

**Hagen Kühn**

## **Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit**

[erschienen in: **A. Büssing/ J. Glaser (Hg.):** Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Schriftenreihe Organisation und Medizin, Hogrefe Verlag; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2003, S. 77-98]

### **Zusammenfassung**

*Krankenhaus und Krankenhausarbeit verändern sich tief greifend und mit zunehmender Dynamik. Das wird im Kontext der Industrialisierungs- und Ökonomisierungsprozesse der Gesundheitssysteme in den westlichen Industrieländern verdeutlicht. Im ersten Teil werden die fünf wichtigsten Tendenzen dieser Entwicklung skizziert:*

- *Verlagerung des finanziellen Risikos von der Finanzierungs-/Versicherungsseite auf die Dienstleistungsinstitutionen;*
- *Verbetrieblichung und Integration der medizinischen Arbeit;*
- *Entwicklung einer Vielzahl von Instrumenten des ‚micromanagement‘ der Arzt-Patient-Beziehung;*
- *Bürokratisierung und*
- *Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung.*

*Im zweiten Teil geht es um ethische Implikationen, die für die meisten Dienstleister eine Arbeitsbelastung eigener Art bedeuten. Sie beruhen überwiegend auf konfliktierenden Interessen. Interessenkonflikten ist nicht mit Moralappellen beizukommen, aber sie können gestaltet werden. Gegenstand einer ‚Strukturethik‘ wäre also nicht ‚Fehlverhalten‘, sondern wären Strukturen, die das Risiko des Fehlverhaltens vergrößern, indem sie einen ‚Interessenkonflikt‘ herbeiführen. Die damit für die ärztlichen und pflegenden Dienstleister einhergehende psychische Belastung ließe sich auf diesem Weg ebenfalls reduzieren.*

### **Wandlungsprozesse in den Gesundheitssystemen**

Das Krankenhaus und damit auch die Krankenhausarbeit verändern sich tiefgreifend und mit zunehmender Dynamik, die nur im Kontext der Wandlungsprozesse in den Gesundheitssystemen verständlich wird. Bemühungen, diese Prozesse zu verstehen, sind Versuche, Fragen nach der Zukunft zu beantworten. Die Zukunft ist nicht ausdeterminiert; sie ist ebenso wenig ein weißes Blatt, auf das nach Belieben Modelle aufgetragen werden könnten. Vor uns liegen Prozesse, die immer schon begonnen haben, künftige Handlungsoptionen sind auf spezifische Weise eingeschränkt und kanalisiert. Das lässt sich bereits in der Gegenwart studieren. Tendenzanalysen erfordern allerdings theoriegeleitete Entscheidungen

darüber, welche empirischen Realitätselemente als entwicklungsrelevant eingestuft werden können und welche nicht. Die derzeit vor sich gehenden Veränderungen in den Gesundheitssystemen (und damit auch in den Krankenhäusern) westlicher Industrieländer<sup>1</sup> werden – bei aller Verschiedenheit der Systeme – geprägt von zwei eng und kausal miteinander verflochtenen Prozessen<sup>2</sup>. Den ersten, die 'stoffliche Seite' betreffend, kann man als **Industrialisierung**<sup>3</sup> des Gesundheitswesens bezeichnen (Kühn 1998a); er schließt die Verbetrieblichung und Integration der medizinischen und pflegerischen Arbeit ein. Der zweite entwicklungsleitende Prozess, der dem ersten häufig Form und Richtung gibt, ist die **Ökonomisierung** der medizinischen Versorgung (Kühn 1990).

Ökonomisierung ist keineswegs identisch mit 'Wirtschaftlichkeit', sondern meint die tendenzielle Überformung der professionellen (fachlich-medizinischen und ethischen) Entscheidungen und Handlungen durch wirtschaftliche Kalküle und Ziele. Das kann empirisch ebenso zu höherer Wirtschaftlichkeit wie zu höherer Unwirtschaftlichkeit führen. Letzteres wird vor allem dann erkennbar, wenn nichtmonetäre Kosten und Nutzen

---

<sup>1</sup> Wenn nicht anders erwähnt, liegt den Aussagen Literatur und/oder Expertenaussagen zu folgenden Ländern zugrunde: USA, UK, skandinavische Länder, Niederlande, Australien, Kanada und Deutschland.

<sup>2</sup> Begriffe wie 'Tendenz' und 'Prozess' lassen sich nicht gänzlich 'positiv' erfassen, da sie Latenz und Potentialität einschließen. Tendenzen geben allen Einzelvorgängen innerhalb eines Feldes ihre Richtung und ihr spezifisches Gepräge. Sie können im einzelnen auch kompensiert oder überlagert werden (beispielsweise durch Politik), hören damit aber nicht auf zu existieren. Marx vergleicht sie mit einer "allgemeine(n) Beleuchtung, worin alle übrigen Farben getaucht sind und welche sie in ihrer Besonderheit modifiziert."

<sup>3</sup> Solche Merkmale sind:

- Rückgang der kleinen, vorkapitalistischen Arten der Produktion (Einzelpraxis, einzelnes Krankenhaus etc.);
- fabrikmäßig zusammengefasste, auf dem planmäßigen Einsatz von technischen und organisatorischen Mitteln beruhende Produktion (Krankenhausketten, Ambulatorien, Medical Groups, integrated Networks etc);
- Tendenzen zur Massenproduktion;
- ständige Umwälzung der technischen Grundlagen. Zur Anwendung mechanischer und automatischer Maschinen der Medizintechnik kommt mit der Informationstechnologie eine neue Schlüsseltechnologie zum Einsatz, mit deren Hilfe die Sammlung, Zusammenführung und Bearbeitung von Informationen auf neue Weise erfolgt, die zunehmend auch zur Grundlage der betrieblichen und überbetrieblichen Kommunikation werden.
- Möglichkeiten der Kalkulier- und Standardisier-, Kontroll- und Steuerbarkeit der Arbeitsprozesse auf dieser technologischen Basis. Damit nun auch die
- Möglichkeit, die unmittelbare medizinische Versorgung (über Zulieferer und Versicherer hinaus) zum unmittelbaren Anlagebereich für Kapital werden zu lassen.
- Marktkonkurrenz und Kapitalverwertung
- die Trennung der Produzenten (Ärzte) von den Produktionsmitteln und daraus resultierende Verwandlung von selbständigen Ärzten in erstens abhängig Beschäftigte oder scheinselfständige Kontraktnehmer und zweitens in Unternehmer und Manager.

sowie gesamtgesellschaftliche Externalitäten einzelwirtschaftlichen Handelns in die Betrachtung einbezogen werden<sup>4</sup>. Die Ökonomisierung lässt tendenziell das Versorgungsziel hinter einzelwirtschaftlichen und/oder sektoralen Wirtschaftszielen (Rentabilität, Budgets etc.) zurücktreten. Sie wird erst real, wenn die Dienstleistenden ihr individuelles Entscheiden und Handeln umorientieren. Die Ökonomisierung der medizinischen und pflegerischen Arbeit ist ein widerspruchsvoller und konfliktreicher Prozess. Seine gegenwärtige Dynamik beruht auf zwei Kräften: erstens auf Lernprozessen im praktischen Umgang mit den neuen Anreiz- und Sanktionssystemen der Institutionen, die auf einen tiefgreifenden Wandel der Dienstleistungskultur hinauslaufen, und zweitens auf der rechtlichen, wirtschaftlichen, ideologischen und moralischen Unterstützung dieses Wandels durch den gesellschaftlichen Kontext, immer wieder vereinfacht, repetiert und verstärkt durch den neoliberalen 'common sense'. Während aber dessen multimediale Vermittler – sozusagen ohne Rückkopplung seitens der objektiven Realität – mühelos im Bereich des Ideologischen verbleiben können, tritt den medizinischen oder pflegerischen Dienstleistern dieses Objektive und Eigenmächtige in Person der Patienten und in Gestalt des betrieblichen Rechnungswesens gegenüber.

