

Heilen als Management?

Zum Verlust einer Kultur der verstehenden Sorge in Zeiten der Ökonomie

Healing as Management?

In an Era of Commercialism Medicine is Losing its Identity as a Healing Practice

Giovanni Maio¹

Zusammenfassung: Die moderne Medizin folgt immer mehr den Kategorien des Marktes. Damit wird das ärztliche Handeln zunehmend wie ein Produktionsprozess behandelt und bewertet. Der Wert und der Kern des Arztberufs liegen aber nicht in einer „Produktion“ von Gesundheit, sondern sie liegen in elementarer Weise darin, dass sich ein professioneller Helfer eines anderen Menschen in seiner Hilfsbedürftigkeit als ganze Person annimmt. Dieses persönliche Engagement wird durch die gegenwärtigen Anreizsysteme der Medizin komplett entwertet. Daher müssen neue Anreize entwickelt werden. Es müssen genau die Ärzte belohnt werden, die mit ihrer Einstellung dazu beitragen, die Medizin als personale Zuwendung erfahrbar zu machen. Das bedeutet auch, dass nicht nur das Resultat einer Maßnahme gemessen werden sollte, sondern auch die Persönlichkeit selbst als Kerngehalt der Therapie mit berücksichtigt werden muss. Dies jedoch wird nicht mit Zahlen gehen. So kommt es darauf an, den Stellenwert der Zahlen zu relativieren und damit zugleich die Vorstellung zu verabschieden, man habe über die Veröffentlichung von Zahlen bereits alles über die Güte eines Spitals ausgesagt. Es gibt innerhalb der Medizin Werte, die auch im Zeitalter der Ökonomie nicht geopfert werden dürfen. Daher dürfen Ärzte die Realisierung der Medizin nicht der Ökonomie überlassen, sondern sie müssen darum kämpfen und werben, dass Medizin nicht zum Gewerbe herabgestuft wird, sondern eine soziale Form der Zuwendung bleibt.

Schlüsselwörter: Identität der Medizin; Medizinethik; Ökonomisierung; Vertrauensverhältnis; Sorge; Grenzen des Marktes

Summary: Modern medicine follows more and more market criteria. Economic considerations might be very important for medicine, but they must not become the leading one. Clearly medicine has another task, another duty, another mission than to invest money, namely to help people in need and to assist those who cannot help themselves. Since personal involvement of doctors is completely devaluated with the actual incentive scheme we must develop new schemes to reward exactly those colleagues who contribute to make medicine an experience of personal care. If the physician now is becoming a businessman instead of a personal doctor, this will lead to a situation where he doesn't give any other promise than not to act against the contract. But the main need of the patient, his longing for a human person whom he can trust, this need cannot become part of a contract. Especially in our time medicine has to fight for the core of its identity. Medicine is a profession which can only remain a profession if it succeeds in preserving the liberty of doing what medicine demands and not what economics demands. This liberty is not a privilege but a duty – necessary for the patients of the future.

Keywords: Medical Ethics; Commercialism; Identity of Medicine; Duty to Help; Charity; Limits of Commodification

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Peer reviewed article eingereicht: 02.09.2011, akzeptiert: 19.09.2011

DOI

*„Es werden auch wieder Zeiten kommen,
in denen die Persönlichkeit den Sieg
über Wissen und Können davonträgt.“
(Theodor Billroth)*

Die heutige Denkströmung setzt ganz auf die Kategorien des Marktes und stülpt die Konzepte, die eigentlich nur für die Industrie gedacht waren, zunehmend auch über die Bereiche, die sich bislang als genuin soziale Bereiche verstanden hatten. Die Medizin ist von dieser Strömung so zentral erfasst, dass man fragen muss: Wie viel von dem sozialen Kerngedanken der Medizin kann bewahrt werden, wenn die gesamte Medizin nur noch nach den Konzepten des Marktes aufgebaut wird? Wie viel Soziales ist noch wiederzufinden in den Einheiten, die das Soziale gar nicht mehr in ihrem Namen führen und statt des engagierten Dienstes am Menschen zunehmend einen perfekt organisierten Kundendienst anbieten? Einen Kundendienst auf Hochglanzbroschüren-Niveau, mit Marketing und Service – ist das überhaupt noch Medizin? Weil die Grundidentität der Heilberufe durch das ökonomische Denken von innen her ausgehöhlt zu werden droht, ist es notwendig, die tiefer liegenden Denkmuster, die mit der Ökonomisierung meist unmerklich mit eingeschleust werden, sichtbar zu machen und kritisch zu hinterfragen.

