

Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft
The Open Access Publication Server of the ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Kühn, Hagen

Working Paper

Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), No. P96-207

Provided in cooperation with:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Suggested citation: Kühn, Hagen (1996) : Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), No. P96-207, <http://hdl.handle.net/10419/47382>

Nutzungsbedingungen:

Die ZBW räumt Ihnen als Nutzerin/Nutzer das unentgeltliche, räumlich unbeschränkte und zeitlich auf die Dauer des Schutzrechts beschränkte einfache Recht ein, das ausgewählte Werk im Rahmen der unter

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen> nachzulesenden vollständigen Nutzungsbedingungen zu vervielfältigen, mit denen die Nutzerin/der Nutzer sich durch die erste Nutzung einverstanden erklärt.

Terms of use:

The ZBW grants you, the user, the non-exclusive right to use the selected work free of charge, territorially unrestricted and within the time limit of the term of the property rights according to the terms specified at

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
By the first use of the selected work the user agrees and declares to comply with these terms of use.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0935-8137

P96-207

**Ethische Probleme einer ökonomisch
rationalisierten Medizin**

von Hagen Kühn

Berlin, August 1996

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel: 030/25491-577

Das vorliegende Dokument ist die pdf-Version zu einem Discussion Paper des WZB. Obwohl es inhaltlich identisch zur Druckversion ist, können unter Umständen Verschiebungen/Abweichungen im Bereich des Layouts auftreten (z.B. bei Zeilenumbrüchen, Schriftformaten und –größen u.ä.).

Diese Effekte sind softwarebedingt und entstehen bei der Erzeugung der pdf-Datei.

Sie sollten daher, um allen Missverständnissen vorzubeugen, aus diesem Dokument in der folgenden Weise zitieren:

Kühn. Hagen: Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Discussion Paper P 96 -207.

Berlin : Wissenschaftszentrum, Berlin, 1996.

URL: <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/1996/p96-207.pdf>

Abstract

In den medizinischen Versorgungssystemen der westlichen Industrieländer wird zunehmend durch prospektive Finanzierungsweisen das wirtschaftliche Behandlungsrisiko tendenziell auf die Anbieter medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen verlagert. Deren wirtschaftlicher Erfolg hängt dann davon ab, wie weit der Ressourcenverbrauch unter den fixierten Preisen, Fallpauschalen oder Budgets liegt. Bei den institutionellen Anpassungsstrategien wird die Steuerung der Arztentscheidungen nach ökonomischen Normen zum Dreh- und Angelpunkt.

Die wichtigsten Instrumente dieses 'Mikromanagements' sind monetäre Anreize für Ärzte, Vorgaben und Kontrollen ihres Leistungsverhaltens (Guidelines, Utilization Reviews) und organisatorische Arrangements wie das des obligatorischen Primärarztes als 'Gatekeeper'.

Am Beispiel der monetären Anreize wird gezeigt, wie die Ärzte in diesem Kontext in strukturelle Interessenkonflikte geraten zwischen der Loyalität zum Patienten bzw. den ethischen Erwartungen der Gesellschaft und den institutionalisierten Einkommensinteressen. Als moralische 'externe Effekte' der institutionellen Ökonomisierung stehen das öffentliche Gut, Vertrauen haben zu können, sowie die Chance, im Bedarfsfall auf einen loyalen Arzt zu treffen, auf dem Spiel.

Das ethische Hauptproblem der künftigen Medizin sind primär nicht die 'dramatischen' Entscheidungen in der Intensivmedizin und das individuelle Verhalten, sondern die Alltagsentscheidungen in Kliniken und Arztpraxen, die Überweisungen und Einweisungen, Verschreibungen, Anordnung kostenträchtiger Diagnostik usw. Diesem Problem angemessen ist eine sozialwissenschaftlich fundierte 'Systemethik', der es vor allem um jene Vor-Entscheidungen geht, die bereits in den Organisationsstrukturen mit ihren finanziellen Anreiz- oder Sanktionsmechanismen enthalten sind. Sie legen Entscheidungen oft unmerklich nahe, nehmen sie vorweg oder nötigen sie - meist im Gewand von 'Sachzwängen' - auf und entziehen sie damit der kritischen Reflexion und bewußten Gestaltung.

Es handelt sich bei diesem Papier um eine erweiterte und überarbeitete Fassung eines Vortrages bei dem Symposium "Gesundheitspolitik - Gefahr für die Gesundheit?" der Evangelischen Akademie Bad Segeberg am 22.-23. 5.1996.

EINLEITUNG

Von den Gesundheitssystemen der westlichen Industrieländer heißt es, sie seien in einer ökonomischen Krise. Laufende Beitragssteigerungen und immer neue Gesetze zu ihrer Verhinderung gelten als Bestätigung.¹ Daraus resultiert ein Ökonomisierungsdruck auf die Institutionen, zunehmend Eigenschaften einzelwirtschaftlich handelnder und konkurrierender Unternehmen anzunehmen. In Deutschland wird nur selten nach dem moralischen Gehalt² dieses Wandels gefragt. Dieser Wandel betrifft nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern kann - in der Sprache der ökonomischen Theorie ausgedrückt - auch 'externe Effekte' zeitigen, indem er sich nachhaltig destruktiv auf bisherige moralische Selbstverständlichkeiten der medizinischen Versorgung auswirkt, auf die bislang - bei aller berechtigten Kritik - die gesunden wie die kranken Bürger vertrauen.

Das vorliegende Diskussionspapier soll seine Leser davon überzeugen, daß die Ökonomisierung der Medizin, insbesondere ihre Steuerung durch ein unternehmensorientiertes Management³ und durch monetäre Anreizsysteme, problematische Folgen nach sich ziehen kann, die so von keinem der derzeitigen Akteure intendiert sind. Die vorgebrachten Argumente bedürfen noch künftiger Vertiefung und Präzisierung, bevor nach instrumentellen Lösungen gesucht werden kann. Um das auch in der Form zum Ausdruck zu bringen, wurde sein Vortragscharakter beibehalten. Es wird dafür plädiert, auf dem Weg in die weitere Monetarisierung der medizinischen Versorgung einmal wenigstens gedanklich innezuhalten, um sich möglicher Folgen auf Ebenen des gesellschaftlichen Lebens zu vergewissern, die gedanklich vom Mainstream der gesundheitspolitischen Experten noch kaum betreten wurden.

Drei Thesen sollen den Blickwinkel skizzieren:

Erstens: Das ethische Hauptproblem einer künftigen Medizin, wie sie in gegenwärtig realen Tendenzen angelegt ist, sind nicht die 'dramatischen' Entscheidungen in der Inten-

- 1) Tatsächlich steigen die Beitragssätze aber nicht wegen der Ausgaben (Kosten), sondern weil die Finanzierungsbasis der Krankenversicherung, die volkswirtschaftliche Lohnsumme (Produkt aus Lohnhöhe und Beschäftigung) relativ schrumpft. Das heißt, bei gleichen Ausgaben der GKV entspräche der heutige Beitragssatz dem von 1980, wenn auch der Anteil der Löhne am Sozialprodukt noch so hoch wäre wie 1980. Den Nachweis führt Kühn (1995)
- 2) Als 'Moral' bezeichne ich verinnerlichte, objektive und historisch veränderliche Notwendigkeiten einer sozialen Schicht oder Berufsgruppe im gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang mit wertendem, gebietendem und verhaltensmotivierendem Charakter. 'Ethik' nenne ich die analytische oder normative Beschäftigung damit (s. Kühn (1987)). Der Tendenzbegriff 'Ökonomisierung' bezeichnet nicht 'Wirtschaftlichkeit' im abstrakten realwirtschaftlichen Sinne, also die Erzielung eines höheren Nutzens durch gleichen oder des gleichen Nutzens durch geringeren Ressourcenverbrauch, sondern die Prozesse der Anpassung an und der Unterwerfung unter die Imperative des ökonomischen Systems.
- 3) Auf diese unternehmerische Orientierung setzen die derzeit bevorzugten Reformkonzepte in den westlichen Ländern unabhängig davon, ob die Institutionen einen kommerziellen oder nichtkommerziellen Charakter haben.

sivmedizin, derer sich die Bioethiker derzeit so öffentlichkeitswirksam annehmen, sondern sind die Alltagsentscheidungen in Kliniken und Arztpraxen, die Überweisungen und Einweisungen, Verschreibungen, Anordnung kostenträchtiger Diagnostik und Therapie und die Entlassung.

