

Publiziert unter: Alexander Dietz, Ökonomisierung als Gefahr? Ethische Handlungsorientierung und Ökonomismus im Gesundheitswesen, in: Björn Görder / Rebekka Klein (Hg.), Werte und Normen im beruflichen Alltag. Bedingungen für ihre Entstehung und Durchsetzung, Berlin u.a. 2011, 217-228.

// Seite 217 //

Ökonomisierung als Gefahr? Ethische Handlungsorientierung und Ökonomismus im Gesundheitswesen

Alexander Dietz

Dieser Beitrag setzt sich mit der Frage auseinander, inwiefern Ökonomisierung als Gefahr für die ethische Handlungsorientierung betrachtet werden kann. Nach einer differenzierenden Klärung der Begriffe Ethik, Ökonomie und Ökonomisierung werden die so gewonnenen Kriterien auf ein konkretes Beispiel aus dem Bereich des Gesundheitswesens angewandt. Auf Anregung von Joachim Fetzer beziehen wir uns in unseren Beiträgen für diesen Band beide auf dasselbe Beispiel in der Hoffnung, dass dadurch die Diskussion noch fruchtbarer wird. Das Beispiel lautet: „Eine 41-jährige, bisher gesunde Bäckerei-Fachverkäuferin wird als Notfall mit kolikartigen Oberbauchschmerzen in die Innere Medizin eingeliefert. Nach zweitägiger Diagnostik wird als Ursache ein Gallensteinleiden diagnostiziert. Die Oberbauchkoliken waren durch einen Steinabgang entstanden. Eine konservative Akuttherapie mittels Schmerzmitteln und Spasmolytika verläuft erfolgreich. Die nun beschwerdefreie Patientin wird im Anschluss konsiliarisch in der Chirurgie vorgestellt, und in Übereinstimmung mit den Leitlinien wird die Indikation zur früh-elektiven, also planbaren Gallenblasenentfernung gestellt. Mit Einverständnis der Patientin wird die sofortige Übernahme sowie eine Operation am Folgetag angeboten. Die noch behandlungsführende Abteilung für Innere Medizin lehnt jedoch ab und schlägt stattdessen vor, die Patientin zunächst zu entlassen und in sechs Wochen zur Operation wieder aufzunehmen. Nur so vermeide man eine Teilung der DRG-Ziffer zwischen Innerer Medizin und Chirurgie und könne stattdessen den Erlös für beide beteiligten Kliniken maximieren. Zudem widerspreche dieses Vorgehen auch nicht den medizinischen Leitlinien, die ja nur allgemein und ohne Zeitvorgabe eine früh-elektive Entfernung der Gallenblase empfehlen würden.“¹

// Seite 218 //

1 Ethik und Ökonomie

Menschen müssen ständig Entscheidungen treffen. Die Fachverkäuferin aus dem Beispiel muss beispielsweise entscheiden, ob sie einer Operation zustimmt, die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger müssen entscheiden, ob DRG's eingeführt oder abgeschafft werden sollen, die Verantwortlichen der Abteilung für Innere Medizin müssen entscheiden, ob die Patientin sofort oder erst später operiert werden soll. Um eine Entscheidung zwischen verschiedenen Alternativen treffen zu können, muss der Entscheidende Normen (z.B. Leben erhalten ist besser als Leben vernichten), Haltungen (z.B. Egoismus) und Zielvorstellungen (z.B. ein gerecht gestaltetes Gesundheitswesen) zugrundelegen. Das jeweilige System von Normen, Haltungen und Zielvorstellungen, das durch eine bestimmte Weltanschauung (insbesondere irgendein Menschenbild) geprägt ist und das in irgendeiner Ausprägung jeder

¹ Volker Schumpelick, Bernhard Vogel (Hg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven, Freiburg u.a. 2008, hier 271.

Entscheidung – bewusst oder unbewusst – zugrunde liegt, wird Ethos genannt. Also hat jede menschliche Entscheidung unbedingt eine ethische Dimension. Eine egoistische Entscheidung ist beispielsweise nicht unethisch, sondern ihr liegt ein bestimmtes Ethos (das des Egoismus) zugrunde, das bestimmten anderen Ethoi (z.B. dem des Altruismus) widerspricht. Die Reflexion dieser ethischen Dimension von Entscheidungen wird *Ethik* genannt.² Wenn man voraussetzt, dass reflektierte Entscheidungen unreflektierten vorzuziehen sind, dann ist Ethik grundsätzlich wünschenswert. Man kann unterscheiden zwischen Individualethik (die sich mit dem Ethos beschäftigt, das individuellen Handlungen zugrunde liegt oder liegen sollte) und Sozialethik (die sich mit dem Ethos beschäftigt, das der Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zugrunde liegt oder liegen sollte). Beide Dimensionen spielen im Beispiel eine Rolle, wie im Folgenden noch darzulegen sein wird.

