

Ellen Kuhlmann

Ärztliche Aufklärungspraxis im Spannungsfeld zwischen Patienteninteressen und Budget*

Mit der Einführung von Elementen des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern und der prospektiven Krankenhausfinanzierung geht ein Bedeutungszuwachs ökonomischer Fragen der Patientenversorgung einher. Es sind nicht mehr allein die Interessen von Patientinnen und Patienten, denen die Ärzteschaft gerecht werden muß, auch die Vorgaben der Budgets müssen eingehalten werden. Die strukturellen Inkompatibilitäten und die ethischen Risiken der gesundheitspolitischen Steuerungsmodelle wurden mittlerweile aus unterschiedlichen Perspektiven thematisiert (vgl. z.B. die Beiträge in Feuerstein/Kuhlmann 1998; Simon 1998), die widersprüchlichen Orientierungsangebote für die Patientenaufklärung hingegen nur selten kritisch hinterfragt. Was erfahren PatientInnen über die ökonomischen Hintergründe einer Behandlungsentscheidung? Dieser Frage kommt gemäß der neuen Paradigmata »Eigenverantwortung« (vgl. Hermann 1997; Kühn 1998) und »Kundenorientierung« (vgl. z.B. Baier 1996; Oberender/Hebborn 1996) eine herausragende Bedeutung zu. Das dem Gütermarkt entlehnte Kundenparadigma setzt eine hinreichende Information von PatientInnen voraus, um selbstbestimmt Entscheidungen treffen und ein Gleichgewicht zwischen Anbietern und Nachfragern herstellen zu können. Die informierte Entscheidungsfindung und Zustimmung von PatientInnen wird zum Dreh- und Angelpunkt der Legitimation einer marktförmigen Gesundheitssystemgestaltung. Umso nachdrücklicher stellt sich die Frage, wie und nach welchen Motiven Patientinnen und Patienten informiert werden.

Bisher mangelt es sowohl an einer empirisch fundierten Wissensbasis über die Aufklärungspraktiken als auch an ethisch und sozial mit Akzeptanz ausgestatteten Handlungsorientierungen der Ärzteschaft. Es ist weder mit dem ärztlichen Hilfsauftrag noch mit dem moralischen Empfinden der Bevölkerung vereinbar, einem schwerkranken Patienten mitzuteilen, eine Behandlung werde ihm aus ökonomischen Gründen verweigert.

* Die Studie wurde vom Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert und unter Leitung von PD Dr. Günter Feuerstein durchgeführt.

Dieses Dilemma wird von den politisch Verantwortlichen ebenso wie von der Ärzteschaft weitgehend ausgeblendet. Die wenigen Stellungnahmen zu dieser Thematik bewegen sich im Spektrum zwischen offenem Bekenntnis zur Konfliktvermeidung mittels »verhüllt implizit kommunizierter« Entscheidungen (Brunner 1997: 299) und den ebenso allgemeinen wie unverbindlichen Ratschlägen, PatientInnen nicht mit »frommen Lügen« zu täuschen (Birnbacher/Liening 1997: 190). Zugleich wird vor einer Zwei-Klassen-Medizin gewarnt, wenn PatientInnen z.B. über kostenträchtige, aber möglicherweise lebensrettende Behandlungsmöglichkeiten informiert werden, die nicht in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeschlossen sind, denn solche Informationen bieten nur den Vermögenden eine reale Handlungsoption (vgl. Fuchs 1996b: 54).

Um die Fiktion selbstbestimmter Patientenentscheidungen dennoch aufrecht zu erhalten, wird der Autonomiebegriff nicht mehr individuell, sondern populationsbezogen definiert und werden Entscheidungen mit statistischen Kriterien legitimiert. Auf welcher konsensfähigen ethischen Grundlage und nach welchen moralischen Prämissen in der Gesellschaft eine solche Autonomiekonstruktion zu legitimieren wäre, scheint die Protagonisten jedoch nicht weiter zu beschäftigen. Offen bleibt auch die Frage, welche Kontrollinstanz gerade in ethischen Grenzsituationen anstelle der autonomen Patientenentscheidung treten sollte, wenn PatientInnen aufgrund ihres Krankheitszustandes nicht aufgeklärt werden können oder keine Konsequenzen aus den Informationen ziehen können. Ein undifferenzierter und gegenüber seinen normativen Auswirkungen blinder Autonomiebegriff läuft Gefahr, die gesellschaftlichen Ungleichheitsstrukturen und die sozialen Selektionseffekte zu verstärken.

Die Aufklärungspraxis der Ärzteschaft wird zum neuralgischen Knoten, in dem die vielschichtigen Inkompatibilitäten zwischen den finanziellen Vorgaben der Institution und den medizinisch-ethischen Ansprüchen an die Patientenversorgung zusammenlaufen. Welche professionellen und juristischen Standards und Normen stehen als Orientierungsangebote für die Praxis zur Verfügung? Welche alltagpraktischen Lösungsmuster bilden die klinischen Akteure im Spannungsfeld zwischen ökonomischen Zwängen und den Forderungen nach Informed Consent und Mitspracherechten von PatientInnen aus?

1. Informed Consent und medizinischer Standard als Konstrukte

Die Patientenaufklärung birgt nicht erst seit den Zeiten der Budgetierung ein ethisches Konfliktpotential (vgl. Engelhardt 1996: 300ff). Schon

unter den Bedingungen einer relativen Unabhängigkeit des Arzt-Patient-Verhältnisses von ökonomischen Einflüssen wiesen die ärztliche Informationspolitik, aber in ähnlicher Weise auch die Bedürfnisse der PatientInnen, eine extreme Variationsbreite auf. Dieser hohe Ermessensspielraum der Ärzteschaft und das Machtgefälle im Arzt-Patient-Verhältnis gaben Anlaß zur legislatorischen Regelung der Patientenaufklärung und sind nach wie vor Gegenstand zahlreicher haftungsrechtlicher Auseinandersetzungen. Allein die seit einigen Jahren zu beobachtenden Wandlungsprozesse von einer paternalistischen Rolle der Ärzteschaft zu selbstbestimmten Patientenentscheidungen und Informed Consent als Leitbilder ärztlicher Informations- und Behandlungspraxis demonstrieren eindrucksvoll, in welchem hohem Maße die Beziehungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wie auch die Fragen der Aufklärung gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen unterliegen (vgl. Höfling/Lang 1999).

