

Publiziert unter: Alexander Dietz, Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit - Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin, in: Ethik in der Medizin (EthikMed) 23 (2011), 263-270.

Alexander Dietz

Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit - Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin

Zusammenfassung

In der Diskussion über Ökonomisierung im Gesundheitswesen werden oft wesentliche Begriffsunterscheidungen außer Acht gelassen. Um feststellen zu können, in welchem Fall die Rede von Ökonomisierung oder Ökonomismus im negativen Sinn angemessen ist, muss zwischen dem Gesellschaftsbereich Wirtschaft und der ökonomischen Dimension in allen Gesellschaftsbereichen (wie dem Gesundheitswesen) unterschieden werden. Es muss geklärt werden, wo ökonomische Ziele verfolgt werden sollen und wo andere Ziele mit ökonomischen Mitteln verfolgt werden sollen. Im Blick auf die Frage nach einer Marktsteuerung des Gesundheitswesens ist zu unterscheiden zwischen dem Gut Gesundheit und Gesundheitsgütern sowie zwischen öffentlichen, privaten und meritorischen Gütern. Außerdem ist die Frage nach einer Marktsteuerung des Gesundheitswesens zu unterscheiden von der Frage nach der Verwendung marktwirtschaftlicher Instrumente zur Steuerung des Umgangs mit bestimmten Gesundheitsgütern durch den Staat. Erst diese begrifflichen Differenzierungen können zu einer angemesseneren Beurteilung der komplexen wirtschaftsethischen Fragen jenseits von wirtschaftsfeindlichen oder ökonomistischen, von marktfeindlichen oder marktradikalen Ideologien führen.

Schlüsselwörter

Ökonomisierung, Ökonomismus, Marktsteuerung, Marktradikalismus, Gesundheitsgüter, öffentliche Güter

Commodification of doctor's stuff – opportunities, limits and risks of a market-oriented medicine

Abstract

Definition of the problem In the discussion of commodification in health care, a crucial distinction of terms is often neglected. *Arguments* To determine where it is appropriate to refer to commodification or economism in the negative sense, one has to distinguish between economy as a social sector and the economic dimension within all social sectors such as health care. It has to be clarified in which case economic goals should be pursued and in which case other objectives are to be pursued with the aid of economic means. Concerning the question regarding a market supervision of health care, one has to distinguish between the commodity health and health commodities as well as between public, private and merit goods. Also, the question regarding a market supervision of health care has to be distinguished from the question regarding the adoption of free-market instruments to enable the regulation of the handling of certain health commodities by the government. *Conclusion* These distinctions enable an appropriate evaluation of the complex business of ethical questions beyond anti-business or economicist, anti-market or radically free-market ideologies.

Keywords

Commodification, Economism, Market supervision, Market fundamentalism, Health commodities, Public goods

Gesellschaftsbereich Wirtschaft und wirtschaftliche Dimension

In der Diskussion zum Thema „Ökonomisierung im Gesundheitswesen“ wird eine notwendige differenzierte Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden Denkkategorien und Begriffen oft versäumt. Ich möchte an dieser Stelle einen klärenden Beitrag leisten (vgl. [3], S. 282 ff.).

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen dem Gesellschaftsbereich *Wirtschaft* oder *Ökonomie* (im engeren Sinne) und der *wirtschaftlichen* oder *ökonomischen Dimension* in allen Gesellschaftsbereichen bzw. menschlichen Handlungen, sofern sie etwas mit knappen Ressourcen zur materiellen Bedürfnisbefriedigung zu tun haben. Der Gesellschaftsbereich *Wirtschaft* hat die Aufgabe, Ressourcen zur Sicherung des materiellen Lebensunterhalts bereitzustellen, auf die Menschen aufgrund ihrer leiblichen Existenz angewiesen sind. In diesem Sinne fasst der Begriff *Wirtschaft* (als Gesellschaftsbereich) diejenigen Tätigkeiten zusammen, die der Vermehrung und Allokation knapper Ressourcen zur Befriedigung materieller menschlicher Bedürfnisse dienen. Das Gesundheitswesen ist also im Blick auf seine politischen (Rahmenbedingungen für ein Leben in Würde schaffen) und medizinischen Ziele (Förderung der Gesundheit) nicht als Teil des Gesellschaftsbereichs *Wirtschaft* zu betrachten. Gleichwohl hat das Gesundheitswesen eine *wirtschaftliche Dimension* insofern, als darin knappe Ressourcen zur materiellen Bedürfnisbefriedigung eine Rolle spielen und Menschen mit diesen Ressourcen auf irgendeine Weise umgehen (bzw. sachverständig umgehen sollten).