Diese Beziehung zwischen Ärzten und Pflegekräften auf der einen und den Patienten auf der anderen Seite unterscheidet sich prinzipiell von derjenigen zwischen dem Käufer und Verkäufer einer marktgängigen materiellen Ware. Die Dienstleistung des Krankenhauses lässt sich von den Konsumenten nicht nach Hause tragen, bei Mängeln umtauschen und ihre Konsumenten stehen nicht jenseits der Produktion, sondern sie sind Bestandteil des Produktions- bzw. Dienstleistungsprozesses selbst. Patienten sind zugleich 'Arbeitsgegenstand' und Mitproduzenten, also Objekte und Subjekte der medizinisch-pflegerischen Produktionsprozesse. In welchem Verhältnis jeweils Objekt- und Subjektstatus stehen, ist auf der Patientenseite abhängig von den krankheitsbedingten Einschränkungen, der Persönlichkeit und dem sozialen Status. Auf der Krankenhausseite entscheiden darüber der Behandlungs- bzw. Pflegestil der Ärzte und Pflegekräfte einer Station oder Abteilung, die Strukturen, die bestimmte Stile begünstigen oder erschweren und die Kultur der Institution. Im Unterschied zur Produktion materieller

---

<sup>4</sup> Zum Beispiel können Krankenhäuser als konkurrierende Unternehmen 'wirtschaftlicher' werden, wenn sie es verstehen, Patienten zu vermeiden, die entweder zu relativ schlecht bezahlten Diagnosegruppen gehören oder hohe Schweregrade mit entsprechend hohem Ressourcenbedarf aufweisen. Wenn die entsprechenden Patienten dennoch gleich gut versorgt werden, bleibt die Wirtschaftlichkeit auf der Makroebene gleich. Werden sie dadurch später und/schlechter versorgt (z.B. weil auch die anderen Krankenhäuser ebenso handeln), dann steht der betriebswirtschaftlichen Rentabilität erhöhte gesellschaftliche Unwirtschaftlichkeit gegenüber, u.a. weil höhere nichtmonetäre Kosten (Leid, Schmerzen, Einschränkungen, höherer Versorgungsaufwand durch die Familie) und ein geringerer gesundheitlicher Nutzen unter Public-Health-Gesichtspunkten die Folge sind.

Industriegüter sind der technisch-ökonomischen Rationalisierung der Krankenhausarbeit durch die Eigenarten kranker und hilfsbedürftiger Menschen besondere Bedingungen und Grenzen gesetzt. Diese Grenzen sind in der Regel verinnerlicht zu einer moralischen Haltung. Ökonomisierungsdruck und Arbeitsintensivierung führt häufig zu moralischen Konflikten (s. zweiter Teil), die von vielen Betroffenen als beeinträchtigende Bedingungen ihrer Arbeitsqualität und –zufriedenheit angesehen werden (Kühn/Simon 2001).

Im folgenden ersten Teil werden fünf Tendenzen skizziert, wie sie sich den Entwicklungen in den westlichen Industrieländern entnehmen lassen. Das deutsche Gesundheitswesen steht, verglichen mit den angelsächsischen und skandinavischen Ländern, erst am Beginn. Das Gemeinsame ergibt sich aus ähnlichen politisch-ökonomischen Bedingungen und ähnlichen monetären und strukturellen Anreiz- und Sanktionssystemen, mit denen Regierungen und Unternehmen darauf reagieren. Der zweite Teil lenkt die Aufmerksamkeit auf einige ethische Implikationen, die für die meisten Dienstleister eine Arbeitsbelastung eigener Art bedeuten. Gemessen an ihrer Relevanz sowohl aus der Versorgungsperspektive<sup>5</sup> als auch der Arbeitsperspektive sind die mit der Ökonomisierung einhergehenden ethischen Konflikte das am meisten ignorierte Problem der gesundheitspolitischen Debatte<sup>6</sup>.

### **Tendenz 1<sup>7</sup>: Machtverschiebung und Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Anbieter**

In fast allen westlichen Industrieländern findet eine Machtverschiebung statt zwischen Anbieter- und Finanzierungsseite<sup>8</sup> zugunsten letzterer. Die Märkte medizinischer Dienstleistungen werden tendenziell zu Käufermärkten. Drei Hebel zur Veränderung wirken zusammen: Wirtschaftlicher Wettbewerb, prospektive Finanzierung (mit Budgets, Kopf- und Fallpauschalen, Festpreisen) und selektive Vertragsgestaltung seitens der

---

<sup>5</sup> Die Versorgungsperspektive schließt ein die individuellen Patienten, die Gesundheit aus der Bevölkerungsperspektive ('Public Health') und das Vertrauen der Bevölkerungen in die Existenz eines funktionierenden Versorgungssystems. Dieses Vertrauen darauf, im Krankheitsfall zuverlässig gut versorgt zu werden ist Bestandteil des Lebensstandards aller, auch der Gesunden. Es ist ein 'öffentliches Gut' und könnte in die Gefahr geraten, infolge 'externer Effekte' betrieblichen Handelns in den medizinischen Institutionen Schaden zu nehmen.

<sup>6</sup> Wenn man einmal davon absieht, dass die verschiedenen Interessenorganisationen ethikförmige Argumentationsweisen als Waffen im Kampf und öffentliche Legitimation benutzen.

<sup>7</sup> Der Kürze halber wähle ich für die folgende Skizze eine überinstitutionelle Sprache, um auf nationale und sektorale Details nicht einzugehen zu müssen.

<sup>8</sup> Die Finanzierungsseite besteht je nach System aus privaten und öffentlichen Versicherungen oder aus Staatshaushalten; die Anbieterseite aus privaten, gemeinnützigen und staatlichen Institutionen.

Versicherer/Finanzierer.

Die neuen prospektiven Finanzierungsarten (Fallpauschalen, globale, sektorale Budgets etc.), die auch für die deutschen Krankenhäuser das Bild bestimmen, sind nicht lediglich neue Techniken, sondern Ausdruck veränderter Machtverteilung. Das wirtschaftliche Risiko der Versorgung wird von den Versicherungen und Staatshaushalten tendenziell auf die Anbieter übertragen. Während früher alle angefallenen Leistungen im Nachhinein vergütet und Kosten ersetzt wurden, werden nun Ausgabenbegrenzungen vorgegeben. Der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses, einer Praxis oder eines Ambulatoriums hängt tendenziell von dem Umfang ab, in dem der Ressourceneinsatz minimiert werden kann, da Gewinne (und damit Investitionen) nur möglich sind, wenn die Kosten unterhalb der prospektiv fixierten Pauschalen oder Budgets liegen. Da die teuerste Ressource nicht die Technik, sondern die Arbeitszeit von qualifiziertem ärztlichen und pflegerischen Personal ist, ist auch die teuerste Verwendungsart nicht Arzneimitteltherapie oder Technikeinsatz, sondern persönliche Interaktion und Kommunikation. Darauf lastet der Hauptdruck.