Medizin als Produktionsprozess?

Unter dem Diktat des Marktes werden die Abläufe in den Praxen und Kliniken zunehmend so verstanden, wie sie in der Industrie verstanden werden, nämlich als Produktionsprozesse, die in ihren Abläufen nach Effizienzgesichtspunkten optimiert werden können. Die Leitgedanken, nach denen solche Prozesse optimiert werden können, setzen voraus, dass das, was da im Zuge eines nach betriebswirtschaftlichen Kriterien bewerteten Prozesses hergestellt wird, nichts anderes ist als ein Produkt, das auf seine Qualitätskriterien abgeklopft werden muss und das in diesen äußerlich bestimmbar Qualitätskriterien aufgeht. Nach dieser ökonomisch vermittelten Vorstellung ist das, was in der Medizin geleistet wird, ein Herstellungsprozess, eine „Poiesis“, wie Aristoteles es

definiert und eben nicht das, was Aristoteles als Praxis beschrieben hat. Wenn nach diesem marktwirtschaftlichen Denken die Medizin nur noch eine herstellende Tätigkeit ist, dann bleibt dies nicht ohne Folgen für die Bewertung dessen, was da hergestellt wird. Denn – und so lernen wir es im Zeitalter des Qualitätsmanagementsystems – das Herzustellende ist nicht etwas Einzigartiges, was nur von einem persönlichen Arzt hergestellt werden kann, sondern es muss etwas Austauschbares sein, etwas was vom einzelnen Arzt unabhängig sein muss, etwas beliebig Wiederholbares, etwas Kontrollierbares, etwas Garantierbares, weil man eben nur die Produkte kauft, bei denen ein Garantiestempel mitgeliefert wird. Und so wird im Zuge der Industrialisierung der Medizin auch die Handlung eines Arztes zu einem beliebig austauschbaren, nur noch objektiv beurteilbaren und abprüfbar technischen Werkzeug, hinter dem nicht der einzelne persönliche Arzt steht, sondern ein Prozessmanagement, das sich nach festgelegten Regeln orientiert. Das Resultat ist, wie in der Industrie, die Modularisierung und Standardisierung.

Diese ökonomisch motivierten Standardisierungstendenzen, die zunehmend Eingang in die Praxen und Kliniken finden, vertragen sich nur schlecht mit der Vorstellung, die Studierende noch haben, wenn sie sich für das Arztwerden entscheiden, nämlich dass das Krankwerden immer ein Geschehen, ja ein Geschick ist, das irreversible Spuren in das Bewusstsein des Menschen hinterlässt und nicht einer standardisierten Behandlung unterzogen werden kann. Genauso werden wir sofort erkennen, dass das handelnde Subjekt nicht austauschbar ist und dass das Handeln am Menschen nicht wiederholbar sein wird und dass das Gelingen dieses Handelns nicht garantiert werden kann wie in einem Produktionsprozess. Die Situationen, in die der Patient gerät, sind immer einzigartige Situationen, die sich einer Standardisierung weitgehend entziehen. Sie sind Bestandteile eines Lebensvollzugs, sodass die jeweils einzigartige Behandlung des kranken Menschen gerade nicht in den Kategorien eines Managementsystems aufgehen kann. Zwar lassen sich bestimmte ärztliche Tätigkeiten überprüfen, vergleichen, manchmal gar messen, aber es

wird vergessen, dass das Behandeln von Menschen und die Heilung dieser Menschen sich immer innerhalb einer Begegnung vollziehen und nicht nur als Produkt einer Anwendung von Verfahren betrachtet werden kann. Je mehr die Medizin den Kategorien der Betriebswirtschaft folgt, desto mehr wird sie ihr Augenmerk vor allem auf die Anwendung der nachprüfbar Prozeduren richten und vergessen, dass es zur Heilung mehr bedarf.