Menschen brauchen aufgrund ihrer leiblichen Existenz materielle Güter zum Leben und müssen Anstrengungen unternehmen, um sich die-

// Seite 219 //

se zu beschaffen und dem Mangel an ihnen entgegenzuwirken. Dabei sind sie von Geburt an Teil einer Gemeinschaft, in der jeder beim Erwerb der materiellen Güter zum Leben auf andere angewiesen ist. Außerdem werden zu diesem Zweck Verfahrensweisen technischer und organisatorischer Art ausgebildet. Die Tätigkeiten, die den materiellen Lebensunterhalt der Menschen sichern bzw. die Güterknappheit verringern sollen, fassen wir unter dem Begriff Wirtschaft bzw. *Ökonomie* als einem unbedingt notwendigen Gesellschaftsbereich zusammen. Da der Mensch noch andere Bedürfnisse hat (z.B. Leben in Frieden und Würde, Gesundheit), gibt es in einer menschengerechten Gesellschaft neben dem Gesellschaftsbereich Wirtschaft noch weitere Gesellschaftsbereiche (z.B. Politik oder Gesundheitswesen), die ihren jeweils eigenen Zielen dienen und sich zu deren Realisierung idealerweise jeweils geeigneter Mittel bedienen. Nun spielt in allen Gesellschaftsbereichen auch der Umgang mit materiellen Ressourcen eine (größere oder kleinere) Rolle. Darum haben alle Gesellschaftsbereiche eine ökonomische Dimension. Am oben genannten Beispiel wird dies deutlich daran, dass für die Akuttherapie und den chirurgischen Eingriff bestimmte materielle Ressourcen erforderlich sind (Medikamente, Geräte, Personal), die von irgendjemandem bezahlt werden müssen. Es kann also unterschieden werden zwischen dem Gesellschaftsbereich Ökonomie und der ökonomischen Dimension in allen Gesellschaftsbereichen.

Weder der Gesellschaftsbereich Ökonomie noch die ökonomische Dimension in allen Gesellschaftsbereichen sind an sich ethisch fragwürdig, sondern notwendig und sowohl ökonomisch als auch ethisch verantwortlich zu gestalten (wobei ein ökonomisch verantwortlicher Umgang mit Ressourcen selbst eine wichtige ethische Norm darstellt). Allen Ideologien der pauschalen Wirtschaftsfeindlichkeit, Wirtschaftsverachtung und Wirtschaftsvergessenheit ist entschieden zu widersprechen. Für das Beispiel heißt das, dass es ethisch wünschenswert ist, dass sowohl bei Entscheidungen zur Gestaltung der Finanzierung medizinischer Behandlungen im Krankenhaus als auch bei der Entscheidung darüber, ob die Patientin sofort oder erst später operiert werden soll, auch ökonomische Kriterien eine Rolle spielen sollten, da diese Entscheidungen auch eine ökonomische Dimension haben.

Alle Entscheidungen haben also eine ethische Dimension und sofern sie etwas mit knappen materiellen Gütern zu tun haben, haben sie auch eine ökonomische Dimension. Ökonomische Kriterien stehen nicht wesentlich im Gegensatz zu ethischen Kriterien. Formal gesehen sind ökonomische Kriterien per definitionem ethische Kriterien, wenn sie Teil des

// Seite 220 //

² Vgl. Eilert Herms, *Ethik und Ökonomie – Eine Verhältnisbestimmung*, in: ders. *Die Wirtschaft des Menschen – Beiträge zur Wirtschaftsethik*, Tübingen ²2004, 54-78, hier 54ff.