Der traditionelle Anreiz zur Mengenausweitung mit dem Risiko der Überversorgung<sup>9</sup> wird nun abgelöst durch den Anreiz zur Kostensenkung mit dem konkreten Risiko der Unterversorgung. Dieses Risiko ist um so größer, je mehr Spielräume zur Externalisierung betrieblicher Kosten bestehen, sei es in Gestalt von Risikoselektion bei der Aufnahme und Entlassung oder von Qualitätsminderung. Diese Effekte sind in ihrer Mehrzahl nicht wahrnehmbar. Beim gegenwärtigen Stand sind wir nicht in der Lage zu entscheiden, ob ein Krankenhaus mit niedrigen Kosten tatsächlich wirtschaftlich bzw. effizient ist oder nur billig. Die Versicherung verantwortlicher Politiker und Verbandsfunktionäre, nur die Kosten würden gesenkt, aber die Qualität bliebe erhalten, kann nicht geprüft werden und ist also wohlfeil.

Das wirtschaftliche Überleben medizinischer Einrichtungen hängt somit davon ab, ob und wie deren Leitungen die Arzt-Patient-Beziehung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu steuern vermögen. 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

---

<sup>9</sup> Diese Lehrbuchmeinung, ist empirisch lediglich relativ, aber nicht absolut gültig. Beispielsweise hatte auch unter dem retrospektiven Finanzierungsregime die Verweildauer einen sinkenden Trend; die Fallpauschalen haben dabei lediglich einen beschleunigenden Effekt. In den USA können wir beobachten, dass dieser nach einigen Jahren aufhört, wenn für eine zunehmende Zahl der Diagnosen eine Mindestverweildauer (im Extremfall von einem Tag) erreicht worden ist.

entsprechend vorbereitetes Management, ein realistisches Konzept, mittelfristig gesicherte Mittel für sachliche, personelle und organisatorische Investitionen. Diese Strategie hat unter gegebenen Bedingungen zwei gravierende Nachteile: Erstens ist – abgesehen von wenigen Einzelfällen – bessere Qualität nicht nachweisbar und kann darum auch nicht belohnt werden. Zweitens wäre ein Nutzen in monetärer Gestalt erst später zu erwarten. Kurzfristiger (z.B. jährlicher) Handlungsdruck wird daher dazu führen, dass die Institution einzelwirtschaftlich-rational (d.h. als konkurrierendes Unternehmen) den Erfolg sucht. Das Management wird möglichst wenig Personal beschäftigen, auf weniger diagnostische und therapeutische Maßnahmen drängen, kostenintensive oder schwer kalkulierbare Patienten zu vermeiden suchen, Patienten möglichst früh entlassen. Die Krankenkassen – durch den wirtschaftlichen Wettbewerb ebenfalls in die Unternehmensrolle gedrängt – werden sie dafür belohnen.

Soweit das – international unterschiedlich – möglich ist, versuchen Krankenhäuser vor- und nachgelagerte Sektoren wie Einrichtungen der ambulanten Versorgung, der häuslichen Pflege, der Rehabilitation durch Kauf oder Vertrag an sich binden, z.B. um hohe Fallzahlen zu erreichen, Kapazitäten und Konkurrenzvorteile besser zu nutzen, zusätzliche Einnahmequellen zu erschließen. Integration entsteht hier perspektivisch durch wettbewerbsinduzierte Zusammenschlüsse von Unternehmen (Kühn 1997, 1998).<sup>10</sup> In Wettbewerbssystemen werden solche Integrationsformen allerdings in Markt- und Preissetzungsmacht umgemünzt (Conners 1997; Conrad/Dowling 1990).

Über die Existenz des Unterversorgungsrisikos bei prospektiver Finanzierung besteht in der internationalen Debatte Konsens. Uneinig ist man sich über den Schutz der Patienten. Stark vereinfacht gesagt, sehen die Experten, die die Patienten als 'Kunden' betrachten, die Korrekturfunktion durch den wirtschaftlichen Wettbewerb als gewährleistet an. Dem wird entgegengehalten, die Kranken seien auch bei größerer Transparenz nicht in der Lage, Träger einer marktwirtschaftlichen Korrekturfunktion zu sein; medizinische Dienstleistungen seien in besonderer Weise ungeeignet, als Waren gehandelt zu werden, auch stünden die Erfahrungen mit dem Wettbewerb im Kontrast zu dem in den westlichen Industrieländern verbreiteten ethischen Grundverständnis, wonach die Behandlungschancen der Bürger nicht vom Einkommen oder dem Versicherungsstatus abhängen sollte.

---

<sup>10</sup> Die ersten Versuche zur Integration in Deutschland gehen überwiegend von der ambulanten kassenärztlichen Versorgung aus. Der ökonomisierte Kontext verleiht diesen Versuchen oftmals den Charakter von Kartellen, die zur Erzielung höherer 'Marktanteile' bzw. Einkommen zulasten der Krankenhäuser geschlossen werden. Das ist dann das Gegenteil von Integration.

Überall nutzen die Finanzierer - sei es die Regierung in Großbritannien oder Schweden, seien es soziale Krankenversicherungen in Kanada oder Deutschland oder die privaten 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 lenken und zu integrieren. Das ist in Deutschland bislang noch am geringsten ausgeprägt. Ein Durchbruch zu einer neuen Qualität der Beziehungen zwischen Finanzierung und Versorgung wird dann erzielt, wenn (öffentliche oder private) Krankenversicherer, Staat oder auch kommerzielle Managed-Care-Unternehmen (USA) durch den Abschluss selektiver Verträge mit Anbietern die Versorgung organisieren können. Das entspricht etwa dem von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) geforderten 'Einkaufsmodell' oder den 'Independent Practice Organizations' in den USA. Weitergehende Formen führen die Finanzierungs- und Versicherungsfunktion mit der Versorgungsfunktion zu einer einzigen Organisation zusammen, wie das bei den amerikanischen 'Health Maintenance Organizations' (HMOs) 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 2: Verbetrieblung der medizinischen Arbeit**

Soweit Budgets und Pauschalen den Anbietern 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.

In Stichworten lassen sich einzelne Schritte der Veränderung von medizinischer Arbeit identifizieren:

- Die Medizin unterliegt einer Standardisierungstendenz, sich äußernd in 'standards', 'guidelines', 'options', Algorithmen u.ä.m. Die medizinische Arbeit wird, bezogen auf bestimmte Diagnosen oder Prozeduren, mit unterschiedlicher Verbindlichkeit normiert (Berg 1997).
- 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. Man kann dann bestimmte Verlust- oder Gewinnfälle identifizieren, Krankheiten ('Diagnosen') nach ihrer Profitabilität unterscheiden, und von individuellen Ärzten weiß man dann, ob sie Gewinn oder Verlust eingebracht haben.

- 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 3: Entwicklung einer Vielzahl von Instrumenten zum betrieblichen Management der Arzt-Patient-Beziehung**

Zunehmend werden bestimmte Bezahlungsformen als monetäre Anreize oder Sanktionen eingesetzt, um Entscheidungen und Verhalten der Ärzte nach wirtschaftlichen Zielen zu beeinflussen.

Besonders das wild-dynamische Laboratorium der amerikanischen Managed-Care-Medizin (Kühn 1997) hat seit den 80er Jahren eine Fülle neuer Strukturen und Instrumente hervorgebracht, erprobt und eingesetzt, mit denen die Arzt-Patient-Beziehung direkt und unmittelbar kontrolliert und gesteuert wird. Wir haben in Deutschland den Beginn der Imitationsphase schon hinter uns. Auch hier nur einige Stichworte:

Im Zentrum der meisten Konzeptionen steht der Primärarzt als 'Gatekeeper'; er ist obligatorische Anlaufstelle für alle Patienten, entscheidet über die Inanspruchnahme weiterer fachärztlicher oder sonstiger Dienste und soll eine koordinierende und kontrollierende Funktion ausüben. Für das Management ist er die Schlüsselfigur, ein kontrollierter Kontrolleur. Für viele Versicherte geht diese Entwicklung mit dem Verlust der freien Arztwahl einher, was jedoch nur äußerst schwer durchzusetzen ist. Die Möglichkeit, einen Arzt außerhalb des Vertragsnetzwerkes bzw. ohne Überweisung durch den Gatekeeper zu besuchen, wird knapp und kann somit gegen Aufpreis an gut verdienende Gruppen verkauft werden.