Der Begriff „wirtschaftlich“ kann also (angemessen) überall dort verwendet werden, wo sich menschliche Handlungen auf einen bewussten Umgang mit knappen Ressourcen zur materiellen Bedürfnisbefriedigung beziehen. Dabei kann in den Fällen, in denen die Vermehrung und Allokation dieser Ressourcen das (angemessene) Handlungsziel darstellt, von Handlungen innerhalb des Gesellschaftsbereichs *Wirtschaft* gesprochen werden, während in den Fällen, in denen ein effizienter Umgang mit diesen Ressourcen ein Mittel zur Beförderung anderer Ziele darstellt, von wirtschaftlichem Handeln innerhalb anderer Gesellschaftsbereiche bzw. von der wirtschaftlichen Dimension dieser Bereiche gesprochen werden sollte. Diese Differenzierung ist deswegen so wichtig, weil ihr Fehlen den ideologischen Gefahren des Ökonomismus sowie der Ökonomisierung Vorschub leistet.

Wirtschaftsfeindliche und ökonomistische Ideologien

Hinsichtlich der Bewertung der Bedeutung des Gesellschaftsbereichs *Wirtschaft* als eines notwendigen (da mit einer unabdingbaren Aufgabe versehenen) Teiles der Gesellschaft stößt man häufig auf Sichtweisen, welche diese Bedeutung unterbewerten (Wirtschaftsfeindlichkeit, Wirtschaftsverachtung, Wirtschaftsvergessenheit) oder überbewerten (Ökonomismus). Hinsichtlich der Bewertung der Bedeutung der wirtschaftlichen Dimension innerhalb anderer Gesellschaftsbereiche stößt man ebenfalls auf Sichtweisen, welche diese unterbewerten (Wirtschaftsfeindlichkeit, Wirtschaftsverachtung, Wirtschaftsvergessenheit) oder überbewerten bzw. zweckentfremden (Ökonomisierung).

Wirtschaftsfeindliche Ideologien finden sich in Form einer Abwertung wirtschaftlicher Tätigkeit überhaupt oder in Form der Forderung, ökonomische Aspekte aus allen Zusammenhängen, die nicht direkt im Gesellschaftsbereich *Wirtschaft* im engeren Sinne verortet sind, vollkommen auszuklammern.

Die Begriffe Ökonomismus und Ökonomisierung sollten nicht als Kampfbegriffe einer wirtschaftsfeindlichen Ideologie bzw. als grundsätzliche Angriffe gegen Ökonomie oder Ökonomik verwendet bzw. missverstanden werden. Vielmehr bezeichnen sie lediglich bestimmte Fehlentwicklungen. Der Begriff *Ökonomismus* kennzeichnet Sichtweisen und darauf beruhende Entwicklungen, nach denen der Gesellschaftsbereich Wirtschaft nicht mehr als ein gleichwertiger Teil des gesellschaftlichen Ganzen betrachtet wird, sondern entweder erstens als der maßgebliche Teil oder zweitens als unabhängiger Teil und Selbstzweck oder drittens gar als das Ganze. Alle diese Sichtweisen führen zu einer problematischen gesellschaftlichen Dominanz des Wirtschaftsbereichs, die vielfach wahrgenommen wird, insbesondere im Gesundheitswesen.