handlungsleitenden Ethos sind. Inhaltlich gesehen muss unterschieden werden zwischen *erstens* dem klassischen allgemeinen Kriterium der Wirtschaftlichkeit (mit gegebenen Ressourcen möglichst viel zu erreichen bzw. ein gegebenes Ziel mit möglichst wenigen Ressourcen zu erreichen), das als Forderung nach einem verantwortlichen, nicht verschwenderischen Umgang mit Ressourcen ein wichtiges ethisches Kriterium bei allen Entscheidungen mit ökonomischer Dimension darstellt, *zweitens* den diversen möglichen ethischen Kriterien, die derzeit im Gesellschaftsbereich Ökonomie einflussreich sind (z.B. Gewinnmaximierungs-Ziel, Leistungsgerechtigkeit, Vertrauen in Wettbewerb) und die je nach Situation mit anderen ethischen Kriterien in Konflikt geraten können, und *drittens* der Verhältnisbestimmung von ökonomischen und anderen Kriterien im Blick auf den jeweils angemessenen Stellenwert innerhalb eines handlungsleitenden Ethos hinsichtlich einer konkreten Entscheidung in einem bestimmten Gesellschaftsbereich.

2 Ökonomisierung

Im Zentrum des Beispiels steht die Entscheidung von Verantwortlichen einer Krankenhausabteilung, ob eine Patientin sofort oder erst später operiert werden soll. Von dieser Entscheidung hängt die Höhe der Gelder ab, die die Abteilung für die bisherige Behandlung erhält. Die Entscheider im Beispiel tendieren dazu, die Operation zu verschieben, um ihren „Erlös [...] zu maximieren“. Das Beispiel lebt von dem Unbehagen, den diese Begriffswahl bei vielen weckt, wenn sie im Bereich des Gesundheitswesens Verwendung findet. Begegnet hier nicht ökonomisches Kalkül an einer Stelle, wo es nicht hingehört? Aber wo gehört ökonomisches Kalkül dann hin? Ist das ein Fall von so genannter Ökonomisierung? Oder ist schon der Begriff der Ökonomisierung ökonomiefeindlich?

Der Begriff Ökonomisierung wird in der ethischen Diskussion in mindestens vier Bedeutungsvarianten verwendet:³ *Erstens* als Kampfbegriff einer wirtschaftsfeindlichen Ideologie, die alle Phänomene und Perspektiven, die mit der ökonomischen Dimension in allen Gesellschaftsbereichen zu tun haben, mit diesem Begriff brandmarken und verächtlich machen möchte. *Zweitens* als nicht-wertender Begriff zur Beschreibung der Wahrnehmung einer gesellschaftlichen Entwicklung, in der die Bedeutung des Bereichs der Ökonomie gegenüber anderen Gesellschaftsbe-

// Seite 221 //

reichen (z.B. Politik und Religion) im Vergleich zu früheren Zeiten an Einfluss im Blick auf das Leben des Einzelnen sowie die Gesellschaftsgestaltung insgesamt gewinnt, und in der auch die ökonomische Dimension in allen Gesellschaftsbereichen stärker wahrgenommen und berücksichtigt wird. *Drittens* als Kampfbegriff von Verteidigern einer positiven Sicht auf die Ökonomie, die damit – in umdeutender Abgrenzung zur ersten Bedeutungsvariante – die verstärkte Wahrnehmung und Berücksichtigung der ökonomischen Dimension in allen Gesellschaftsbereichen als guten und auszubauenden Ansatz zur Bearbeitung aktueller Herausforderungen in diesen Bereichen beschreiben und bewerten möchten. *Viertens* als kritische Bezeichnung einer Fehlentwicklung, die dann vorliegt, wenn in einem Gesellschaftsbereich der ökonomischen Dimension ein unangemessener Stellenwert zugestanden wird, d.h. wenn ökonomische Ziele, Kriterien, Methoden und Begriffe maßgeblich werden trotz nachteiliger Folgen für das eigentliche Ziel des Bereichs.

Angesichts der Tatsache, dass der Begriff der Ökonomisierung in der ethischen Diskussion faktisch überwiegend mit negativer Konnotation verwendet wird, halte ich die Verwendung von Bedeutungsvarianten mit neutraler oder positiver Konnotation eher für verwirrend als für

³ In anderen Kontexten finden sich weitere Bedeutungsvarianten, z.B. Ökonomisierung als Bezeichnung für die organisatorische Neuordnung staatlicher Verwaltungen im Sinne des New Public Management.