Bei besonders kostenträchtigen Fällen (z.B. bei Kopfverletzungen nach Unfällen, dem Verdacht auf spätere Lähmungen, Krebserkrankungen, Aids u.ä.m.) können zudem noch sogenannte (nicht-ärztliche) 'Case Managers' eingesetzt werden, mit deren Hilfe die Behandlungskontinuität gesichert werden soll. An diesem Konzept wird die Ambivalenz augenscheinlich, die den meisten Managementinstrumenten eigen ist, sobald sie in den Ökonomisierungskontext geraten. Können die Case Managers als Agenten des Patienten tätig werden, so können sie ihn vor den Folgen von

Fehlkoordination, im arbeitsteiligen und zugleich desintegrierten Medizinsystem und vor den oft schmerzlichen und risikoreichen Gefahren der Überbehandlung bewahren. 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 Managers 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 tatsächlich sinnlos oder lediglich teuer? Versetzen Sie sich in die Perspektive eines Case Managers oder eines Primärarztes, dem kein Vertrauen entgegengebracht wird.

Die amerikanischen empirischen Studien zeigen überwiegend, dass Erfolge bei der institutionellen Kostenreduzierung entweder nicht oder in nicht messbarer Größenordnung auf eine tatsächlich höhere Wirtschaftlichkeit zurückgehen, sondern sich überwiegend drei Gründen verdanken:

- der Vermeidung von Patienten mit überdurchschnittlich hohem ökonomischen Krankheitsrisiko (eine Strategie, die aus gesamtwirtschaftlicher Sicht freilich nutzlos wäre),
- der Drosselung und Lenkung der Inanspruchnahme<sup>11</sup>, sowie
- des Preisdrucks auf die Leistungserbringer (Kühn 1997).

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 (d.h. auf die Schwerkranken) 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. Hier werden bereits geringfügige relative Vorteile der 'Risikostruktur' in hohem Maße belohnt<sup>12</sup>.

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-

---

<sup>11</sup> Das kann als solches nicht bewertet werden. Ob lediglich eine Überversorgung abgebaut (und damit Belastungen und Risiken des Patienten vermindert werden, kann erst aus dem individuellen Kontext erschlossen werden.

<sup>12</sup> Diese Relationen sind prinzipiell in allen Industrieländern ähnlich, dementsprechend auch die impliziten Anreize.

Care-Organisationen und Versicherungen ‘hauseigene’ Standards nach dem Urteil von Spezialisten ein. Das Expertenurteil hat sich jedoch in Studien als so mangelhaft herausgestellt, dass vor einigen Jahren mit der Agency for Health Care Policy and Research beim Gesundheitsministerium eigens eine Behörde gegründet wurde mit der Aufgabe, 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. Neuere Erhebungen zeigen allerdings, dass mit großem wissenschaftlichen Aufwand erstellte guidelines in der Praxis, entsprechend der wirtschaftlichen Unternehmensziele, oft selektiv angewandt werden; so entfallen beispielsweise bestimmte spezialärztliche Optionen, wenn die Versicherung keinen entsprechenden Leistungsvertrag abgeschlossen hat.

#### **Tendenz 4: Die Arzt-Patient-Beziehung wird in einen zunehmend monetarisierten und bürokratisierten Kontext integriert**

Man unterscheidet zwischen den bereits erwähnten direkten Instrumenten der Steuerung ärztlicher Entscheidungen (etwa durch obligatorische Behandlungsrichtlinien) und indirekten Instrumenten der monetären Anreize. Steuerungssubjekte sind entweder das Management einer Versicherung, eines Managed-Care-Unternehmens oder einer medizinischen Großorganisation (z.B. Krankenhäuser, integrierte Systeme, Netzwerke etc.).

Auf den ersten Blick 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 entscheiden, lediglich haben die einzelnen Optionen unterschiedliche Auswirkungen auf ihr persönliches Einkommen. Zweitens wird angeführt, dass die inhaltlichen Abwägungen weiterhin auf der Ebene der Arzt-Patient-Beziehung verbleiben<sup>13</sup>, also dort, wo unmittelbar kommuniziert werden kann, während bei direkter Lenkung ein Teil der ärztlichen Kompetenz (im doppelten Sinne von Fähigkeit und Macht) auf die Leitungsebene übergegangen sein muss. Auch die Ärzteorganisationen 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 inhaltlich versierten 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

---

<sup>13</sup> Das idealisiert natürlich die traditionellen Verhältnisse in deutschen Krankenhäusern. Hier fallen durch die Ärztehierarchie Behandlung/Kommunikation durch Assistenzärzte und letztliche Entscheidungskompetenz durch Ober- und Chefärzte auseinander.

wachsender Teil der personellen Ressourcen geht in Management und Verwaltung und wird patientenbezogenen Tätigkeiten entzogen, während die medizinischen Dienstleistungen zunehmend formalisiert und bürokratisiert werden. 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 also die monetären Anreize für individuelle Ärzte keine unbürokratische Alternative zum direkten Management dar, abgesehen von den ethischen Problemen, die sie aufwerfen.

Das direkte Management der medizinischen Versorgung von der Finanzierungsseite her, wie es beispielsweise in den amerikanischen Managed-Care-Organisationen üblich ist, kann einen Autonomieverlust der Ärzte bedeuten (Barnett et al.1998; Hafferty/McKinlay 1993). Das ist bei kommerziellen MCOs durchweg der Fall; bei solchen gemeinnützigen MCOs, die auf partizipative Strukturen setzen kann sich unter günstigen Bedingungen das Management von einem Kontroll- und Sanktionsorgan in eine ermöglichendes, informierendes und dialogisierendes Management verwandeln. Also auch hier keine Eindeutigkeit der Tendenz.

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.

### **Tendenz 5: Kommerzialisierung**

Durch diese Entwicklung versprechen - erstmals in der Geschichte der Medizin - die medizinischen Dienstleistungen transparent, kalkulier- und steuerbar zu werden<sup>14</sup>. Damit erfüllen sie genau die Kriterien, durch die sie für große kommerzielle Kapitalanlagen interessant werden, die 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

---

<sup>14</sup> Die zahlreichen Insolvenzfälle, Übernahmen und Kurseinbrüche im Bereich der kommerziellen MCOs in den USA lassen es derzeit noch als offen erscheinen, ob das für die universale Versorgung nichtselektierter großer Versichertengruppen tatsächlich der Fall ist.

Anbieter- und Versicherungsfunktion insgesamt zu übernehmen, wie in den 'For-Profit-HMOs', dem derzeit mit Abstand am stärksten wachsenden Bereich der Wachstumsbranche Gesundheitswesen (Salmon 1994). 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 (Dranove 2000). Als Kapitalanlage konkurriert die Medizin in diesen Institutionen mit allen alternativen Möglichkeiten zur Kapitalanlage 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.

Die aktuellen Erfahrungen hierzulande lassen es als durchaus wahrscheinlich erscheinen, dass auch in den nichtkommerziellen Bereichen ähnliche Konfliktkonstellationen entstehen, wenn über Budgets auf der makroökonomischen Ebene entsprechender Druck ausgeübt wird.

