

## Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit

### 1. *Kranksein und Schutzbedürftigkeit*

Die Erwartungen der Gesellschaft an die medizinischen Institutionen sind Erwartungen potentieller Patienten. Die Menschen orientieren sich an den Vorstellungen, die sie von der Situation eines Kranken haben. Kranke bzw. Patienten sind in ihrer Beziehung zu medizinischen Institutionen Hilfesuchende. Sie sind in der Regel durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt. Weder haben sie das Wissen, das für spezifische medizinische Dienstleistungen erforderlich ist, noch verfügen sie über Kenntnisse und Fähigkeiten, notwendige und angemessene Maßnahmen festzulegen. Als »Laien«, vor allem aber als Kranke, sind sie nur unzureichend in der Lage, die arbeitsteilige Komplexität des Gesundheitssystems selbst zu überschauen und zu koordinieren, um sicher zu stellen, dass die benötigten Leistungen zum richtigen Zeitpunkt erbracht werden. Über ihre Expertenmacht hinaus haben Ärzte eine quasi hoheitliche Funktion inne, indem sie festlegen, ob und wann ein Patient als krank gelten kann, von Funktionen und Aufgaben entlastet und anspruchsberechtigt wird.

Patienten vertrauen sich Ärzten in der Erwartung an, dass diese in ihrem und nicht im Interesse Dritter tätig werden. Je nach Krankheit und Behinderung wird ihre Beziehung zum Arzt mit einem gewissen Grad der Unvermeidlichkeit asymmetrisch sein. »Autonomie« des Patienten ist in einem zweifachen Sinn zu verstehen: erstens als erstrebenswertes Ziel der Arzt-Patient-Interaktion und zweitens als empirisch zu prüfender Sachverhalt, der mehr oder weniger gegeben ist. Dem Patienten Autonomie nur zu unterstellen, bedeutet meist Flucht vor der Verantwortung für Hilfsbedürftige – individuell und gesellschaftlich. Dass Hilfe auch repressive Züge annehmen kann, ist unbenommen, allerdings ist verweigerte Hilfe stets repressiv.

In den Expertendiskursen wird die asymmetrische Beziehung überwiegend auf Wissens- bzw. Informationsdefizite der Patienten zurückgeführt. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, Aufklärung, Qualitätsinformationen, das neue Medium Internet usw. könnten Patienten zu gleichgewichtigen Partnern machen. Die heutige marktradikale Heilserwartung geht dahin, die medizinische Versorgung einem sich selbst regulierenden Markt zu überantworten. Dazu ist es nach der herrschenden (»neoklassischen«)

Marktverhaltenstheorie unerlässlich, dass informierte Wirtschaftssubjekte miteinander in Beziehung treten. Eine typische Frucht dieses Konzepts ist beispielsweise die Forderung, die versicherten Patienten sollten als kritische Kunden von ihren Ärzten Quittungen für ihre Leistungen verlangen, über deren Preise informiert werden und womöglich darüber verhandeln. Gegen Hinweise auf die asymmetrische Beziehung wird vorgebracht, diese sei heute überwindbar, da sich heute alle für Patienten relevanten Informationen technisch bereitstellen und individuell abrufen ließen (Robinson 2001). Sorgende Verantwortung für die Person des Käufers, die über die Geschäftsbeziehung hinausgeht, ist weder in der Theorie noch in der Praxis des Marktverhaltens vorgesehen. Auf Märkten wird das Schwachsein des ungeschützten Anderen nicht kompensiert, sondern verwertet. Darum muss die Marktapologetik den »souveränen Konsumenten« unterstellen.

Wird »Information« ins Zentrum des Bildes von der Arzt-Patient-Beziehung gestellt, dann muss über deren eigentlichen entscheidenden Anlass nicht nachgedacht werden: das Kranksein. Verstehen wir Kranksein als »in seiner Freiheit gehemmt Leben« (Marx), dann ist viel Entscheidendes über die Patienten als Kranke gesagt. Ihre Lage ist in vielen Fällen eine so immense Unfreiheit, ein solches Gefangensein, dass die generalisierte Unterstellung, in der Arzt-Patient-Beziehung könnten sich zwei freie Vertragspartner gegenüberstehen (was im empirischen Einzelfall durchaus möglich ist), zwar einer marktapologetischen Notwendigkeit, aber nur als Ausnahme der Realität entspricht.

Während der Begriff »Patient« den Anderen als einen Leidenden kenntlich macht, wird er durch die Bezeichnung »Kunde« auf eine Funktion reduziert. Im allgemeinen Verständnis ist der Kunde ein potentieller Käufer, er hat die Wahl, kann abwägen, kann gehen, wenn es ihm nicht passt, und er kann warten. Was hingegen ist ein Kranker? Er ist leidend, braucht Hilfe, hat oft keine Wahl, kann oft nicht wägen und auch nicht warten. Die rhetorische Verwandlung des Patienten in einen Kunden transportiert normative Orientierungen für Ärzte und Pflegende. Wie entlastend kann es für sie sein, einen Kranken als Kunden anzusehen?

Wer dem Kranksein im Gesundheitswesen gerecht werden will, muss also über das »Informiertsein« hinaus berücksichtigen, dass Krankheit ein zutiefst emotionales Ereignis ist. Was die Kranken emotional bewältigen müssen, sind:

- Schmerzen, das Risiko dauerhafter Behinderungen oder chronischer Krankheit und Tod,
- Selbstbeobachtung, alarmierende Symptome, Angst,
- Bedrohung des Selbstwertgefühls z.B. bei chronisch Kranken,

- Erlebnis der Stigmatisierung und sozialen Ausgrenzung z.B. bei Infektionskrankheiten und »hässlichen Entstellungen«,
- tatsächlicher oder drohender sozialer Abstieg oder gar Marginalisierung,
- Sorge um berufliche oder familiäre Entwicklungen, die man nicht beeinflussen kann.

Dies zusammengenommen kann Patienten in eine Situation bringen, in denen sie kritiklos nach einem Strohhalm suchen, »nach einem Halt um fast jeden Preis«. Sie werden damit extrem suggestibel »für fast beliebige Angebote des Arztes, die der Gekränkte anzunehmen neigt, auch wenn sie gar nicht mit seinem Inneren übereinstimmen, sofern der Arzt dies – schamlos – ausnutzt« (Dörner 2001: 73 f.).