Die Achtung vor der Autonomie der PatientInnen, die Notwendigkeit der Aufklärung und das Ziel einer gemeinsam von Arzt und Patient getroffenen Behandlungsentscheidung sind Errungenschaften relativ neuen Datums, die durch einen weitgehenden Konsens medizinisch-ethischer Anforderungen und gesellschaftlicher Normen gestützt werden. So wird ein »beeindruckender Konsens über die Notwendigkeit der Aufklärung und Einwilligung des Patienten« in der heutigen Medizinethik konstatiert und das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten, Chancen und Risiken zur Voraussetzung autonomer Patientenentscheidungen erklärt (Reiter-Theil 1997: 131). Das Urteil des Patienten selbst gilt insbesondere in ethischen Grenzsituationen als entscheidend. Ungeachtet der zunächst überzeugend klingenden und konsensfähigen Leitbilder stößt deren Umsetzung in der Praxis auf erhebliche Schwierigkeiten.

Nach Fischer (1993: 556) zeichnen sich drei hauptsächliche Problemfelder ab: »Keineswegs jeder Patient ist in der Lage, eine auch noch so verständlich gegebene Information in unserem Sinne zu ›verstehen‹. (...) Keineswegs alle Patienten wünschen eine eigene Urteilsbildung oder sind dazu in der Lage. (...) Die Art der Entscheidung des Patienten hängt im übrigen nicht unwesentlich von Art, Inhalt und Tendenz der ärztlichen Information ab. Eine in diesem Sinne wertfreie Information mit wirklich objektiver Darstellung der Gefahren und Chancen ist ein kaum erreichbares Ideal.« Darüber hinaus werden in bestimmten Fällen auch medizinisch-ethische Argumente für eine Informationsbeschränkung diskutiert. Nach den Ergebnissen einer in den USA vorgenommenen Literaturanalyse zur Frage der Partizipationsbedürfnisse von PatientInnen bei therapeutischen Entscheidungen (Guadagnoli/Ward 1998) muß eine Informationsbeschränkung im Namen von Patienteninteressen allerdings

kritisch bewertet werden: Den Autoren folgend wünschen PatientInnen überwiegend Informationen über Behandlungsalternativen und die Einbeziehung in Entscheidungsfindungen, obschon ein Teil weiterhin eine passive Rolle einnimmt. Guadagnoli und Ward diskutieren diese Passivität als Ausdruck einer gewohnheitsmäßigen Einstellung und Unkenntnis über andere verfügbare Handlungsoptionen, »but this should not mean that physicians adopt a paternalistic stance with these patients. Physicians should endeavor to engage all patients in decision-making albeit at varying degrees« (ebd.: 337).

Sie fanden zudem in der Wahrnehmung von Partizipationsmöglichkeiten extreme Differenzen zwischen Professionellen und PatientInnen: »Eighty percent of physicians said that patients participated in decision-making, yet only 30 % of patients felt this was the case« (ebd.: 336). Auch in der Patientengruppe ist die Wahrnehmung der eigenen Einflußmöglichkeiten von großen Unterschieden gekennzeichnet. Eines der Differenzierungskriterien scheint dabei die finanzielle Situation der PatientInnen zu sein: »(...) whereas all but 3 percent of insured patients seen at a teaching hospital who were undergoing medical procedures such as lumbar puncture knew that they could refuse the procedure, 20 percent of uninsured patients did not understand that they had this authority. (...) Lack of means to pay for care induced a sense of powerlessness« (Levinsky 1996: 532).

Als ein grundlegendes Problem erweist sich, daß sich viele PatientInnen bereits nach kurzer Zeit nicht oder nicht vollständig an die wesentlichen Inhalte des Aufklärungsgesprächs erinnern können. Weißbauer (1996: 118) zitiert eine Befragung von ca. 500 Patienten zur Aufklärung über chirurgische Eingriffe: Danach konnten nur 18 Prozent der Patienten den wesentlichen Inhalt des Aufklärungsgesprächs wiedergeben, 59 Prozent wußten lediglich, daß die Operation notwendig und mit Risiken verbunden ist, der Rest hatte keine Erinnerungen an die Aufklärung. Die Ergebnisse einer an der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführten Befragung von 80 ambulanten und stationären PatientInnen zur bronchoskopischen Diagnostik sind kaum ermutigender. So wurden zwar die rechtlichen Bestimmungen überwiegend erfüllt, auch waren die Befragten zum allergrößten Teil (96%) zufrieden mit den Informationen, doch die Erinnerung an die Inhalte war schon 30 Minuten (bzw. wenige Stunden bei prämedizierten PatientInnen) äußerst mangelhaft (Bieda et al. 1997).

Die informierte Entscheidungsfindung der PatientInnen bleibt selbst bei weniger problematischen Fragen als sie die ökonomischen Einflüsse auf die Behandlungsentscheidung aufwerfen eine höchst voraussetzungsvolle Angelegenheit und die »Selbstbestimmung« ein ambivalentes

Konstrukt (vgl. Feuerstein 1999; Waldschmidt 1999). Das Konfliktpotential verschärft sich in dem Maße, wie die ärztliche Anforderung, im Sinne des hypokratischen Eides als Anwalt des Patienten zu handeln, von ökonomischen Zwängen überlagert wird. Diese Situation kann derzeit mit einiger Berechtigung mindestens für weite Bereiche der klinischen Versorgung und einen großen Teil ihrer Akteure unterstellt werden.

