

Über die Gefährdung des sozialen Charakters der Medizin durch die Ökonomisierung



Giovanni Maio

Die moderne Medizin ist politisch gewollt zu einem Wirtschaftsbetrieb umdefiniert worden, mit der Konsequenz, dass die Krankenversorgung nach dem Vorbild industrieller Produktion erfolgt. Unser Autor erläutert, was passiert, wenn die Ökonomie über den Bedarfen der Patienten* und der Freiheit der Ärzte steht.

Mit der politischen Weichenstellung, die Medizin nach dem Muster der industriellen Massenproduktion durchzuökonomisieren, erfolgt eine Kapitalisierung der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit, verbunden mit dem genauso stillschweigenden wie entschiedenen Appell zur Übernahme einer betrieblichen Vorteilslogik. Ein durchökonomisiertes System verändert den Blick auf die eigene Arbeit; es geht dann um Abgeltung, um kluge Investition, um Erlösoptimierung und nicht mehr um die Bedingungslosigkeit der Hilfe für Hilfsbedürftige.

Das ökonomische Tribunal in der modernen Medizin

In Anlehnung an Michel Foucault ließe sich die neue Logik als ein „ökonomisches Tribunal“ (Foucault 2006, 343) bezeichnen, weil alles, was man

tut nicht mehr primär nach ihrer konkreten Bedeutung für den Patienten betrachtet wird, sondern nur noch unter dem Gesichtspunkt der Erlösrelevanz. Daher liegt eine der folgenreichsten Auswirkungen der Ökonomisierung in der damit einhergehenden sukzessiven Umdeutung medizinischen Handelns hin zu einer monetarisierten Verwertung ärztlich-pflegerischen Könnens. À la longue führt diese Situation zu einer sukzessiven Abkehr vom sozialen Gehalt der Medizin, denn in einem ökonomisierten System wird das Anliegen von Pflegenden und Ärzten, die sich bewusst für einen Helferberuf entschieden haben, immer mehr zur Nebensache. In einem existenzbedrohenden Verdrängungswettbewerb sind es die Erlöse, die am Ende über das Schicksal eines Hauses entscheiden. So sehen sich auch die Heilberufe ständig mit der systemrelevanten Frage konfrontiert, ob sie mit ihrer Arbeit zur Konsolidierung der Finanzen beitragen.

Wohlgermerkt erzieht das gegenwärtige System – entgegen anderslautenden politischen Proklamationen – nicht dazu, zu fragen, wie man am besten Verschwendung vermeiden kann, sondern es erzieht vielmehr dazu, zu fragen, wie man eine bessere monetäre Verwertung des eigenen Könn-



Heute müssen Ärzte dafür sorgen, dass die Bilanzen stimmen.

Foto: istockphoto.com/ipopba

nens erreichen kann. Folge dieser unheilvollen Entwicklung ist eine sukzessive Delegitimierung der sozialen Zielsetzung der Pflegenden und der Ärzte. Denn wenn Ärzte für ihre Patienten da sein sollen und ihnen zugleich vom System beigebracht wird, gewinnwirtschaftlich zu denken, dann ist das ein Widerspruch in sich. Eine prosoziale Einstellung erscheint in einem monetarisierten Kontext geradezu als dys-

funktional, weil sie als etwas gesehen wird, was den ganzen Betrieb nur aufhält und die gute Bilanz gefährdet.

Wenn im Zuge einer solchen Kapitalisierung der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit die Behandlung nur noch unter dem Gesichtspunkt einer betrieblichen Investition beurteilt wird, dann verliert die Betreuung der kranken Menschen durch Pflegende und Ärzte ihre ursprüngliche und eigentliche Bedeutung. Das ist der Grund, weswegen die meisten Pflegenden und Ärzte die Ökonomisierung zunehmend als eine Sinnentleerung ihres Tuns empfinden, weil sie spüren, dass sie als deklarierte Mitunternehmer dazu angehalten werden, ihr Können und ihre Arbeitskraft für etwas einzusetzen, für das sie als Heilberufe nicht angetreten waren.

Innere Landnahme der Ärzte durch die Ökonomie

Ganz subtil schleicht sich ein neues Denken ein, das die Behandlung von Patienten unter neuen Kategorien erscheinen lässt. Fortan wird nicht mehr allein der Bedarf des Patienten reflektiert, sondern dieser Bedarf wird immer in Abgleich gebracht mit dem Ressourcenverbrauch und der Rentabilität der Diagnose. Das ist die leise Form der Unterminierung rein medizinischer Entscheidungskategorien durch betriebswirtschaftliches Denken. Vor allem dort, wo teure Diagnostiken und Therapien anstehen, hat der Unternehmer, also die Krankenhausleitung und die Kostenträger, ein besonderes Interesse daran, diese Ausgaben zu kontrollieren, sie so zu managen, dass sie steuerbar erscheinen, um keinem Verlustrisiko aufzusitzen.