Zweitens: Von Interesse ist weniger das einsam seine Entscheidung treffende Arzt-Individuum ("es ist Mitternacht, Doktor Schweitzer"), sondern sind primär die Vor-Entscheidungen, die bereits in den Organisationsstrukturen mit ihren finanziellen Anreiz- oder Sanktionsmechanismen enthalten sind. Sie legen Entscheidungen oft unmerklich nahe, nehmen sie vorweg oder nötigen sie - meist im Gewand von Sachzwängen - auf und entziehen sie damit der kritischen Reflexion und der bewußten Gestaltung.

Drittens: Es besteht weder ein Mangel an Moralappellen noch an individualethischen Pflichtkatalogen. Aber es fehlt an Ideen und Taten zur Sicherstellung einer institutionellen Umwelt, in der Entscheidungen, die den ethischen Erwartungen sowohl der individuellen Patienten als auch der Öffentlichkeit entsprechen, keinen Heldenmut und Altruismus erfordern, der bekanntermaßen in der Alltagswirklichkeit sterblicher Menschen nicht vorausgesetzt werden kann.

Erstaunlicherweise ignorieren gerade die beiden Disziplinen, denen in der 'Krise des Gesundheitswesens' enormes Gewicht zugewachsen ist, diese Problematik: Die 'Gesundheitsökonomie', die - noch vor zwei Jahrzehnten in Deutschland nicht einmal existent - heute die Sprach- und damit Denkmuster der Gesundheitspolitik dominiert, widmet dem ethischen Gehalt der zur Steuerung der Arzt-Patient-Beziehung propagierten monetären Anreiz-, Sanktions- und Steuerungsinstrumente keine Aufmerksamkeit. Und die auf die Medizin angewandte Ethik wiederum scheint der Ökonomisierung des Gesundheitswesens kaum Bedeutung zuzumessen. Es ist paradox: Je stärker und systematischer die ärztlichen Entscheidungen von außerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses durch Anreiz-, Kontroll- und Sanktionsmechanismen gesteuert werden, je mehr implizite moralische Entscheidungen bereits in die Organisation eingebaut und von ihr nahegelegt, wenn nicht sogar erzwungen werden, je weniger es also zu entscheiden gibt, desto mehr blüht ein akademischer Ethikbetrieb, dessen bevorzugter Gegenstand die individuelle Entscheidung ist, während die zu Organisationen und Finanzierungssystemen geronnenen und entsubjektivierten Vorurteile unbeachtet bleiben (Kühn 1991).

ETHISCHE ERWARTUNGEN AN DIE MEDIZIN

So groß die Vielfalt medizinethischer Ideale zur Arzt-Patient-Beziehung auch immer sein mag, so ist die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit der Kranken ein gemeinsamer Ausgangspunkt in den westlichen Industrieländern. Sieht man einmal von den Wirtschaftsliberalen ab, so stimmen alle relevanten politischen Strömungen von konservativ bis links darin überein, daß sie sozial organisiert werden muß. Medizinische Behandlung sollte jedem ohne Rücksicht auf seinen sozialökonomischen Status zukommen. Die 40

Millionen Nichtversicherten in den USA oder die schichtspezifisch geprägten Wartelisten im britischen NHS sind kein Gegenbeweis. Sie bezeugen lediglich die Schwäche humaner Ideale, wenn durch die Bewegungen der realen Ökonomie und der damit einhergehenden sozialen Polarisierung die Kartelle der Solidarität zerrieben werden.

Patienten sind in ihrer Beziehung zu Ärzten Hilfesuchende. Daraus resultiert die Asymmetrie dieser Beziehung. Es fehlen ihnen das berufliche Wissen und die Fertigkeiten der Ärzte. Selbst bei Routinebesuchen sind sie verletzlich und am schwächeren Ende. Sie entblößen ihre Körper, sprechen von intimsten Dingen körperlicher oder anderer Art. Auch wenn Patienten in die ärztliche Entscheidung einbezogen werden (was selten und eher schichtspezifisch der Fall ist), vertrauen sie dem ärztlichen Urteil. Je nach Umständen - ob die Patienten beispielsweise an einer akuten Krankheit leiden oder ob sie chronisch krank sind und ihre Krankheit kennen und gelernt haben, mit ihr umzugehen - sind sie mehr oder weniger von den Entscheidungen des Arztes abhängig. Ein Teil der Patienten ist schwer krank, jung oder besonders alt, verängstigt, uninformiert und auch inkompetent - das macht sie besonders schutzbedürftig. Alle Konzepte, deren Funktionsfähigkeit davon abhängt, daß die Patienten erfolgreich die Rolle des 'kritischen Kunden' spielen, ignorieren diese Asymmetrie und die daraus resultierende Schutzbedürftigkeit des Kranken.

Entsprechend dieser Schutzbedürftigkeit betont die traditionelle westliche hippokratische Medizin-Ethik vier wichtige Grunderwartungen der Individuen gegenüber dem Arzt, und ich vermute, diese Erwartungen sind auch heute noch 'positive Moral', d.h. als Erwartung der Bevölkerung empirisch dominierend: Hiernach haben Ärzte:

- uneingeschränkt loyal gegenüber dem Patienten zu sein,
- allein in des Patienten Interesse zu handeln,
- drittens das Wohlergehen des Patienten über das eigene finanzielle Wohlergehen zu stellen und
- das Arztgeheimnis zu wahren.

Der Ethiker Hans Jonas (1969) hat den hier wichtigsten Punkt herausgearbeitet: diese Normen sind sinnvollerweise nur als Ansprüche des individuellen Patienten zu verstehen. Wenn der Kranke sich an einen Arzt wendet, so vertraut er darauf, daß dieser als sein Agent handelt und nicht als Agent der Institution, der Gesellschaft, der Krankenkasse, im 'Auftrag künftiger Generationen' oder wie die Legitimationsformeln auch immer heißen mögen. Es zählt allein die Loyalität zu ihm, dem Hilfesuchenden, in dessen Auftrag er handelt.

Auf den Charakter dieses moralischen Anspruchs und seine gesundheitspolitischen Konsequenzen werde ich weiter unten noch zurückkommen. Hier geht es zunächst um die normative Konkretisierung des Schutzbedürfnisses im Arzt-Patient-Verhältnis. Um die daraus erwachsenden Verpflichtungen des Arztes bzw. der Ärztin zu ermessen, ziehen amerikanische Autoren eine Analogie zu dem in der Rechtswissenschaft gebräuchlichen Begriff des Fiduziars (fiduciary) oder Treuhänders heran. Es ist dies eine Person, die die

Macht hat, im Auftrage eines Klienten (oder im gesetzlichen Auftrag) in existentiell relevanten Lebensfragen tätig zu werden, seien es Anwälte, Vermögenstreuhänder, Lotsen oder Ärzte. Das entsprechende Verhalten der Fiduziare ist gesetzlich mit höchster Verbindlichkeit festgelegt: es wird von ihnen erwartet, daß sie loyal sind gegenüber denen, für die sie tätig sind, daß sie Entscheidungen diskret, unabhängig und in deren ausschließlichem Interesse treffen. Wie sieht das im institutionellen Kontext des Gesundheitswesens aus?

Die Situation des Patienten in der heutigen Medizin wird von seiner Eigenschaft bestimmt, 'Arbeitsgegenstand' eines riesigen Wirtschaftszweiges für personenbezogene Dienste zu sein. Innerhalb weniger Jahrzehnte ist aus der Arzt-Patient-Beziehung als einer Begegnung zweier Menschen, die in der Regel persönlich miteinander bekannt waren, die wichtigste 'Schnittstelle' geworden zwischen einem hoch arbeitsteiligen Medizinsystem und dem Individuum, das dessen Leistung in Anspruch nimmt. Es fallen hier Entscheidungen nicht nur über Gesundheit und Krankheit der Individuen, sondern auch über das Schicksal erheblicher Investitionen bzw. über die Verwendung von zwischen acht (Großbritannien) und fünfzehn Prozent (USA) des Bruttosozialprodukts der reichen Industrienationen. Die Arzt-Patient-Beziehung hat also auch die Eigenschaften eines Arbeitsprozesses, der durch Veränderungen von Finanzierung und Struktur des Gesundheitswesens unweigerlich ebenfalls verändert wird. Stets sind dabei Patienten (unfreiwillig) auch in der Rolle als Objekte von Rationalisierungs- und Bürokratisierungsprozessen zu sehen.