### ***Ethische Implikationen des Wandels***

#### **Ethik ist kein Beiwerk, sondern die Sache selbst**

Aus der treuhänderischen Beziehung zwischen den medizinischen und pflegerischen Versorgungsinstitutionen und ihren Patienten erwächst moralische Verantwortung. Ausgehend von der Schutzbedürftigkeit der Kranken betont die westliche hippokratische Medizinethik vier wichtige Grunderwartungen der Individuen gegenüber dem Arzt – bzw. gegenüber der gesamten medizinischen Versorgungseinrichtung. Hiernach haben Ärzte:

- uneingeschränkt loyal gegenüber dem Patienten zu sein,
- allein im Interesse des Patienten zu handeln,
- das Wohlergehen des Patienten über die eigenen finanziellen Interessen (die akzeptiert werden) zu stellen und
- das Arztgeheimnis zu wahren (Rodwin 1993).

Die herausragende Bedeutung der Ethikfrage liegt darin, dass – wie die Erfahrung zeigt – auch im Informationszeitalter die Angemessenheit, Qualität und Zuverlässigkeit solcher komplexen persönlichen Dienstleistungen prinzipiell allein rechtlich-normativ nicht erreichbar ist:

- die Patientinnen und Patienten sind meist krank, leidend, mehr oder weniger eingeschränkt und angstvoll. Daher gelten sie in zivilisierten Gesellschaften als besonders schutzbedürftig. Sie vertrauen sich dem Arzt bzw. der Institution an in der Erwartung, dass diese in ihrem Interesse tätig werden. Diese Erwartung ist ein öffentliches Gut, denn von ihr profitieren auch die Gesunden als noch nicht Bedürftige;

- auch die Intimität der Beziehung macht es – bei wenigen Ausnahmereichen – unmöglich, diesen Schutz des Kranken allein über rechtliche und technische Normierungen zu gewährleisten. Im Regelfall müssen die Patienten auf Seiten der Ärzte und Pflegepersonen eine verinnerlichte, zur Selbstverständlichkeit gewordene ethische Orientierung voraussetzen können;
- die Patienten sind keine jenseits der Produktion stehenden Konsumenten eines materiellen Produktes, sondern Bestandteil des Produktionsprozesses selbst. In den medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen spielen sie eine Doppelrolle als Arbeitsgegenstand und Mitproduzent. Sie sind Objekte und Subjekte der medizinisch-pflegerischen Arbeit. Nahezu jeder Aspekt des Wandels tangiert ihre Lage.
- die Steuerung der Krankenhäuser zieht aufgrund der Komplexität unweigerlich eine Fülle von nicht intendierten und nicht absehbaren (nicht antizipierten) Folgen und Widersprüchen nach sich. Diese können von Politikern, Verbandsfunktionären oder Krankenhausleitungen dementiert und ausgeblendet werden; aber von Ärzten und Pflegekräften wird eine ethische Stabilität erwartet, die sie auch in Konstellationen, für die sie formal nicht verantwortlich sind, gegenüber den Patienten verantwortlich handeln lässt. Das gilt auch für Fälle, in denen die Anreiz- und Sanktionssysteme pervertiert sind, d.h. sie für Verstöße gegen das Patientenwohl belohnt und für gebotenes Verhalten benachteiligt werden. Letzteres ist nicht selten der Fall bei prospektiven Finanzierungsweisen.
- Auch wenn es einen großen möglichen Überlappungsbereich gibt, sind die Interessen des ärztlichen und pflegerischen Personals nicht identisch mit denen der Patienten. Ärzte und Pflegepersonal haben in ihrer – letztlich unvermeidlich – asymmetrischen Beziehung zum Patienten viele Möglichkeiten, einen Teil des auf ihnen lastenden zeitlichen, finanziellen und moralischen Druckes in irgendeiner, meist subtilen Form an diese weiterzugeben. Trotz einzelner großer Anstrengung in Teilbereichen existiert bislang und in absehbarer Zukunft definitiv kein praktikables System der Qualitätskontrolle, das auch nur annähernd in der Lage wäre, Patienten dagegen zu schützen (Angell/Kassirer 1996).

Wie erwähnt beeinflussen die neuen prospektiven Finanzierungsformen die Entscheidungen eher in Richtung auf sparsamen Ressourcenverbrauch mit dem Risiko der Unterversorgung, Qualitätssenkung und Risikoselektion. Die Möglichkeit, Vertrauen haben zu können, dass im Bedarfsfall für jeden die angemessene medizinische Versorgung verfügbar ist, ist ein 'öffentliches Gut'. Es dient nicht nur den Patienten, sondern auch allen Gesunden. Seine Zerstörung kann Ergebnis "externer Effekte" eines zunehmend ökonomisierten Medizinbetriebes sein. Was dieses Gut 'Vertrauen' auch für Nichtpatienten bedeutet, wird deutlicher, wenn man sich fragt, wie man

selbst als potentieller 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, wenn man weiß, dass die Realisierung dieses Rates demjenigen, der ihn gibt einen finanziellen Bonus (bzw. die Vermeidung eines Verlusts) einbringt. Woher wissen die Kranken und ihre Angehörigen, wie dieser Rat motiviert ist? 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? Krankheit ist eine Notlage, worauf sollen die Kranken vertrauen können?

### **Ökonomisierungseffekte im Krankenhausbetrieb**

Auch in den deutschen Krankenhäusern<sup>15</sup> stehen Ärzte und Pflegekräfte im Konflikt zwischen ihrer ethischen Motivation bzw. den Erwartungen der Patienten und den Imperativen der Ökonomisierungstendenz. Steuerung müsste daraufhin befragt werden, ob sie Bedingungen schafft, unter denen die Dienstleister ihrer ethischen Verantwortung handelnd gerecht werden können (Emanuel/Dubler 1995).

Die ermittelten Formen der Ökonomisierung ärztlicher Entscheidungen sind meist zugleich auf irgendeine Weise soziale Differenzierungen der Patienten. Kriterien sind Versicherungsart (Kassenpatienten oder Selbstzahler), Kostenrisiko, individuelle Gegenwehrmöglichkeiten der Patienten (z.B. Bildungsgrad, Alter) und soziale Nähe<sup>16</sup>. Generell anzutreffen und unbestritten häufig sind:

- Die zeitliche Verschiebung der Behandlung aus ökonomischen Gründen. Die Begründung, die jeweilige Behandlung habe 'elektiven' Charakter, ist ein Beispiel für das generelle Phänomen der Übersetzung ökonomischer Rentabilitätsgründe in die Sprache der Medizin (Kuhlmann 1997). Wie 'elektiv' eine Leistung ist, hängt vom Ausschöpfungsgrad eines Budgets zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme ab. Zudem trifft der mit diesem Begriff verbundene Eindruck, die Patientensituation werde nicht nennenswert

---

<sup>15</sup> In einem Forschungsprojekt am Wissenschaftszentrum Berlin/ Berliner Zentrum für Public Health haben wir mit Fallstudien in deutschen Krankenhäusern zu ermitteln versucht, mit welcher Vielfalt höchst widersprüchlicher Prozesse die oben erwähnten Grundtendenzen sich konkretisieren: "Anpassung der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung und Auswirkungen auf die Patientenorientierung", H. Kühn (Leitung), M. Simon, Berliner Zentrum Public Health und Wissenschaftszentrum Berlin; die Ergebnisse werden 2001 als Buch erscheinen. Es geht dabei (noch) nicht um quantitative Verteilungen, sondern um die Exploration bestimmter Anpassungsweisen und -formen.