Die aus dem Kranksein heraus bestehende Abhängigkeit und Schutzbedürftigkeit bringt den Philosophen Lévinas dazu vorzuschlagen, die Medizin möge den ganz ursprünglichen »Schrei des Leidenden« nach Hilfe erwidern. Dieser komme vom kranken Menschen und seinem subjektiven Kranksein, das in den biomedizinisch definierten Krankheits-symptomen nicht aufgehe. Natürlich kann selbst in einer idealen empathischen Beziehung der Hilfescrei immer nur unvollständig und selektiv aufgenommen werden. Das Bild vom Schrei des Leidenden kann jedoch etwas über die Angemessenheit der medizinischen Antwort vermitteln. Sind die Institutionen überhaupt darauf angelegt, ihn noch vernehmbar zu machen oder muss er verhallen und ersticken? Das Bild vom Kunden kolportiert die entgegen gerichtete normative Orientierung: Wie bewerte ich seine Begehren? Welche bringen etwas ein und bei welchen droht ein Verlust? Unter den Bedingungen von Budgets und Pauschalen beispielsweise werden Kranke mit überdurchschnittlichem Versorgungsaufwand zum finanziellen Risiko. Das macht Ärzte empfänglich für die Stereotype von einer unbegrenzt begehrliehen Menschennatur, zumal, wenn sie im ethischen Gewand daherkommt.<sup>1</sup> Der »Schrei« des Leidenden verwandelt sich für sie in diesem Bezugsrahmen in einen Ausdruck bedrohlicher Begehrliehkeiten, die es abzuwehren gilt.

Innerhalb der Besonderheiten des Krankseins ist die Situation des chronisch Kranken hervorzuheben, als eines Menschen, »dem der bisher stets verlässliche Boden unter den Füßen weggezogen ist, der nicht mehr erwarten darf, dass er nach seiner Erkrankung wieder der alte, derselbe sein wird, dessen bisherige Identität daher nichts mehr gilt, für den der moderne Krankheitsmythos der Heilbarkeit ungültig geworden ist, dass alles wieder gut wird, dass Leidensfreiheit normal und erreichbar ist, dass man nichts endlos ertragen muss. Der Körper, bisher unmerklich funktionierendes Medium für das selbstvergessene Weggegebensein

an die Beziehungen zur Welt, zu den anderen Menschen und zu mir selbst, ist zum nicht nur vorübergehenden, sondern dauerhaften Feind geworden, der all dies be- oder verhindert, der mein Bewusstseinsfeld penetrant besetzt und mich mit meiner Verletzbarkeit, Endlichkeit, mit Siechtum und mit meinem Tod konfrontiert« (Dörner 2001: 105).

Das Leben mit chronischen Schmerzen ist für die Kranken oft entmutigend und deprimierend. Dauerhafter Schmerz hat die Eigenschaft, gerade die Dinge zu überlagern, die das Leben lebenswert machen. Wie Kleinman und Seeman (2000) ermittelten, leiden Patienten mit chronischen Schmerzen nicht selten unter der Furcht, den ärztlichen Verdacht zu erregen, ihr Leiden sei unaufrichtig und simuliert. Die Bedingungen prospektiver Finanzierung stellen für solcherlei Verdächtigungen einen fruchtbaren Nährboden dar, gilt es doch, »ausufernden Begehrlichkeiten« Grenzen zu setzen. Das Leid der Patienten wird hingegen durch den Simulationsverdacht noch größer.

Nicht nur Selbstachtung, Selbstbestimmung und die Kontrolle über die Zukunftsentwürfe sind für den chronisch Kranken fraglich geworden. Betrachtet sich das kranke Individuum mit den Augen der Gesellschaft, so sieht es sich als dauerhaft nutzlos und überflüssig geworden, einem Prozess der Demoralisierung unterworfen. Es fragt sich dann, ob es für die Hilfen, die ihm jetzt noch angeboten werden, nicht zu teuer geworden ist, »ob ich angesichts der gesellschaftlichen Idealisierung der Unabhängigkeit überhaupt abhängig, pflegebedürftig sein darf« (Dörner 2001: 105). Hinzu kommt die Position des Hilfesuchenden als solche. Selbst bei Routinebesuchen sind die Patienten verletzlich und am schwächeren Ende. Sie müssen ihre Körper entblößen, von intimsten Dingen körperlicher oder anderer Art sprechen, erleben ihre Unfähigkeit dazu, da sie möglicherweise zu alt, verängstigt oder uninformiert sind, sich aufgrund ihres sozialen Status zurücksetzen oder zurückgesetzt fühlen.

## 2. *Recht auf Ignoranz*

Ein gewisses Maß an Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung ist nicht nur unvermeidbar, sondern kann sogar notwendig sein.<sup>2</sup> Die aus der Situation des Krankseins resultierende Schutzbedürftigkeit schließt auch ein Recht auf Selbstbezogenheit des Patienten und Ignoranz gegenüber den Interessen und Nöten der medizinischen Institution ein. Warum beispielsweise sollte sich die betagte Patientin, die mit einem Oberschenkelhalsbruch in ein Krankenhaus eingewiesen wird, für dessen finanzielle Lage und Anreize interessieren? Aus ihrer Sicht ist es völlig gleichgültig, welcher Art und Höhe die Fallpauschalen sind. Natürlich wirken

sich diese auf das Krankenhaus und nicht zuletzt auch auf ihre Situation aus. Aber die Patientin hat andere Probleme. Ihr gehen Fragen durch den Kopf: Wird sie, die schon ein hohes Lebensalter erreicht hat, den Krankenhausaufenthalt überleben? Wird sie sich wieder selbstständig bewegen können in ihrer häuslichen Umwelt? Wird sie ihre Wohnung behalten können? Wird sie, was sie schon seit langem befürchtet, zu einem Pflegefall? Das hängt nicht zuletzt von der Qualität der Operation, der Reaktivierung, Aufklärung, Pflege, Anschlussbehandlung ab. Die durchschnittliche Verweildauer des Krankenhauses oder ihrer Fallgruppe wäre ihr, würde sie sie kennen, gänzlich gleichgültig. Und sie hat ein Recht auf diese Gleichgültigkeit. Sie fragt die Krankenschwester und – falls sich die Gelegenheit ergibt – die Assistenzärztin oder den Oberarzt, wie lange sie im Krankenhaus bleiben muss oder kann und ob dies so entschieden wird, wie es ihrer individuellen Situation entspricht. Ihre Tochter und ihr Sohn leben mit ihren Familien in anderen Städten, wer versorgt sie nach der Entlassung? Wird sie bei positivem Ausgang für eine Übergangszeit fremde Hilfe benötigen? Kann sie darauf vertrauen, dass in der Institution jemand sich dafür verantwortlich zeigt? Was muss sie dazu wissen und tun? Wird sie mit ihren Sorgen und Nöten allein gelassen, kann das auch ihren gesundheitlichen Status in Mitleidenschaft ziehen, die Wiederherstellung verzögern, wenn nicht verhindern?

