

haus, umgeben von Stacheldraht und Wachtürmen. Die Fenster der Zellen sind vergittert. Zusätzlich zu diesen äußeren deprimierenden Umständen sind die Häftlinge der Willkür des medizinischen Personals ausgesetzt.

Die Ärzte, die erst seit 1990 dem Gesundheitsministerium unterstellt sind – vorher war das Innenministerium für sie zuständig –, verhalten sich wie Gefängniswärter. Sie tragen zum Beispiel Uniformen und bestrafen aufmüppige Häftlinge mit Insulin- und Elektroschocks. Die nächste Stufe bedeutet Karzerhaft. Hierbei wird der Patient in einer vier Quadratmeter kleinen Zelle auf ein Bett gefesselt und muß dort tagelang in seinen Fäkalien dahinvegetieren.

Seit Ende 1989 werden sie durch den Rehabilitierungsfonds für psychisch Kranke unterstützt. Neben materiellen Zuwendungen in Form von Lebensmitteln, Vitaminen, Kleidung und Tabak erhalten sie auch moralische Unterstützung. Auch bei der Wohnungs- und Arbeitssuche wird ihnen geholfen.

Der Mut des jungen Arztes Marat Nurullin, sich gegen seine Kollegen von der Psychiatrie zu stellen und sich für die Opfer der Psychiatrie einzusetzen, ist um so erstaunlicher angesichts der Ignoranz von Staat, Behörden und der sowjetischen Psychiatriegesellschaft. So prangerte die Amsterdamer „Internationale Vereinigung gegen den Mißbrauch der Psychiatrie“ erst im September 1991 die Mißstände in der Sowjetunion an, indem sie sich dafür aussprach, eine weitere Mitgliedschaft der sowjetischen Gesellschaft in der Weltorganisation bis zur nächsten Generalversammlung zu verschieben.

Spenden für die Opfer der Psychiatrie in Kasan können auf das Konto 230 000 091, BLZ 51 250 000 der Taunus-Sparkasse Bad Homburg v.d.H., Kennwort „Hilfsfonds Kasan“ überwiesen werden.

#### Anschrift der Verfasserin:

Internationale Gesellschaft  
für Menschenrechte (IGFM)  
– Deutsche Sektion e. V. –  
Annette Blettner  
Kaiserstraße 72  
W-6000 Frankfurt 1

## Zielkonflikt im Gesundheitswesen

# Zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit

Unsere Gesellschaft stellt höchste Ansprüche an die humane Krankenbehandlung, und die Politik drängt auf äußerste Wirtschaftlichkeit. Zwischen diesen beiden Polen steht der Arzt – weitgehend allein gelassen. Der folgende Beitrag greift den sich zuspitzenden Konflikt zwischen den Geboten der Humanität und der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auf.

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz ist der zweite Absatz des § 70 SGB V neu in das Recht der Krankenversicherung aufgenommen worden. Er verpflichtet die Krankenkassen und die sogenannten Leistungserbringer, „durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken“, und deklariert die humane Krankenbehandlung zu einem tragenden Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Abs. 2 steht wie der § 70 SGB V insgesamt unter der Überschrift „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“. Die humane Krankenbehandlung, die Humanität im Leistungsgeschehen ist folglich als ein ebenfalls tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterstellt. Beide Prinzipien sind gleichrangig. Sie müssen folglich in ihrem unmittelbaren Zusammenhang, vor allem aber vor dem Hintergrund des aus dieser Gleichrangigkeit auch entstehenden Konfliktpotentials näher betrachtet werden.

Würden wir im Schlaraffenland der Märchenwelt leben, käme niemand ernsthaft auf die Idee, auch nur ansatzweise über Begriffe wie „Wirtschaftlichkeit“ oder „ökonomische Rationalität“ als Handlungs- und Entscheidungsmaxime nachzudenken. Es ist demgegenüber unbestritten, daß in unserer Gesellschaft wegen des Grundproblems knapper Ressourcen auf allen gesellschaftli-

chen Ebenen, vom Staat bis hin zum Einzelhaushalt, sowie den auch dort in der Tendenz unbegrenzten Bedürfnissen permanent Entscheidungen über eine wirtschaftliche Mittelverwendung, also über die Zuordnung knapper Ressourcen auf verschiedene Aufgaben- bzw. Bedürfnisbereiche, getroffen werden müssen. Aus dieser Diskrepanz leitet sich die Notwendigkeit zu wirtschaftlichem Handeln ab.