weiterführend. Sinnvoller erscheint es mir, die vierte Verwendungsweise gegenüber der ersten stark zu machen, und der ersten, ideologischen Verwendungsweise dadurch das Wasser abzugraben. Bis auf die erste Verwendungsweise bezeichnen alle Varianten Phänomene, über die man reden können muss und für die es Begriffe geben muss, auf die man sich pragmatisch einigt. Ich verwende den Begriff Ökonomisierung im vierten Sinn. Dabei kommt es mir darauf an, über das damit bezeichnete Phänomen zu sprechen, das m.E. von höchster Relevanz für die Bearbeitung vieler ethischer Fragen ist, und nicht auf den Begriff, den ich im Sinne der verbreitetsten Verwendungsweise lediglich der Einfachheit halber übernehme. Der Vorwurf der Ökonomisierung wird häufig (mitunter zu Recht, mitunter zu Unrecht) gegen die von Gesundheitsökonomien beeinflussten politischen Maßnahmen zur Gestaltung des Gesundheitswesens bzw. gegen die von Gesundheitsmanagern veranlassten Maßnahmen zur Gestaltung einer medizinischen Einrichtung erhoben. Es ist nochmals zu betonen, dass dieser Begriff lediglich bestimmte Fehlentwicklungen bezeichnet und sich weder gegen die Gesundheitsökonomik insgesamt richtet noch grundsätzlich gegen eine Wahrnehmung und verantwortliche Gestaltung der ökonomischen Dimension im Gesundheitswesen, zu der Gesundheitsökonomien durch ihre Einsichten einen wichtigen Beitrag leisten können und sollen. Der Vorwurf der Ökonomisierung im Gesund-

// Seite 222 //

heitswesen ist dann ernsthaft zu prüfen, wenn die ökonomischen Aktivitäten im Gesundheitswesen (effizienter Umgang mit bestimmten Ressourcen) nicht mehr als Mittel zur Beförderung des Ziels einer guten Gesundheitsversorgung angesehen werden, sondern eine Eigendynamik entwickeln in der Weise, dass zunächst ökonomische Begriffe und Denkweisen das ganze System durchdringen (der Arzt wird zum Unternehmer bzw. Manager, der Patient zum Kunden bzw. Mittel der Gewinnmaximierung, Gesundheit zum kommerziellen Gut), dass weiterhin Gesundheitsökonomien und -manager ihre ökonomischen Methoden nicht den spezifischen Bedürfnissen des Gesundheitswesens anpassen und ihre Tätigkeit nicht den Zielen des Gesundheitswesens unterordnen, sondern dem Gesundheitswesen und ihren Einrichtungen ökonomische Ziele vorgeben (Geld erwirtschaften, Sparen), und dass schließlich medizinische Entscheidungen nach ökonomischen Kriterien getroffen werden unter Inkaufnahme eines medizinischen Qualitätsverlusts (z.B. medizinisch nicht angezeigte Verweildauerverkürzung im Krankenhaus).

Erfahrungen von Ökonomisierung im Gesundheitswesen haben dazu geführt, dass viele Ärzte die Ökonomie als Gegnerin wahrnehmen, gegen die man die „medizinische Lufthoheit“⁴ verloren hat. Insbesondere die problematischen Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung wurden immer wieder thematisiert. Dennoch weichen mittlerweile Ökonomisierungskritiker zunehmend Pragmatisten, die sich den Vorgaben anpassen und (leider) nicht mehr unterscheiden zwischen den sinnvollen bzw. notwendigen Forderungen nach ökonomischem Sachverstand und einem effizienten Umgang mit Ressourcen auf der einen Seite und der ideologischen Forderung, alles ökonomischen Prinzipien unterzuordnen, auf der anderen Seite. Um diese Differenzierung nicht aus dem Auge zu verlieren und um nicht ideologieanfällig zu werden, ist der Ökonomisierungsbegriff im Sinne der vierten Bedeutungsvariante unverzichtbar. Wer für eine andere Verwendungsweise des Ökonomisierungsbegriffs plädiert, steht in der Pflicht, einen alternativen Begriff für die Bezeichnung des genannten Phänomens vorzuschlagen, oder er muss sich den Verdacht gefallen lassen, dass er diese Differenzierung vernachlässigt.

⁴ Birger P. Priddat, Ethikkommissionen als Ethikexperten – Ein ökonomisch-philosophischer Essay, In: Alexander Brink u.a. (Hg.), Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin 2008, 185-194, hier 188.