Auch die Rhetorik, mit der Akteure im Krankenhaus sich und anderen ihre Zugehörigkeit zur Expertenkultur signalisieren, geht an den Interessen und Sorgen der Patientin vorbei. Selbst die gewiss nicht geringen iatrogenen Risiken von Infektion oder Medikamentenirrtum bleiben im Hintergrund, hier vertraut sie sich der Institution an. Für sie relativiert sich alles daran: Wird sie sich während ihres Aufenthaltes den Umständen entsprechend gut aufgehoben fühlen können? Können Pflegepersonen und Ärzte ihr Sicherheit und Geborgenheit vermitteln und sie ermuntern bei den kleinen Schritten der Reaktivierung? Oder wird sie spüren, dass sie – oft im wahrsten Sinne des Wortes – herumgeschoben wird, dass Röntgen- und OP-Termine angesetzt, widerrufen und wieder angesetzt werden ohne Erklärung, dass sie von verschiedenen Helfern unterschiedliche Antworten auf ihre Fragen erhält? Wird sie sich fragen: »Warum werde ich fast täglich mit neuen Gesichtern konfrontiert? An wen kann ich mich wenden«? Der junge Arzt, dem sie gestern bei der Aufnahme gesagt hat, welches Medikament sie regelmäßig braucht, hat ihr versprochen, dafür zu sorgen. Aber heute ist ein anderer da, der davon nichts weiß, und keiner bringt ihr das Medikament. Ob er das nicht weitergegeben hat? In der Nacht schläft sie schlecht, weil eine ihrer Bettenachbarninnen unruhig ist und mehrmals Hilfe ruft. Tagsüber ist so

viel Betrieb im Dreibettzimmer durch die Besucher. Da kommt sie aus dem sorgenvollen Grübeln nicht heraus. Doch die Gegenstände dieser Suche nach Antworten sind sicher nicht das Finanzierungssystem, die »richtige« Kodierung ihrer Diagnose oder die Wettbewerbssituation des Krankenhauses. Die enorme Energie, die darauf verwendet wird, würde – falls sie davon erführe – ungläubiges Kopfschütteln hervorrufen.

Ein besonders herauszuhebendes Element des Umgangs der Kranken mit der Krankheit (coping) ist die Selbstregulierung von Gefühlen wie Ängsten, Hoffnungen, Depressionen, die dem Patienten oft große Anstrengungen abfordert. Sie müssen nämlich ihre Lebenssituation angesichts der Krankheit neu bewerten und zugleich auch den Gedanken an die schlimmsten Folgen zeitweise und partiell »verdrängen« können, um kurzfristig handlungsfähig zu bleiben (Siegrist 1995). Sie müssen sich wichtige (medizinische, berufliche, wirtschaftliche etc.) Informationen beschaffen und trotz ihrer Krisensituationen in der Lage sein, Kontakte zu Freunden und anderen potentiellen Helfern aufzunehmen, überhaupt im unfreien Zustand der Krankheit zu sozialem Handeln fähig sein. Sie müssen sich mit dem eigenen Tod und dem Sterben auseinandersetzen können. Kranke dürfen und müssen einen spezifisch verengten Horizont haben. Kurzum: alles was physisch, emotional und sozial das Kranksein ausmacht, unterscheidet die Patienten – und seien sie noch so informiert – von Partnern oder Kunden. Patienten haben andere Probleme, als die »Kosten«, die sie im Krankenhaus oder der Arztpraxis »verursachen«.<sup>3</sup>

### 3. *Umkämpftes Terrain*

Kranke sind oft nicht imstande, den üblichen Erwartungen und Normen der Gesellschaft an ihre Individuen gerecht werden. Sie werden daher mehr oder weniger von den normalen Pflichten in der Arbeit, Familie und in anderen Sozialbezügen entbunden. Bei Krankheit gilt es als legitim, der Arbeit fernzubleiben, Einladungen abzusagen, gegen Gebote der Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit usw. zu verstoßen (Siegrist 1995). Soweit das so ist, sind Kranke sozial abweichende Personen. Da stabile Gesellschaften darauf angelegt sind, sich inklusive ihrer Herrschaftsbeziehungen zu reproduzieren, trachten sie danach, abweichendes Verhalten, wenn es schon unvermeidbar ist, zu kontrollieren. Die Beziehung zu Ärzten ist für die Patienten meist auch eine Beziehung zu einem Träger hoheitlicher Funktionen, dem es obliegt, über Arbeitsunfähigkeit, Leistungsberechtigung, strafrechtliche Verantwortung oder zivilrechtliche Mündigkeit (mit) zu entscheiden. Auch hier sind nicht alle Patienten

gleich. Denn der Status, der den Kranken zugemessen wird, hängt vor allem von dem Status ab, den sie als Gesunde hatten.

Neben der Herrschaft spielt die Verteilung eine nicht geringere Rolle: makroökonomisch sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen Bestandteile des Reproduktionsfonds der Arbeitskraft<sup>4</sup>, die im Konflikt stehen zum konkurrenzvermittelten Streben nach maximaler Rentabilität des Kapitals. Die Unternehmen reagieren auf die anhaltende Stagnation der Nachfrage mit erhöhtem Druck auf die individuell und sozial verteilten Lohnelemente, zu denen auch die Ausgaben der GKV zählen.<sup>5</sup> Je erfolgreicher sie dabei sind, die Notlage Millionen Arbeitssuchender und die Unsicherheit der Beschäftigten nutzend, desto stärker sinkt die Lohnquote und somit die Einnahmehasis der GKV. Die »prospektiven« Finanzierungsinstrumente (Budgets, Pauschalen) geben die so hergestellte Knappheit von den Versicherungen an die Leistungserbringer weiter, die es ihrerseits wiederum an ihre Beschäftigten, Zulieferer und Patienten weiterreichen können.<sup>6</sup> Wenn Ärzte in ihrer Beziehung zum Patienten diesen Anreizen in ihrem eigenen Einkommens- und Arbeitsplatzinteresse folgen, handeln sie objektiv als Funktionäre der als Sachzwang wahrgenommenen kapitalwirtschaftlichen Verteilungsinteressen. So wird es offiziell nicht ausgedrückt, aber gewollt. Unabhängig vom subjektiven Wissen und Wollen ist also die Arzt-Patient-Beziehung Austragungsort sowohl herrschaftlicher als auch ökonomischer »übergeordneter« Interessen, gegen die das Schutzinteresse der Kranken zu verteidigen wäre. So jedenfalls erwarten sie es (s.u.).

Der Grad, in dem die lohnabhängigen Bürger im Krankheitsfall geschützt und entlastet werden, wandelt sich mit dem Knappheitsgrad der Arbeitskraft. Während der Periode der Vollbeschäftigung in den 1960er und 70er Jahren verlor Krankheit allmählich die Eigenschaft, ein Arbeitsmarkt- und Einkommensrisiko zu sein. Das gelebte Krankheitsverständnis büßte seine moralische Konnotation von Schuld und persönlichem Versagen zunehmend ein. Nie gekannte soziale Sicherheit ließ die Individuen selbstbewusster werden. Das ist nicht zuletzt der Grund für den derzeitigen Umbau der sozialen Sicherheitssysteme zu Institutionen der Herrschaftssicherung.