### Handlungsanweisung

Was bedeutet aber nun wirtschaftliches Handeln? Vereinfacht ausgedrückt, bedeutet wirtschaftliches Handeln nichts anderes als die Aufforderung oder das Bemühen, mit vorgegebenen Mitteln ein Ziel bestmöglich oder ein vorgegebenes Ziel mit einem möglichst geringen Mitteleinsatz zu erreichen. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit ist also keinesfalls eine fest vorgegebene, etwa mathematische Größe, sondern vielmehr eine Handlungsanweisung, die sich hinsichtlich ihrer Realisierung in einer Ziel-Mittel-Relation widerspiegelt, wobei entweder das angestrebte Ziel oder die einzusetzenden Mittel vorgegeben sind.

Üblicherweise wird bei einer ökonomischen Betrachtung für das Gesundheitswesen die zweite Variante des ökonomischen Prinzips herangezogen und als vorgegebenes Ziel auf einer globalen Ebene die Gesund-

heit oder der Gesundheitszustand der Bevölkerung genannt. Dieses Ziel ist für sich genommen allerdings wenig operabel. Zum einen liegt eine operationalisierbare Definition des Begriffes „Gesundheit“ in seiner Abgrenzung zur „Krankheit“ nicht vor. Zum anderen deckt sich der Begriff der Krankheit im Sinne der medizinischen Wissenschaft nicht zwangsläufig mit dem Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung oder gar dem, was die Gesellschaft als gesund oder krank einstuft.

Schließlich fehlen für eine operable Zieldefinition Gesundheitsindikatoren, mit deren Hilfe der Gesundheitszustand der Bevölkerung tatsächlich „gemessen“ werden könnte, sieht man einmal von Hilfskriterien wie zum Beispiel dem der Lebenserwartung ab.

### Nicht quantifizierbar

Auch der definitorische Ansatz über den Bedarf an Gesundheitsleistungen und das Ziel der Bedarfsdeckung liefert aufgrund seiner besonderen Subjektivität keine wesentlich hilfreichen Erkenntnisse. Die bedarfsgerechte qualitative und quantitative Zuweisung von Ressourcen für das Gesundheitswesen als Ziel ist nicht nur abhängig von dem jeweiligen Standpunkt und der Interessenslage des Betrachters – sie unterliegt darüber hinaus einer permanenten, sich ändernden gesellschaftlichen Dynamik. Wäre es möglich, den objektiven Bedarf an Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung zu definieren und festzulegen, würden sich als Folge quasi automatisch ein entsprechend ausgestalteter Leistungskatalog für die Krankenversicherung ebenso ergeben wie die notwendige Art und Anzahl der sogenannten Leistungserbringer sowie entsprechende Folgewirkungen für das erforderliche Finanzvolumen. Jede Definition des Bedarfsbegriffs und jedes Verfahren zur Bedarfsermittlung ist jedoch letztendlich Ausdruck eines subjektiven Standortes – sei es ein politischer, wissenschaftlicher, finanzieller, normativer oder ethischer Standpunkt. Bedarfsfestsetzungen sind mithin als Zielebene

im Sinne des ökonomischen Prinzips ebenfalls ungeeignet.

Auch wenn als Ziele des Gesundheitswesens konkreter die Verhütung, Früherkennung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, die Vermeidung eines frühzeitigen Todes oder die Vermeidung oder Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit oder die Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit genannt werden – die Effizienz der Maßnahmen bleibt sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene nur bedingt und für Einzelfälle sinnvoll quantifizierbar.

Geradezu fragwürdig erscheinen Gedanken zur ökonomischen Rationalität aber dann, wenn der Verpflichtung zur Humanität im Leistungsgeschehen Rechnung getragen werden soll. Auch wenn es sich bei der Gesetzesformulierung im wesentlichen um einen Programmsatz handeln mag, der für die einzelnen Leistungsbereiche keine spezifische Ausprägung erfährt, so wird mit dieser Verpflichtung doch mehr zum Ausdruck gebracht als lediglich die Sorge vor einer übermäßigen Technisierung in der Medizin, welche die menschliche und persönliche Zuwendung in den Hintergrund drängt. Die Begriffe Humanität und Wirtschaftlichkeit werden in der Form eines Zielkonfliktes ja gerade dort deutlich, wo beispielsweise das Primat der Menschlichkeit vor der Technik gefordert, gleichzeitig über einen Pflegenotstand in Krankenhäusern diskutiert und darüber hinaus die im Prinzip uneingeschränkte Leistungsgewährung für alle Versicherten bis zum Lebensende nicht in Frage gestellt wird.