Standardisierte Schemata statt persönlicher Zuwendung

Die Ökonomie und mit ihr die Bestrebungen der Effizienzsteigerung zwingen unaufhaltsam zur Beschleunigung. Das Diktat des Marktes ist ein Diktat der Zeitökonomie; das heißt nichts anderes, als dass alle Abläufe in den Praxen und Kliniken so beschleunigt werden, dass am Ende das wegrationalisiert wird, worauf es bei der Gesundung von Menschen zentral ankommt, nämlich die Zeit, die Zeit für die Zuwendung. Die Ökonomisierung der Medizin ist ein Zug in Richtung der Abschaffung der Zeit in der Behandlung, ein Zug in Richtung der Wegrationalisierung der persönlichen Zuwendung zum Kranken, ein Zug in Richtung einer industriellen Betätigung, bei der die persönliche Zuwendung immer mehr als idealistisches Beiwerk betrachtet wird, auf das man in unseren Zeiten auch verzichten kann, weil es eben Wesentlicheres gibt, nämlich die Einhaltung von Qualitätsstandards, zu denen die persönliche Zuwendung kaum zählen kann, weil sich diese schlecht messen lässt. Unter dem politisch verordneten Zeitdiktat verkümmert eine Kultur des Heilens, weil eine Grundhaltung Platz greift, von der aus die Behandlung von kranken Menschen als reine Handlung begriffen wird. Unter dem Marktssystem wird dem Handlungsaspekt ein enormer Wert beigemessen und damit zugleich die Haltung, mit der die Handlung vollzogen wird, für irrelevant erklärt. Und doch geht die ärztliche Behandlung gerade nicht darin auf, was getan wird, sondern die Güte einer ärztlichen Handlung bemisst sich auch und gerade danach, mit welcher persönlichen Einstellung und Motivation heraus, mit welchem Geist sie vollzogen

wird [1]. Dies gilt allen voran im Umgang mit schwerkranken und besonders vulnerablen Patienten. Gerade bei diesen Patienten ist es nicht ausreichend, die richtige Prozedur auszuführen oder das richtige Medikament zu verordnen. Hier kommt es allen voran darauf an, in welchem Beziehungsgeschehen solche Therapien erfolgen. Hier ist es eben nicht die Technik, nicht die Applikation per se, die ihre Wirkung entfaltet, sondern die Wirkung wird davon abhängen, in welche Beziehung zum Patienten diese Maßnahme eingebettet ist. Das ökonomisierte System suggeriert in problematischer Weise, dass mit der Applikation des Richtigen die Behandlung erschöpft sei. Verschiedene Studien zeigen aber, dass die Behandler sich zunehmend unwohl dabei fühlen, auf die reine Applikation reduziert zu werden. Die ökonomisch verhängte Marginalisierung der Zeit führt dazu, dass genau das unterbewertet wird, was für viele Menschen der eigentliche Grund war, sich für den Helferberuf Arzt zu entscheiden, nämlich die persönliche Sorge um den Kranken. Mit dem ökonomisch durchgetrimmten System wird damit zunehmend aus dem sinnstiftenden Dienst am Menschen nicht mehr als eine „personennahe Dienstleistung“ gemacht, nach ökonomisch-verwaltungstechnischen Vorgaben und nach Vorschrift. Dass aber schwerkranke Menschen durch einen Dienst nach Vorschrift sicher schlechter betreut sein werden als durch einen persönlichen Dienst des Helfens, wird viel zu wenig bedacht.

Vertragsbeziehung statt Vertrauensbeziehung

Im Zuge dieser Transformationsprozesse der Medizin wird auch der Patient zunehmend umdefiniert, indem er letzten Endes immer weniger als Patient im Sinne eines notleidenden Mitmenschen gesehen wird. Statt dessen wird im Patienten immer mehr der mögliche Verbraucher von Dienstleistungen entdeckt. Der notleidende Mensch, der sich hilfesuchend an seinen Arzt gewendet hat, wird immer mehr ersetzt durch den behagenden und fordernden Konsumenten, der nicht nach Hilfe sucht, sondern der als wohlinformierter Bürger seine Ansprüche einlösen zu müssen glaubt. Was heute zwischen Arzt und Patient

