Ethik, weil sie sich in ihrer individual- und sozialbezüglichen, aus religiöser Sicht auch gottesbezüglichen Orientierung, noch anderen, nicht-medizinischen Zwecken verpflichtet weiß.<sup>6</sup>

Vor dem Hintergrund dieses Problems wird von einer „Kulturwende der Medizin“ gesprochen, wodurch ein „enormer sozio-ökonomischer Veränderungsdruck“<sup>7</sup> auf den Krankenhäusern lastet. Es wird gar die Frage gestellt, ob und inwieweit dieser Druck die „christliche Identität eines Krankenhauses“<sup>8</sup> gefährde, wenn dieses in kirchlicher Trägerschaft stehe. Der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz fordert, ein kirchliches Krankenhaus dürfe „nicht nur nach Kostenschlüsseln berechnet und kalkuliert werden, sondern es müsse eine besondere Atmosphäre spürbar sein“, was immer damit gemeint sein soll.<sup>9</sup> In ähnlicher Weise äußert sich der Vorsitzende des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, der die Verantwortlichen in den Kliniken<sup>10</sup> ermahnt, „Menschen nie nur als Fälle“<sup>11</sup> zu betrachten.

Und die Bundesärztekammer glaubt daran erinnern zu müssen, dass „Krankenhäuser [...] keine Fabriken und Patienten keine Werkstücke“ sind. Es mache keinen Sinn, Patienten „in den Schraubstock betriebswirtschaftlicher Rationalität

---

meint Ethos den Brauch, die Sitte, die Konvention, die in einer Gruppe oder in einer Gesellschaft üblich sind.

6 Brunner, Helmut: Ethik in Ökonomie und Medizin. Teil 1 Einführung. In: Lauterbach, Karl W.; Stock, Stephanie; Brunner Helmut (Hg.): Gesundheitsökonomie. 1. Aufl., Bern 2006, Tab. 1–1, S. 13.

7 Deppe, Hans-Ulrich: Kulturwende in der Medizin. In: Ulshöfer, Gørlind; Bartmann, Peter; Segbers, Franz; Schmidt, Kurt W. (Hg.): Ökonomisierung der Diakonie. Arnoldhainer Texte. Band 123. Frankfurt am Main 2004, S. 9 ff.

8 Hengsbach, Friedhelm; Jakobi, Tobias: Die christliche Identität eines Krankenhauses. In: Ulshöfer, Gørlind; Bartmann, Peter; Segbers, Franz; Schmidt, Kurt W. (Hg.): Ökonomisierung der Diakonie. Arnoldhainer Texte. Band 123. Frankfurt am Main 2004, S. 99 und 102.

9 Zitiert nach Strack, Christoph: Kirchliche Krankenhäuser weisen keinen ab. In: Würzburger katholisches Sonntagsblatt vom 06. April 2008, S. 7.

10 Der Begriff „Klinik“ wird in dieser Arbeit synonym mit dem Begriff „Krankenhaus“ verwendet.

11 Zitiert nach Strack, Christoph: Kirchliche Krankenhäuser ... A.a.O., S. 7.

zu zwingen“.<sup>12</sup> Sie warnt auf ihrem 105. Ärztetag zudem vor der Zerschlagung des ärztlichen Berufsstandes durch „pure Ökonomisierung“.<sup>13</sup>

Auf der anderen Seite entsteht der Eindruck, als werde die Ökonomie als eine Art „deus ex machina“<sup>14</sup> angesehen, der mit den herkömmlichen Methoden der Betriebswirtschaftslehre und des Wettbewerbs doch in der Lage sein müsse, den Problemen des Krankenhauswesens, insbesondere der so genannten Kostenexplosion, Herr zu werden. Ganz in diesem Sinne wird denn auch pauschal „mehr Wettbewerb“ gefordert, denn „das deutsche Pflegesystem ist nicht marktwirtschaftlich organisiert und daher ineffizient.“<sup>15</sup> Ein derart ungefiltertes Vertrauen in die Wunderwaffen der Ökonomie, in den „deus ex oikonomia“ also, wurde vor allem vom deutschen Gesetzgeber verursacht. Er hat durch eine Vielzahl von Finanzierungs-, Struktur-, Neuordnungs- und Kostendämpfungsgesetzen zu erhebliche Widersprüchlichkeiten und Verunsicherungen im deutschen Krankenhauswesen unbeirrt bis heute beigetragen.