Humanität und Wirtschaftlichkeit sind als globale Zielgrößen auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene jedoch nicht zwangsläufig ein Gegensatzpaar. Dies gilt insbesondere deshalb, weil jede unwirtschaftliche Behandlung tendenziell insoweit inhuman ist, als unwirtschaftlich und damit unnötigerweise eingesetzte Mittel nicht mehr für andere Zwecke zur Verfügung stehen. Umgekehrt ist nicht jede Form der humanen Krankenbehandlung zwangsläufig auch insgesamt in einem engeren Sinne wirtschaftlich. Die Hochleistungsme-

dizin in Extremsituationen ist mit den Grundsätzen der ökonomischen Rationalität nicht faßbar.

### Immer mehr Mittel

Indem der Gesetzgeber die humane Krankenbehandlung zu einem gleichrangigen tragenden Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung erklärt, macht er implizit auch deutlich, daß Einschränkungen im Sinne einer humanen Krankenbehandlung aus Gründen der Wirtschaftlichkeit gesamtgesellschaftlich eben nicht zu tolerieren sind. Dies vermittelt dem unmittelbar Betroffenen ein Gefühl der Sicherheit, daß die Leistungen des Gesundheitswesens im Bedarfsfalle uneingeschränkt zur Verfügung stehen: Ohne bedeutsame Wartezeiten, ohne die Einschaltung von Ethik-Kommissionen und ohne Altersbeschränkung. Der Gesetzgeber hat es allerdings bis heute vermieden, deutlich zu machen, daß eine der Humanität verpflichtete Krankenbehandlung angesichts der gesellschaftlichen Dynamik des Bedarfs an Gesundheitsleistungen immer mehr Mittel beansprucht und beanspruchen muß. Eine humane Krankenbehandlung und damit letztendlich ein Mehr an Lebensqualität für alle Kranken uneingeschränkt bis ins hohe Alter ist aus einem starr vorgegebenen Budget heraus (oder gar zum Nulltarif) nicht möglich.

### Grenzen der Leistungsfähigkeit?

Wenn aber bei knappen volkswirtschaftlichen Ressourcen einerseits den Leistungsmöglichkeiten eines Gesundheitswesens stets Grenzen gesetzt und andererseits die Möglichkeiten der Medizin durch den medizinischen, technischen und pharmazeutischen Fortschritt nahezu ebenso grenzenlos sind wie die Bedürfnisse und Erwartungen der Menschen an das System, dann müssen die politischen Entscheidungsträger entweder deutlich machen, welche anderen Gesellschaftsbereiche Einschränkungen zugunsten des Gesundheitswesens hinzunehmen

haben, oder Grenzen der Finanzierbarkeit für das Gesundheitswesen konkret offenlegen. Mit der Verpflichtung aller Beteiligten auf ein allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot ist es hier nicht getan. Wenn aber ein Gesundheitswesen aus Sicht der Politiker, gegebenenfalls aber auch aus gesellschaftlicher Sicht nicht mehr finanzierbar erscheint, dann stellt sich die Frage, ob die Sicherheit der Versorgung im Extremfall nicht auch eine Zurückverlagerung von einfachen Risiken in den persönlichen Bereich rechtfertigt. Eine Verlagerung in dieser Form erscheint gesellschaftlich zumindest wesentlich konsensfähiger zu sein als die umgekehrte Version.

Die hier skizzierte Problematik auf der Zielebene läßt manch einen – und so wohl auch den Gesetzgeber – mit der oben beschriebenen ersten Version des ökonomischen Prinzips liebäugeln: Mit vorgegebenen Mitteln ein Ziel bestmöglich zu erreichen. Vor allem der Gesetzgeber will dieser Version des ökonomischen Prinzips letztendlich über fest vorgegebene Budgets insoweit mehr Geltung verschaffen, als er in den §§ 71 und 141 Abs. 2 SGB V den Grundsatz der Beitragssatzstabilität in das Gesetz aufgenommen hat.

Ohne nun allerdings ein Beitragssatz-Ausgangsniveau zu definieren und Möglichkeiten zur Ausschöpfung sogenannter Wirtschaftlichkeitsreserven konkret zu benennen, geht der Gesetzgeber hier offensichtlich davon aus, daß das aufgrund der einkommensabhängigen Beitragserhebung kontinuierlich wachsende Finanzvolumen der Krankenkassen ausreicht, um sowohl den medizinischen Fortschritt als auch die Dynamik des Bedarfs an medizinischen Leistungen zu finanzieren. Faktoren wie Lebensqualität und Humanität beschleunigen demgegenüber aber die Dynamik des Bedarfs an Leistungen des Gesundheitswesens erheblich und vor allem in einer Weise, die in keinerlei „rechnerischen“ Zusammenhang zu bringen ist mit ökonomischen Globalgrößen.