verhandelt wird, ist in dieser neuen Partnerbeziehung kein wertvolles, unverzichtbares und einzigartiges Hilfsangebot des einen speziellen Arztes, sondern es ist eine beliebig austauschbare und von jedwedem Dienstleister-Arzt in gleicher Weise anzubietende Ware geworden. An die Stelle einer personalen Beziehung zwischen einem Notleidenden und einem Helfer ist eine rein sachliche Vertragsbeziehung getreten. Im Zuge dieser Entwicklung verwandelt sich der moderne Arzt zunehmend zu einem Anbieter von Gesundheitsleistungen, der mit seinem Wissen und Können nicht mehr zugleich auch seine Person in den Dienst der Hilfe für in Not geratene Menschen stellt, sondern der nunmehr lediglich sein Wissen und seine Fertigkeiten in den Dienst einer Gesundheitsindustrie stellt. An die Stelle einer personalen Fürsorgebeziehung tritt eine zweckrationale Vertragsbeziehung, bei der es vor allen Dingen um die Einhaltung von Standards geht. Durch die Übernahme ökonomischer Leitgedanken haben wir es zunehmend mit einer Versachlichung, Verrechtlichung und Entpersonalisierung der modernen Medizin zu tun [2].

Der moderne Arzt als angestellter Ingenieur

Die sowohl dem Markt als auch den Naturwissenschaften zugrundeliegende Vorstellung ist das für überholt geglaubte Bild des Menschen als Menschmaschine. Wie anders wenn nicht vor dem Hintergrund eines mechanistischen Menschenbildes soll man das Denken begreifen, das bei der Umstellung auf DRGs stillschweigend vorausgesetzt wird. Mit den DRGs geht man davon aus, dass der kranke Mensch durch ein System durchgeschleust werden muss, um gesund zu werden, und je schneller er durch dieses System und durch alle diagnostischen und therapeutischen Prozeduren kommt, umso besser soll es für ihn sein. Die Folge ist die beschriebene Beschleunigung, und diese Folge tritt doch nur ein, weil man ganz am Anfang dieser Entwicklung stillschweigend vorausgesetzt hat, dass der Mensch einfach dadurch gesundet, dass er bestimmte Prozeduren erhält, und je schneller desto besser. Dass der Mensch aber, um zu gesunden, auf eine bestimmte Atmo-

sphäre angewiesen ist, weil er eben ein lebendiges Wesen mit Geist und Seele ist, das passte in dieses ökonomisch-prozedurale Denken nicht hinein.

Die Verbindung von Naturwissenschaft, Technik und Ökonomie, wie sie sich heute vollzieht, bringt einen neuen Arzttypus hervor, und das ist der Arzt als Ingenieur für den Menschen. Der Arzt soll als Angestellter eines Industriekomplexes Gesundheitswesens nicht mehr anbieten als Sachleistungen, die vorher vertraglich vereinbart werden. Der Vertrag kann im Vorfeld genau gemustert werden, und man geht mit der Etablierung der Vertragskriterien keine Risiken mehr ein. Man ersetzt das weiche und auf diffusen Empfindungen basierende Vertrauensverhältnis, bei dem man in die Persönlichkeit emotional investiert, durch ein und auf harte Fakten und Zahlen gegründetes Vertragsverhältnis, bei dem man auf der sichereren Seite ist, weil man das vage Vertrauen müssen durch das evidenzgesicherte Überprüfenkönnen ersetzt. Dass man hierbei den Kerngehalt dessen aufgelöst hat, worauf der hilfesuchende Patient existenziell angewiesen ist, wird kaum bedacht. Ein Mensch in einer Krisensituation kann sich nicht damit begnügen, einen ausgewiesenen Ingenieur für den Menschen als Behandler zu haben, bei dem alle Zahlen stimmen, sondern er wird angewiesen sein auf eine Persönlichkeit, bei der er sich auch menschlich aufgehoben fühlt. Dieses Hoffenwollen auf eine Persönlichkeit, der man menschlich vertraut, diese Sehnsucht des hilfesuchenden Menschen wird man nicht abstellen können durch die Lieferung eines perfekten Produktes. Zwar erwartet der Patient zu Recht eine hohe Qualität des „Produktes“. Und diese ist sozusagen eine notwendige Bedingung einer guten Medizin, aber sie ist eben nicht hinreichend. Die Begegnung von Arzt und Patient bleibt unweigerlich auf ein Vertrauenkönnen angewiesen, weil es hier um die ganze Existenz geht, um existenzielle Erfahrungen, die mehr erfordern als Arztingenieure. Das Beherrschen der ärztlichen Kunst und das Sein einer Persönlichkeit – in dieser Kombination liegt die eigentliche Verheißung einer guten Medizin. Der moderne Trend aber ignoriert vollkommen die Notwendigkeit der Persönlichkeit und reduziert die ärztliche Kunst auf eine modularisierte Fertigkeit. Die Verbindung von Ökonomie

und Naturwissenschaft macht aus der Kunst ein Handwerk und erklärt die Persönlichkeit des Arztes für unerheblich. Aber ist das wirklich noch Medizin?