Das Problem spitzt sich zu, denn gegenwärtig ist die Steuerung der Arzt-Patient-Beziehung (und hier besonders der ärztlichen Entscheidungen) nach ökonomischen Imperativen zum Dreh- und Angelpunkt der neuen Strategien im Gesundheitswesen der westlichen Industrieländer geworden. Von den Ausgaben für medizinische und pflegerische Dienste und Güter nehmen zwar die Einkommen der Ärzte insgesamt nicht einmal ein Fünftel in Anspruch, aber die Entscheidungen im Arzt-Patient-Verhältnis werden als höchst relevant angesehen, da sie bis zu 80 Prozent des gesamten Ausgabenvolumens beeinflussen. Wie wird sich unter diesen Bedingungen die künftige medizinische Versorgung entwickeln?

TENDENZEN ZU EINER ÖKONOMISCH RATIONALISIERTEN MEDIZIN

In den Industrieländern finden wir unterschiedliche Systeme der medizinischen Versorgung, von einem überwiegend marktwirtschaftlichen und wettbewerbsorientierten System in den USA, über Mischformen von sozialer Krankenversicherung mit einer Pluralität privater, gemeinnütziger und öffentlicher Anbieter wie in Deutschland oder Kanada bis hin zu Nationalen Gesundheitsdiensten wie in Großbritannien oder Schweden. Die im folgenden skizzierten Tendenzen sind in diesen unterschiedlichen Systemen in unterschiedlichsten Formen und Graden anzutreffen. Worauf es hier ankommt, ist jedoch die

gemeinsame *Richtung*, die sich sozusagen unter der institutionellen Oberfläche erkennen läßt.⁴

Tendenz I: Machtverschiebung und Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Anbieter

Generell findet eine Machtverschiebung zwischen Anbieter- und Finanzierungsseite statt zugunsten der Finanzierungsseite. Die Märkte medizinischer Dienstleistungen werden zu Käufermärkten. Zwei Hebel zur Veränderung stehen im Zentrum: Wirtschaftlicher Wettbewerb und prospektive Finanzierung (mit Budgets, Kopf- und Fallpauschalen, Festpreisen).

Die neuen Finanzierungsarten sind nicht einfach Techniken, sondern ein Ausdruck veränderter Machtverteilung und sozialer Beziehungen. Mit ihnen wird das wirtschaftliche Risiko der Versorgung von den Versicherungen auf die Anbieter übertragen. Die Finanzierung wird in der Tendenz überall umgestellt von der sogenannten retrospektiven Finanzierung, bei der alle angefallenen Leistungen im Nachhinein vergütet und Kosten ersetzt werden, auf die sogenannte prospektive Finanzierung. Während die bisherigen retrospektiven Finanzierungsarten ökonomische Anreize zur Mengenausweitung und *Übersorgung* setzen, besteht bei Fall- und Kopfpauschalen und Budgets das konkrete *Risiko der Unterversorgung*. Die Preise bzw. Budgets werden prospektiv festgelegt, und der wirtschaftliche Erfolg der Anbieter hängt von dem Umfang ab, in dem der Ressourceneinsatz minimiert wird und die Kosten darunter liegen. Die teuerste Ressource ist nicht die Technik, sondern ist die Arbeitszeit von qualifiziertem ärztlichen und pflegerischen Personal.

Der wirtschaftliche Erfolg medizinischer Einrichtungen wird mehr und mehr davon abhängen, ob es gelingt, die Arzt-Patient-Beziehung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu beeinflussen. Ein Krankenhaus zum Beispiel kann versuchen, Organisation, Ausstattung, Qualifikation und Motivation des Personals zu verbessern, um den bestehenden Versorgungsleistungen bei mindestens gleicher Qualität mit weniger Ressourcen gerecht zu werden. Das wäre realwirtschaftlich gesehen die verbesserte Wirtschaftlichkeit bzw. Effizienz. Erforderlich dazu sind u.a. ein entsprechend vorbereitetes Management, ein realistisches Konzept, Mittel für sachliche, personelle und organisatorische Investitionen, deren Nutzen erst später zu erwarten ist usw. Auf kurze Sicht wird daher eine als Unternehmen einzelwirtschaftlich orientierte Institution eher dazu tendieren, unter den Bedingungen prospektiver Finanzierung möglichst wenig Personal zu beschäftigen, weniger diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchzuführen, Patienten mit einer Vielzahl von Erkrankungen zu meiden und generell Patienten möglichst früh zu entlassen.

⁴) Die folgenden Tendenzen fassen Ergebnisse meiner Forschung zum amerikanischen, britischen und deutschen Gesundheitswesen zusammen, ergänzt durch Veröffentlichungen zur Gesundheitsreform in den skandinavischen Ländern, die hier im einzelnen nicht weiter belegt werden.

Das unter ethischen Gesichtspunkten Neue daran ist die Umkehrung der wirtschaftlichen Anreizwirkung mit dem Risiko der Unterversorgung. Über die Existenz dieses Risikos besteht unter den Experten weitgehender Konsens. Uneinig ist man sich in der internationalen Debatte über den Schutz der Patienten. Stark vereinfacht gesagt, sieht ein Teil der Experten, der die Patienten als 'Kunden' betrachtet, diese Korrekturfunktion durch den wirtschaftlichen Wettbewerb als am besten gesichert, während andere dem entgegenhalten, medizinische Dienstleistungen seien zum einen in besonderer Weise ungeeignet, als Waren gehandelt zu werden, und zum anderen stünden die empirischen Folgen von Wettbewerb im Kontrast zum ethischen Grundverständnis in den westlichen Industrieländern, das eine Abhängigkeit der Behandlungschancen vom Einkommen oder Versicherungsstatus ablehne.

Problematisch an der Kontroverse sind auch die unterschiedlichen Blickwinkel der Betrachtung. Den Konzepten, in denen die ökonomische Konkurrenz am weitestgehenden eingeschränkt wird, liegen eher Analysen zugrunde, die nicht auf Analogien mit anderen, marktregulierten Wirtschaftszweigen beruhen, sondern in denen die Funktionsweise der Systeme aus der Perspektive der Schwächsten durchdacht wird, z.B. aus der von alten, chronisch kranken Menschen aus unteren sozialen Schichten, um die keinerlei Wettbewerb stattfindet. Folgende, hier nur sehr verkürzt darstellbare, grundsätzliche Einwände werden aus einer solchen Perspektive vorgebracht:

Erstens. Wettbewerb wird nicht um die Gunst der Versicherten schlechthin geführt, sondern nur um *erwünschte Versicherte* in Abhängigkeit von

- dem Umfang des versicherten Leistungspakets,
- dem finanziellen Risiko der 'Diagnose'
- der Restriktivität und Kontrolle der jeweiligen Versicherung gegenüber dem Anbieter.

Zweitens. Wirtschaftlicher Wettbewerb lenkt die Ressourcen des Gesundheitswesens tendenziell auf jene Gruppen, die über die größte Zahlungsfähigkeit, die besten Bildungsvoraussetzungen, die höchste Artikulations- und Konfliktfähigkeit, die besten sozialen Netze verfügen und zugleich das geringste Krankheitsrisiko haben.

Drittens. Wettbewerb ist ein Trendverstärker: er multipliziert jeden relativen Vorteil (Marktbeherrschung, Geld, Macht, Privilegien etc.), und er prägt die schon heute zentralen Fehlentwicklungen der Medizin noch schärfer aus: Technik und Medikamente statt Kommunikation, neue Diagnoseverfahren bei unzureichender Therapie, zuviel Medizin und zuwenig bzw. zu schlechte Pflege und Betreuung.

Viertens: Rationalisierungsdruck, der durch wirtschaftlichen Wettbewerb ausgeübt wird, benachteiligt Personengruppen

- mit starken, meist chronischen gesundheitlichen Einschränkungen,
- die im höheren Lebensalter stehen und
- den unteren sozialen Schichten angehören.