<sup>16</sup> Kuhlmann (1997, 42) zitiert aus einem Interview: "Unterschwellig gewichtet man schon irgendwie so, also dass z.B. beruflicher Status oder so irgendwie 'ne Rolle spielt"

tangiert, häufig nicht zu, sondern ist Ausdruck einer organmedizinisch bornierten Sichtweise. Zum Beispiel ist eine aufgeschobene Hüftgelenkoperation mit Schmerzen und – teilweise weitgehenden – Bewegungseinschränkungen verbunden, die wiederum das Krankheits- und Mortalitätsrisiko vor allem der alten Patienten erhöhen.

- Ökonomisch begründete Verlegungen von kostenaufwendigen Patienten in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen lassen sich sogar statistisch nachweisen. Betroffen sind alte chronisch kranke und/oder multimorbide Patienten, solche mit schweren Unfällen usw. (Simon 1997, 2000). Entweder kann die Aufnahme vermieden werden ("wir sind voll belegt") oder eine Weiterverlegung kann mit medizinischer Begründung erfolgen.
- Drastische Verweildauersenkung in Krankenhäusern mit hohem Wettbewerbsdruck beobachtet man fast ausschließlich bei den 'Fallpauschalenpatienten' im Unterschied zu den 'Pfllegesatzpatienten' und den 'Selbstzahlern'. Sowohl die überlange Verweildauer als auch die vorschnelle Entlassung führen zu Versorgungsrisiken.
- Ein weites Feld ist die Legitimation der Nichtgewährung effektiver<sup>17</sup> Leistungen durch ökonomisch motivierte ärztliche Indikationsstellung ('schleichende Rationierung')(Braun 2000).

### **Interessenkonflikte**

Wir haben es hier mit Interessenkonflikten zu tun, bei dem auf der einen Seite die von Ärzten und Pflegekräften erwartete treuhänderische Moral steht und auf der anderen Seite Einkommens- und Karriereinteressen bzw. die Loyalität zur Institution (Rodwin 1993, Spece et al. 1996). Sie werden nicht selten zulasten der Patienten entschieden. Presseberichte über "heimliche Selektion" sind nach den Ergebnissen unserer Fallstudien durchaus ernst zu nehmen.<sup>18</sup> Pflegekräfte fühlen sich belastet als Mitwisser und als Adressaten bohrender Patientenfragen und reagieren darauf verschieden. Die individuellen Handlungsoptionen, damit umzugehen, werden im Zuge der Verbetrieblichung geringer, das erforderliche Maß an Widerständigkeit im Interesse des Patienten größer.

Der Ethikbetrieb sieht diese Interessenkonflikte meist als schwierige Wahl bzw. 'Güterabwägung' angesichts konkurrierender moralischer Werte, wie das bei anderen ethischen Problemen in durchaus der Fall sein kann (Sass/Viefhus 1991). Hier gibt es jedoch kein schicksalhaft unausweichliches Dilemma. Das individuelle und gesellschaftliche Primärinteresse ist die Loyalität zum Kranken, und die Nutzung einer

---

<sup>17</sup> i.S. von Heilerfolg und/ oder Symptomlinderung.

<sup>18</sup> Es ist bemerkenswert, dass weder Krankenkassen noch die zuständigen Ministerien initiativ werden, um diesen Fragen nachzugehen.

Einkommenschance ist, ethisch gesehen, eindeutig nur Sekundärinteresse. Es konfliktieren zwei Seiten, deren eine ethisch eindeutig die Priorität hat.

Dem bisher gesagten wird entgegengehalten, Konflikte zwischen Einkommensinteresse und Patientenloyalität seien in der Medizin durchaus nichts neues. Das stimmt. Jedoch das Neue liegt in der zunehmenden, institutionell gesicherten, sanktionsbewährten und monetär belohnten Unausweichlichkeit der ökonomischen Überformung ärztlicher Entscheidungen für die individuellen Ärzte und Pflegekräfte. Im New England Journal of Medicine drückte ein Arzt dies als seine Erfahrungen recht drastisch aus: "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).

Die marktliberale Ideologie und der sie vermittelnde Jargon sind tief in das Denken und Handeln im Gesundheitswesen eingedrungen. Ein Effekt scheint die Erblindung gegenüber dem empirisch unabweisbaren Sachverhalt zu sein, dass die Verselbständigung der Ökonomie vom Mittel zum Zweck, vom Streben nach Wirtschaftlichkeit zur wirtschaftlichen Verwertung Bürokratisierungsprozesse reinsten Wassers hervorruft (Kühn 1997). Es bildet sich ein Medizin-Ideal heraus, das Max Weber mit den 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 in der Tendenz den institutionalisierten Ausschluss der Person des Patienten aus der Entscheidung. 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 (Kühn 1989; Frankford 1994, Belkin 1994). Für ethische Probleme des skizzierten Interessenkonflikts findet sich in dieser Welt keine Wahrnehmungskategorie.

### **Individuelle Anpassung**

Im selben Maße, in dem das so ist, interagieren die Kranken nicht mehr mit ihren Agenten, den Ärztinnen und Ärzten, Schwestern und Pflegern, sondern mit Charaktermasken eines Organisationssystems. Das ökonomische Ziel verwandelt sich vom Instrument zur Effizienzsteigerung zum primären Zweck, der sich hinter dem Rücken der Patienten das medizinisch-

pflegerische Handeln unterwirft. Das Tempo des Wandels und seine Undurchschaubarkeit<sup>19</sup>, die neu entstehenden Aufgaben, die Entwertung von Qualifikationen und Erfahrungen, neue Arbeitsteiligkeiten, Verluste von Autonomie gepaart mit neuen Verantwortungen, denen man sich nicht gewachsen glaubt, Lockungen neuer beruflicher Perspektiven und Einkommensmöglichkeiten usw. stellen zur Selbstverständlichkeit gewordene moralische Orientierungen vor Zerreißproben. Die alltäglichen routinisierten 'shortcuts' aus erfahrungsgemäß Richtigem, mit denen eigenes Handeln mit den moralischen Werten in Übereinstimmung gebracht werden, befriedigen nicht mehr. In besonderen Situationen kann es zu zugespitzten und offensichtlichen (inneren und äußeren) Konflikten kommen zwischen dem 'treuhänderischen' Selbstverständnis der Dienstleister und den Verlockungen bzw. Zwängen zum Vertrauensbruch, zwischen der Achtung des Schutzbedürfnisses und seiner wirtschaftlichen Verwertung.

Die schnell vollzogene Anpassung bedeutet bei patientenbezogenen Dienstleistungen, nicht nur Abkehr von der eigenen Moral und somit auch vom bisherigen Selbstbild, sondern auch Verrat an einem anvertrauten und schutzbedürftigen Menschen. Das führt zur 'moralischen Dissonanz' mit quälendem psychischen Unbehagen, das länger anhält und tiefer ans Selbstbewusstsein rührt als die – im Wandel sich ebenso häufende – Frustration von Bedürfnissen. Diese Gewissensnot kann so peinigend sein, dass Individuen – meist unbewusst, aber mit um so größerer Energie – alles daransetzen, um das moralische Dissonanzerlebnis möglichst umgehend wieder zu harmonisieren. Die intellektuell einfachste, aber praktisch meist schwierigste Lösung liegt darin, den Zwängen und Versuchungen der Institution und der Angst vor Isolierung zu widerstehen. Eine andere Befreiungsvariante aus chronischen Moralkonflikten ist die Flucht aus dem Beruf. Obwohl bei hoher Arbeitslosigkeit nur ein letzter Ausweg, dürften solche Konflikte bei Pflegekräften nicht selten zu dieser Entscheidung beitragen.