Parsons schrieb in den 60er Jahren, dem Kranken werde der Status der Schutz- und Hilfsbedürftigkeit unter der impliziten Voraussetzung eingeräumt, dass er »nichts dafür konnte«. Auch wenn er durch Unachtsamkeit oder Nachlässigkeit krank geworden sei, so könne man legitimerweise nicht von ihm verlangen, dass er ohne Hilfe durch eigenen Willensakt wieder gesund werde. In diesem Sinne sei der »Zustand der Krankheit unfreiwillig«, da der Kranke dafür nicht allein »verantwort-

lich zu machen« sei (Parsons 1964, 1972: 68). Genau dies ist der Punkt, an dem der ideologische Rollback ansetzt.

In den »herrschaftlicheren« Zeiten wird nun Krankheit für viele wieder zur sozialen Bedrohung. Die alten und neuen ideologischen Mächte der Gesellschaft verbinden das Kranksein wieder mit einem Begriff von »Verantwortung« im Sinne von Schuld und Verhaltenspflichten. Soweit Krankheit nicht dem »Schicksal« (z.B. der Genomausstattung) zugeschrieben werden kann, ist sie Resultat von Fehlanpassungen und Fehlverhalten. Natürlich folgt die Zuteilung von Schuld und Pflicht an die Individuen, das »blaming the victim«, stets von oben nach unten und erreicht sein Ziel, wenn es zur Selbstbeschuldigung verinnerlicht wird und zur Entsolidarisierung führt. Ökonomie und Staat sind dann entlastet und die Opfer wehrlos.

Der akademische Ethikbetrieb spielt im Versorgungsalltag keine große Rolle. Die individuelle Anpassung hat meist nicht die Gestalt eines Gehorsams gegenüber einer Norm. Seine Hervorbringungen geben aber ein Bild von ideologischen Strukturen. Die Subjektivierung als Verlegung der Ursachen von Krisen und Krankheit in die Individuen zwecks Entlastung der Verhältnisse kann am Beispiel eines Marktführers des Ethikbetriebs vorgeführt werden. Sass (1991) stellt die Frage »Wer trägt eigentlich die Verantwortung für die Gesundheit?« Nicht überraschend lautet seine Antwort: der Einzelne. Wenn es um Verantwortung geht, dann zielt in der Ethik üblicherweise die erste Frage auf die Freiheit. Denn es kann nur der Verantwortung tragen, der so frei ist, ihr auch gerecht werden zu können, der also reale Möglichkeiten der Einwirkung hat. Daher würde man von einem Ethikexperten erwarten, dass er als Fragesteller zunächst einmal die Realität bzw. das, was die gesundheitswissenschaftliche (epidemiologische und ätiologische) Forschung darüber weiß, danach befragt, welches denn objektive Bedingungen für Gesundheit sind, wo entsprechende Freiheiten der Individuen liegen könnten und unter welchen sozialen Bedingungen einer davon Gebrauch machen kann. Auf dieser Grundlage könnte dann Individuen und Institutionen ihre spezifische Verantwortung zugeschrieben werden.

Statt aus der empirischen Freiheit leitet Sass Verantwortung aus dem »Interesse« ab und zwar mit drei aufeinander folgenden Schlüssen: »Wenn Gesundheit eine wesentliche Bedingung ist und Voraussetzung für das Leben, zumal für ein gutes Leben, dann [!] sollte der einzelne selbst das größte Interesse an seiner Gesundheit haben. Er sollte sich deshalb [!] nicht nur als den hauptsächlichen Nutznießer seiner Gesundheit verstehen, sondern auch vorrangig selbst für sie sorgen und für die Kosten ihrer Unterhaltung, Unterstützung und Verbesserung aufkommen.



Wenn dieses Argument wahr ist, dann [!] sollte das Sprechen von »Rechten«, das in den Debatten um das Gesundheitswesen weit verbreitet ist, einem Sprechen von »Verantwortung« als dem primären begrifflichen Rahmen weichen...« (Sass 1991: 56 f.).

Wie kann aus »Interesse« Verantwortung abgeleitet werden? Wenn ich »selbst das größte Interesse« an Frieden und Rechtsstaatlichkeit habe, dann ist für mich damit keineswegs die Möglichkeit gegeben, für Frieden und Rechtsstaatlichkeit »vorrangig selbst zu sorgen«. Zwar bin ich als Bürger eines demokratischen Gemeinwesens mit verantwortlich für friedliche und rechtsstaatliche Verhältnisse, aber »vorrangig« dafür sorgen zu wollen, setzt Größenwahn voraus. Ebenso verhält es sich mit den sozialen, ökonomischen, ökologischen und kulturellen Bedingungen der Gesundheit, auf die die Individuen zwar Einfluss nehmen können, aber von denen sie in der Regel überwiegend abhängig sind.

Statt aus realen Zusammenhängen ethische Folgerungen zu ziehen, werden im Sprachstil logischer Schlussfolgerungen dem gewünschten Ergebnis (der Einzelne ist verantwortlich) die Aussagen über die Realität angepasst. Sass macht zwar Aussagen zur Sache, aber er macht sie unter der Hand, unbegründet und falsch informiert: »Für den Bereich der Medizin heißt das, dass der einzelne Bürger als Patient selbst die Prioritäten in seinem Lebensstil setzen muss« (ebenda).<sup>7</sup> Damit wird erstens unterstellt, dass die Prioritäten des Lebensstils die primäre Krankheitsursache und zweitens, dass sie für die Individuen frei wählbar sind. Dem Leser wird – wie häufig in der so genannten Bioethik – auf rabulistische Weise nahe gelegt zu schließen: »Wenn du also krank bist, dann bist du deiner Verantwortung nicht gerecht geworden, dann hast du falsch gelebt«. Die Aussagen zur Kausalität von Gesundheit und Krankheit, die ja nicht primär philosophische sind, folgen nicht aus den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu, sondern aus dem sozialen Vorurteil. Erschiene nämlich Gesundheit nicht primär als Verhaltensresultat und wäre das Verhalten nur eingeschränkt und sozial ungleich frei wählbar, dann könnte der Einzelne nicht »vorrangig« verantwortlich gemacht werden, was aber das Ziel der gesamten Argumentation ist. Das gewünschte Resultat steht hier schon fest, bevor so genannte ethische Reflexion begonnen hat.