Es überrascht deshalb auch nicht, wenn der Vorsitzende des Aufsichtsrats eines der sechs bedeutendsten privaten Klinikketten in Deutschland am Ende seines Vortrags „Medizinische Ethik und Ökonomie – Widerspruch oder Bedingung“ ein eher sibyllinisch anmutendes Fazit zieht: „Medizinische Ethik ohne ökonomisch gleichzielige (sic!) Verfahrensweisen ist keine Ethik, sondern allenfalls Gruppenegoismus.“<sup>16</sup> Ob eine solche zumindest mehrdeutige, in jedem Fall aber höchst unklare Aussage einen Durchblick durch das Geflecht gegensätzlicher Vorstellungen über die „Gesundung“ des Krankenhauswesens und damit auch Klarheit über die ethische Relevanz einer Ökonomisierung schaffen kann, ist mehr als zweifelhaft. Vielmehr wird ein Spannungsfeld deutlich, das nicht nur eine intransparente Situation signalisiert, sondern auch auf einen hohen Diskussions- und Handlungsbedarf zur Befriedung und Normalisierung des Verhältnisses von Medizin, Ökonomie und Ethik im Krankenhauswesen hinweist.

---

12 Zitiert nach Kromer, Jana: „Kliniken sind keine Fabriken“. In: Saarländisches Ärzteblatt 9/2007, S. 5–7.

13 Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 28.Mai 2002: Menschlichkeit statt Ökonomisierung.

14 „Deus ex machina“ steht für eine Form der Lösung eines (dramatischen) Problems, die künstlich durch ein unerwartetes, manchmal unmotiviertes Eingreifen, meist einer Gottheit, erfolgt.

15 Hölzer, Axel: Wir brauchen mehr Wettbewerb. In: Sonderveröffentlichung Merkur Plus. Nr. 21/2006, S. 34.

16 Münch, Eugen: Medizinische Ethik und Ökonomie – Widerspruch oder Bedingung? Vortrag gehalten am 08.Dezember 2005 auf dem Symposium „Das Gute – Das Mögliche – Das Machbare“ am Klinikum der Universität Regensburg.

## 1.2 Das Krankenhaus: Ein Spannungsfeld

Seit den sozialpolitischen Richtungsentscheidungen der Jahre 1883, 1884 und 1889<sup>17</sup> bis in die Mitte der 70-er Jahre des vorigen Jhs. herrschte in Deutschland – nur unterbrochen durch die Jahre des Naziterrors – eine erstaunlich hohe strukturelle Kontinuität im Gesundheitswesen.<sup>18</sup> Erst als im Zuge der eingangs geschilderten Ursachenkonstellation allmählich die finanziellen Grenzen des Bismarckschen Systems offenkundig wurden, zeigte es sich, dass Symptomkorrekturen nicht mehr ausreichten, sondern eine Neuordnung des Gesundheits- und damit auch des Krankenhauswesens in Verbindung mit Maßnahmen der Kostendämpfung notwendig wurden.

Bis zu diesem Zeitpunkt war die gegenseitige Zuordnung der krankenhausernen Handlungsfelder Medizin, Ökonomie und Ethik ausgewogen und stabil. Entscheidungsträger war in aller Regel der ärztliche Leiter der Klinik. Die Ökonomie wurde als Haushaltswirtschaft, bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern in kameraler Form<sup>19</sup>, durch nachgeordnete Angestellte mit kaufmännischer oder Verwaltungsausbildung betrieben. Die Ethik bestand aus einer medizinischen Standesethik, die sich formal auf einen Eid aus dem 5. Jh. v. Chr. berief. Dieser „Eid des Hippokrates“, wie er volkstümlich genannt wird, enthält allerdings nur wenige Elemente, die den Anforderungen einer modernen Medizinethik oder gar einer medizinischen Sozialethik standhalten<sup>20</sup>. Dies gilt auch, nachdem der Eid im Jahr 1948 und in den Folgejahren in leicht modernisierter Form von der Generalversammlung der World Medical Association angenommen und von der Bundesärztekammer als Gelöbnis der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte vorangestellt wurde<sup>21</sup>. Dazu kam,