Ethik und Ökonomie sind zunächst keine Gegensätze

Trotz dieser Gefahren der Ökonomisierung lässt sich nicht sagen, dass eine gute Medizin eine Medizin ohne Ökonomie sein müsste. Ganz im Gegenteil. Medizin und Ökonomie sind gerade keine Antipoden; ökonomisches Effizienzdenken kann für die Medizin sehr nützlich sein, wenn es um die Frage geht, wie sich ein medizinisches Ziel ohne Verschwendung, günstig und mit minimalem Einsatz erreichen lässt. Wer den Markt aus der Medizin draußen haben möchte, wird einer Verschwendung von Ressourcen Vorschub leisten, und Verschwendung ist mit einer guten Medizin nicht vereinbar. Da medizinische Güter grundsätzlich knapp sind, ist das ökonomische Denken Voraussetzung dafür, dass möglichst vielen geholfen werden kann. Daher gehört das ökonomische Denken zu einer guten Medizin unabdingbar dazu. Aber eine sinnvolle Rangfolge der Ziele der Medizin und der Ökonomie kann doch nur so aussehen, dass die Ziele der Ökonomie in den Dienst der Ziele der Medizin gestellt werden müssen. Die Ökonomie hätte demnach eine der Medizin dienende Funktion. Nur diese lediglich dienende Funktion der Ökonomie würde es der Medizin ermöglichen, ihre eigenen Ziele zu bewahren. In der Realität aber ist es gerade umgekehrt. So hat sich in den modernen Strukturen vieler Praxen und Kliniken eine bedenkliche Entwicklung eingeschlichen, weil mancherorts der Markt nicht mehr der Medizin, sondern die Medizin zunehmend dem Markt dient. Damit wird der Markt sukzessive zum eigentlichen Zweck der Medizin umgedeutet, während die medizinischen Ziele immer mehr in den Hintergrund gedrängt werden. Eine Grenze muss daher dort gezogen werden, wo die Medizin ökonomisches Denken nicht nur instrumentell in die Behandlung von kranken Menschen integriert, sondern das Diktat der Gewinnmaximierung zum identitätsstiftenden Moment erhebt. Diese Totalisierung des Marktgedankens ist das Problem, nicht der Markt per se.

Der Patient ist kein Kunde

Das marktgeleitete nüchterne Tauschverhältnis zwischen Anbieter und Kunden mag für Patienten funktionieren, die sich nicht in einer existenziellen Krise befinden. Patienten in Not hingegen sind Menschen in einer schwachen Position, Menschen, die sich gerade nicht auf die Suche nach Gesundheitsdienstleistungen machen können, weil sie auf die Gesundheitsleistung, also auf die ärztliche Hilfe, gar nicht verzichten können. Krank gewordene Menschen sind existenziell bedürftige Menschen. Schon deswegen sind sie nicht geeignet, als Konsumenten oder gar als Kunden wahrgenommen zu werden, weil sie als kranke Menschen nicht – wie souveräne Kunden – die Möglichkeit haben, die einzelnen Produkte erst zu prüfen und miteinander zu vergleichen, bevor sie sie in Anspruch nehmen. Patienten sind angewiesene Menschen; sie sind angewiesen auf jemanden, der ihnen hilft, sie sind aber auch oft auf medizinische Produkte existenziell angewiesen, ohne die sie oft gar nicht weiterleben könnten. Von Kundensouveränität kann hier somit keine Rede sein. Die Marktbeziehung erweist sich gerade dort als für die Medizin ungeeignet, wo die Medizin es mit dem schwachen Patienten zu tun hat.