Das Management hat also die Aufgabe, die Ausgaben und Einnahmen der Klinik vorherzusagen und zu kontrollieren.

Durch dieses starke Bestreben, ärztliche Entscheidungen zu steuern, wird aber eine Bürokratie eingeführt, die eine ökonomisch-rationale Herrschaft erzeugt. Durch diese Bürokratie als Steuerungsinstrument der Ärzte dominieren die Funktionserfordernisse, die Kreativität wird erstickt und die Rolle des Arztes als die Person, die individuell helfen möchte, unterminiert. In der gegenwärtigen Situation der Krankenhäuser nimmt der Druck auf die Ärzte so zu, dass sie täglich spüren, ihrer Grundvorstellung, allein zum Wohle des Patienten zu entscheiden, nicht mehr gerecht werden zu können. Häufig wird den Ärzten suggeriert, keine andere Wahl zu haben. Sie müssen dafür sorgen, dass die Bilanzen stimmen, weil sie ansonsten um die Zukunft ihrer Abteilung bangen müssen. Und wenn den Ärzten dieses Szenario oft genug ausgemalt wird, dann beugen sie sich und handeln so, wie es das System erwartet.

Das System funktioniert ganz ohne expliziten Druck. Das ist das Gefährliche daran. Die Krankenhausleitungen machen gar keine klaren Vorgaben, aber durch die Abteilungsbudgets und durch die Transparenz der Erlöse werden die einzelnen Abteilungen automatisch und unterschwellig unter Druck gesetzt (Braun et al. 2009, 236). Man erpresst sie in gewisser Weise, beteuert aber zugleich, dass letztendlich die Ärzte selbst entscheiden sollen. Es ist also eine vorgegaukelte ärztliche Freiheit, die sukzessive durch die Rahmenbedingungen ausgehöhlt wird, ohne dies aber zuzugeben. Man tut so, als würde jeder Arzt eigenverantwortlich entscheiden, aber ihnen bleibt oft keine andere Wahl. Mehr noch: Das Präsenthalten der ökonomischen Zahlen wird sukzessive so selbstverständlich, dass die Ärzte es schon gar nicht mehr merken, dass sie durch das System inner-



lich umprogrammiert worden sind. Die Ärzte selbst verändern sich und machen Zug um Zug die eigentlich fremde Logik der betriebswirtschaftlichen Investition zu ihrer eigenen. Ganz ohne äußere Verordnung übernehmen die Ärzte die ökonomische Logik und werden auf diese Weise von der Ökonomie innerlich gekapert. Das Gefährliche daran ist, dass die neue Wertehierarchie nicht einfach verordnet wird, sondern dass die Ärzte nur indirekt dazu gebracht werden, diese neue als Sachzwang ausgegebene Hierarchie so weit zu verinnerlichen, dass sie am Ende als eine freiwillige Übernahme in Erscheinung tritt.

„Die Beachtung der Individualität eines Menschen wird immer mehr als Bedrohung gesehen und nicht als Ausdruck für Qualität.“

Ökonomische Überformung der medizinischen Logik

Durch die Organisation der Krankenhäuser nach industriellen Gesichtspunkten erhalten Ärzte Anreize, sich auf das Formale zu konzentrieren und die persönliche Betreuung der Patienten und den zwischenmenschlichen Kontakt hintanzustellen. Die Beziehungsqualität wird stillschweigend zum supererogatorischen Luxus erklärt, auf den es nicht zentral ankommt, weil es in einem Betrieb vor allen Dingen um Reibungslosigkeit und Schnelligkeit geht. Unübersehbar folgt die Ökonomisierung der Medizin einem mechanistischen Menschenbild, das als Modell für alle Abläufe fungiert. Daher werden alle Abläufe so vorgeplant, dass die Ärzte das Gefühl erhalten, ihre eigentliche Aufgabe bestünde darin, ihre Patienten so schnell wie möglich und vorzugsweise nach vorgegebener Schablone durch die Klinik zu schleusen.