Häufig schweigen sich Wettbewerbskonzepte über die 'Produktionsstruktur' der medizinischen Dienstleistungen aus. Dadurch wird übersehen, daß ein wettbewerblich hervorgerufener Kostendruck überhaupt nur dann zu realen Kostensenkungen führen kann, wenn die Institutionen ein Potential für verbesserte Arbeitsteilung und Kooperation haben. Das muß für Strukturen wie etwa die Praxis eines individuellen deutschen Kassenarztes stark bezweifelt werden. Es bleibt dann nur die generelle Mengeneinschränkung, Kostenumverteilung und Externalisierung.

In fast allen westlichen Industrieländern nutzt die Finanzierungsseite - sei es der Staat in Großbritannien oder Schweden, seien es soziale Krankenversicherungen in Kanada oder Deutschland oder die neuen Managed Care Organizations in den USA - ihren Machtzuwachs, um auch direkten Einfluß auf die medizinische Versorgung zu nehmen, also über die Finanzierung die Versorgung zu integrieren und zu lenken. Das ist in Deutschland bislang noch am geringsten ausgeprägt.

Eine solche Integration findet statt, wenn die Krankenversicherung oder (bei steuerfinanzierten Systemen) der Staat durch den Abschluß selektiver Kontrakte mit Anbietern die Versorgung organisiert. Das entspricht etwa dem von Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geforderten 'Einkaufsmodell' oder den 'Independent Practice Organizations' in den USA. Weitergehende Integrationsformen führen die Finanzierungs- und Versicherungsfunktion mit der Versorgungsfunktion zu einer einzigen Organisation zusammen, wie das bei den amerikanischen 'Health Maintenance Organizations' der Fall ist. Im Extremfall unterhält eine Versicherung (oder die regionale Organisation eines 'National Health Systems' wie in Schweden oder Großbritannien) eigene Einrichtungen, die für eine Zeitperiode gegen eine fixe Prämie die gesamte medizinische Versorgung eines definierten Personenkreises übernehmen und damit auch das finanzielle Versicherungsrisiko tragen.

Tendenz II: Verbetrieblichung der medizinischen Arbeit

Soweit die prospektive Finanzierung den Anbietern medizinischer Dienstleistungen das ökonomische Behandlungsrisiko auferlegen, sind diese gezwungen, sich betriebswirtschaftlich-rational zu organisieren. Wo bei jeder Ein- oder Überweisung, diagnostischen oder therapeutischen Anordnung oder Entlassung Geld auf dem Spiel steht und dieses über Erfolg und wirtschaftliche Existenz entscheidet, muß notwendigerweise quantifiziert und standardisiert, kalkuliert und kontrolliert werden.

Schematisch - und aus Platzgründen nur in Stichworten - lassen sich Schritte der Veränderung der medizinischen Arbeit identifizieren, für die es in den meisten Industrieländern mehr oder weniger sichtbare Anzeichen gibt:

Erstens. Die Medizin unterliegt auf vielen Ebenen in Wissenschaft und Praxis einer Standardisierungstendenz, sich äußernd in 'standards', 'guidelines', 'options', Algorithmen

u.a.m. Die medizinische Arbeit wird, bezogen auf bestimmte Diagnosen oder Prozeduren, mit unterschiedlicher Verbindlichkeit normiert. Auch bestimmte neue Finanzierungsformen wie die 'diagnosebezogenen Fallpauschalen' tragen zur Standardisierung bei.

Zweitens. Damit einher geht eine informationelle Durchdringung der Arzt-Patient-Beziehung in zwei Richtungen: zum einen werden medizinische Daten produziert und aufbereitet (Maße und Indikatoren für input, process, outcome) und zum anderen werden Anstrengungen unternommen, die wirtschaftlichen Daten für einzelne Ärzte, Patienten, Fälle und Prozeduren transparent zu machen. Es entstehen patienten- und arztbezogene Kostenrechnungen. Damit können bestimmte Verlust- oder Gewinnfälle identifiziert werden, Krankheiten ('Diagnosen') können nach ihrer Profitabilität unterschieden werden, und von Ärzten weiß man dann, ob sie der Organisation bzw. Versicherung Gewinn oder Verlust eingebracht haben.

Drittens. Durch Verknüpfung der medizinischen mit den betriebswirtschaftlichen Daten entsteht eine informationelle Grundlage zur *betriebswirtschaftlichen Steuerung* der Arzt-Entscheidungen bei Diagnose, Therapie, Pflege, Überweisung, Entlassung usw.

Tendenz III: Entwicklung einer Vielzahl von Instrumenten zum betrieblichen Management der Arzt-Patient-Beziehung.

Bereits seit langem, jedoch mit zunehmender Tendenz werden bestimmte Formen der Bezahlung eingesetzt, um Entscheidungen und Verhalten der Ärzte nach gesamt- oder einzelwirtschaftlichen Zielen mit monetären Anreizen oder Sanktionen zu beeinflussen (zum ethischen Problem siehe unten).

Besonders in der amerikanischen Managed Care-Medizin sind seit den 80er Jahren eine Fülle neuer Management-Methoden entwickelt, erprobt und eingesetzt worden, mit denen die Arzt-Patient- bzw. die Institution-Patient-Beziehung direkt und unmittelbar kontrolliert und gesteuert werden. Auch hier nur eine stichwortartige Aufzählung:

Im Zentrum aller Konzeptionen von 'Managed Care' (Kühn 1996) steht der Primärarzt als 'Gatekeeper'. Er ist die obligatorische Anlaufstelle für alle Patienten und entscheidet über die Inanspruchnahme weiterer fachärztlicher oder sonstiger Dienste und soll hier eine koordinierende und kontrollierende Funktion ausüben. Nicht nur für die Patienten, sondern auch für das Management ist er die Schlüsselfigur, ein kontrollierter Kontrolleur. Für die Patienten der unteren und mittleren Einkommensgruppen geht diese Entwicklung mit dem Verlust der freien Arztwahl einher. Die Möglichkeit, einen Arzt außerhalb des Vertragsnetzwerkes bzw. ohne Überweisung durch den Gatekeeper zu besuchen, wird gegen Mehrzahlung käuflich und somit selbst zur Ware.

Bei besonders kostenträchtigen Fällen (z.B. bei Kopfverletzungen nach Unfällen, dem Verdacht auf spätere Lähmungen, Krebserkrankungen, Aids u.a.m.) kann eine Managed

Care Organisation oder eine Krankenversicherung zudem noch einen sogenannten (nicht-ärztlichen) 'Case Manager' einsetzen. Wie man hört, wird dies ebenfalls von deutschen Krankenkassen diskutiert und erprobt als ein Mittel, durch Koordinations- und Kooperationsleistungen die Behandlungskontinuität zu sichern. Auch dieses Konzept ist durchaus ambivalent. Können die 'Case Managers' als Agenten des Patienten tätig werden, so werden sie ihn vor den Folgen der Fehlkoordination bewahren, denen Patienten im arbeitsteiligen und zugleich desintegrierten Medizinsystem nur zu häufig ausgesetzt sind, oder sie werden ihn beispielsweise vor den oft schmerzlichen und risikoreichen Gefahren der Überbehandlung schützen. Es ist naheliegend, als Sekundäreffekt auch einen Wirtschaftlichkeitseffekt anzunehmen, wenn in der Gesamtheit aller Fälle die Ersparnis höher ist als die Gesamtkosten für das Case Management. Wird aber der Sparauftrag nicht ausdrücklich als 'sekundär' für das Handeln des Case Manager deklariert, so werden die ökonomischen Interessen der Institution, die er repräsentiert, früher oder später mit den Patienteninteressen in Konflikt geraten. Die Patienten und ihre Angehörigen werden sich dann fragen, was bedeutet die Auskunft, diese oder jene vom jeweiligen Arzt vorgeschlagene Behandlung sei 'medizinisch nicht erforderlich' oder 'unwirksam'? Ist sie sinnlos oder lediglich teuer? (Blustein/Marmor 1994)

In seltener Eindeutigkeit zeigen die amerikanischen empirischen Studien, daß Erfolge bei der institutionellen Kostenreduzierung entweder nicht oder in nicht meßbarer Größenordnung auf eine tatsächlich höhere Wirtschaftlichkeit zurückgehen, sondern sich überwiegend zwei Gründen verdanken: der Vermeidung von Patienten mit überdurchschnittlich hohem ökonomischen Krankheitsrisiko - eine Strategie, die aus gesamtwirtschaftlicher Sicht freilich nutzlos wäre - sowie der Drosselung und Lenkung der Inanspruchnahme.