Zu allen Zeiten und in sozialen Zusammenhängen gab es Personen, die die Kraft hatten zu widerstehen. Die Geschichte zeigt aber, dass dies nur wenigen und diesen oft nicht ein Leben lang möglich zu sein scheint. Aus dieser unbestreitbaren Tatsache wäre ein Gebot der politischen Ethik abzuleiten. Es besagt, Institutionen und Steuerungsinstrumente so zu

---

<sup>19</sup> Ich hätte den ersten Teil nicht geschrieben, wenn ich nicht glaubte, die wichtigsten großen Trendlinien seien analytisch erschließbar. Damit ist aber nicht gesagt, auch die Prozesse im Kleinen, d.h. auf einer Krankenhausstation, in einer Abteilung, einer Klinik oder einer Arztpraxis, seien ebenso durchschaubar. Das sind sie nicht einmal für diejenigen, die auf diesen Ebenen zu den 'Entscheidungsträgern' zählen, da viele Resultate ihrer Entscheidungen niemals intendiert waren und manche Intention sich in ihr Gegenteil verkehren kann.

gestalten, dass die in ihnen handelnden Individuen keine Helden werden müssen, um ihrer ethischen Verantwortung zu entsprechen.<sup>20</sup>

Das ist um so mehr geboten, als die Psychoanalyse einen erstaunlichen Variantenreichtum an Strategien kennt, mit denen die Menschen ihr Gewissen überlisten, um ihr moralisches Gleichgewicht wiederzuerlangen. Die – im psychologischen Sprachgebrauch – 'rationalisierende' Interpretation der Entscheidungskonstellation erlaubt es, das Verhalten den neuen Bedingungen (z.B. pervertierter Anreizsysteme) anzupassen, ohne subjektiv aus der Kontinuität der eigenen Werthaltung aussteigen zu müssen. Die Psychodynamik einer Krankenhausabteilung oder Station verrät oft ein dazu funktionales Phänomen. Die unbewusste Angst vor der Gewissenspein äußert sich häufig in Aggressionen gegen jeden, der dieses oft nur mühsam erzielte und von der Realität immer wieder bedrohte Gleichgewicht gefährdet. Als größte Bedrohung wird oft die Haltung der resistenten Kollegen erlebt. Das lässt sie leicht zum Ziel von Aggressionen werden und treibt sie in die Isolation. Der akademische Ethikbetrieb, meist darauf angelegt, die rationalisierende Anpassung an das herrschaftlich Abgeforderte zu erleichtern, pflegt die Resistenten – in Anlehnung an Max Weber (1919) – als 'Gesinnungsethiker' zu etikettieren, einem anderen Wort für arme realitätsblinde, aber gefährliche Irre.

Dennoch versuchen viele Krankenschwestern und Pfleger, Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, ihrer Berufsethik gerecht zu werden, auch wenn sie dafür Nachteile in Kauf nehmen müssen. Werden sie jedoch nicht durch die gesellschaftliche Umwelt und durch neue Strukturen darin unterstützt, ist zu erwarten, dass auch sie nach einer Phase des Übergangs das zunächst als 'Fremdzwang' erlebte, kulturell, psychisch und moralisch zu 'Selbstzwang' zu verinnerlichen. Dieser wird freiwillig und selbstverständlich und muss weder vor dem Berufsgewissen, noch gegenüber dem Anderen gerechtfertigt werden. Ich nenne exemplarisch nur einzelne Formen psychisch-moralischer Entlastungsmuster:

Anforderungen der Institution, die als im Gegensatz zu den obigen ethischen Erwartungen erlebt werden, werden interpretiert als solche der 'Gesellschaft' oder 'Gemeinschaft' gegenüber denen Ansprüche des Individuums (Patient) zurückgestellt werden müssen, obgleich der Anspruch des kranken Individuums letztlich ein Anspruch aller Individuen ist.

Die Philosophiegeschichte zeigt, dass gesellschaftliche Interessen häufig über das jeweilig Menschenbild in ethischen Haltungen umgesetzt werden. Beispielsweise erscheint soziale Unterdrückung und Ausbeutung in einem

---

<sup>20</sup> Freilich müssten dazu die politisch verantwortlichen Individuen heroisch handeln, was ebenso selten (und daher auch meist erfolglos) ist.

anderen moralischen Licht, wenn die Natur des Menschen als aggressiv, zügellos egoistisch und triebhaft angesehen wird. Es ist dann nur folgerichtig, dass er 'beherrscht' werden muss. Diffus macht sich ein Wandel des Patientenbildes in der Medizin bemerkbar und zwar dergestalt, dass die neuen, durch Sanktions- oder Anreizsysteme herbeigeführten Verhaltensweisen damit gerechtfertigt werden. Das noch vor wenigen Jahren dominierende Bild eines in allen gesundheitlichen Angelegenheiten gänzlich inkompetenten Patienten, der nicht weiß, was gut für ihn ist, wird jetzt abgelöst vom Bild des Patienten als einem 'unersättlichen Konsumenten'. Das entlastet denjenigen, der diesem einen Dienst, ein Medikament oder auch nur ein Gespräch vorenthält, gilt es doch, Unersättlichkeit in Grenzen zu halten. Das muss auch nicht verwundern: die prospektive Finanzierung durch Pauschalen und Budgets überträgt das Versicherungsrisiko auf die Station oder Abteilung, ohne dass die Patienten- bzw. Fallzahl tatsächlich den Umfang eines Risikopools hätte. Da wird der Patient als potentiell bedrohlich empfunden.

Auch die Karriere eines anderen Begriffes vom Patienten ist hier zu nennen: des 'Kunden'. Unbestreitbar stiftet die damit einhergehende Marketingstrategie auch positive Veränderungen in einer Institution Krankenhaus, in der – schonender lässt es sich nicht ausdrücken – noch vor wenigen Jahren die Einführung normaler bürgerlicher Anstandsnormen bereits eine Revolution bedeutet hätte. Höflichkeit und Freundlichkeit ist hier eine bemerkenswerte Innovation. Welche Normen und Werte werden aber unbemerkt durch die Verwandlung des Patienten in einen Kunden transportiert? Was ist nach allgemeinem Verständnis ein Kunde? Er/Sie hat die Wahl, kann abwägen, kann gehen, wenn es ihm/ihr nicht gefällt etc. Was hingegen ist ein Kranker? Er/Sie ist in Not, braucht Hilfe, hat oft keine Wahl, kann oft nicht wägen und auch nicht warten. Wie entlastend ist es, einen Kranken als Kunden anzusehen? Mit welchen Folgen für ihn oder sie?

### **Moralischer Verfall oder struktureller Interessenkonflikt?**

Halten wir fest: das wettbewerbs- und verdienstökonomische Kalkül wird zunehmend entsubjektiviert, d.h. es bleibt nicht mehr dem unmittelbar Handelnden überlassen, sondern wird in die Institution, ihre Anreiz- und Sanktionssysteme integriert. Daher wird die moralische Qualität der künftigen Medizin (die bereits begonnen hat) immer weniger nur von der individuellen Moral der ärztlich und pflegerisch Betreuenden, sondern zunehmend von den Verhaltenszwängen abhängen, die in die Institution und in das Gesamtsystem eingebaut sind.

Die meisten Moralprobleme, die auf konfligierenden Interessen beruhen, sind nicht als Moralprobleme, sondern als Strukturprobleme lösbar (Bauman 1994, Ben-Ner/ Putterman 1999)). Interessenkonflikten ist nicht mit Moralappellen beizukommen, aber sie können gestaltet werden. Unser

Gegenstand wäre also nicht 'Fehlverhalten', sondern wären Strukturen, die das Risiko des Fehlverhaltens vergrößern, indem sie einen 'Interessenkonflikt' herbeiführen. Die damit für die ärztlichen und pflegenden Dienstleister einhergehende psychische Belastung ließe sich auf diesem Weg ebenfalls reduzieren.