Im gesellschaftlichen Alltag vermitteln sich Schuld und Verhaltenslast nicht über Ethikprofessoren und Moraltheologen. Die Verinnerlichung der »Fremdzwänge« zu »Selbstzwängen« (Elias) entspringt in den meisten Fällen nicht bewusstem Gehorsam gegenüber einem Gebot, Anreiz, einer Norm oder rechtlichen Regelung oder gar einer »rationalen Wahlhandlung« (rational choice). Vielmehr haben wir es

mit allmählichen Anpassungen des Habitus zu tun, mit Ergebnissen des unmerklichen Druckes, der von der »gewöhnlichen Ordnung der Dinge« ausgeht, mit Konditionierungen, die im Leben unter konkreten materiellen Lebensbedingungen angeeignet werden und die die Individuen bereit machen, sich den »stummen Befehlen« der ökonomischen und sozialen Strukturen und den ihrer Reproduktion dienenden Mechanismen zu fügen (Bourdieu 2001: 181). Dabei werden allerdings Konflikte nicht gelöst, sondern verlagert.

#### 4. *Im Konflikt zwischen formal und material rationaler Wirtschaftlichkeit*

Aus der mit dem Kranksein einhergehenden Unfreiheit und Schutzbedürftigkeit der Kranken erwachsen Erwartungen der Patienten (und der Gesellschaft) an die Ärzte bzw. die medizinischen Institutionen. Bis in die 90er Jahre gab es in Deutschland wie in anderen westlichen Industrieländern weitgehende Übereinstimmung über die berufsethische Antwort auf die Situation des Kranken. Damit ist nicht gesagt, die ärztliche Praxis sei durchgehend davon geprägt gewesen, aber die entsprechenden Regeln waren immerhin so weit internalisiert, dass sie selbst im Regelverstoß noch akzeptiert wurden, indem man diesen im Dunkeln ließ, leugnete oder als Nicht-Verstoß zu interpretieren versuchte. Die zu Imperativen geronnenen Erfahrungen können je nach ethischer Orientierung die unterschiedlichsten Formen annehmen. Jonas drückt sie in der Tradition der modernen hippokratischen Ethik aus. Hiernach sollen die Ärzte:

- das Wohlergehen des Patienten über die eigenen finanziellen Interessen (die akzeptiert werden) stellen,
- uneingeschränkt loyal gegenüber dem Patienten sein,
- allein im Interesse des Patienten handeln und
- das Arztgeheimnis wahren (Jonas 1969; Rodwin 1993).

Der Gebrauch der instrumentellen fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Ärzte sollte also eingebettet sein in eine Beziehung zum Patienten, die diesen Erwartungen gerecht wird. Das ökonomische Vorteilskalkül wird akzeptiert, aber es ist eindeutig nachrangig hinter dem Versorgungsziel und -anspruch.

Das diesen Erwartungen implizite Wirtschaftlichkeitsverständnis ist im Sinne einer »materialen Rationalität« zu verstehen. Max Weber meint damit keinesfalls, wirtschaftlich zweckrationales Handeln sei damit ausgeschlossen, sondern dieses habe sich an einem übergeordneten, beispielsweise ethisch definierten, politisch gesetzten oder vertraglich

vereinbarten Ziel »wertrational oder material zweckrational« zu orientieren (Weber 1964: 60). Der Gegensatzbegriff dazu ist Wirtschaftlichkeit im »formal rationalen« Sinne, eine »Rechenhaftigkeit«, deren Ideal die Reduzierung aller Qualitäten auf Geld ist (ebenda).<sup>8</sup>

Interessant ist, dass auch der im Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegte rechtliche Anspruch des Patienten eindeutig einen material rationalen Wirtschaftlichkeitsbegriff vorschreibt und damit auch den zitierten ethischen Erwartungen entspricht. Die Leistungen sollen »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« (§ 12,1 SGB V) sein. Vorgegeben wird ein qualitatives Leistungsniveau, das »dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse« entspricht »und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen« muss (§ 2,1 SGB V), also das wissenschaftlich Mögliche anstrebt, jedoch »das Maß des Notwendigen« nicht überschreiten soll. Das bestmögliche Versorgungsniveau soll also mit möglichst geringem Ressourceneinsatz erreicht werden. Die Patienten sollen hiernach von überflüssigen und schädlichen Leistungen verschont werden.

In der gesundheitspolitischen Rhetorik werden meist Erörterungen zur Wirtschaftlichkeit so zugespitzt, als ginge es um ein Ja oder Nein. Die Ökonomisierung des Denkens scheint so weit habitualisiert zu sein, dass Differenzierungsversuche argumentationslos ins Unrecht gesetzt werden. Da positioniert man sich lieber dort, wo nach herrschender Meinung die Wahrheit liegt, nämlich in der Mitte und spricht von der Notwendigkeit einer »Balance zwischen Ethik und Wirtschaftlichkeit«. Tatsächlich stehen sich zwei in vielem gegensätzliche Wirtschaftlichkeitsbegriffe gegenüber. Das Gewinnkalkül, an dem formal rational Versorgungsziel und Patientenerwartung relativiert werden sowie das Primat des qualitativen Versorgungsziels (einschließlich der ethischen Implikationen), das material rational mit möglichst geringem Aufwand erreicht werden soll.

Auch beim Primat des Versorgungsziels lassen sich unwirtschaftliches Handeln und ineffiziente Strukturen minimieren. Auch hier geht es darum, menschliche Arbeitskraft (und ihre Produkte) nicht zu verschwenden. Das ist beispielsweise der Fall, wenn Arbeitszeit einer Pflegekraft nicht fürs Pflegen verwendet, sondern mit dem Zurücklegen von Wegen vertan wird, die sich durch bauliche Veränderungen verkürzen ließen. Die menschliche Arbeitszeit, die in der modernen Medizintechnik »steckt«, wird sinnlos verschwendet, wenn sie für unnötige (und immer auch riskante) Diagnostik eingesetzt wird. Legt man daran aber die Elle des kapitalwirtschaftlichen Gewinn- bzw. Rentabilitätskalküls an, kann es ausgesprochen positiv sein, denn das Ultraschallgerät oder der Com-

putertomograph ist eine unternehmerische Investition, deren Rentabilität mit dem Auslastungsgrad steigt, weil dann die Fixkosten pro »Produkt« niedriger werden. Ein anderes Beispiel: Unter den Bedingungen prospektiver Finanzierung kann dasjenige Krankenhaus am besten im Wettbewerb bestehen, das die gesündesten Patienten versorgt. Es ist rentabel, weil nur geringe Ressourcen pro Fall verausgabt werden. Durch die Brille des Rentabilitätskalküls betrachtet arbeitet es »wirtschaftlich«. Aus der Perspektive der Versorgungsregion gesehen bleiben die gemiedenen Patienten mit Komorbidität, hohem Schweregrad, schlechter Versicherung usw. unversorgt. Dem Aufwand der Bevölkerung (Beiträge zur Krankenversicherung, Steuern) steht nicht der notwendige Nutzen gegenüber. Ethisch gesprochen sind vermeidbare Verschwendungen von lebender oder vergegenständlichter menschlicher Arbeitsleistung unmoralisch. Auch die Medizin, die sich durch ein entgrenztes Verständnis von Wirtschaftlichkeit über die Würde des Individuums hinwegsetzt, ist Verschwendung.