Formen unangemessener Einschätzungen des Stellenwerts der Wirtschaft in der Gesellschaft bezeichne ich als *Ökonomismus*. Formen unangemessener Einschätzungen des Stellenwerts bzw. der Funktion der wirtschaftlichen Dimension in einzelnen Gesellschaftsbereichen, wie dem Gesundheitswesen, bezeichne ich als *Ökonomisierung*. Der Vorwurf der Ökonomisierung wird häufig (mitunter zu Recht, mitunter zu Unrecht) gegen die von Gesundheitsökonomien beeinflussten politischen Maßnahmen zur Gestaltung des Gesundheitswesens (volkswirtschaftliche Ebene) bzw. gegen die von Gesundheitsmanagern veranlassten Maßnahmen zur Gestaltung einer medizinischen Einrichtung (betriebswirtschaftliche Ebene) 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 wirtschaftlichen Dimension im Gesundheitswesen, zu der Gesundheitsökonomien durch ihre Einsichten einen wichtigen Beitrag leisten können.

Von Ökonomisierung im Gesundheitswesen kann dann gesprochen werden, wenn die wirtschaftlichen 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“ ([8], S. 188) verloren hat. Insbesondere die problematischen Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung wurden immer wieder thematisiert (vgl. [1], S. 16 f.). Dennoch weichen mittlerweile Ökonomisierungskritiker zunehmend Pragmatisten, die sich den Vorgaben anpassen und 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 Unterscheidung nicht zu verlieren, halte ich es nicht für sachdienlich, den Begriff der Ökonomisierung für die Inhalte beider Forderungen zu verwenden, und beispielsweise (missverständlich) von der Notwendigkeit einer „Ökonomisierung der Medizin“ ([7], S. 190) oder den „Vorteilen der Ökonomisierung“ ([4], S. 160) zu sprechen, wenn man etwas über die tatsächliche Notwendigkeit und die

Vorteile einer Realisierung bisher ungenutzter Effizienzpotentiale, einer Optimierung von Ablaufprozessen oder der Einführung von Qualitätssicherungssystemen sagen möchte.

Marktfeindliche und marktradikale Ideologien

So wie es im Blick auf die Wirtschaft insgesamt sowohl eine Ideologie der pauschalen Ökonomiefeindlichkeit als auch eine Ideologie des Ökonomismus gibt, so gibt es im Blick auf den Markt als Kernelement unserer spezifischen Wirtschaftsordnung sowohl eine Ideologie pauschaler Marktfeindlichkeit als auch eine Ideologie des *Marktradikalismus*.

Insgesamt werden die Argumente des gesellschaftlichen Nutzens einer höheren Produktivität in der Marktwirtschaft (und der damit verbundenen Wohlstandserhöhung), einer in gewissen Grenzen unleugbaren Berechtigung unternehmerischen Gewinns und vergleichsweise noch totalitärerer Tendenzen alternativer Wirtschaftssysteme von vielen radialen Kritikern der Marktwirtschaft nicht ernst genug genommen.

Als *ideologisch marktradikal* bezeichne ich eine Anschauung, die blind auf die überragende Effizienz des Marktes für Wohlstand und Entwicklung und auf die quasi-naturgesetzlich vorgestellten Selbststeuerungskräfte des Marktes vertraut und darum ohne nähere Betrachtung der jeweiligen konkreten Umstände stets dieselbe ökonomische Empfehlung geben zu können glaubt, nämlich: mehr Markt, weniger Regulierung, mehr Privatisierung. Einer der Väter der Sozialen Marktwirtschaft, der Ökonom Alexander Rüstow, sprach in diesem Zusammenhang vom „Evangelium des Vulgärliberalismus“, das lautet: „Trachtet am ersten nach dem Reiche der freien Wirtschaft und nach ihrer Marktgerechtigkeit, so wird euch alles andere zufallen“ ([10], S. 90), und wies damit auf den ideologisch-pseudoreligiösen Charakter marktradikaler Anschauungen hin.

Die Chancen einer Koordination wirtschaftlicher Prozesse durch den Markt liegen erstens in einer möglichen Verringerung organisatorischen Aufwands, einem möglichen individuellen Freiheitsgewinn sowie einer den individuellen Präferenzen gemäßen Ressourcenallokation als Folge einer Steuerung durch den (anonymen) Preismechanismus und zweitens in einer möglichen Effizienzsteigerung sowie Qualitätssteigerung durch die Anreizwirkungen des Leitprinzips Wettbewerb. Diese Chancen realisieren sich jedoch weder automatisch noch unter allen Umständen.

Marktgesetze sollten weder wie Naturgesetze behandelt noch ignoriert werden. Ob es sinnvoll und wünschenswert ist, die Steuerung des Umgangs mit bestimmten Gütern dem Markt zu überlassen, muss im konkreten Einzelfall genau geprüft werden. Dabei liegt (in einer Marktwirtschaft) bei Gütern, die dem Gesellschaftsbereich Wirtschaft im engeren Sinne zuzuordnen sind, die Begründungslast bei demjenigen, der eine Marktsteuerung ablehnt, während die Begründungslast bei anderen Gütern stets bei demjenigen liegt, der eine Marktsteuerung befürwortet. Die Frage, ob die Steuerung des Umgangs mit bestimmten Gütern dem Markt überlassen werden sollte, ist zu unterscheiden von der Frage, ob bei der Steuerung des Umgangs mit bestimmten Gütern durch eine andere Instanz (z. B. durch den Staat) marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente verwendet werden sollten. Diese zentrale Unterscheidung zwischen Markt und Wettbewerb einerseits als Wirtschaftsordnung und andererseits als Steuerungsinstrument (möglicherweise auch in einer Planwirtschaft) wird bei der Diskussion über das Verhältnis von Markt und Gesundheitswesen oft ignoriert.

Steuerung durch den Markt und marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente

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 „Gut“ Gesundheit und den Gesundheitsgütern, eine Unterscheidung, die oft übergangen wird. Gesundheit ist kein ökonomisches Gut. Sie ist weder eine Ware noch eine Dienstleistung, weder herstellbar noch käuflich zu erwerben. Gesundheit ist ein Zustand oder Lebensumstand, der sich nur multiperspektivisch relational definieren lässt (vgl. [2]). Im Blick auf ihre grundlegende Bedeutung für die Frage, welche Lebensmöglichkeiten ein Mensch hat, wird sie häufig als konditionales oder transzendentes Gut bezeichnet. *Gesundheitsgüter* als diejenigen Waren und Dienstleistungen, die der Gesundheitsversorgung dienen, sind demgegenüber durchaus ökonomische Güter (darum gibt es eine wirtschaftliche Dimension im Gesundheitswesen). 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).

Öffentliche Güter (im engen ökonomischen Sinne) sind – im Gegensatz zu so genannten privaten Gütern – Güter, die das Kriterium der Nicht-Ausschließbarkeit und der Nicht-Rivalität erfüllen, d. h. dass Personen von ihrem Konsum nicht ausgeschlossen werden können, und dass ihr Konsum den Konsum desselben Gutes durch einen anderen Konsumenten nicht be- oder verhindert. Bei öffentlichen Gütern in diesem Sinne versagt der Markt-Mechanismus, darum können sie aus ökonomischen Gründen nicht dem Markt überlassen werden. Tendenziell jedoch wird man sagen müssen, dass es sich – bis auf wenige Ausnahmen (z. B. Seuchenvermeidung durch Schutzimpfungen, Schaffung von Versorgungsmöglichkeiten im Katastrophenfall durch Vorhaltung leerer Betten) – bei den meisten Gesundheitsgütern nicht um öffentliche Güter (im engen ökonomischen Sinne) handelt, da die Kriterien Nicht-Ausschließbarkeit und Nicht-Rivalität nicht erfüllt sind.