Medizin ist ein Hilfeversprechen und keine Dienstleistung

Ärztliches Handeln kann nicht in den ökonomischen Paradigmen aufgehen. Arztsein beginnt genau dort und nur dort, wo es dem Menschen um das Wohl des Kranken geht. Das war der Anfang der Medizin, die entstehen konnte ab dem Moment, da sie versicherte, dass sie das medizinische Wissen nur zum Wohle des Kranken, nie aber zu dessen Schaden anwenden würde. Diese bedingungslose Zuwendung ist der Kern dessen, was Medizin ausmacht. Unter dieser Perspektive sind Linderung von Leiden und Behandlung von Krankheiten nicht nur als Leistungsgegenstände zu betrachten, sondern sie sind ein totaler Dienst am Menschen. Und genau das ist es, was wir meinen, wenn wir vom Arztsein als Profession sprechen. Arztsein ist nicht nur ein Beruf, sondern eine Profes-

sion. Das heißt nichts anderes, als dass der Arzt ein Versprechen gibt [3]. Wer sich Arzt nennt, bekennt sich automatisch dazu, sich nur im Interesse des Hilfsbedürftigen einzusetzen. Die Kernkompetenz, auf die sich die Medizin stützen sollte, ist die Unerschütterlichkeit, mit der sich der Arzt ausschließlich auf das Wohl des Kranken ausrichtet. Diese Ausschließlichkeit, mit der der Arzt sich dem Wohl seines Patienten verschreibt, ist durch das Vorherrschen des ökonomischen Paradigmas grundlegend in Frage gestellt. Die gesamte moderne Medizin wird unter dem Diktat des Marktes ganz bewusst in existenziell bedrohliche finanzielle Engpässe getrieben; gerade dadurch wird die Medizin gezwungen, ihren Kernauftrag, ein Dienst am Menschen zu sein, komplett den ökonomischen Interessen unterzuordnen. Wenn die Medizin nur noch die Wahl hat, sich den Marktkategorien zu unterwerfen oder Insolvenz anmelden zu müssen, stellt das eine Bedrohung der Medizin dar. Wenn das Ziel des Helfens und die Art des Helfens dem Markt in einer so grundlegenden Weise unterworfen werden, dann mag zwar eine Effizienzsteigerung erzielt werden, aber diese Effizienzsteigerung wird um den Preis erreicht, dass die Medizin nicht nur ihre Dienstleistungen, sondern damit gleichzeitig auch ihre ureigene Identität verkauft. In letzter Konsequenz heißt dies, dass das, was die Medizin von ihrem Ursprung her ausgemacht hat, nämlich von einer Motivation für das Wohl des Kranken geleitet zu sein, durch eine exzessive Marktorientierung zunehmend abgewertet wird, was zu einem Verlust des Grundvertrauens in die Medizin führt. Daher kann die Lösung nur darin liegen, der Medizin den Freiraum zu geben, damit sie noch Medizin sein kann, anstatt ihr die Fesseln anzulegen, die es ihr ermöglichen, zwar weiterzuleben, aber um den Preis, ihre ureigene Identität als Medizin aufgegeben zu haben.

Medizin als reiner Markt ist keine Medizin mehr

Der Hauptkonflikt zwischen Medizin und Ökonomie besteht darin, dass die Medizin von ihrem Grundverständnis her der Sorge um den Kranken verpflichtet ist, die Ökonomie hingegen

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A.

Abgeschlossene Studien der Philosophie und Medizin, Habilitation für Ethik in der Medizin, Berufung auf den Lehrstuhl für Medizinethik an der Universität Freiburg; Direktor des Interdisziplinären Ethikzentrums und des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin; Mitglied in Ethikbeiräten und Kommissionen der Bundesregierung, der Bundesärztekammer, der Malteser Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz.

die Maximierung des Nutzens verfolgt. Diese Zielsetzungen sind nur bis zu einem gewissen Grad miteinander vereinbar. Wenn der Nutzen abnimmt und gleichzeitig die Kosten steigen, wie z.B. bei schwerkranken Patienten auf der Intensivstation, wird der Ökonom dazu tendieren, Therapien zu begrenzen. Die Medizin als Heilkunde aber wird sich so lange um den Patienten bemühen, wie auch nur eine leise Hoffnung auf Verbesserung der gesundheitlichen Lage besteht. Ein rein ökonomisches Kalkül beschränkt sich darauf, die Kosten gegen den Nutzen aufzurechnen; ein medizinisches Vorgehen orientiert sich hingegen einzig an der Wahrscheinlichkeit, mit der noch ärztliche Hilfe möglich ist. Hier entstehen Zielkonflikte. Würde die Medizin nicht mehr dem medizinisch Notwendigen und Möglichen folgen, sondern allein die ökonomische Effizienzfrage stellen, so müsste sie zuerst den Schwerstkranken und Betagtesten die mögliche Hilfe versagen, weil bei diesen die Effizienz des Gütereinsatzes besonders ungünstig ist und man gerade bei ihnen eben nicht viele Jahre in „guter Qualität“ erzielen könnte. In ethischer Hinsicht ist das nicht zu vertreten. Die Ausbreitung rein ökonomischen Denkens kann auf diese Weise gefährlich für die Medizin werden, weil dieses Denken die Medizin davon abbringen könnte, das zu tun, wofür sie eigentlich da ist: den in größter Not sich Befindenden und damit Schwächsten helfend zur Seite zu stehen.