Wie lohnend die Vermeidung von Patienten bzw. Versicherten mit hohem Krankheitsrisiko sein kann, ergibt sich aus der enormen Ungleichverteilung der Kosten auf einzelne Patientengruppen: auf nur ein Prozent der Patienten mit den höchsten Ausgaben entfallen in den USA 30 Prozent der Ausgaben, die teuersten fünf Prozent der Patienten verbrauchen sogar 58 Prozent der Gesamtausgaben, während die 'billigsten' 50 Prozent der Patienten lediglich für 3 Prozent der Ausgaben verantwortlich sind (Evans 1996). Hier werden bereits geringfügige relative Vorteile der 'Risikostruktur' in hohem Maße belohnt.

Zur Kontrolle, Lenkung und Senkung der Inanspruchnahme sind Instrumente in einer unübersehbaren Variabilität entwickelt und eingesetzt worden. Dabei unterscheidet man prospektive Autorisierungssysteme, bei denen eine Genehmigung vor kostenträchtigen Diagnoseprozeduren oder Operationen eingeholt werden muß, und retrospektive Evaluationen (Utilization Reviews).

Zunehmend werden auch die Ärzte verpflichtet, nach Standards und Leitlinien etc. zu diagnostizieren und zu behandeln. Aber nur eine geringe Anzahl der heute angewandten Prozeduren ist tatsächlich unter Praxisbedingungen evaluiert worden. Daher setzen die meisten Managed Care Organisationen und Versicherungen 'hauseigene' Standards nach dem Urteil von Spezialisten ein. Diese Praxis erwies sich für die Mehrzahl der amerikani-

sehen Gesundheitsforscher als empirisch so nachteilig, daß vor einigen Jahren mit der Agency for Health Care Policy and Research beim Gesundheitsministerium eigens eine finanziell gut ausgestattete Behörde gegründet wurde. Ihre Aufgabe ist es, die wichtigsten medizinischen Prozeduren empirisch im Hinblick auf ihre Gesundheitswirkungen (outcomes) zu evaluieren, und zwar sowohl unter *Praxisbedingungen* als auch durch Erfassung der *subjektiven Bewertung durch* die betroffenen Patienten.

Als weitere Steuerungsinstrumente seien noch solche genannt, die sich ausschließlich an die Patienten bzw. Versicherten richten, um sie zur Selbsthilfe und zu rationellem Verhalten in Arztpraxis und Krankenhaus zu erziehen.

Tendenz IV: Die Arzt-Patient-Beziehung wird in einen zunehmend monetarisierten und bürokratisierten Kontext integriert

Man unterscheidet zwischen direkten Instrumenten der Mikrosteuerung ärztlicher Entscheidungen, wie etwa der Vorgabe von Behandlungsrichtlinien, und indirekten, wie es die monetären Anreize bei der Bezahlung sind.

Für das Management scheinen die Vorzüge der indirekten Methoden auf der Hand zu liegen: Erstens glaubt man, daß sie sich einfacher legitimieren und durchsetzen lassen, da sie formal nicht in die Entscheidungsautonomie der individuellen Ärzte eingreifen. Diese können weiterhin frei entscheiden, lediglich haben die einzelnen Optionen unterschiedliche Auswirkungen auf das persönliche Einkommen. Zweitens wird angeführt, daß die inhaltlichen Abwägungen weiterhin auf der Ebene der Arzt-Patient-Beziehung verbleiben, also dort, wo unmittelbar kommuniziert werden kann, während direkte Lenkung erst möglich wird, wenn ein Teil der ärztlichen Kompetenz (im doppelten Sinne von Fähigkeit und Macht) auf die Leitungsebene übergegangen sein muß. Auch die Ärzteorganisationen, da sie die 'ärztliche Autonomie' verteidigen, ziehen monetäre Hebel vor.

Es zeigt sich aber, daß die indirekte monetäre Steuerung bei komplexen personenbezogenen Dienstleistungen selbst wieder zum Problem wird. Sie kann von den inhaltlich legitimierten Ärzten assimiliert und gewendet werden ('gaming the system'), das führt wiederum zu Verfeinerung der Kontrollen durch die Versicherungen oder das Management der Organisation, die wiederum assimiliert werden usw. Das Resultat ist von keinem gewollt. Ein wachsender Teil der personellen Ressourcen geht in Management und Verwaltung und wird patientenbezogenen Tätigkeiten entzogen. Dies hat zudem den 'externen Effekt', daß der Lebensalltag mit der Aussicht einer bürokratisierte Medizin belastet wird. Bereits Ende der 80er Jahre lautete die Zusammenfassung einer Studie zum Vergleich des britischen National Health Service mit der amerikanischen Medizin: "Als Resultat der neuen marktorientierten Politik sind die amerikanischen Ärzte heute die am meisten mit Prozessen überhäufteten, begutachteten und mit Papierarbeit überfrachteten Ärzte in den westlichen Industrieländern." (Lee/Etheredge 1989) Alles in allem stellen die monetären Anreize für individuelle Ärzte (im Unterschied zu großen Institutionen) keine unbüro-

kratische Alternative zum direkten Management dar, abgesehen von den ethischen Problemen, die sie aufwerfen (s. unten).

Das direkte Management der medizinischen Versorgung von der Finanzierungsseite her, wie es beispielsweise in den amerikanischen Managed Care Organisationen üblich ist (Kühn 1996), bedeutet einen *Autonomieverlust der Ärzte* (Salmon 1994, Hafferty/McKinley 1993). Auf der Grundlage von 'Medical Management Information Systems' werden die Behandlungsprozesse nach betriebswirtschaftlichen Kriterien kontrolliert und gesteuert. Die ärztlichen Entscheidungen sind zunehmend an die Kontrolle und Zustimmung von Managern gebunden, die für Arbeitgeber oder Versicherungsträger arbeiten. Gegenüber dem so ausgestatteten Management von Kliniken, Ambulatorien, HMOs usw. verlieren Ärzte tendenziell das Monopol der Legitimation und Kontrolle ihrer Tätigkeit.

Die Tendenz geht also dahin, die kostenrelevanten strategischen Entscheidungen aus dem individuellen Arzt-Patient-Verhältnis auszulagern und auf die Organisation zu übertragen. Gary Belkin (1994) berichtet: "Die enormen Veränderungen in der Medizin berühren das Leben aller Amerikaner; viele von ihnen sind überrascht, daß, wenn sie Hilfe suchen, die Entscheidungen bezüglich ihres Arztes, Krankenhauses, Behandlung, Diagnose usw. von Fremden getroffen werden."

Ärzte und Pflegekräfte werden zu 'Dienern zweier Herren'; auf der einen Seite steht der (meist) schutzbedürftige *Patient mit* seiner Loyalitätserwartung und auf der anderen Seite die *Organisation* mit ihrem Anreiz- und Sanktionssystem.

Deutlich absehbar ist der *Anstieg des Verwaltungsaufwandes*. Das bedeutet die Zunahme des Anteils

- von Verwaltungspersonal,
- von Verwaltungs- und Berichtstätigkeiten des patientenbezogenen Personals und
- von entsprechenden Anpassungszumutungen an die Patienten, ob man sie nun 'Kunden' nennt oder nicht.

Tendenz V: Kommerzialisierung

Durch diese Entwicklung versprechen - erstmals in der Geschichte der Medizin - die medizinischen Dienstleistungen transparent, kalkulier- und steuerbar zu werden. Damit erfüllen sie genau die Kriterien, durch die sie für große Kapitalanlagen interessant werden, da bislang auf die Zulieferseite und die Versicherung begrenzt waren. Zuerst im Krankenhausbereich durch Bildung großer Ketten, dann durch vertikale Konzentration, d.h. die Angliederung vor- und nachgelagerter Bereiche der Versorgungskette, breitete sich die Eigentumsform der Aktiengesellschaft über das gesamte amerikanische Gesundheitswesen aus, um schließlich Anbieter- und Versicherungsfunktion insgesamt zu übernehmen, wie in den 'For-Profit-HMOs', dem derzeit mit Abstand am stärksten wachsenden Bereich der Wachstumsbranche Gesundheitswesen. Nahezu der gesamte

Zuwachs seit 1985 geht auf das Konto der For-Profit-HMOs. Diese beschaffen sich ihr Kapital auf dem Kapitalmarkt, legen Aktien auf und zahlen Dividende. Als Kapitalanlage konkurriert die Medizin in diesen Institutionen mit allen alternativen Möglichkeiten zur Anlage privaten Kapitals weltweit, und das Management hat die Funktion, die daraus resultierende Handlungslogik bis in die Arzt-Patient-Beziehung hinein umzusetzen. Die Non-Profit -Institutionen müssen mit ihnen konkurrieren und scheinen sich in der Regel anzupassen.