Auch die erste Version des ökonomischen Prinzips ist also keine Antwort auf die oben beschriebenen

Probleme bei der Zielformulierung. Diese Version verlangt erst recht normative Entscheidungen auf der gesellschaftlichen beziehungsweise politischen Ebene. Das Budget limitiert den Zielerreichungsgrad und verlangt von demjenigen, der das Budget festlegt, mehr als nur eine vage Zielvorgabe. Hier ist der Gesetzgeber noch weitaus stärker in der Pflicht, Grenzen der Leistungsgewährung als Folge seiner selbst festgelegten Grenzen bei der Finanzierung zu definieren.

Die hier aufgezeigte Problematik um das Spannungsfeld zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen stellt das Wirtschaftlichkeitsgebot insgesamt nicht in Frage. Ein generelles Infragestellen kommt schon allein deshalb nicht in Betracht, weil auch die Effizienz der Maßnahmen selbst eine Rolle spielt. Das Erbringen bestimmter Leistungen mag bezogen auf den Einzelfall durchaus ökonomisch sinnvoll sein. Deshalb wird aber gleichzeitig noch nichts über die Wirtschaftlichkeit bei der Art und Weise der tatsächlichen Leistungserbringung ausgesagt. Die aufgezeigte Problematik macht aber deutlich, daß gerade dort, wo sich Ziele vor dem Hintergrund sich wandelnder gesellschaftlicher Wertvorstellungen dynamisch verändern, es nicht möglich ist, die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit nahezu ausschließlich auf die sogenannten Leistungserbringer zu übertragen.

### „Rationierung“

Zwar ist auch der Arzt bei seinem diagnostischen und therapeutischen Handeln dem Grundsatz der ökonomischen Rationalität verpflichtet, denn auch er kann sich über das Kernproblem knapper Ressourcen nicht hinwegsetzen. Der Arzt ist aber sowohl aus seinem ureigenen Selbstverständnis heraus wie auch im Hinblick auf die gesellschaftliche Erwartung an den Arzt in erster Linie der Humanität verpflichtet.

In der Praxis lastet das Gebot zur wirtschaftlichen Mittelverwendung, zumindest soweit dieses den Bereich der konkreten Leistungsge-

währung im Einzelfall betrifft, im wesentlichen auf den Schultern der Ärzte. Dieser Tatbestand wird weder der Rolle des Arztes im Gesundheitswesen noch seinem berufsbedingten Selbstverständnis gerecht. Im Spannungsfeld zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit, zwischen Wirtschaftlichkeitsgebot und individuellen sowie gesellschaftlichen Ansprüchen an das System fühlt sich der Arzt, und hier insbesondere der Kassenarzt, weitgehend allein gelassen. Dieses subjektive Gefühl wird objektiv bestätigt, wenn man sich die leider viel zu wenig beachtete Formulierung im Jahresgutachten 1991 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vergegenwärtigt, nach der „dem einzelnen Arzt mit keiner Entscheidung auf der Ebene der Politik und Selbstverwaltung das Dilemma einer unter Umständen erforderlichen Rationierung von Leistungen vollständig zu ersparen“ sei. Der Begriff der „Rationierung“ ist so klammheimlich und unwidersprochen in die Terminologie um das Leistungsgeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt worden. Wie auch immer die Begriffe Rationierung und Humanität vor dem Hintergrund der hier aufgezeigten Problematik in Einklang zu bringen sein mögen – es ist die ureigene Aufgabe des Gesetzgebers, sich mit diesem Spannungsfeld auseinanderzusetzen und Normen vorzugeben. Keinesfalls kann die Aufgabe der Rationierung sowie die Verantwortung für das Aufzeigen von Grenzen der Leistungsgewährung allein und ausschließlich den Kassenärzten übertragen werden beziehungsweise diesen überlassen bleiben.

Dt. Ärztebl. 89 (1992) A<sub>1</sub>-1313-1319  
[Heft 15]

#### Anschrift des Verfassers:

Dr. rer. pol. Thomas Zalewski  
Hauptgeschäftsführer der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Nord-Württemberg  
Albstadtweg 11  
W-7000 Stuttgart 80