- 
- 17 1883: Obligatorische Krankenversicherung (Arbeiter und Unternehmen teilen sich die Beiträge). 1884: Unfallversicherung, 1889: Alters- und Invalidenversicherung. Unter Otto von Bismarck wurde Deutschland zum sozialpolitischen Pionierland – wenn auch aus hintergründigen innenpolitischen und parteitaktischen Motiven (Bindung der Arbeiterklasse an den Staat, Lösung der Arbeiter von der Sozialdemokratie).
  - 18 Schweickardt, Christoph: Zur Geschichte des Gesundheitswesens im 19. Und 20. Jahrhundert. In: Schulz, Stefan; Steigleder, Klaus; Fangerau, Heiner; Paul, Norbert W. (Hg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt am Main 2006, S. 163.
  - 19 Eine im öffentlich-rechtlichen Bereich noch weitgehend übliche Einnahmen-Ausgaben-Rechnung im Gegensatz zur so genannten Doppelten Buchführung (Doppik). Vgl. Abschnitt 3.1.
  - 20 Rolf Winau stellt mit Recht die Frage, ob dieser Eid die für alle Zeiten gültige Magna Charta der ärztlichen Ethik sein kann. Winau, Rolf: Der hippokratische Eid und die Probleme der Ethik in der modernen Medizin. In: Frewer, Andreas; Winau, Rolf (Hg.): Geschichte und Theorie der Ethik in der Medizin. Erlangen, Jena 1997, S. 18.
  - 21 Wiesing, Urban: Die Berufsordnung. Einführung. In: Ders. (Hg.): Ethik in der Medizin. 2. Aufl., Stuttgart, 2004, S. 71 ff.

dass in Kliniken, die in kirchlicher Trägerschaft standen, vom ärztlichen und pflegerischen Personal eine so genannte christliche Grundeinstellung gefordert wurde. Das war im Wesentlichen die Situation in (west-)deutschen Krankenhäusern bis in die Mitte der 70-er Jahre des vorigen Jahrhunderts. Sie war ausgewogen, stabil und allgemein anerkannt, weil sie eine der Grundlagen für ein vorbildliches Krankenhauswesen bildete. Es bestand kein Anlass, an dieser Situation etwas zu ändern.

Spannungen entstanden erst, als die Einsicht wuchs, dass ökonomische Methoden einen größeren Einfluss auf die Führung der Klinik gewinnen mussten, um der Kosten Herr zu werden. Verschärft wurden diese Spannungen, nachdem die medizinische und biologische Forschung diagnostische und therapeutische Verfahren entwickelt hatte, die zum Teil sehr kostenintensiv waren und deren moralische Bewertung überdies die herkömmliche ärztliche Standesethik, aber auch die neuscholastische Tugendethik überforderte.<sup>22</sup>

Der Begriff „Spannung“ entstammt der naturwissenschaftlich-technischen Terminologie. Jedenfalls ist er kein typisch soziologischer Begriff. Er beschreibt aber zutreffend, wenn auch metaphorisch, ein Faktum, das sich in den vergangenen Jahrzehnten im deutschen Krankenhauswesen zunehmend bemerkbar machte. Die Antipoden dieser Spannung sind Medizin einerseits und ökonomische Einflüsse und Handlungsweisen andererseits. Zwischen diesen beiden Polen hat sich ein Spannungs- und Ereignisfeld aufgebaut, das von erheblicher ethischer Relevanz ist.

Spannung bedeutet potenzielle Energie. Sie kann zerstörerische Kraft entfalten, wenn das Potenzial aktualisiert wird und außer Kontrolle gerät. Sie kann aber auch großen Nutzen bringen, wenn man mit ihr umzugehen weiß. Dies ist dann der Fall, wenn die Zuordnung von Medizin und Ökonomie im Rahmen eines Sinnzusammenhangs gelingt.

Ich verstehe das Konzept des Sinnzusammenhangs im Sinne Max Webers als ein für das Verstehen spezifisch wichtiges Handeln, das auf das Verhalten Anderer bezogen ist und durch diese Bezogenheit in seinem Verlauf mitbestimmt und aus diesem subjektiv gemeinten Sinn intersubjektiv verständlich und kommunikel wird.<sup>23</sup> Der Sinnzusammenhang kann durch die Verstehenskomponente sowohl komplexitätsreduzierend als auch komplexitätssteigernd, in jedem Fall aber systemerhaltend wirken.<sup>24</sup> Keinesfalls jedoch ist aus dem hier gemeinten

---

22 Gemeint sind, was die Kostenintensität betrifft, beispielsweise die Geräte der High-Tech-Medizin und, was die moralische Bewertung betrifft, vor allem die biomedizinische Forschung und die Fortschritte in der Intensivmedizin.

23 Weber, Max: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. 7. Aufl., Tübingen 1988, S. 542.

24 Siehe auch Greisch, Jean: Sinn. Philosophisch. In Lexikon für Theologie und Kirche (LThK). (Hg.: Kasper, Walter u.a.). 9. Band. 3. Aufl., Freiburg i.Br. 2006, Sp. 619–621.