BLICK AUF DIE ETHIK DER ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

Aus diesen Zukunftstrends erwächst die Notwendigkeit, die Ökonomisierung der Medizin unter ethischen Gesichtspunkten zu überdenken, denn moralische Verantwortung, beispielsweise in der 'treuhänderischen' Beziehung zwischen Ärzten und Patienten, setzt stets die objektive Möglichkeit voraus, ihr auch handelnd gerecht werden zu können. Die Strukturen der medizinischen Versorgung können und müssen sich wandeln, auch die bisher so deutliche professionelle Dominanz der Ärzte ist kein Tabu mehr. Subjekte können wechseln - dagegen richtet sich die nun vorzutragende Kritik nicht. Aber es wäre Aufgabe demokratischer Politik, dafür zu sorgen, daß die ethischen Standards der Gesellschaft in einem Wandel zumindest 'aufgehoben' sind.

Beispiel: monetäre Anreize

Die eingangs skizzierten Überlegungen zu den ethischen Erwartungen an die Medizin, ihrer Bedeutung für die kranken Individuen und als 'öffentliches Gut' müssen mit diesen Trends nun konfrontiert werden. Das möchte ich am Beispiel des ethischen Gehalts der monetären Anreize versuchen. Weitgehend unbemerkt geblieben ist ein mit ihnen immer verbundener ethischer Interessenkonflikt: Monetäre Anreize sind unter dem ethischen Aspekt eine implizite Zurückweisung der Erwartung der Kranken, der Arzt solle ihr loyaler Agent sein. Würden nämlich die ärztlichen Entscheidungen nur im Hinblick auf die Bedürfnisse des Patienten und nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft gefällt (wie es jeder Patient erwartet und die Berufsethik vorschreibt), dann wäre die Art der Finanzierung völlig gleichgültig für das Leistungsgebaren. Gleichgültig, ob ein Arzt ein festes Gehalt oder Einzelleistungs-Honorar bezieht - das Leistungsprofil bliebe in jedem Fall unverändert. Die Wirksamkeit der monetären Anreize steht und fällt also mit der Bereitschaft der Ärzte, das ethische Gebot der Loyalität zum Patienten zu verletzen und statt dessen ihrem Einkommensinteresse (oder dem ihrer Organisation) zu folgen. Ebenfalls unbemerkt geblieben und kein Ruhmesblatt für die Berufsethiker ist in der gesundheitspolitischen Reformdebatte, daß der Erfolg des vom Expertenmainstream, den Partei- und (auch ärztlichen) Verbandsspitzen fast einhellig favorisierten Steuerungsinstruments der monetären Anreize gänzlich davon abhängt, ob die Ärzte ihrem Einkommensinteresse folgen. Man bedenke, das demokratisch gewählte Parlament beschließt Gesetze, die nur dann den gewollten Erfolg haben können, wenn ethisch - sicher auch von der überwie-

genden Mehrheit der Abgeordneten aller Parteien - eindeutig anerkannte und legitimierte Normen nicht befolgt werden. Die Ärzte sollen dem Einkommensinteresse folgen, sonst wären alle monetären Steuerungsversuche sinnlos.

Im renommierten 'New England Journal of Medicine' berichten Woolhandler und Himmelstein (1995) über die Honorarstrategie von U.S. Healthcare, einem der führenden amerikanischen Managed-Care-Konzerne : "Die Basis-Kopfpauschale deckt kaum die fixen Kosten. Ein Internist mit 1.500 Patienten [gemeint sind Versicherte, H.K.] der HMO kann im Jahr 150.000 Dollar an Bord nach Hause tragen - oder fast gar nichts. Obwohl einige der Bord und Abzüge auf Qualität zielen, so belohnen die meisten Leistungseinschränkungen, Verbesserungen der öffentlichen Reputation der HMO und die Gewinnung neuer Mitglieder. Beispielsweise wird der Arzt für jeden Dollar an Intensivmedizin, den er Verursacht' hat, mit Abzügen bis zu 50 Cent bestraft."

Eine unbestrittene Konsequenz der neuen prospektiven Finanzierungsformen liegt also darin, die Entscheidungen eher in Richtung auf sparsamen Ressourcenverbrauch zu beeinflussen mit dem Risiko der Unterversorgung und Risikoselektion. Wen es interessiert, was dies für das öffentliche Gut, Vertrauen haben zu können, bedeutet, der mag sich selbst fragen, wie er oder sie künftig als Patient oder Angehöriger reagieren wird, wenn der Arzt oder die Ärztin davon abrät, ein bestimmtes kostspieliges Diagnoseverfahren durchzuführen oder einen aufwendigen Eingriff vornehmen zu lassen. Woher wissen wir, warum dieser Rat gegeben wird? Ist es zum Besten des Kranken? Hängt von der Art der Entscheidung bzw. Empfehlung vielleicht das Einkommen, die Karriere oder gar die wirtschaftliche Existenz der Ärztin oder des Arztes ab? Wurde ihr oder ihm gerade mitgeteilt, ein Budget sei ausgeschöpft? Sind mir vielleicht andere Behandlungsoptionen, die mir helfen könnten, verschwiegen worden, weil sie zu teuer sind?⁵ Krankheit ist eine Notlage, worauf sollen die Kranken vertrauen können?

Wir haben es hier mit einem Interessenkonflikt zu tun, bei dem auf der einen Seite die treuhänderische Moral und auf der anderen entweder das Einkommensinteresse oder die Loyalität zur Institution bzw. zu den Aktionären steht. Es ist aber falsch, diesen Interessenkonflikt lediglich als eine Art schwierige Wahl oder 'Güterabwägung' (Sass/Viefhues 1991) angesichts konkurrierender moralischer Werte anzusehen, wie das bei ethischen Problemen in der Forschung oder Intensivmedizin durchaus einmal der Fall sein kann. Der durch wirtschaftliche Anreize hervorgerufene Interessenkonflikt ist auch alles andere als ein 'Dilemma', das ganz unvermeidlich zu nachteiligen Folgen führen muß. Das sowohl individuelle als auch gesellschaftliche 'Primärinteresse' ist die Loyalität zum Kranken, und die Nutzung einer Einkommenschance ist, ethisch gesehen, eindeutig nur 'Sekundärinteresse'¹ (Thompson 1993). Es konfliktieren also zwei Seiten, deren eine ethisch eindeutig die Priorität hat.