1.1 Widersprüchliche Orientierungsangebote der medizinischen Profession

In der deutschen Literatur äußert sich Fuchs als einer der wenigen ärztlichen Vertreter zur Frage der Information von PatientInnen über ökonomische Aspekte. Er konstatiert einen Widerspruch zwischen Arzthaftungsrecht und Sozialrecht sowie einen »unauflösbaren Konflikt zwischen Patienteninteressen und Budget« (1996a: 34). Als Konsequenz der Rationierung fordert der Autor für die Mikroebene u.a.: »Beachtung der Patientenautonomie; Beachtung des Prinzips Wahrhaftigkeit« (1996b: 53). Er weist darauf hin, daß in England »beim Vorenthalten der Dialysebehandlung bei über 55jährigen Niereninsuffizienten vom Instrument der barmherzigen Lüge Gebrauch gemacht« wurde. Doch sei dies Instrument »in unserer Gesellschaft, in welcher der Wille des Einzelnen dominiert, kaum anwendbar. Selbstverantwortung, Informationsbedürfnis und Autonomie der Patienten erfordern aus unserem Rechtsverständnis eine weitgehende Beteiligung des Patienten und seiner Angehörigen auch in Situationen, wo unterschiedliche Rechtsgüter und Interessen unvereinbar gegenüberstehen. Die ethischen Prinzipien der Wahrung der Patientenautonomie und Wahrhaftigkeit einerseits sowie das bewußte Vorenthalten begründeter Gesundheitsleistungen andererseits sind nur schwer miteinander in Einklang zu bringen« (ebd.: 53f).

Fuchs vertritt hier, so scheint es zunächst, eine vergleichsweise klare Position, indem er die wahrheitsgemäße Aufklärung und das Prinzip »Patientenautonomie« auch unter den Bedingungen der Rationierung für unverzichtbar erklärt. Dennoch läßt er kaum Zweifel daran, daß sich die Zwänge der Budgets vermutlich in der Zukunft als stärker erweisen werden als die proklamierte Patientenautonomie (ebd.: 54f). Die Patientenautonomie scheint ein Luxus zu sein, der nur in Zeiten voller Finanztöpfe zu gewähren ist. Eine Antwort auf die Frage, wie dieses Prinzip auch unter den Bedingungen knapper Ressourcen in der Praxis zu verwirklichen wäre, bleibt der Autor ebenso schuldig wie den Nachweis, daß das deutsche Gesundheitswesen gegen die aus Großbritannien bekannten Praktiken der konfliktvermeidenden Falschinformationen gewappnet sei.

Statt dessen wird auf die allgemeine und unverbindliche Konstruktion »statistische Größenordnung« und Appelle an die Verantwortung aller Versicherten verwiesen: »Selbstbestimmung ist auch in einem rationierenden System insoweit möglich, als Entscheidungen im Kollektiv getroffen werden, (...) indem wir bereit sind, in statistischen Größenordnungen zu denken und mitzuwirken« (ebd.: 55). Diese Stellungnahmen bleiben widersprüchlich. Der Autor zeigt die Konflikte auf, ohne Position zu der Frage zu beziehen, ob und in welcher Form über finanzielle Hintergründe aufgeklärt werden soll. Mit dem höchst zweifelhaften Legitimationsangebot: Selbstbestimmung im Kollektiv nach statistischen Kriterien, demonstriert Fuchs letztlich selbst eine Variante konfliktvermeidender Informationspolitik.

Eindeutiger sind die Aussagen eines Schweizer Ärztevertreters, der zwar für die Makroebene explizite Verteilungskriterien fordert, aber die Informationsvorenthaltung in bestimmten Fällen für geboten hält: »Vollkommen explizite Entscheide – im Angesicht des Patienten – sind in der ärztlichen Behandlung aus menschlichen und psychologischen Gründen mehr als problematisch. Einem Schwerkranken mitzuteilen, eine Behandlung komme für ihn aus ökonomischen Gründen nicht in Frage, ist ein Unding. Aus medizinischen wie deontologischen Gründen werden solche Entscheide immer verhüllt implizit kommuniziert werden müssen« (Brunner 1997: 299).

1.2 *Konfligierende rechtliche Bewertungsmaßstäbe*

Aus juristischer Sicht werden Widersprüche zwischen Patientenrechten und ökonomischen Interessen aufgezeigt, doch bleiben Fragen der Aufklärung und Autonomie der PatientInnen marginal. Während es einige Autoren bei der Benennung dieser Widersprüche belassen, beziehen andere deutlicher Stellung. Hart vertritt z.B. die Meinung: »Sämtliche Formen der Budgetierung provozieren den Konflikt zwischen sozialrechtlichen und haftungsrechtlichen Bewertungsmaßstäben. (...) Das Haftungsrecht wird diesen Konflikt – wenn er praktisch wird – nicht internalisieren, sondern (möglicherweise kontrafaktisch) die Behandlungspflicht gegen die Wirtschaftlichkeit durchsetzen. Die haftungsrechtlichen Maßstäbe des Rechtsgüterschutzes zugunsten von einzelnen Patienten erlauben keine Senkung des ärztlichen Standards aus allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgründen« (Hart 1996: 71).

In ähnlicher Weise bewertet auch Steffen die Versorgungsqualität höher als das Wirtschaftlichkeitsgebot: »Auf den Nutzen-Risiko-Vergleich der

medizinischen Indikation kann der Nutzen-Kosten-Vergleich des Wirtschaftlichkeitsgebots nur dort einen Einfluß haben, wo er die Erfüllung des Heilauftrags nicht in Frage stellt und Leben und Gesundheit des Patienten nicht einer Qualitätsbewertung zuführt. Anderes gilt auch für das Sozialrecht nicht« (1995: 190). Nach Steffen ist der Arzt nicht durch Aufklärung aus der Verantwortung entlassen: »Selbstbestimmungsaufklärung ist nicht dazu da, über die Einwilligung des Patienten den Qualitätsstandard für die konkrete Behandlung herabzusetzen« (ebd.: 191). Weniger eindeutig sind die Aussagen von Laufs: »Wo finanzielle Engpässe und Grenzen der Kapazität verbesserten Standards und neuen Indikationen im Wege stehen, haben die Ärzte ihre Patienten, sofern dies notwendig erscheint, an die leistungsfähigere Stätte zu überweisen und bei den Verantwortlichen der nächsthöheren Ebene auf Abhilfe zu dringen. Sofern dem Arzt die erforderlichen Mittel für den gebotenen Eingriff fehlen, kann er das Notwendige und Angezeigte nicht leisten. Ein Verstoß gegen den Heilauftrag liegt darin nicht« (1993: 293).

Uhlenbruck argumentiert hingegen im Sinne einer Dominanz der Budgetvorgaben. Er geht von einer Anpassung des Haftungsrechts an die gesundheitspolitischen Bedingungen aus: »Auch die Gerichte werden die Tatsache berücksichtigen müssen, daß zur Wahrung von Leben und Gesundheit als den höchsten Rechtsgütern Grenzen der wirtschaftlichen Rationalität gesetzt sind. (...) Die Gerichte müssen also im Rahmen der Haftungspflicht lernen, in den Begriff des medizinischen Standards auch die durch das Budget gesetzten Grenzen einzubeziehen« (1995: 435). Obschon Uhlenbruck selbst mit dieser Argumentation ein Beispiel für die Durchlässigkeit und Anpassungsfähigkeit medizinischer Standards an ökonomische Zwänge liefert und damit die vorgebliche Objektivität und Wertfreiheit medizinischer Kriterien ad absurdum führt, beziehen sich Juristen wie Ärzteschaft weiterhin relativ unbeirrt auf die Konstrukte »medizinische Standards« und »medizinische Notwendigkeit«. So schreibt Laufs: »Den Dreh- und Angelpunkt bilden die medizinischen Standards, nach denen sich die Indikation wie der Sorgfaltsaufwand bestimmen. Die Standards entwickeln sich in einem ausgreifenden, öffentlichen Prozeß fachlichen Erkennens, Anerkennens und Einübens, der an staatlichen Grenzen nicht haltmacht und den das Fehlen erforderlicher Mittel zwar verlangsamen, doch nicht zum Stillstand bringen kann« (1993: 293).

Kritischer äußert sich Schreiber zum Kriterium »medizinischer Standard«: »Der Standard der ärztlichen Behandlung, so wie es das Haftungsrecht vorschreibt und wie es die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen meinen, wäre dann das Kriterium, sozusagen der Maßstab

für das, was verlangt werden kann und angeboten werden muß. Dabei beschreibt der Standard, der mit dem Begriff ›allgemein anerkannt‹ gemeint ist, nicht nur die klinische Routine, sondern auch das, was die medizinische Wissenschaft leisten kann. Im Hinblick auf die umfangreichen sozialversicherungsrechtlichen Prüfverfahren auf der Grundlage von § 106 SGB V bleiben aber erhebliche Spannungen zwischen dem Wirtschaftlichen und dem nach geltendem Standard Erforderlichen: ein statistischer Durchschnittswert kann hier in Konflikt mit dem geraten, was individuell erforderlich sein mag« (1993: 306). Während die meisten Autoren bisher noch – mehr oder weniger ernsthaft – an der Vorstellung eines einheitlichen medizinischen Standards festhalten, schlägt Kramer die Definition unterschiedlicher Standards vor: »Deshalb wird ein kassenärztlicher Standard definiert werden müssen. Darüber hinaus wird geregelt werden müssen, wie die Lücke zwischen kassenärztlichem und allgemeinem Standard zu überbrücken ist« (1993: 345f). Katzenmeier macht darauf aufmerksam, daß es keine uneingeschränkte Informationspflicht des Arztes gibt: »Nach der Spruchpraxis des BGH braucht der Arzt nicht ungefragt auf andernorts bessere Behandlungsbedingungen hinzuweisen, solange diese nicht in neuartige Verfahren einmünden, welche dem Patienten erkennbare Vorteile eröffnen« (1997: 499).

1.3 Die US-amerikanische Ethikdebatte

In der US-amerikanischen Ethikdebatte hat das Prinzip der Patientenautonomie einen hohen Stellenwert. Mehrere AutorInnen, auch aus der Ärzteschaft, sprechen sich uneingeschränkt für eine Integration ökonomischer Aspekte in die Aufklärung aus (vgl. z.B. Cooper et al. 1996; Freedman 1997; Levinsky 1996; Turner et al. 1995). Die vollständige Information wird zur Voraussetzung für die Ausübung selbstbestimmter Entscheidungen erklärt (Chervenak/McCullough 1995: 320). Dennoch sind Praktiken der systematischen Informationsvorenthaltung und Falschinformation insbesondere als Begleiterscheinungen der Managed Care Arrangements bekannt (vgl. The Ad Hoc Committee to Defend Health Care 1997). Viele Managed Care Organisationen verbieten den Ärzten vertraglich, Auskunft über finanzielle Vereinbarungen zu geben (vgl. Levinsky 1996: 534). Als Reaktion auf diese Mißstände ist die Informationspflicht der Ärzte z.B. über die Behandlungsalternativen bei Brustkrebs und Prostatakrebs mittlerweile gesetzlich vorgeschrieben (Guadagnoli/Ward 1998: 329). Allerdings ist nur der geringste Teil der mit der Aufklärung verbundenen Fragen eindeutig und zudem nur in

einigen Bundesstaaten der USA geregelt. Dennoch ist die Mehrheit der neuen HMO-Versicherten der Meinung, »in this plan the doctor is only concerned about my health and not limiting the plan's costs', a perception clearly in error« (Mechanic 1994: 220). Möglicherweise hat sich dieser Vertrauensvorschuß der Ärzte infolge der Dynamik der Managed Care Versorgung mittlerweile verringert, doch zeigt dieses Beispiel, daß selbst Versicherte kaum in der Lage sind, die Auswirkungen ökonomischer Zwänge zu durchschauen. Im Krankheitsfall sind sie als PatientInnen noch weitaus stärker auf die ärztliche Loyalität angewiesen und von deren wahrheitsgemäßer Information abhängig.

Die in den USA diskutierten Forderungen nach einer Aufklärung über ausnahmslos alle mit der Behandlung verbundenen ökonomischen Fragen – sei es auf Seiten der PatientInnen, der Institution oder der Ärzteschaft – bieten auch für die deutsche Diskussion wichtige Anknüpfungspunkte. So schlägt Freedman einen ärztlichen Codex vor, der die explizite Verpflichtung zur Aufklärung über finanzielle Bedingungen enthält: »If cost considerations threaten to compromise maximally effective care, the reasons for this will be explained to the patient. If it is necessary or deemed desirable by the physician to participate in the rationing of medical care, or if circumstances arise that might conflict with the patient's best interest, it is the physician's responsibility to explain the matter to the patient or, in the event that this is not possible, to the patient's surrogate. At that time, information will also be provided to make a change of physician, health care facility, or both an available option« (1997: 921; vgl. Chervenak/McCullough 1995). Ethische Standards und die Aufklärung sind demnach nicht länger Beiwerk der Medizin, sondern mindestens gleichwertig neben anderen Kriterien in die Qualitätsbewertung einzubeziehen. Der innovative Charakter dieses Vorschlags liegt vor allem in der Möglichkeit, die ökonomische Vereinseitigung und qualitative Verarmung der Bewertung medizinischer Maßnahmen ebenso wie die Beschränkungen einer naturwissenschaftlichen Bewertung der »evidence-based-medicine« zu überwinden. Eine solche konzeptionelle Integration ethischer Standards in das Qualitätsmanagement ist eine im deutschen Diskurs völlig unterentwickelte Strategie.

Eine unter ethischen Gesichtspunkten mindestens fragwürdige Variante des Informed Consent stellt allerdings die auf Kostenersparnis zielende Verbindung von Patientenautonomie und lebenserhaltenden Maßnahmen dar. So schlägt Kapp vor, insbesondere bei lebenserhaltenden Maßnahmen zu prüfen, »whether we can achieve measurable cost savings by respecting the wishes of patients and their surrogates to limit interventions whose burdens to the patient are perceived to exceed the benefits« (1989:

1938; vgl. Turner et al. 1995 zur Frage der Information über die Kosten intensivmedizinischer Versorgung). Obschon solcherart Vorschläge in Deutschland bisher nicht, zumindest nicht öffentlich, unterbreitet wurden, fehlen in der Debatte um Sterbehilfe eindeutige Aussagen dazu, ob »die Pflicht des Arztes zur Ausführung von lebensverlängernden Maßnahmen durch das Wirtschaftlichkeitsgebot eingeschränkt sein könnte« (Künscher 1993: 562).

1.4 Widersprüchliche Orientierungsangebote – ein Zwischenfazit

In der Alltagspraxis der Patientenaufklärung können die klinischen Akteure bisher nicht auf professionelle Leitlinien, juristische Regelungen oder ethisch konsensfähige Handlungsmuster zurückgreifen, die eine hinreichend klare Orientierung für die Frage der Integration ökonomischer Aspekte in die Aufklärung bieten könnten. Die Strategien auf der Makroebene und auch auf der Mesoebene der Institutionen, das Problem der Aufklärung über ökonomische Fragen weitgehend zu negieren, begünstigen jedoch letztlich die ohnehin hohe Versuchung zur Konfliktvermeidung in den Aufklärungsgesprächen.

Wenn solche Strategie trotz seines offensichtlichen Verstoßes gegen das Autonomieprinzip dennoch weithin verborgen bleibt, so ist dies dem kollektiven und individuellen Entlastungspotential geschuldet, welches die extreme Spannbreite der Konstrukte »medizinische Standards« und »medizinische Notwendigkeit« für die politische und die ärztliche Informationspolitik verfügbar macht. Ökonomische Zwänge werden in medizinische Termini übersetzt, der »medizinische Standard« und die »medizinische Notwendigkeit« nach gesellschaftspolitischen und betriebswirtschaftlichen Interessen der Institution modelliert. Werden die Diskrepanzen zwischen ökonomischen und medizinischen Anforderungen allzu groß, bleibt die Möglichkeit, verschiedene medizinische Standards (vgl. Kramer 1993; Krimmel 1997) zu definieren. Obschon mittlerweile von unterschiedlicher Seite aufgezeigt wird, daß medizinischer Standard und medizinische Notwendigkeit nicht medizinisch, sondern politisch, sozial und gesellschaftlich definiert werden (vgl. z.B. Arnold 1997; Schmidt 1996), scheint das Legitimations- und Entlastungspotential dieser Konstrukte ungebrochen zu sein. Die Rückzugsmöglichkeit auf medizinische Kriterien ist umso größer, je weniger eindeutig und überprüfbar diese Kriterien sind. Bisher mangelt es speziell im deutschen Gesundheitswesen an gesichertem Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Therapien, an Standards und Richtlinien der Ärzteschaft sowie an einer umfassenden Bewertung medizinischer Maßnahmen.

Die US-amerikanische Entwicklung läßt erahnen, daß eine diskursive Wertschätzung der Autonomie und selbst schärfere haftungsrechtliche Sanktionen allein keine Garanten dafür sind, daß PatientInnen diese Autonomie tatsächlich ausüben können. Zudem wird deutlich, daß z.B. eine Verbindung des Selbstbestimmungsrechts mit Fragen der Therapiebegrenzung ein hohes ethisches Konfliktpotential beinhaltet.

2. *Aufklärung über ökonomische Motive der Behandlungsentscheidung – ein Meinungsbild gesundheitspolitischer Akteure*

Bisher wird kaum öffentlich diskutiert, wie PatientInnen in die ökonomischen Fragen von Behandlungsentscheidungen einbezogen werden sollen und können. Wie gezeigt wurde, bleiben die Orientierungsangebote widersprüchlich, ein ethischer Grundkonsens ist nicht auszumachen. In einer schriftlichen Befragung relevanter Akteure im Gesundheitswesen (ärztliche Standesvertretungen, Krankenhausgesellschaften, medizinische Fach- und Berufsverbände, Patienteninitiativen) wurden Einstellungen zu diesem Problemfeld ermittelt (ausführlich dazu Kuhlmann 1999). Mit dem weitgehend konsensfähigen Plädoyer für eine wahrheitsgemäße Aufklärung über ökonomische Hintergründe von Behandlungsentscheidungen liegt erstmals eine Stellungnahme einer größeren Gruppe dominierender Akteure im Gesundheitswesen zu dieser Frage vor. Zugleich verweisen die Ambivalenzen und Widersprüche darauf, daß diese Wertpräferenz in der Praxis auf Widerstände stößt.

Über die Hälfte der Befragten (56%) ist der Meinung, bestimmte Bedingungen berechtigten dazu, Patienten nicht über ökonomische Belange aufzuklären. Im Vordergrund der Begründungen stehen medizinische Argumente: So sprechen sich 25 Prozent der Befragten bei schwerkranken und 14 Prozent bei geistig oder psychisch gestörten, nicht einsichtsfähigen PatientInnen für eine Informationsvorenthaltung aus; zwölf Prozent wollen nicht aufklären, wenn sich der Patient in einer kritischen psychosozialen Situation befindet, keine finanziellen Alternativen hat oder allgemein ein Schaden für den Patienten zu befürchten ist. Das Wahrheitsprinzip wird nicht nur über medizinische Begründungen, sondern ebenso durch moralische Bedenken eingeschränkt. So tendiert die Untersuchungsgruppe bei der Frage, ob die Information eines schwerkranken Menschen über ökonomisch motivierte Therapieverweigerung mit dem moralischen Empfinden und den medizinischen Erfordernissen vereinbar sei, etwa zu gleichen Teilen zur Zustimmung (42%) wie zur Ablehnung (44%); 12% sind unentschlossen. Die Reaktionen

auf die Bitte an die Befragten, relevante Aspekte für eine Richtlinie über die Integration ökonomischer Aspekte in die Aufklärung zu benennen, sind ein unmißverständlicher Beleg für die weitverbreitete Ratlosigkeit in dieser Frage. Die ehrliche Antwort eines Teilnehmers: »Da bin ich überfordert«, bringt das Dilemma auf den Punkt. Fehlende institutionelle Richtlinien und Diskussionsmöglichkeiten begünstigen die Strategien der Konfliktvermeidung.

3. *Die »subkutane« Kostenfrage und ihre Vermittlung im klinischen Alltag*

In explorativen Interviews mit Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Statusgruppen, Fachgebiete und Einrichtungen wurde ermittelt, welche Rolle ökonomische Einflüsse in den Aufklärungsgesprächen spielen und welche Konflikte hieraus resultieren (Kuhlmann 1999). Der Einfluß finanzieller Erwägungen wird von der Ärzteschaft zwar als allgegenwärtig wahrgenommen, aber nur selten im konkreten Einzelfall explizit benannt. Vielmehr sprechen die Befragten von »einem Geldproblem, das unterschiedlich im Kopf »rumspuckt und das Handeln auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst«, von ökonomischen Vorgaben »im Hinterkopf« oder von der »subkutanen Kostenfrage«. Diese diffusen Anforderungen werden zwar als hochgradig belastend und widersprüchlich wahrgenommen, sie bieten aber zugleich Möglichkeiten, den individuellen Konflikt zwischen den finanziellen Interessen der Institution und den medizinisch-ethischen Anforderungen an die Patientenversorgung zu entschärfen und gegenüber den Patienten zu minimieren oder gänzlich zu verleugnen.

Entgegen diesen realen Veränderungen in der klinischen Praxis dominiert mehrheitlich das Bedürfnis, das Arzt-Patient-Verhältnis von ökonomischen Überlegungen frei zu halten. Die Vermittlung ökonomischer Behandlungshintergründe an PatientInnen weist eine völlig uneinheitliche Praxis und eine extreme Spannbreite ärztlicher Informationspolitik auf. Die Aufklärungspraktiken bewegen sich zwischen den beiden Polen »bewußte Vorenthaltung und Falschinformation« und »wahrheitsgemäße Information« über finanzielle Aspekte. Dazwischen liegt eine weite Grauzone für die unterschiedlichsten Formen einer auf Konfliktvermeidung zielenden Aufklärungspraxis. Die Variabilität medizinischer Begründungsmuster und das mangelnde Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen bieten ein Einfallstor für diese Strategie. Ökonomisch motivierte Behandlungsentscheidungen werden in medizinischen Kategorien vermittelt. Die wenigsten PatientInnen werden in der Lage sein, solche Begründungen zu prüfen. Das Bedürfnis nach

Konfliktvermeidung hat auch zur Folge, daß gerade diejenigen PatientInnen mit den höchsten Kontrollmöglichkeiten am besten informiert werden. Ein hoher Bildungsstand, Kritikfähigkeit, Selbstbewußtsein und Informationen über die eigene Erkrankung erhöhen die Chancen auf eine vollständige Aufklärung. Soziale Ungleichheiten werden so über die Aufklärungspraktiken reproduziert und verstärkt.

Insgesamt ist eine Qualitätseinbuße in der Aufklärung zu beobachten, die auf den steigenden Zeitdruck infolge der Personalreduktionen zurückzuführen ist. Die als Rationalisierung ausgegebenen Einsparmaßnahmen beim ärztlichen und pflegerischen Personal als der kostenträchtigsten Ressource in der klinischen Versorgung wirken faktisch rationierend. Die zeitlich flexibel zu gestaltenden Aufklärungsgespräche erweisen sich als hochsensibel und störanfällig für die Personalreduktionen. Die selbstbestimmte Entscheidung eines Patienten wird unter diesen Bedingungen allein deshalb zur Illusion, weil nicht einmal die minimale Voraussetzung – die vollständige Information über die Behandlung und die Kenntnis der Alternativen – erfüllt ist. Vielmehr wird die Entscheidungsfindung zum Produkt ärztlicher Steuerungs- und Manipulationstaktiken. PatientInnen werden jedoch unter Bezug auf medizinische Begründungsmuster in dem Glauben gelassen, es sei ihre eigene Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Maßnahme. Damit werden zum einen nicht vorhandene Einflußmöglichkeiten suggeriert, zum anderen wird ein Einfallstor für die Verantwortungs- und Schuldzuschreibung der Behandlungsentscheidung an PatientInnen geöffnet.

4. *Neuer Paternalismus der Ärzteschaft im Dienste der Krankenhausökonomie?*

Die scheinbare Konsensfähigkeit der Prinzipien »Selbstbestimmung« und »Wahrheit in der Aufklärung« basiert vor allem darauf, daß es sich hierbei um Konstruktionen mit einer hohen Variabilität und Anpassungsfähigkeit an die Bedingungen der Gesundheitsversorgung handelt. Der Konsens wird da brüchig, wo diese Prämissen mit Inhalt gefüllt werden und wo sie mit ökonomischen Interessen kollidieren. Die Konstruktion des »kritischen Kunden« als Kontrollinstanz der Anbieter medizinischer Leistungen hält einer Konfrontation mit der Realität nicht stand. Limitierte Krankenhausbudgets provozieren auf Seiten der Ärzteschaft konfliktvermeidende Fehlinformationen. Somit tendieren sie dazu, die Möglichkeiten einer selbstbestimmten und partnerschaftlichen Entscheidungsfindung zu verringern (vgl. Baker 1994: 345), statt sie zu stärken, wie es die Rhetorik der Kundenorientierung suggeriert. Die vollständige Information des

Patienten, die einen so hohen legitimatorischen Stellenwert in den Konzepten der Marktorientierung einnimmt, findet de facto überwiegend nicht statt. Vielmehr wird die Qualität der Aufklärung durch die erhöhte Zeitknappheit reduziert. Eine wesentliche Voraussetzung für »die individualisierte und pluralisierte Nachfragemacht freier Bürger« (Baier 1996: 1897), die selbstbestimmte Entscheidungsfindung, ist nicht erfüllt – und dies um so weniger, je geringer die Machtressourcen der PatientInnen sind. Gerade die schwächsten Gruppen, die alten, akut hilfebedürftigen und sozial unterprivilegierten PatientInnen, erhalten die unvollständigsten Informationen.

Nichts deutet darauf hin, daß die gesundheitspolitischen Leitbilder »Eigenverantwortung« und »Selbstbestimmung« unter den Bedingungen ökonomischer Zwänge in der Praxis zufriedenstellend einzulösen wären. Im Gegenteil: Die wettbewerbs- und marktfixierte Umstrukturierung erweist sich allein aufgrund der generellen Qualitätsminderung der Aufklärungspraxis als kontraproduktiv. Sie begünstigt entgegen ihren Proklamationen neopaternalistische Tendenzen in der Ärzteschaft und schränkt die ohnehin geringen Einflußmöglichkeiten von PatientInnen weiter ein. Basierte der traditionelle Paternalismus auf einer bestmöglichen Entscheidung im Patienteninteresse nach medizinischen Kriterien, so erfolgt die Orientierung nunmehr auch an ökonomischen Mustern; das paternalistische Entscheidungsprinzip kann für die finanziellen Interessen der Institution oder ein abstraktes statistisches Kollektiv der Versicherten funktionalisiert werden. Ein weiteres Novum ist, daß PatientInnen in dem Glauben gelassen werden, es sei ihre eigene, selbstbestimmte Entscheidung (vgl. Sulmasy 1995). Das ohnehin bestehende Macht- und Informationsgefälle zwischen PatientInnen und Professionellen wird um eine Dimension erweitert: PatientInnen wissen nicht, welchem Imperativ ihr Arzt oder ihre Ärztin folgt, dem der vollständigen Aufklärung oder dem der Konfliktmeidung.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ellen Kuhlmann

Universität Hamburg

Forschungsschwerpunkt Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt (BIOGUM)

Falkenried 94

20251 Hamburg

Tel.: 040/ 42803-4415

Fax: 040/ 42803-6315

Literatur

- Arnold, M. (1997): Wie lange ist das medizinisch Notwendige noch finanzierbar? Gesundheitspolitik (2), 9-13
- Baier, H. (1996): Abschied vom Sozialstaat. Kundenorientierung statt Rationierung. Deutsches Ärzteblatt, 93 (42), C-1895-1898
- Baker, R. (1994): The Ethics of Global Budgeting: Some Historically Based Observations. The Journal of Clinical Ethics, 5 (4), 343-346
- Bieda, K., et al. (1997): Aufklärung zwischen rechtlicher Forderung und Patientenwunsch. Deutsche Krebsgesellschaft, Forum, 12 (2), 112-116
- Birnbacher, D.; Liening, P. (1997): Bedeutung medizinischer Standards unter dem Aspekt der Rationierung. In: Nagel, E.; Fuchs, C. (Hrsg.): Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 190-193
- Brunner, H.H. (1997): Formen der Rationierung medizinischer Leistungen. Schweizerische Ärztezeitung, 78 (9), 292-299
- Chervenak, F.A.; McCullough, L.B. (1995): The Threat of the New Managed Practice of Medicine to Patients' Autonomy. The Journal of Clinical Ethics, 6 (4), 320-323
- Cooper, T.R., et al. (1996): The Interrelationship of Ethical Issues in the Transition from Old Paradigms to New Technologies. The Journal of Clinical Ethics, 7 (3), 243-250
- Engelhardt, H.T., Jr. (1996): The Foundations of Bioethics. New York, Oxford: Oxford University Press
- Feuerstein, G. (1999): Inseln des Überflusses im Meer der Knappheit. Angebots-expansion und Nachfragesteuerung gentechnischer Leistungen. In: Feuerstein, G.; Kuhlmann, E. (Hrsg.): Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern u.a.: Huber, 95-113
- Feuerstein, G.; Kuhlmann, E. (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Fischer, G.C. (1993): Wirtschaftlichkeitsgebot und ethische Konflikte in der Hausarztpraxis. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 87, 553-558
- Freedman, L.R. (1997): To the Editor: Helping Physicians Recognize Bedside Rationing. Annals of Internal Medicine, 216 (11), 921
- Fuchs, C. (1996a): Der Versicherte als Leitbild – aus der Sicht des Arztes. In: Beske, F.; Kern, A.O. (Hrsg.): Der Versicherte als Leitbild von Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherung (Schriftenreihe des IGSF, Bd. 52). Würzburg: Triltsch, 21-36
- Fuchs, C. (1996b): Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen – Folgerungen für die Mikroebene. In: Beske, F. et al. (Hrsg.): Verantwortungsebenen bei der Verteilung von Gesundheitsleistungen (Schriftenreihe des IGSF Kiel, Bd. 55). Würzburg: Triltsch, 47-77
- Guadagnoli, E.; Ward, P. (1998): Patient Participation in Decision-Making. Social Science and Medicine, 47 (3), 329-339
- Hart, D. (1996): Rechtliche Grenzen der »Ökonomisierung«. Arzneimittel-, sozial- und haftungsrechtliche Aspekte der Pharmakaökonomie. Medizinrecht (2), 60-71
- Hermann, C. (1997): Wer steuert die Gesetzliche Krankenversicherung? Arbeit und Sozialpolitik (7-8), 10-16
- Höfling, W.; Lang, H. (1999): Das Selbstbestimmungsrecht. Normativer Bezugspunkt im Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Feuerstein, G.; Kuhlmann, E. (Hrsg.): Neopaternalistische Medizin. Zum Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern u.a.: Huber, 17-35

- Kapp, M.B. (1989): Enforcing Patient Preferences. Linking Payment for Medical Care to Informed Consent. *Journal of the American Medical Association*, 261 (13), 1935-1938
- Katzenmeier, C. (1997): Qualität im Gesundheitswesen. Patienteninformation – Patientenschutz – Verfahrensqualität. *Medizinrecht* (11), 498-503
- Kramer, H.J. (1993): Ärztlicher Standard unter den Gesichtspunkten Ressourcenverteilung, Wirtschaftlichkeitsgebot und Haftung. *Medizinrecht* (9), 345-346
- Krimmel, L. (1997): Was ist »medizinisch notwendig«? *Deutsches Ärzteblatt*, 94 (1/2), C – 16-18
- Kuhlmann, E. (1999): Patientenaufklärung im Dienste der Ressourcenallokation? In: Feuerstein, G.; Kuhlmann, E. (Hrsg.): *Neopaternalistische Medizin. Zum Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis*. Bern u.a.: Huber, 37-93
- Kühn, H. (1998): Selbstverantwortung in der Gesundheitspolitik. *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 30, 7-20
- Künscher, A. (1993): Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl als Rechtsproblem. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 87, 559-566
- Laufs, A. (1993): Standards, Kostendruck und Haftpflichtrecht. In: Nagel, E.; Fuchs, C. (Hrsg.): *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer, 291-301
- Levinsky, N.G. (1996): Social, Institutional, and Economic Barriers to the Exercise of Patients' Rights. *New England Journal of Medicine*, 334 (8), 532-534
- Mechanic, D. (1994): Trust and Informed Consent to Rationing. *The Milbank Quarterly*, 72 (2), 217-223
- Oberender, P.; Hebborn, A. (1996): Der Einfluß alternativer Honorierungssysteme auf die Arzt-Patient-Beziehung. In: Lang, E.; Arnold, K. (Hrsg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel*. Stuttgart: Enke, 76-90
- Reiter-Theil, S. (1997): Aufklärung in der Onkologie am Beispiel des Therapieverzichts und der Sterbehilfe. *Deutsche Krebsgesellschaft, Forum*, 12 (2), 131-135
- Schmidt, V.H. (1996): Ist die Verteilung knapper medizinischer Güter ein medizinisches Problem? (ZeS-Arbeitspapier Nr. 8/96). Bremen: Zentrum für Sozialpolitik
- Schreiber, H.-L. (1993): Rechtliche Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit im Sozialstaat. In: Nagel, E.; Fuchs, C. (Hrsg.): *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer, 302-309
- Simon, M. (1998): Begleitforschung zu den Auswirkungen der neuen Krankenhausfinanzierung. *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 29, 112-126
- Steffen, E. (1995): Einfluß verminderter Ressourcen und von Finanzierungsgrenzen aus dem Gesundheitsstrukturgesetz auf die Arzthaftung. *Medizinrecht* (5), 190-191
- Sulmasy, D.P. (1995): Managed Care and the New Medical Paternalism. *The Journal of Clinical Ethics*, 6 (4), 324-326
- The Ad Hoc Committee to Defend Health Care (1997): For our Patients, not for Profits. A Call to Action. *Journal of the American Medical Association*, 278 (21), 1733-1736
- Turner, J.F. et al. (1995): Physician's Ethical Responsibility under Co-Pay Insurance: Should Potential Fiscal Liability Become Part of Informed Consent? *The Journal of Clinical Ethics*, 6 (1), 68-72
- Uhlenbruck, W. (1995): Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin. *Medizinrecht* (11), 427-445
- Waldschmidt, A. (1999): Selbstbestimmung als Konstruktion. Opladen: Leske + Budrich
- Weißbauer, W. (1996): Aufklärungspflicht und Arzt-Patient-Beziehung. In: Lang, E.; Arnold, K. (Hrsg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel*. Stuttgart: Enke, 113-120