Bei manchen nicht-öffentlichen, also privaten Gütern gibt es ein gesellschaftliches Interesse daran, sie nicht der Marktsteuerung zu überlassen, d. h. es herrscht ein gesellschaftlich verbreiteter ethischer Konsens darüber, dass die Folgen (insbesondere die externen Effekte) einer Marktsteuerung nicht akzeptabel wären, z. B. wird anspruchsvolle klassische Kunst möglicherweise nicht im ausreichenden Maße auf dem Markt nachgefragt, um die wünschenswerte Pflege des kulturellen Erbes zu gewährleisten. Diese Güter nennt man *meritorische Güter*. Es gibt gute Gründe dafür, dass man einen großen Teil der Gesundheitsgüter als meritorische Güter behandeln sollte.

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 (das mit Markt und Wettbewerb unvereinbar ist) im Sozialsystem wahrscheinlich negative wären und dass mit einer wachsenden 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 (vgl. [9], S. 71) im Blick auf die besondere individuelle und gesellschaftliche Bedeutung des Gutes Gesundheit aus Gerechtigkeitsgründen als nicht hinnehmbar erscheint.

Gegen diese Argumente führen Befürworter einer Steuerung des Umgangs mit Gesundheitsgütern durch den Markt an, dass bei einer Marktsteuerung mit entscheidenden Vorteilen gegenüber staatlicher Steuerung im Blick auf Vereinfachung, Effizienzsteigerung und Patientenorientierung zu rechnen sei. Diese Hoffnungen können jedoch angesichts spezifischer Besonderheiten des Gesundheitsmarktes in Frage gestellt werden. Der

Preismechanismus als wichtigster Steuerungsmechanismus des Marktes funktioniert bei Gesundheitsgütern kaum, da sich die Nachfrage nach diesen Gütern zu großen Teilen als nicht preiselastisch erweist, d. h. sie sinkt nicht automatisch bei steigenden Preisen. Im Gesundheitswesen kann die Nachfrage durch die Anbieter erheblich gesteigert werden (angebotsinduzierte Nachfrage). Darum führt Wettbewerb in diesem Bereich zu starken Mengenausweitungen des Angebots (mit der Folge entsprechender Ausgabensteigerungen) und im Blick auf die Patienten zu Überdiagnostik und Übertherapie. Im Blick auf das verschiedene hohe Bildungsniveau der Patienten und der begrenzten Möglichkeit ausführlicher Gespräche mit dem Arzt stellt die Patienten-Selbstbestimmung bzw. „Konsumentensouveränität“ des Patienten in vielen Fällen eine rein formale und abstrakte Möglichkeit dar. Wenn aus der Arzt-Patienten-Beziehung eine Geschäftsmann-Kunden-Beziehung wird, kann der Patient nicht mehr darauf vertrauen, dass der Arzt ihm eine bestimmte Behandlung verordnet bzw. nicht verordnet, weil sie medizinisch notwendig ist bzw. nicht ist. Er muss dann damit rechnen, dass die Hervorrufung einer kurzfristigen Patientenzufriedenheit, Gewinnerhöhung, Kostensenkung oder andere sachfremde Interessen das Handeln und die Aussagen des Arztes leiten, was zu einer Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung und des Patientenwohls führt. Da der Patient die medizinischen Güter in der Regel weder vor noch nach dem Konsum auf ihre Qualität hin überprüfen kann, wird die Qualität sinken, wenn Ärzte sich aufgrund der Rahmenbedingungen als Geschäftsleute verhalten müssten.