⁵) Viele Managed Care Organizations in den USA verpflichten ihre Vertragsärzte, über Behandlungsoptionen zu schweigen, wenn diese vom Management ausdrücklich als nicht 'kosteneffizient' angesehen werden (Kühn 1996)

Das Neue im Zusammenhang mit den skizzierten Tendenzen liegt nicht im Konflikt zwischen Einkommensinteresse und Patientenloyalität. Dieser wurde schon 1911 von G.B. Shaw treffsicher auf den Punkt gebracht, in der Vorrede zu seinem 1911 geschriebenen Stück "The Doctor's Dilemma". Er gesteht den Angehörigen des Ärztstands, wie allen anderen auch, ein Eigeninteresse speziell wirtschaftlicher Art zu. Alle Professionen, so meint er humorvoll, sind "Verschwörungen gegen die Laien." Auch zeigt er Verständnis dafür, daß die Honorierung der einzelnen ärztlichen Leistungen ihren Entscheidungen eine Tendenz gab und ihre Urteilsfähigkeit verzerrte. Dann aber stellt er die Frage:

"Welche anderen Leute haben den Mut von der Neutralität ihres Urteils zu sprechen, wenn sie ein starkes Einkommensinteresse für eine bestimmte Seite haben? Keiner kann behaupten, Ärzte seien unmoralischere Leute als Richter; aber einem Richter, dessen Einkommen und Ansehen davon abhängt, ob sein Urteil zugunsten des Klägers oder des Angeklagten, des Staatsanwalts oder des Häftlings ausfällt, würde man ebenso wenig trauen wie man einem General traut, der vom Feind bezahlt wird. Zeige mir einen Arzt, der eine Entscheidung zu treffen hat und lege auf die eine Seite der Waagschale eine große Bestechungssumme und die faktische Garantie, daß ihm niemals ein Fehler wird nachgewiesen werden können. Diese Versuchung überschreitet bei weitem das, was normalen Menschen als Belastung zugemutet werden kann." — Und zum wirtschaftlichen Anreiz schlechthin heißt es bei ihm: "Wenn heute ein normaler Staat die Erfahrung, daß man die Brotversorgung sichert, indem man den Bäckern fürs Backen Geld gibt, auch auf Chirurgen überträgt, indem man sie wirtschaftlich daran interessiert, dein Bein (bald wird man sagen müssen: kein Bein, H.K.) zu amputieren, reicht aus, um an der politischen Humanität zu verzweifeln."

Wie kann nun das Gebot der Loyalität zu seinem Recht kommen? Der individuelle Patient ist überfordert, schon im gesunden Zustand sind die meisten Menschen als Laien nicht sonderlich konfliktfähig gegenüber Professionellen, wie sollten sie es als Kranke sein können, die unter Schmerzen leiden, Angst haben oder gar bewußtlos sind? Vom Patienten als "kritischem Kunden" kann die Lösung nicht erwartet werden. Regulierungen, die sich auf ihn stützen, müßten sich überdies gegen die Schwachen unter den Patienten auswirken, etwa gegen die chronisch kranken alten Menschen aus den unteren sozialen Schichten, die diese Rolle keinesfalls spielen können.

Moralischer Verfall oder Interessenkonflikt?

Die meisten Moralprobleme, die auf konfligierenden Interessen beruhen, sind nicht als Moralprobleme, sondern nur als Strukturprobleme lösbar. Unser Gegenstand wäre also nicht 'Fehlverhalten', sondern wären Strukturen, die das Risiko des Fehlverhaltens vergrößern, indem sie einen Interessenkonflikt herbeiführen. Mit diesem Begriff läßt sich die gedankliche Verbindung zwischen den ethischen Forderungen an die individuellen Ärz-

tinnen und Ärzte und den institutionellen Bedingungen, unter denen sie handeln, herstellen. Damit sind allgemein Bedingungen gemeint, die diese Loyalität oder das Treffen unabhängiger Urteile und Entscheidungen beeinträchtigen und die den Fiduziar in Konflikt zur ethischen (und manchmal auch rechtlichen) Norm bringen und damit das Risiko der Norm Verletzung erhöhen. Es ist noch keine Normenverletzung geschehen, jedoch der 'Interessenkonflikt' birgt in sich ein erhöhtes Risiko, daß sie geschieht. Im Falle des Arztes können solche Konflikte zweifacher Natur sein: entweder es bestehen finanzielle und andere persönliche Interessen, welche die Entscheidung potentiell von der treuhänderischen Pflicht ablenken, oder es sind konkurrierende Verpflichtungen (etwa die des Angestellten gegenüber dem Unternehmen oder des Managements gegenüber den Aktionären), die zur gespaltenen Loyalität führen (Rodwin 1993). Für die Ethik in der Gesundheitspolitik folgt daraus, daß sie sich in die Lage bringen muß, solche institutionellen Interessenkonflikte als 'Risiken' zu identifizieren und sie zu vermeiden, zumindest aber das Potential für Verletzungen der allgemein akzeptierten ethischen Normen zu vermindern. Unter den Bedingungen heutiger Vergesellschaftung im Gesundheitswesen ist es Aufgabe der politischen Autoritäten in der Demokratie, die objektiven Risiken für unethisches Verhalten (das zumeist auch gesundheitliche Risiken mit sich bringt) möglichst gering zu halten und keinesfalls zu erhöhen (Rodwin 1993, Thompson 1993).

Interessenkonflikten ist nicht mit Moralappellen beizukommen, sie können gestaltet werden. Einer der wenigen deutschen Kassenarztfunktionäre, die ein solches Grundsatz-Problem bislang ansprechen, sagte: "Ein Arzt darf niemals in den unmittelbaren Zwang kommen, an sein Budget denken zu müssen, wenn der Patient ihm gegenüber sitzt. Es gibt andere Möglichkeiten, ihn persönlich zu motivieren, nur das Notwendigste zu verschreiben und damit Krankenhauseinweisungen zu vermeiden."⁶

Strukturethik

Wenn abschließend noch einmal eine amerikanische Stimme zitiert wird, so muß hinzugefügt werden, daß auch unter den deutschen Verhältnissen die Medizin - zeitlich verzögert, vor einem anderen institutionellen und kulturellen Hintergrund und unter eher makroökonomischen Gesichtspunkten - tendenziell dabei ist, in das ökonomische System integriert zu werden. Keineswegs ist es uns gestattet, dies als 'Amerikanisierung' zu begreifen:

"Die Rolle der Ärzte hat sich radikal verändert, insofern sie heute von Managern unterwiesen werden und somit nicht länger Anwälte des Patienten sein können. Statt dessen müssen sie Anwälte einer Versicherungsorganisation (of the group of 'covered lives' in the health plan) sein. Das Ziel der Medizin wird eine gesunde Bilanz anstatt einer gesunden Population. (...) Der Schwerpunkt liegt auf Effizienz, Profitmaximierung, Kundenzufriedenheit, Zahlungsfähig-

⁶) Der stellvertretende KBV-Vorsitzende Schwoerer in der 'Süddeutschen Zeitung' v. 15.1.1996

keit, Planung, Unternehmertum und Wettbewerb. Die Ideologie der Medizin wird ersetzt durch die Ideologie des Marktes. Vertrauen wird ersetzt durch caveat emptor. In den Marktmetaphern ist kein Platz für die Armen und Unversicherten. In dem Maße, in dem die Medizin zum Kapitalunternehmen wird, wird die medizinische Ethik durch die Geschäftsethik verdrängt. Auch die gemeinnützigen (nonprofit) Organisationen tendieren dazu, das Wertesystem ihrer kommerziellen Konkurrenten zu übernehmen. Ein Abschluß in Betriebswirtschaftslehre wird mindestens so wichtig wie ein Abschluß in Medizin. Öffentliche Institutionen, die von ihrer Aufgabe her gar nicht konkurrenzfähig sein können, riskieren ihr Ende, einen Zweite-Klasse-Status oder schlicht die Privatisierung." (Annas 1995).

Die Ökonomisierung der Medizin wird nicht nur zu mehr Interessenkonflikten führen, sondern diese werden, da Bestandteile von Systemen, eine andere Qualität haben. Was mit der Tendenz zur 'systemischen Ökonomisierung'¹ der medizinischen Institutionen gemeint ist, sollen zwei Zitate aus ärztlichen Erfahrungsberichten über die Arbeit in amerikanischen Managed Care Organisationen illustrieren. Ein Arzt schreibt: "Noch mehr als in anderen Praxisformen sind die angestellten Ärzte einer HMO im Scheitelpunkt eines 'V' angesiedelt, dessen einer Arm die Patientenbedürfnisse und dessen anderer die administrativen Zwänge beinhaltet" (Bock 1988). Ein anderer zieht folgendes Fazit seiner Erfahrungen: "Ich glaube, daß jeder Doktor in einer Privatpraxis gelegentlich sich den Patienten als einen Dollarbetrag vorstellt, der mit einem Symptom ausgestattet ist. Aber ich glaube genauso, daß sie sich regelmäßig aus einem solchen Denken wieder zurückziehen aufgrund ihrer Erziehung und Moral. Die Gefahr jetzt ist die Institutionalisierung des Gewinnimpulses durch das Unternehmen und folglich die Abtrennung der persönlichen Verantwortung des Arztes für Handlungen, die aus diesem Impuls heraus unternommen werden" (Scovern 1988, Hvb. H.K.).