Ein weiterer Zielkonflikt bezieht sich nicht mehr auf Fragen der Verteilung, sondern auf solche der Grundhaltung. Würde ökonomisches Denken die Medizin vollständig durchdringen, würde dies mittelfristig dazu führen, dass sich Ärzte immer mehr als Unternehmer und Dienstleister, hingegen immer weniger als ärztliche Helfer verstehen, denen die Sorge um den kranken Menschen anvertraut ist. Diese Un-

terwanderung der ärztlichen Identität vollzieht sich in kleinsten, kaum merklichen Schritten. Der Arzt wird belohnt, wenn er die Patienten schnell durch die Behandlung schleust, er wird belohnt, wenn er bei Diagnose und Therapie viel teure Technik anwendet, er wird belohnt, wenn er häufiger operiert. All diese Anreize sind ökonomisch motiviert. Aber sie entwerten das zentrale Element, auf das es bei der Behandlung von kranken Menschen ankommt, nämlich die Grundhaltung des Helfenwollens. Die Ökonomisierung führt zu der Einstellung, das Heilwerden sei eine Art Prozess, den man nahezu beliebig optimieren – sprich effizienter – machen könne. Vergessen wird dabei aber, dass die Heilung sich vor allem in einer Beziehung vollzieht. Diese heilsame Beziehung, die von Verständnis und persönlichem Interesse am kranken Menschen bestimmt ist, wird im ökonomischen Denken nicht nur nicht wahrgenommen, sondern erschwert, zuweilen gar unmöglich gemacht. Hier liegt die Kerngefahr einer Ökonomisierung der Medizin.

Medizin ist mehr eine Haltung als eine Handlung

Das Verhältnis zwischen Ethik und Ökonomie wird dann zu einer Gefahr der Medizin, wenn das ökonomische Denken so beherrschend wird, dass die Medizin nicht mehr wiederzuerkennen ist als eine soziale Errungenschaft, der es um den Menschen in Not geht. Damit diese soziale Identität als Grundelement der Medizin wieder erkennbar wird, muss die moderne Medizin nicht nur in die Optimierung der Abläufe in den Kliniken und Praxen investieren, sondern sie muss vor allen Dingen in die Grundhaltungen investieren. Denn die Krise der Medizin ist keine Krise der Ressourcen, sondern eine Krise der Grundhaltungen. Eine Krise der Grundhaltungen

bei den Patienten, die die Gesundheitsleistungen als Konsumgüter betrachten, die man ohne Rücksicht auf die Kränkeren konsumiert. Eine Krise der egozentrischen Entsolidarisierung vieler moderner – als Patienten getarnter – Konsumenten, die vergessen haben, dass das Solidarsystem Medizin nur funktionieren kann, wenn man die Medizin nur dann auf Kosten der Solidargemeinschaft in Anspruch nimmt, wenn man Hilfe braucht, nicht aber, um seine Krankenkassenbeiträge schnellstmöglich wieder zurückzuholen.

Aber es ist auch eine Krise der Grundhaltungen der Ärzte, die lernen müssen, sich vom Paradigma des Anbieters wieder zu lösen und zu dem zurückzukommen, was sie eigentlich ausmacht. Das zentrale Element des Arztberufs ist nicht etwa das Machen von Gesundheit oder die Produktion der Heilung. Wäre dieses Machenkönnen das Eigentliche der Heilberufe, so wären sie dort und dann sinnlos, wenn sie die Heilung nicht mehr herbeibringen könnten. Ärztliche Betreuung ist aber auch dort in sich wertvoll, wo man nicht mehr heilen kann. Der Wert und der Kern der Heilberufe liegen eben nicht in dem Heilenkönnen, sondern vor allen Dingen darin, dass sich ein Mensch eines anderen Menschen in seiner Not annimmt. Diese Sorge um den Anderen ist der Kern dessen, was die Heilberufe ausmacht. Eine Medizin, die ihren Auftrag als Dienst am Menschen versteht, wird dem Kranken nicht nur Dienstleistungen anbieten, sondern sie wird ihm dabei helfen, sich für die Einsicht zu öffnen, dass es kein sinnloses Sein gibt, und erst recht nicht, solange auch der kränkeste Mensch auf ein verstehendes Gegenüber hoffen kann. Und nicht selten ist das letzte Gegenüber eines Menschen ein guter Arzt. Allein dies wäre Grund genug, alles dafür zu tun, dass auch in Zukunft jeder auf einen solch guten Arzt hoffen kann.

Was ist zu tun?

Die Schlussfolgerung kann nicht lauten, dass wir keine Prozessqualität brauchen, denn diese kann Bestandteil einer vertrauensserweckenden Medizin sein, aber sie ist nur ein Teilaspekt unter vielen. Die Medizin braucht ökonomischen Sachverstand, um Verschwen-

dung zu vermeiden. Aber dieser Sachverstand darf nur eine Hilfsfunktion ausüben, er darf nicht zum Leitgedanken der Medizin werden. Daher ist es notwendig, dass die Medizin sich auf ihre eigene Identität besinnt und nicht nur das tut, was die Ökonomie von ihr verlangt. Die eigene Identität der Medizin erfordert, dass das belohnt wird, was zu dieser Identität gehört. Der Wert und der Kern des Arztberufs liegen nicht allein in einer „Produktion“ von Gesundheit, sondern er liegt in elementarer Weise darin, dass sich ein professioneller Helfer eines anderen Menschen in seiner Hilfsbedürftigkeit als ganze Person annimmt. Dieses persönliche Engagement wird durch die gegenwärtigen Anreizsysteme der Medizin komplett entwertet. Daher müssen neue Anreize entwickelt werden, damit der Arzt, der sich als ganze Person für seinen Patienten einsetzt, auch strukturell unterstützt wird. Es müssen genau die Ärzte belohnt werden, die mit ihrer Einstellung dazu beitragen, die Medizin als personale Zuwendung erfahrbar zu machen. Das bedeutet auch, dass nicht

nur das Resultat einer Maßnahme gemessen werden sollte, sondern auch die Persönlichkeit selbst als Kerngehalt der Therapie mit berücksichtigt werden muss. Dies jedoch wird nicht mit Zahlen gehen. So kommt es darauf an, den Stellenwert der Zahlen zu relativieren und damit zugleich die Vorstellung zu verabschieden, man habe über die Veröffentlichung von Zahlen bereits alles über die Güte einer medizinischen Einrichtung ausgesagt. Das Qualitätsmanagement erfüllt eine spezifische und in manchen Bereichen notwendige Funktion, aber wenn das Qualitätsmanagement alles diktiert und bestimmt, hat man die Seele der Medizin erstickt. Es gibt innerhalb der Medizin Werte, die auch im Zeitalter der Ökonomie nicht geopfert werden dürfen. Daher dürfen Ärzte die Realisierung der Medizin nicht der Ökonomie überlassen, sondern sie müssen darum kämpfen und werben, dass Medizin kein Gewerbe wird, sondern eine soziale Form der Zuwendung bleibt.

Interessenkonflikte: keine angegeben

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A.
Institut für Ethik und Geschichte
der Medizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Stefan-Meier-Straße 26
79104 Freiburg i.Br.
Tel.: 0761 203-5034
Fax: 0761 203-5032
E-Mail: maio@ethik.uni-freiburg.de

Literatur

1. Maio G. Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin. Stuttgart: Schattauer, 2011
2. v. Weizsäcker F, Maio G. Ethische Insolvenz? Vom Verlust medizinischer Identität im DRG-Zeitalter. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010; 135: 819-821
3. Pellegrino ED. Bekenntnis zum Arztberuf – und was moralisch daraus folgt. Eine tugendorientierte Moralphilosophie des Berufs. In: Thomas H (Hrsg) Ärztliche Freiheit und Berufsethos. Dettelbach: J.H. Röll, 2005: 17-60