Mitunter entsteht in der Diskussion der Eindruck, dass die Umgestaltung des Gesundheitswesens zu einem marktgesteuerten System unanfechtbar sei. Demgegenüber sollten die Warnungen ernst genommen werden, welche Allen Buchanan und Ezekiel J. Emanuel gegenüber ihren deutschen Kollegen anlässlich eines gesundheitsethischen Symposiums bereits im Jahr 1996 aussprachen, nämlich eine Orientierung am amerikanischen Wettbewerbssystem im Gesundheitswesen unbedingt zu vermeiden, da eine solche zu sinkender Qualität und Versorgung bei steigenden Kosten im deutschen System führen werde (vgl. [6], S. 235–240).

Wenn also eine grundsätzliche Steuerung des Umgangs mit Gesundheitsgütern durch den Markt nicht wünschenswert ist, da es sich (aus den oben genannten Gründen) zu einem großen Teil um meritorische Güter handelt, 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, weitere Phänomene des Ökonomismus und der Ökonomisierung, 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 aus nahezu einhelliger ethischer Sicht auch ethisch gefordert. Dies lässt sich sowohl tugendethisch (Verantwortung) als auch pflichtethisch (Gerechtigkeit) oder gütererethisch (Nutzen) begründen. 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) 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 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) (vgl. [5], S. 38 f.) widersprechen.

Während sich die einen von Regelungen, die sich marktwirtschaftlicher Mechanismen bedienen, besonders positive Effekte im Blick auf einen effizienten Umgang mit Ressourcen (z. B. durch eine Verringerung ausbeuterischen Verhaltens) versprechen, erwarten andere von solchen Regelungen besonders starke unerwünschte Effekte (und verweisen auf negative Erfahrungen im Zusammenhang konkreter einzelner Regelungen). Ich plädiere gegen beide einseitige Positionen für ein möglichst unvoreingenommenes, nüchternes Abwägen im Einzelfall, da nur so das Patientenwohl entscheidungsleitend sein kann.

Literatur

1. Deppe H (2004) Kulturwende in der Medizin. In: Ulshöfer G, Bartmann P et al (Hrsg) Ökonomisierung der Diakonie – Kulturwende im Krankenhaus und bei sozialen Einrichtungen. Haag + Herchen Verlag, Frankfurt am Main, S 9–21
2. Dietz A (2008) Die Bedeutung der Begriffe Gesundheit und Krankheit für die Allokationsdiskussion. In: Härle W (Hrsg) Ethik im Kontinuum – Beiträge zur relationalen Erkenntnistheorie und Ontologie. Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig, S 215–243
3. Dietz A (2011) Gerechte Gesundheitsreform – Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive. Campus Verlag, Frankfurt am Main/New York
4. Eurich J (2008) Liebende Sorgearbeit und sozialunternehmerisches Handeln – Zur Ökonomisierung der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Behinderung. In: Bedford-Strohm H, Jähnichen T et al (Hrsg) Von der „Barmherzigkeit“ zum „Sozial-Markt“. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, S 153–171
5. Klaue S (2007) Vom hoheitlichen Anspruch zur wettbewerblichen Leistung. In: Oberender P (Hrsg) Wettbewerbspolitik und Sozialrecht – eine Auflösung eines tradierten Spannungsfeldes? PCO-Verlag, Bayreuth, S 37–47
6. O. A. (2003) Abschlussdiskussion. In: Marckmann G (Hrsg) Gesundheitsversorgung im Alter – Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Schattauer, Stuttgart, S 235–240
7. Peintinger M (2008) Ethische Grundfragen in der Medizin. Facultas, Wien
8. Priddat B (2008) Ethikkommissionen als Ethikexperten – Ein ökonomisch-philosophischer Essay. In: Brink A, Eurich J et al (Hrsg) Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Duncker & Humblot, Berlin, S 185–194

9. Rauprich O (2006) Gleiche Gesundheit und soziale Gerechtigkeit. In: Schöne-Seifert B, Buyx A et al (Hrsg) Gerech behandelt? – Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Mentis Verlag, Paderborn, S 51–87

10. Rüstow A (2001) Das Versagen des Wirtschaftsliberalismus. Metropolis, Marburg (Erstveröff. 1945)