Es wurde schon gezeigt, daß die Verselbständigung der Ökonomie vom Mittel zum Zweck und vom Streben nach Wirtschaftlichkeit zur Verwertung von Dienstleistungen Bürokratisierungsprozesse im reinsten Sinne des Wortes hervorruft. Es bildet sich ein Medizin-Ideal heraus, das Max Weber mit dem Begriffen "Regel, Zweck, Mittel und 'sachliche Unpersönlichkeit'" als bürokratische Rationalität umrissen hat, deren Wesen es entspreche, den Klienten "sine ira et studio (...) ohne Ansehen der Person, formal gleich für 'jedermann'" zu behandeln. Das ist die Definition des exakten Gegenteils von Subjekt- und Patientenbezogenheit und bedeutet - neben anderem - in der Tendenz den institutionalisierten - noch weiteren - Ausschluß der Patientenpersönlichkeit aus der Medizin. Die Subjektivität und das Außergewöhnliche des einzelnen Patienten mit seiner Krankheit werden zu bedrohlichen und irrationalen Störgrößen, die durch betriebswirtschaftlich rationales Management ausgeschaltet werden müssen.

Fazit: Die Qualität der Entscheidungen und das Ausmaß, in dem sie dem Vertrauen des Kranken gerecht werden, werden künftig immer weniger von der individuellen Moral der Ärzte abhängen, sondern zunehmend durch sachliche Verhaltenszwänge geprägt, die

in die Institution eingebaut sind. Die Moral der Arzt-Patient-Beziehung wird somit zum Bestandteil von Systemen, diese sind politisch gestaltbar. Die akademische Medizinethik, die dies ignoriert, ist auf dem Weg, zur Legitimationshilfe und Gewissensentlastung zu werden bei der Preisgabe der Loyalitätserwartung der kranken Individuen und ihrer Angehörigen an das ökonomisch steuernde System. Dieses gewährt im Gegenzug die monetäre Gratifikation. Die seit Jahren propagierten 'erfolgsabhängigen' Chefarzt-Verträge ('Erfolg' meint nicht die Heilung der Patienten) in deutschen Krankenhäusern sind ein Beispiel dafür. Im selben Maße, in dem dies so ist, interagieren die Kranken nicht mehr mit ihren Agenten, den Ärztinnen und Ärzten, Schwestern und Pflegern, sondern mit Charaktermasken eines Organisationssystems. Das ökonomische Prinzip verwandelt sich vom Instrument zur Effizienzsteigerung zum Zweck, der sich hinter dem Rücken der Patienten das medizinisch-pflegerische Handeln unterwirft. Auch hier sind die dramatischen und offensichtlichen Konflikte zwischen Rechtfertigung und Bruch des Vertrauens, zwischen der Respektierung des Schutzbedürfnisses und seiner wirtschaftlichen Verwertung nicht das Hauptproblem. Dieses liegt vielmehr darin, daß die Handelnden in den Institutionen dazu neigen, das ihnen Abgeforderte als ihren eigenen Willen zu erleben. Wie Barry Schwartz in seiner Abhandlung "The costs of living" (1994) eindrucksvoll zeigt, ist die Marktökonomie auch eine ideologische Macht, die einen entsprechenden Prägedruck auf unseren Habitus, unsere moralischen Wertungen ausübt. Günter Anders spitzt es zu: "Zumeist ist uns der Prägedruck so wenig spürbar wie Tiefseefischen der Druck des auf ihnen lastenden ozeanischen Gewichts. Je unbemerkter der Prägedruck sich vollzieht, desto gesicherter ist sein Erfolg." (Anders 1983/1956)

Der makroökonomische Druck, der durch die neuen Finanzierungsformen auf den Institutionen lastet, wird nur dann nicht zu Lasten der Patienten gehen, wenn kooperative Arbeitsformen sowie ein hohes Niveau der binnen- und zwischeninstitutionellen Integration überhaupt das Potential für andere als reine Verknappungsstrategien beinhalten. Die ambulante und stationäre Medizin in Deutschland weist hier im internationalen Vergleich ganz erhebliche Modernisierungsrückstände auf. Erfahrungen in modernen, über die gesamte Versorgungskette integrierten und prospektiv finanzierten 'organized delivery systems' mit Nonprofitstatus (Griffith 1996; Shortell et al. 1994) in den Vereinigten Staaten lassen durchaus ahnen, daß geringerer Ressourcenverbrauch nicht zwangsläufig mit der Zerstörung individuellen und sozialen Vertrauens bezahlt werden muß. Hier arbeiten Ärzte in kollegial-kooperativen Zusammenhängen und ihr Gehalt ermöglicht es ihnen, sich auf die Individualität des Patienten zu konzentrieren und Entscheidungen zu treffen, die nicht mit je unterschiedlichen Verdienstchancen verknüpft und belastet sind (Relman 1988).

LITERATUR

Anders, G. (1983/1956), Die Antiquiertheit des Menschen, Bd. L: Über die Seele im Zeitalter der technischen Revolution, München, Beck)

Annas, G.J. (1995), Reframing the debate on health care reform by replacing our metaphors, New England Journal of Medicine, ,1995), 322, 744-47

Blustein, J./Marmor, T.R. (1994), Cutting Waste by Making Rules: Promises, Pitfalls, and Realistic Prospects, in: Marmor, T.R., (1994) Understanding Health Care Reform, New Haven & London, Yale University Press, 86-106

Bock, R.S. (1988), The pressure to keep prices high at a walk-in clinic, New England Journal of Medicine, 319, 787-89

Griffith, J.R. (1996), Managing the transition to integrated health care organizations, Fontiers of health services management, 12, 4-50

Hafferty, F.W./McKinley, J.B. (ed.), ,1993), changing medical profession: an international perspective, New York (Oxford University Press)

Jonas, H. (1969), Philosophical reflections on experimenting with human subjects, Daedalus, 98, 219-247

Kühn, H. (1987), Die rationalisierte Ethik: Zur Moralisierung von Krise und Krankheit, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 12: "Medizin, Moral & Markt", Hamburg (Argument-Verlag), 8-30

Kühn, H. (1991), Rationierung im Gesundheitswesen - Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte, in: Rationierung der Medizin, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 17 (Argument-Sonderband 196) Berlin und Hamburg, S.40-72

Kühn, H. (1993), Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin (sigma)

Kühn, H. (1995), GKV: Kosten-"Explosion"? Zur Makroökonomie der Gesundheitsreform, WZB-Mitteilungen 70,11-15

Kühn, H. (1996), Managed Care in den USA - Die neue Medizin?, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 26: "Gesundheit und Bürokratie", Hamburg, i.E.

Lee, P.R./Etheredge, L. (1989), Clinical freedom: two lessons for the UK from US-Experience with privatization of health care, Lancet, 298, 263-67

Relman, A.S. (1988), Salaried physicians and economic incentives, New England Journal of Medicine, 319, 784-87

Rodwin, M. A. (1993), Medicine, money and morals: physicians¹ conflicts of interest, New York (Oxford Univ. Press)

Salmon, J.W. (Ed.) (1994), *The corporate transformation of health care: perspectives and implications*, Amityville, N.Y. (Baywood)

Sass, H.-M./Viefhues, H. (Hg.) (1991), *Güterabwägung in der Medizin*, Berlin (Springer)

Schwartz, B. (1994), *The costs of living: how market freedom erodes the best things in life*, New York/London (W.W.Norton)

Scovern, H. (1988), *A physician's experiences in a for-profit staff-model HMO*, *New England Journal of Medicine*, 319, No.12, S.787 und 790

Thompson, D. F. (1993), *Understanding financial conflicts of interest*, *New England Journal of Medicine*, 329, 8, 573-576

Woolhandler, S./Himmelstein, D.U. (1995), *Extreme risk - the new corporate proposition for physicians*, *New England Journal of Medicine*, 333,1706-1708

Arbeitsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch faßbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Arbeitsgruppe Public Health untersucht fordernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Dipl.-Chem. Barbara Maria Köhler,
Ph.D. Priv.-Doz. Dr. rer.pol. Hagen Kühn
Dr. rer.med. Uwe Lenhardt, Dipl.-Pol.
Dr. phil. Doris Schaeffer Prof.
Dr. rer.pol. Rolf Rosenbrock (Leiter)
Dipl.-Phil. János Wolf