In einem System, in dem es vor allem um Effizienz und Stromlinienförmigkeit gehen soll, wird die Beachtung der Individualität eines Menschen immer mehr als Bedrohung gesehen und nicht als Ausdruck für Qualität. Je mehr eine Ärztin, ein Arzt in die Patientengeschichte investiert und sich persönlich engagiert, sich auf den

Patienten einlässt, desto mehr gilt gerade dieser Arzt als betriebswirtschaftlich unvernünftig.

Entsolidarisierung von den Schwächsten

Eine gravierende Konsequenz der beschriebenen strukturellen Veränderungen ist es, dass nur die Menschen in diesem auf Rentabilität und Effizienz ausgerichteten System berücksichtigt werden, mit denen man Geld verdienen kann. Alle anderen, die eben mehr kosten als dass sie einbringen, werden exkludiert, aus dem Zuständigkeitsbereich verbannt. Ziel eines durchökonomisierten sozialen Systems ist somit schon vom Ansatz her nicht die Integration eines jeden Menschen, sondern die Marginalisierung derjenigen, mit denen man keine gute ökonomische Bilanz erzielen kann. Auf diese Weise wird die Effizienz zum neuen Steuerungsmodell, das sich am Ende gegen die Schwächsten und somit gegen das Soziale richtet.

Gerade dieser Aspekt macht nochmals deutlich, wie wichtig es ist, die Differenz von Wirtschaftlichkeit und Rentabilität im Auge zu behalten. Dass man in der Medizin das Kriterium der Wirtschaftlichkeit zu beachten hat, ist ganz selbstverständlich, denn wenn dasselbe Ergebnis auch mit weniger Aufwand erreicht werden kann, ist es unverantwortlich, dafür mehr Ressourcen zu verwenden als notwendig. Aber die modernen Kliniken konkurrieren gar nicht primär um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit, weil man mit Wirtschaftlichkeit allein den Verdrängungswettbewerb nicht gewinnen kann. Deswegen setzen sie immer mehr auf Rentabilität, was aber bedeutet, dass man die kranken Menschen bevorzugt, mit denen man Geld verdienen kann. Rentabilität bedeutet also, dass man nicht mehr selbstverständlich hilft, sondern nur dann, wenn der Erlös größer ist als der Mitteleinsatz. Das heißt also, dass unter dem Aspekt der Rentabilität die Patienten gar nicht danach sortiert werden, wie viel man ihnen helfen kann, sondern danach, wie viel Geld sie einbringen. Aber die Höhe des Erlöses ist eben

Literatur

Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber Verlag 2009.

Foucault, Michel: Die Geburt der Biopolitik. Frankfurt am Main: Suhrkamp 2006.

nicht kongruent mit dem Maß der Bedürftigkeit des kranken Menschen. Das heißt nichts anderes als dass eine Medizin, die gezwungen wird, nach Rentabilitätskriterien zu behandeln, ihr eigenes Selbstverständnis auf den Kopf stellen muss.

Schlussfolgerungen

Die Medizin wird dadurch zur Medizin, dass sie sich dem Wohl des Hilfesuchenden und somit einem sozialen Ziel verschreibt. Die Zielsetzung ist es, die aus einer bestimmten Anwendung erst Medizin macht. Und so werden Heilberufe erst dadurch zu Heilberufen, dass sie sich dazu bekennen, sich für den anderen engagieren zu wollen.

Gegenwärtig werden die Heilberufe täglich in einen Zielkonflikt zwischen der Orientierung am Wohl des kranken Menschen und der Orientierung an der ökonomischen Bilanz getrieben. Allein dass die Heilberufe einem solchen Zielkonflikt ausgesetzt werden, ist unverantwortlich, weil damit nicht weniger erfolgt als eine zunehmende Erosion des öffentlichen Vertrauens in das System Medizin.

Allen begrifflich und strukturell vorgenommenen Umwertungen der Werte in der Medizin zum Trotz gilt es, sich zu vergegenwärtigen, dass Medizin kein Wirtschaftsunternehmen sein kann, sondern als eine soziale Errungenschaft betrachtet werden muss. Daher müssen Pfleger und Ärzte umso deutlicher markieren, dass sie als Vertreter sozialer Berufe nur dort und nur so arbeiten werden, wie es dieser letzten Zielsetzung ihres Heilberufs gerecht wird. Und es ist Aufgabe einer weit-sichtigen Gesundheitspolitik, diese Orientierung der Medizin am Patientenwohl strukturell zu sichern und die Medizin allein nach dem Gesichtspunkt der Bedarfsgerechtigkeit auszurichten statt sie dem Diktat der Gewinnmaximierung preiszugeben. ■

** Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.*



Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M. A. ist Professor für Medizinethik und leitet das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. maio@ethik.uni-freiburg.de