Die Manifestation des oben skizzierten gesellschaftlichen Verteilungsantagonismus in der Arzt-Patient-Beziehung zeigt sich am deutlichsten, wenn den Patienten wirksame Leistungen aus Gründen des ökonomischen Vorteils – meist ohne deren Wissen – vorenthalten werden (Kühn 2004, Simon 2001). Dieses ärztliche Verhalten und seine Rechtfertigungen lassen sich weder in der hippokratischen Ethik noch mit dem geltenden Sozialrecht begründen, sondern folgen aus dem Einsatz der prospektiven Finanzierungsinstrumente, von denen ein nicht qualifizierter Druck in Richtung Kostenminimierung ausgeht. Als Quantität (Budget, Pauschale) enthalten diese Instrumente nicht den leisesten Hinweis auf qualitative Kategorien wie »ausreichend« oder »angemessen«. Im Gegenteil: wer sie ignoriert, kann belohnt werden. Der Druck in Richtung Minimierung ist entgrenzt. In einem rein quantitativen Bezugsrahmen ist es nicht möglich, über existentielle und kulturelle Fragen wie würdiger Tod, Erwartungen über ein Leben mit Behinderung, Umgang mit Schmerzen angemessen zu entscheiden. Das implizite Wirtschaftlichkeitsverständnis dieser Instrumente ist formal rational.

Das gegenwärtige Patient-Sein ist also geprägt von Ärzten, die sich in einem objektiven Interessenkonflikt befinden, mit dem sie auf verschiedene Weisen umgehen. Auf der einen Seite sind sie den aus der Hilfs- und Schutzbedürftigkeit resultierenden ethischen Erwartungen und dem sozialrechtlichen Anspruch der Patienten ausgesetzt, und auf der anderen sind sie eingespannt in eine spezifische Handlungslogik, die von den finanziellen Anreizen der prospektiven Finanzierungsformen und der betrieblichen Organisation nahe gelegt wird. In der Regel wirken

die beiden Seiten des Konflikts ganz unterschiedlich auf sie ein. Die des Patienten teilt sich im Wesentlichen nur dem dafür offenen Arzt mit und lässt sich zudem durch Kommunikation und (Nicht-)Information manipulieren, ebenso wie das eigene Gewissen. Die betriebswirtschaftliche Seite hingegen ist sanktionsbewehrt und inzwischen ausgestattet mit zahlreichen Rechtfertigungsideologemen, vom »gesunden Menschenverstand«, wie er in Marktgesellschaften angeeignet wird (»Geschäft ist Geschäft«), bis zu den Bemühungen des expandierenden Medizin- bzw. Bioethikbetriebes. Eine andere Form ist die, das eigene Gewissen durch ein verändertes Bild vom Anderen zu beruhigen. Ist dieser egoistisch und zügellos anspruchsvoll, dann ist es nur folgerichtig, dass er beherrscht werden muss. So gibt es Beobachtungen, dass das früher bei paternalistisch habitualisierten Ärzten dominierende Bild vom gänzlich inkompetenten Patienten, der nicht weiß, was gut für ihn ist, jetzt abgelöst wird vom Bild des Patienten als einem »unersättlichen Konsumenten«. Das entlastet denjenigen, der diesem einen Dienst, ein Medikament oder auch nur ein Gespräch vorenthält, gilt es doch, Unersättlichkeit in Grenzen zu halten.

##### 5. *Am Scheideweg*

Abschließend soll dieser Konflikt mit einigen Ergebnissen eines laufenden empirischen Forschungsprojekts (»Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System« – WAMP) näher beleuchtet werden.<sup>9</sup>

Zunächst zeigt sich, dass Patienten von ihren Ärzten mit erstaunlicher Deutlichkeit eine implizit material-rationale verstandene Wirtschaftlichkeit erwarten, wie sie den skizzierten berufsethischen und sozialrechtlichen Normen entspricht. 4007 Krankenhauspatienten wurde binnen eines Monats nach der Entlassung im Jahr 2003 der Satz vorgelegt: »Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen.« 80% stimmten dem Satz »vollständig« und 13% »eher« zu. 6,0% teilten die Meinung nur noch »teilweise« und insgesamt lediglich 1,3 Prozent waren ablehnend. Es dürfte nur wenige Ärzte oder Pflegekräfte geben, denen im Umgang mit Patienten diese Erwartung und die implizite berufsethische Norm, auf die ihr Gegenüber vertraut, nicht bewusst ist. Je sensibler sie das wahrnehmen, desto stärker wird das Spannungsverhältnis zu dem formal-rationalen Wirtschaftlichkeitsimperativ der prospektiven Finanzierungsmethoden. Wenn 45,5% der 2004 vom WAMP-Projekt befragten Krankenhausärzte bei der Frage nach negativen Arbeitsbedingungen »anstrengende Patienten und Angehörige« nennen, kann dies als Aus-

druck des Erwartungs- und Gewissensdrucks gewertet werden, dem man sich im Konflikt zwischen Patientenerwartungen und dem Anreiz- und Sanktionssystem der Organisation ausgesetzt fühlt.

Der von der hegemonialen Ideologie des Marktradikalismus ausgehende hohe Konformitätsdruck würde es verständlich machen, wenn die Patienten bereit wären, ihre Erwartung ökonomisch zu relativieren. Darauf könnte hinweisen, dass dem Satz: »Ärzte müssen das medizinisch Notwendige und die Kosten gegeneinander abwägen« 26,2% der Patienten vollständig, 13,2% »eher« und 23,9% »teilweise« zustimmen. Auch das hohe Maß an sozialer Unsicherheit könnte dazu führen, dass Patienten ihr Interesse an bestmöglicher Gesundheit und Lebensqualität mit gemindertem Selbstwertgefühl vertreten. Jedoch die explizite Zustimmung von 93% zur Nachrangigkeit der wirtschaftlichen Fragen weist eher darauf hin, dass die mehr oder weniger deutliche Befürwortung des Abwägens durch immerhin 63,3% der Patienten eher so verstanden werden muss, dass bei mehreren gleich effektiven und risikanten Behandlungsoptionen diejenige gewählt werden sollte, die weniger Kosten verursacht, wie es dem Wirtschaftlichkeitsverständnis des Sozialgesetzbuches V entspricht. Das wird unterstrichen durch die große Zustimmung zu dem Satz: »Gute Behandlung bedeutet Einsatz der besten medizinischen Experten und Geräte.« Dieser Aussage stimmen 76,3% der Patienten »vollständig«, 13,6% »eher« und 9,1% »teilweise« zu. Je nachdem, ob wir »teilweise« als Zustimmung werten oder nicht, sind 90,0% oder 99,1% Zustimmung recht eindeutig.