Mit dem Begriff des Interessenkonflikts lässt sich die gedankliche Verbindung zwischen den ethischen Forderungen an die individuellen Ärztinnen 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 ärztlichen Treuhänder in Konflikt zur ethischen (und manchmal auch rechtlichen) Norm bringen und damit das Risiko der Normverletzung erhöhen.

Der 'Interessenkonflikt', verstanden als eine objektive Bedingung individuellen Handelns ist noch nicht die Normverletzung, aber 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. 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.

Der makroökonomische Druck, der durch die neuen Finanzierungsformen auf den Institutionen lastet, muss 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 Medizin in Deutschland weist hier im internationalen Vergleich ganz erhebliche Modernisierungsrückstände auf. Internationale Beispiele zeigen, dass geringerer Ressourcenverbrauch nicht zwangsläufig mit der Zerstörung individuellen und sozialen Vertrauens bezahlt werden muss. Am Beispiel von Ärzten zeigt sich, dass es ihnen, wenn sie in kollegial-kooperativen und berufsübergreifenden Zusammenhängen arbeiten und ihr Einkommen im Wesentlichen ein Gehalt ist, möglich wird, sich auf die Individualität des Patienten zu konzentrieren und Entscheidungen zu treffen, die nicht mit je unterschiedlichen Verdienstchancen verknüpft und belastet sind. Auf der Systemebene muss gesundheitspolitisch sichergestellt werden, dass die oben skizzierten Möglichkeiten zur Externalisierung durch Patientenselektion,

Personalverknappung, Qualitätssenkung usw. Gegengewichte findet. Hier gibt es kein Allheilmittel, sondern eine statistisch ermittelte Kontrolle der Risikostruktur, neue Formen der Teamarbeit, Partizipation von Patienten und Angehörigen, Patientenrechte und ein Zurückdrängen der materiellen und moralischen Ab- und Entwertung von Solidarität und Öffentlichkeit müssen zusammenwirken. Es ist keine Frage, dass die Berufszufriedenheit der Ärzte und Pflegekräfte damit steigt und wahrscheinlich auch das Verhältnis von gesundheitlichem Nutzen und den gesamten Kosten (d.h. der monetären und nichtmonetären, betrieblichen und gesellschaftlichen bzw. externalisierten Kosten) sich verbessert. Denn die ökonomisierte Medizin ist keineswegs wirtschaftlich.

Über die Unvermeidlichkeit bzw. Irreversibilität einer Medizin, die stärker betriebsförmig und integriert ist, sollte man sich keine Illusionen machen. Das ethische und politische Problem besteht darin, die medizinische Versorgung als Teil des gesellschaftlichen Lebens und somit als Feld demokratischer Gestaltung zu entdecken. Die ethische Grundfrage 'wie wollen wir leben?' muss konkret in Strukturen übersetzt werden und die vorhandenen Strukturen wären daraufhin zu analysieren, welche impliziten Antworten auf diese Grundfrage sie bereits enthalten.

### **Literatur**

"Anpassung der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung und Auswirkungen auf die Patientenorientierung", H. Kühn (Leitung), M. Simon, Berliner Zentrum Public Health und Wissenschaftszentrum Berlin, noch unveröffentlichte Ergebnisse.

**Angell, M./Kassirer, J.P. 1996**, Quality and the medical marketplace - Following Elephants, NEJM, 335, 12: 883-885

**Barnett, J.R./Barnett, P./Kearns, R.A. 1998**, Declining Professional Dominance?: Trends in the Proletarianisation of Primary Care in New Zealand, Social Science and Medicine, 46, 2, 193-207

**Bauman, Z. 1994**, Morality without ethics, Culture & Society, Vol.11: 1-34

**Belkin, G.S. 1994**, The new science of medicine, Journal of Health Politics, Policy, and Law, 19: 801-808

**Ben-Ner, A./Putterman, L. (Eds) 1999**, Economics, Values, and Organization, New York/ Cambridge/UK (Cambridge University Press)

**Berg, M. 1997**, Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices, The MIZ Press, Cambridge, Mass./ London

**Braun, B. 2000**, Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln?, St. Augustin (Asgard)

**Connors, R.B. (Ed.) 1997**, Integrating the practice of Medicine, Chicago (American Hospital Publishing)

**Conrad, D.A./Dowling, W.L. 1990**, Vertical integration in health care: theory and managerial implications, Health Care Management Review, 15 (fall), 9-22

**Dranove, D. 2000**, The Economic Evolution of American Health Care: From Marcus Welby to Managed Care, Princeton and Oxford (Princeton University Press)

- Emanuel, E.J./Dubler, N.N. 1995**, Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care, *JAMA*, 273, 323-329
- Frankford, D.M. 1994**, Scientism and economism in the regulation of health care, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19, 773-799
- Ginzberg, E. 1999**, US Health Care: A Look Ahead to 2025, *Annual Review of Public Health*. 20: 55-66.
- Hafferty, F.W./ McKinlay, J.B.(Eds) 1993**, *The Changing Medical Profession: An International Perspective*, New York/ Oxford (Oxford University Press)
- Kuhlmann, E. 1997**, "...zwischen den Mahlsteinen". Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen settings, in: *Prioritäten und Wertkonflikte im Einsatz knapper klinischer Behandlungsressourcen: Eine explorative Studie über alltagspraktische Entscheidungssituationen in der Krankenversorgung*, Projektleitung: G. Feuerstein, Forschungsbericht, Bielefeld, 1-75
- Kühn, H. 1989**, Glanzvolle Ohnmacht - Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin, in: *Der ganze Mensch und die Medizin (Argument-Sonderband AS 162)*, Hamburg 1989, S. 111-128
- Kühn, H. 1990**, Ökonomisierung der Gesundheit. Am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, *WSI-Mitteilungen*, H.2, 62 -75
- Kühn, H. 1997**, Managed Care: Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA ,Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (P97-202)
- Kühn, H. 1998**, Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken, in: *Sozialer Fortschritt*, 47, 6, 131-136
- Kühn, H. 1998a**, Industrialisierung der Medizin? Zum politisch-ökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen, in: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd.29, Berlin und Hamburg (Argument), 34-52
- Kühn, H./ Simon, M. 2001**, Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung, Abschlußbericht eines Forschungsprojekts der Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FK: 01 EG 9525/8), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
- 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
- Rodwin, M. A. 1993**, *Medicine, money and morals: physicians' 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)
- Scovern, H. 1988**, Hired help: A physician's experience in a for-profit staff model HMO, *NEJM*, 319, 787-90
- Simon, M. 2000**, *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland*, Opladen/Wiesbaden (Westdeutscher Verlag)
- Simon, M. 1997**, *Das Krankenhaus zwischen öffentlichem Versorgungsauftrag und einzelwirtschaftlicher Orientierung. Neuere Entwicklungen in der stationären Kran-*

kenversorgung im Gefolge von Budgetdeckelung und neuem Entgeltsystem, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 28, Hamburg (Argument), 33-54

**Spece, R.G./ Shimm, D.S./ Buchanan, A.E. 1996**, Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research, New York & Oxford (Oxford University Press)

**Weber, M. 1973 (1919)**, Der Beruf zur Politik, in: ders., Soziologie, Universalgeschichtliche Analysen, Politik, Stuttgart (Kröner), 167-185