Liegt Ökonomisierung im von mir vorausgesetzten Sinn vor und wird vorangetrieben, ist dies in der Regel ein Ausdruck der verbreiteten Ideologie des *Ökonomismus*, welche die Ökonomie anderen Gesell-

// Seite 223 //

schaftsbereichen und die ökonomische Dimension anderen Dimensionen grundsätzlich vor- und überordnet, weil sie ökonomischen Kriterien ein universales Problemlösungspotential zutraut, die Erreichung ökonomischer Ziele als Selbstzweck begreift und andere Dimensionen des Menschseins ausblendet.⁵

Mit der Ökonomisierungsdiskussion hängt die Frage nach dem Verhältnis zum *Markt* als dem Kernelement unserer spezifischen Wirtschaftsordnung im Blick auf die Gestaltung des Gesundheitswesens eng zusammen. Dabei ist die Frage, ob die Steuerung des Gesundheitswesens dem Markt überlassen werden sollte (anstelle der gegenwärtigen Steuerung durch staatliche Regulierung), zu unterscheiden von der Frage, ob und in welchem Umfang der Staat im Zuge seiner Regulierungstätigkeit marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente einsetzen sollte.

Für die Beantwortung der Frage, ob der Umgang mit Ressourcen im Gesundheitswesen anstelle von Regulation durch den Markt gesteuert werden sollte, spielt die Einschätzung eine entscheidende Rolle, mit was für einer Art von Gütern wir es im Gesundheitswesen zu tun haben. In der Diskussion um die Einordnung der Güter, mit denen wir es im Gesundheitswesen zu tun haben, ist zunächst zu unterscheiden zwischen dem (nicht-ökonomischen) ‚Gut‘ Gesundheit und den (ökonomischen) Gesundheitsgütern. Ob diese ökonomischen Güter jedoch zu denjenigen gehören, bei denen man die Steuerung des Umgangs mit ihnen dem Markt überlassen sollte, hängt wiederum davon ab, ob es sich um Güter handelt, bei denen ökonomische Gründe dagegen sprechen (öffentliche Güter) oder bei denen gesellschaftliche Gründe dagegen sprechen (meritorische Güter). Entgegen der Argumentation vieler Gegner einer Steuerung des Gesundheitswesens durch den Markt handelt es sich bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Schutzimpfungen) bei Gesundheitsgütern nicht um öffentliche Güter im ökonomischen Sinn, aber dafür gibt es gute Gründe, einen großen Teil der Gesundheitsgüter als meritorische Güter zu behandeln. Diese Gründe bestehen darin, dass die Gesundheitsfürsorge eine wesentliche und rechtlich garantierte sozialstaatliche Aufgabe darstellt, dass Gesundheitsfürsorge ein Menschenrecht ist und insofern nicht von der Zahlungsfähigkeit des Einzelnen abhängen darf, dass die gesellschaftlichen Folgen einer Zerstörung des Solidarprinzips im Sozialsystem wahrscheinlich negative wären und dass mit einer wachsenden

// Seite 224 //

Unterversorgung ärmerer Patienten sowie Patienten in ländlichen Gebieten und Patienten mit seltenen Erkrankungen (bei einer gleichzeitig wachsenden Überversorgung reicherer Patienten) zu rechnen wäre, die im Unterschied zu Ungleichheiten in anderen Lebensbereichen im Blick auf die besondere individuelle und gesellschaftliche Bedeutung des Gutes Gesundheit aus Gerechtigkeitsgründen als nicht hinnehmbar erscheint. Darüber hinaus

⁵ Vgl. Alexander Dietz, Der homo oeconomicus – ungeklärte Fragen und ideologische Gefahren, in: Arne Manzeschke (Hg.), Sei ökonomisch! Prägende Menschenbilder zwischen Modellbildung und Wirkmächtigkeit, Münster 2010, 49-60, hier 55f.

gibt es bekannte Gründe dafür, dass sich viele Vorteile der Marktsteuerung nicht ohne weiteres vom Konsumgüterbereich auf das Gesundheitswesen übertragen lassen.⁶

Wenn also eine grundsätzliche Steuerung des Umgangs mit Gesundheitsgütern durch den Markt nicht wünschenswert ist, so bedeutet das noch keine Antwort auf die Frage, ob und wenn ja in welchem Maße und in welcher Form es wünschenswert sei, im Blick auf die Regulierung des Umgangs mit Gesundheitsgütern durch die Politik (auch) marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente einzusetzen. Der Einzug der betriebswirtschaftlichen Sprache im Gesundheitswesen, die vielfältig geschaffenen Anreize zur Effizienzerhöhung und die punktuelle Erzeugung von künstlichem Wettbewerbsdruck durch den Gesetzgeber können dem Beobachter zwar mitunter den Eindruck vermitteln, als sei das Gesundheitswesen marktgesteuert, aber tatsächlich wird – ganz angemessen – der Umgang mit Gesundheitsgütern in Deutschland überwiegend (Ausnahmen sind der Pflegebereich und der Arzneimittelmarkt) nicht durch den Markt, sondern durch staatliche Regulation bestimmt, die sich bereits vielfach marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen bedient.

Die Politik muss Regelungen schaffen, die einen effizienten Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen fördern. Ein solcher effizienter, also ökonomisch-verantwortungsvoller und nicht-verschwenderischer, Umgang mit ökonomischen Gütern ist auch ethisch gefordert. Regelungen zur Förderung der Effizienz können sich marktwirtschaftlicher Mechanismen (z.B. Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte) oder nicht-marktwirtschaftlicher Mechanismen (z.B. Budgetierung durch Fallpauschalen, wie die DRG's im Beispiel) bedienen. Wenn die jeweiligen Regelungen nicht erfolgreich sind (weil sie beispielsweise statt zu mehr Effizienz zu Unter- und Überversorgung infolge medizinisch unangemessener Verkürzungen und Verlängerungen der Verweildauer im Krankenhaus führen) kann von Fehlsteuerung gesprochen werden, und

// Seite 225 //

die Regelungen müssen überdacht werden. Insbesondere ist darauf zu achten, dass nicht verschiedene Regelungen entgegengesetzte Anreize setzen und sich somit in ihrer Wirkung neutralisieren (z.B. Anreize für den Arzt durch Budgets zu zurückhaltendem Verschreibungsverhalten und gleichzeitig Anreize durch Wettbewerb um Patienten zu überbordendem Verschreibungsverhalten). Regelungen dürfen nicht den Zielen der Medizin (Wohl des Patienten) und der Gesundheitspolitik (ausreichende und effiziente Versorgung aller Gesellschaftsmitglieder mit medizinisch notwendigen Leistungen von hoher Qualität) sowie dem Sozialrecht (Solidarprinzip, Gleichbehandlungsgrundsatz) widersprechen. Ob ein marktwirtschaftliches Steuerungsinstrument eingesetzt werden sollte, ist nüchtern im Einzelfall zu prüfen, jenseits sowohl einer Ideologie der pauschalen Marktfeindlichkeit als auch einer Ideologie des Marktradikalismus bzw. des blinden Marktvertrauens.

3. Was wird aus der Bäckerei-Fachverkäuferin?

Aus dem Beispiel ergeben sich zwei ethische Hauptfragen. Erstens die individuelle ethische Frage, ob die Verantwortlichen der Abteilung für Innere Medizin die Patientin sofort in die Chirurgie zur Operation überweisen sollen oder ob sie die Patientin aus ökonomischen Gründen zunächst nach Hause schicken, damit sie in sechs Wochen operiert wird. Zweitens die soziale ethische Frage, ob die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger das DRG-System so modifizieren sollten, dass Kliniken nicht in Versuchung geführt oder gar gezwungen

⁶ Vgl. Alexander Dietz, Zum Umgang mit Mittelknappheit im Gesundheitswesen, in: Ders. u.a. (Hg.), Aktiengesellschaft Krankenhaus – Bestimmen ökonomische Ziele medizinisches Handeln?, Bayreuth 2007, 9-35, hier 19f.

werden, im möglichen Konfliktfall zwischen medizinischen und ökonomischen Kriterien nach ökonomischen Kriterien zu entscheiden.

Zur *individualethischen* Frage: Die Verantwortlichen der Abteilung schlagen vor, die Patientin erst in sechs Wochen operieren zu lassen, da die Abteilung nur so ihre volle Vergütung für die geleistete Behandlung erhält. Es sprechen aus meiner Sicht keine gravierenden ethischen Gründe gegen diesen Vorschlag. Entscheidend für die Terminierung medizinischer Maßnahmen müssen medizinische Gründe sein. Aus medizinischer Sicht ist es im Beispiel jedoch gleichgültig, ob die Operation sofort oder erst in sechs Wochen erfolgt. Es gibt also keinen entscheidenden Grund für eine der beiden Möglichkeiten. Welche anderen Gründe sprechen für die eine oder andere Möglichkeit? Der Patientin wurde eine sofortige Operation in Aussicht gestellt. Wenn man ihr jedoch nun mitteilen würde, dass die Operation aus verwaltungstechnischen Gründen doch erst in sechs Wochen erfolgen könne, ohne dass ihr daraus ein medizinischer Nachteil erwachse, schiene mir dies durchaus vermittelbar und zumutbar

// Seite 226 //

zu sein und weder gegen ihr Wohl noch gegen ihre Selbstbestimmung, ihre Würde oder Gerechtigkeitsregeln zu verstoßen. Auch für andere Personen scheint dies keine unzumutbaren Folgen zu haben, da sie nicht länger, sondern nur während eines anderen Zeitraums im Krankenhaus wäre.

Für die Operation in sechs Wochen spricht das ökonomische Argument der vollen Vergütung. Da die Gesundheitsversorgung im Krankenhaus eine ökonomische Dimension hat, müssen ökonomische Kriterien auch eine Rolle bei Entscheidungen spielen. Es muss allerdings gewährleistet sein, dass im Konflikt zwischen medizinischen und ökonomischen Kriterien die medizinischen Vorrang haben.⁷ Das Beispiel wäre insofern ethisch spannender gewesen, wenn es so angelegt wäre, dass die sofortige Operation medizinisch geboten, während die Operation in sechs Wochen ökonomisch geboten wäre. Würde die Abteilung dann eine Operation in sechs Wochen empfehlen, läge ein Fall von ethisch zu problematisierender Ökonomisierung vor. Dies ist aber im vorliegenden Beispiel nicht der Fall. Man könnte höchstens insofern ein ungutes Gefühl bekommen, als die Rahmenbedingungen, unter denen die Verantwortlichen im Beispiel handeln, das Auftreten solcher Konfliktfälle wahrscheinlich machen. Dies verdeutlicht die Dringlichkeit der sozialetischen Frage. Allein die Tatsache, dass die Verantwortlichen im Beispiel ökonomische Kriterien berücksichtigen, rechtfertigt nicht den Vorwurf der Ökonomisierung. Es wäre auch nicht angemessen, aus dem Motiv der begründeten Sorge angesichts der Ökonomisierungsgefahr hier von den Verantwortlichen einen generellen Verzicht auf die Berücksichtigung ökonomischer Kriterien bei der Entscheidungsfindung zu verlangen. Dadurch würde in diesem Fall ein sozialetisches Problem in unangemessener Weise auf die individuelle Ebene verlagert. Der Vorschlag des Behandlungsaufschubs entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers und liegt nicht im Interesse der das Gesundheitswesen finanzierenden Solidargemeinschaft. Dennoch erscheint mir der Vorschlag legitim, da er lediglich – ohne jeden Betrug – die Möglichkeiten der vorhandenen Rahmenbedingungen ausschöpft und dadurch im Idealfall die Mittel akquiriert, die für eine (übliche und im System vorgesehene) Quersubventionierung benötigt werden, wenn in einem anderen Fall aus medizinischen Gründen eine ökonomisch unvorteilhafte Entscheidung getroffen werden muss.

⁷ Natürlich kann dieser Vorrang nicht so verstanden werden, dass selbst wichtigste ökonomische Gründe keinerlei Rolle spielen dürfen, solange die geringsten medizinischen Gründe dagegen sprechen.

// Seite 227 //

Zur *sozialethischen* Frage: Auch wenn die vielbeschworene Kostenexplosion im Gesundheitswesen ein Mythos ist⁸ und das Finanzierungsproblem in erster Linie durch die Einbeziehung der Bezieher aller Einkommensarten und –höhen in das Solidarsystem gelöst werden sollte, so ist gleichwohl angesichts eines nicht zu leugnenden wachsenden Kostendrucks sowie angesichts des berechtigten Interesses der Beitrags- und Steuerzahler an einem verantwortlichen Umgang mit Ressourcen das Ausschöpfen vorhandener Rationalisierungspotenziale im Gesundheitswesen politisch und ethisch wünschenswert. Dazu muss die Politik verstärkt auf die ökonomische Dimension des Gesundheitswesens schauen und mit ökonomischem Sachverstand geeignete Maßnahmen treffen.

Ineffizienzen können sich ebenso aus fehlendem Wettbewerb an der richtigen Stelle wie aus Wettbewerb an der falschen Stelle ergeben, aus sogenanntem ‚Managerialism‘ und überbordenden Dokumentationspflichten ebenso wie aus fehlenden Management-Kompetenzen, aus Korruption und Egoismus ebenso wie aus gutem Willen oder Gleichgültigkeit. Es wurden vom Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Anreize geschaffen, welche die Akteure im Gesundheitswesen zu einem effizienten Umgang mit den Ressourcen veranlassen sollten, manche erwiesen sich als zielführend, andere nicht. Der Gesetzgeber darf dabei keinesfalls das Ziel der Effizienz (mit dem Nebeneffekt des Kosten-Sparens) mit dem Ziel des Kosten-Sparens (unter Inkaufnahme von Qualitätsminderung) verwechseln. Das Ziel einer möglichst niedrigen Gesundheitsquote ist volkswirtschaftlich nicht unbedingt sinnvoll (Wachstumsbranche, Gesundheit als Voraussetzung für Arbeits- und Konsumfähigkeit). Individuell bzw. betriebswirtschaftlich effizientes Verhalten ist nur unter bestimmten Voraussetzungen volkswirtschaftlich effizient, wie auch das Beispiel zeigt. Hier gilt es, die richtigen Anreize zu setzen.

In diesem Zusammenhang haben die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger in Deutschland im Jahr 2004 die Vergütung von im Krankenhaus erbrachten Leistungen nach dem Fallpauschalensystem der DRG's eingeführt. Dieses System stellt die Rahmenbedingung für die Entscheidung der Verantwortlichen im Beispiel dar. Ebenso wie in anderen Ländern führte und führt das Instrument der DRG's sowohl zu gewünschten Wirkungen als auch zu unerwünschten Nebenwirkungen. Gewünschte Wirkungen sind beispielsweise Verweildauerverkürzungen,

// Seite 228 //

eine Optimierung der Leistungsangebote (Schwerpunktbildungen) sowie verstärkte Kooperationen und Fusionen von Krankenhäusern. Unerwünschte Nebenwirkungen sind beispielsweise erstens eine Erhöhung des Verwaltungsaufwands (insbesondere zeitaufwändige Dokumentationspflichten) und damit einhergehend eine Reduktion der Zeit für Patienten, zweitens Qualitätsverluste (durch Anreize zu einer ökonomisch, nicht medizinisch begründeten Senkung des Ressourcenverbrauchs für die Patientenbehandlung) und drittens verstärkte Patientenselektion (unlukrative Patienten werden gemieden oder verschoben).⁹ Das Krankenhausmanagement wird durch diese neue Entwicklung in eine Situation gebracht, in der es die Spannung zwischen Patientenwohl, Mitarbeiterwohl und

⁸ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, hrsg. v. Deutschen Bundestag (Drucksache 15/530), Berlin 2003, hier 20.

⁹ Vgl. Arne Manzeschke, Diakonie und Ökonomie – Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalitem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozialethische Bewertung. Bayreuth 2007, 14f. http://www.ethik.uni-bayreuth.de/downloads/Abschlussbericht_Dia_Oeko_Auszuege.pdf (letzter Aufruf am 23.06.2009, A. D.).

unternehmerischem Organisationswohl im Rahmen seiner Handlungsspielräume nicht mehr selbst lösen kann und deren ‚Lösung‘ auch nicht einfach an die untere Ebene weiterdelegieren darf, sondern das Problem vielmehr an eine höhere Ebene zurückmelden muss.¹⁰

Im Blick auf die unerwünschten Nebenwirkungen besteht aus ethischer Sicht ein gesundheitspolitischer Verbesserungsbedarf. Hier wurde eine Struktur geschaffen, die Ökonomisierung im negativen Sinn befördert, nämlich dass Entscheidungen nach ökonomischen Kriterien getroffen werden, die nach medizinischen Kriterien getroffen werden sollten, und dass Patienten und medizinisches Handeln zum Mittel zur Erreichung ökonomischer Ziele gemacht werden. Nicht die Ökonomie als solche, nicht ökonomischer Sachverstand, nicht die Berücksichtigung ökonomischer Kriterien und auch nicht die Anwendung ökonomischer Steuerungsinstrumente stellen eine Gefahr für die ethische Handlungsorientierung dar. Aber Ökonomisierung im beschriebenen Sinn stellt eine solche Gefahr dar, wie am Beispiel des Gesundheitswesens besonders deutlich wird, und zwar indem sie das Berufsethos des Arztes und des Pflegers in Frage stellt, teilweise schwer durchschaubare ideologische Werte transportiert (Ökonomismus, Vertauschung von Ziel und Mittel) und Dilemmasituationen sowie Anpassungsdruck erzeugt.

¹⁰ Vgl. Ulrike Kostka, *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und in der Transplantationsmedizin – Mehrdimensionale Handlungsfelder als systematische und normative Herausforderung für die Bioethik und Theologische Ethik*, Basel 2008, hier 276.288f.