Auch die im Jahr 2004 befragten 1 500 Krankenhausärzte äußern sich normativ in diesem Sinne. Den Satz: »Aus Kostengründen muss man Patienten effektive Leistungen vorenthalten« lehnen 55,5% ohne Einschränkung als »falsch« ab. Weitere 30,3% halten ihn für »bedenklich und problematisch«. D. h. dass 85,8% der Krankenhausärzte eine Rationierung aus ökonomischen Gründen ablehnen. Ohne Abstriche »richtig« finden die Rationierung 3,7% und »eingeschränkt richtig« 10,2% (insgesamt 14,2%). Die material rationale Wirtschaftlichkeit wurde noch mit folgendem Satz zur Bewertung vorgelegt: »Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen.« Dieser Form der Aussage stimmen, was angesichts des geltenden Sozialrechts zunächst verwundert, nur 24,9% »voll« und 46,5% »eher« zu, also insgesamt immerhin 71,4%. Verglichen mit der Rationierungsfrage wird die uneingeschränkte Meinung statt von 55,5%, nur noch von 24,9% der Krankenhausärzte vertreten. Auffällig ist ein ungewöhnlich hoher Anteil gewählter relativierender, abgeschwächerter oder unverbindlicherer Antwortmöglichkeiten (»eingeschränkt richtig«,

»eher falsch«, »problematisch« usw.). Das deutet auf große Unsicherheit in einer Situation hin, in der die herkömmlichen Normen in Frage stehen, aber neue sich noch nicht herausgebildet haben bzw. (noch?) nicht habitualisiert sind.

Den Fragen zur normativen Orientierung der Ärzte kann nun ihre Einschätzung zur entsprechenden Realität im eigenen Erfahrungsbereich gegenübergestellt werden. Zunächst geht es darum, inwieweit die tatsächliche Praxis dem folgenden Satz entspricht: »Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten«. Damit ist nicht gemeint, Kostenerwägungen sollten keine Rolle spielen, jedoch dass sie nachrangig nach der angenommenen Wirksamkeit (Notwendigkeit) geschieht. Während 85,8% der Krankenhausärzte mehr oder weniger deutlich die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter der medizinischen Notwendigkeit nur von 8,9% in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. Weitere 42,4% meinen einschränkend, eine Nachrangigkeit des Kostenkriteriums treffe für ihre Abteilung oder Klinik »eher zu«. Für den Erfahrungsbereich von 48,7% der Ärzte trifft das »gar nicht« und »eher nicht« zu. Fast 70% schätzen die Gleichrangigkeit von Kosten- bzw. Gewinnkalkül und der medizinischen Notwendigkeit in ihrem Erfahrungsbereich als gegeben ein. Lediglich 3,2% meinen, dass eine solche Relativierung des Versorgungsanspruchs für ihren Kontext »gar nicht« zutrifft.

Es zeigt sich, dass lediglich 11,4% der Ärzte, die der Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter dem medizinisch Notwendigen normativ voll zustimmen, in einem Kontext arbeiten, in dem dies nach ihrer Einschätzung tatsächlich auch der Fall ist. Der Kontrast zwischen subjektivem Soll und subjektivem Ist wird noch größer, wenn auch die abgeschwächte Zustimmung hinzugenommen wird: von den Ärzten, die »voll« oder »eher« der Nachrangigkeit zustimmen (insgesamt 71,7%) arbeiten nur 8,9% in Krankenhäusern, in denen sie die Nachrangigkeit uneingeschränkt realisiert sehen.

Wie immer man die Befragungsergebnisse dreht und wendet, ist der Unterschied zwischen den normativen Vorstellungen und der Alltagserfahrung erheblich. Ein großer Teil der Krankenhausärzte arbeitet subjektiv in einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist. Das fällt besonders deshalb ins Gewicht, weil es sich hier um eine weitgehend selbst gestaltete Realität handelt. Ob im Versorgungshandeln dem Kostenkalkül oder die medizinische Notwendigkeit das Primat zukommt, ist ja Resultat von Arztentscheidungen.

Wir haben es hier mit einer doppelten Wahrheit zu tun. Es trifft einerseits zu, dass die implizite Vorenthaltung wirksamer Leistungen aus Gründen des Kostenkalküls im Anreiz- und Sanktionssystem angelegt ist und zwar »über die Köpfe der individuellen Handelnden« hinweg. Es trifft aber andererseits genau so zu, dass das Primat des Gewinnkalküls nur soweit sich durchsetzen kann, wie es »durch die Köpfe der Handelnden« hindurch gegangen ist, denn exekutiert wird die Ökonomisierung von jeweils konkreten Ärzten. Was sich hier zeigt, ist ein Fall »moralischer Dissonanz« zwischen dem, was man für moralisch gut ansieht und dem eigenen Verhalten. Eine so beträchtliche Dissonanz ist Symptom des Umbruchs. Mit einem derartigen Auseinanderdriften des subjektiven Sinnes für das Gute und Richtige und des – subjektiv vom institutionellen Handlungskontext erzwungenen – realen eigenen Handelns können und wollen die meisten Individuen auf die Dauer nicht leben. Moralische Dissonanz bezieht, im Unterschied zum Begriff der »kognitiven Dissonanz«, auch die un- und vorbewussten, vorreflexiven Elemente des individuellen Habitus mit ein. Sie kann den Individuen quälendes psychisches Unbehagen bereiten, das lang anhält und tief ans Selbstbewusstsein rühren kann.

Man kann also erwarten, dass die Individuen – meist unbewusst, aber mit umso größerer Energie – alles daransetzen, um das moralische Dissonanzenerlebnis möglichst umgehend wieder zu harmonisieren. Dabei können die individuellen Strategien verschiedenster und gegensätzlicher Art sein. Trägt man sie auf einem Kontinuum ein, dann steht am einen Ende das Festhalten an der moralischen Orientierung. Dies kann sich äußern im individuellen Versuch, eine andere Praxis durchzusetzen oder auch im Tätigkeits- oder Berufswechsel, womit eine Minderheit liebäugelt. Am anderen Ende stehen erfahrungsgemäß die Verinnerlichung des Gesollten und seine psychische Rationalisierung zum Gewollten. In der gegenwärtigen Umbruchphase sucht die Mehrheit eher nach Kompromissen, nicht nur im Handeln, sondern bereits schon in der Problemwahrnehmung.

Vermutlich wird diese ungewöhnlich große Unklarheit in den kommenden Jahren zurückgehen. Wenn das neue DRG-System installiert sein wird, werden insgesamt mehr als zehn Jahre prospektive Finanzierung die normative Macht des Faktischen entfaltet haben. Zu allen Zeiten gab es Personen, die die Kraft hatten zu widerstehen. Die Geschichte zeigt aber, dass dies nur wenigen und diesen oft nicht ein Leben lang möglich zu sein scheint. Aus dieser unbestreitbaren Tatsache wäre ein Gebot der politischen Vernunft abzuleiten. Es besagt, Institutionen und Steuerungsinstrumente so zu gestalten, dass die in ihnen handelnden



Individuen keine Helden werden müssen, um ihrer ethischen Verantwortung zu entsprechen. Freilich müssten dazu die politisch verantwortlichen Individuen heroisch handeln, was ebenso selten ist, wenn sie nicht dazu gezwungen werden.

*Korrespondenzadresse:*

PD Dr. Hagen Kühn  
 Forschungsgruppe Public Health  
 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)  
 Reichpietschufer 50  
 10785 Berlin  
 E-Mail: kuehn@wz-berlin.de

*Anmerkungen*

- 1 Exemplarisch für das z. T. verheerende wissenschaftliche und argumentationslogische Niveau und die mit allerlei Lesefrüchten garnierten sozialen Vorurteile, die sich ein Ethiker leisten kann, wenn er mit dem Strom schwimmt, ist die Abhandlung des Philosophen Otfried Höffe (1999).
- 2 Wenn hier von einem gewissen Grad der Unvermeidlichkeit gesprochen wird, dann nicht, um einer repressiven oder gar ausbeuterischen Beziehung das Wort zu reden.
- 3 Zwar suggerieren Ergebnisse von Umfragen bei nicht kranken Bürgern, dass eine Mehrheit wünscht, vom Arzt Informationen über die Kosten, z.B. ein Duplikat der Arztrechnung zu erhalten. Das scheint jedoch eher ein Erfolg propagandistischer Bearbeitung zu sein, denn sobald aus den Bürgern Patienten geworden sind, ist der Anteil jener, die als Kassenarztpatienten eine Quittung tatsächlich einforderten, verschwindend gering. Vgl. »Der Praxistest für die Patientenquittung fällt ernüchternd aus: Bei Modellprojekt zeigen Kranke kaum Interesse an Beleg« (Frankfurter Rundschau v. 12.2.2003: 4).
- 4 Zur theoretischen Begründung des Reproduktionsfonds der Arbeitskraft s. Kühn 1980: 140-220.
- 5 Da sie einzelwirtschaftlich handeln, interessiert es sie nicht, dass damit die Grenze der gesamtwirtschaftlichen Nachfrage immer enger gezogen wird. Damit dreht sich eine Abwärtsspirale, durch die auch Einnahmen und Nachfrage des Staates reduziert werden.
- 6 Prospektive Finanzierung: es wird ein Finanzierungsrahmen in Gestalt von Budgets und/oder Pauschalen unabhängig vom dann tatsächlich realisierten Verbrauch vorgegeben. Gewinne und Honorare können dann im Prinzip nicht mehr durch Steigerung des Umsatzes, sondern nur noch durch Senkung des Ressourceneinsatzes erzielt werden. Es ist, als ob die GKV den Leistungserstellern anbietet: »Ihr könnt eure Gewinne steigern, aber nur zu Lasten eurer Arbeitskräfte, Zulieferer und Kunden«.
- 7 Dieser Satz zeugt – wie auch der Beitrag als Ganzes – von einem interessierten Desinteresse. Wenn der »einzelne Bürger« erst einmal »Patient« ist, dann ist es unter dem Gesundheitsaspekt meist bereits zu spät, um »Prioritäten im Lebensstil« zu wählen. Auch sind die realen Optionen für »Prioritäten« der »einzelnen Bürger« in Abhängigkeit von Lebenslage und sozioökonomischem Status oft sehr eingeschränkt. Und selbst wenn die subjektiv beeinflussbaren Krankheitsrisiken

- weitgehend vermieden werden, variieren Morbidität und Mortalität noch immer um ein Vielfaches, denn der weitaus zuverlässigste einzelne statistische Prädiktor für Krankheit/Gesundheit und Lebenserwartung sind nicht »Prioritäten im Lebensstil«, sondern die Zugehörigkeit zu einer sozialökonomischen Schicht (Marmot/Wilkinson 1999; Kühn 1999).
- 8 Wirtschaftlichkeit im Sinne formaler Rationalität enthält hingegen keinen qualitativen Wertbezug. Formal rational kann ein kalkulierter Raubmord sein, wenn die Kosten des Mordes und das Risiko der Strafe zu dem realistisch geschätzten Geldvorteil ins Verhältnis gesetzt werden.
  - 9 Das Projekt wird von der Forschungsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführt und wird gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

### Literatur

- Bourdieu, P. (2001): *Meditationen: Zur Kritik der scholastischen Vernunft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Braun, B.; Müller, R. (2003): *Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung*, St. Augustin: Asgard-Verlag
- Dörner, K. (2001): *Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart/New York: Schattauer
- Höffe, Otfried (1999): *Besonnenheit und Gerechtigkeit: Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen*. In: W. Schlicht; H. H. Dickhut (Hg.): *Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität?* Schorndorf/Stuttgart: Schattauer, 155-184
- Kleinman, A.; Seeman, D. (2000): *Personal Experience of Health*. In: G.L. Albrecht; R. Fitzpatrick; S.C. Scrimshaw (Eds.): *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage, 230-242
- Kühn, H. (1999): *Eine neue Gesundheitsmoral?* In: W. Schlicht; H. H. Dickhut (Hg.): *Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität?* Schorndorf/Stuttgart: Schattauer
- Kühn, H. (2000): *»Selbstverantwortung« in der Gesundheitspolitik*. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 30: *Zwischenzeiten*, Hamburg: Argument, 7-20
- Kühn, H. (2003): *Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit*. In: A. Büssing; J. Glaser (Hg.): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*. Göttingen et al.: Hogrefe, 77-98
- Kühn, H. (2004): *Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung*. In: G. Elsner; Th. Gerlinger; K. Stegmüller (Hg.): *Markt versus Solidarität – Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*. Hamburg: VSA-Verlag, 25-41
- Marmot, M.; Wilkinson, R.G. (Eds.) (1999): *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press
- Robinson, J.C. (2001): *The end of asymmetric information*. *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 26, 5: 1045-1053
- Siegrist, J. (1995): *Medizinische Soziologie*. München/Wien: Urban & Schwarzenberg
- Simon, M. (2001): *Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen* (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-205). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Weber, M. (1964): *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch