

Univ.-Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.

Lehrstuhl für Medizinethik

Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Das Rentabilitätsdenken als Aushöhlung des sozialen Charakters der Medizin

1. Zum Stellenwert ökonomischen Denkens in der Medizin	89
2. Von der dienenden zur bestimmenden Ökonomie	91
3. Innere Landnahme der Ärzte durch die Ökonomie	93
4. Ökonomische Überformung der medizinischen Logik	96
5. Wettbewerbsfähigkeit als neues Qualitätskriterium	97
6. Entsolidarisierung von den Schwächsten	98
7. Motivationsverlust und Entfremdung	101
8. Ärzten muss ermöglicht werden, medizinisch zu entscheiden	105
Literatur	108

1. Zum Stellenwert ökonomischen Denkens in der Medizin

Eine gute Medizin ist grundlegend auf ökonomisches Denken angewiesen, weil sie die Verpflichtung hat, ihre Gelder, die sie schließlich aus Steuerabgaben bezieht, in vernünftiger Weise auszugeben und gerade nicht zu verschwenden. Auf einen sorgsamen Einsatz dieser Gelder hat jeder Arbeitnehmer und Arbeitgeber einen Anspruch. Daher kann es hier nicht darum gehen, die Verantwortung für einen ökonomisch sinnvollen Einsatz der Gelder abzulehnen. Wenn wir über die Grenzen der Ökonomisierung sprechen, so darf dies nicht als Verweigerung verstanden werden, Realitäten und Notwendigkeiten anzuerkennen. Daher können Menschlichkeit und Effizienz nicht als Gegensätze betrachtet werden. Um Menschlichkeit zu realisieren, ist man auf effektive Strukturen angewiesen. Humanität oder Ökonomie, das ist einfach die falsche Frage, weil Ökonomie und Medizin nicht per se Antipoden sind. Es sind vielmehr zwei verschiedene Logiken, die je für sich ihre Berechtigung haben. Die Ökonomie schafft die Ermöglichungsbedingungen und damit die Voraussetzungen für eine effektive Medizin. Sie ermöglicht die Strukturen, durch die überhaupt erst ärztliche Hilfe realisiert werden kann. Ohne effiziente Strukturen könnte die Medizin den Menschen nicht helfen. Daher muss sie gut organisiert sein; sie kann sich kein Missmanagement leisten und erst recht keine Verschwendung.

Und deswegen lässt sich auch sagen, dass das Ziel der Unternehmensführung, den Fortbestand eines Krankenhauses durch gutes Wirtschaften zu sichern, ein hehres Ziel ist, und viele Häuser, die zunächst bangen mussten, gegebenenfalls verkauft oder gar aufgelöst zu werden, sind den neuen Krankenhausleitungen, ihren Geschäftsführern, überaus dankbar, wenn diese mit ihrem Sachverstand das Haus aus den roten Zahlen führen. Dieser Sachverstand ist für viele Häuser die letzte Rettung, und ohne diesen kann Medizin nicht realisiert werden. Daher kann es nicht darum gehen, das ökonomische Denken zu verteufeln und die Ökonomie als Feindbild zu sehen. Das ökonomische Denken ist eine Notwendigkeit und auch im Interesse der Beitragszahler. Aber: Man muss sich darüber im Klaren sein, dass die Ökonomie einer ihr eigenen Logik folgt und dass diese mit der Logik der Medizin in Konflikt geraten kann. Gerade am Krankenbett erweist sich die Logik der Ökonomie als eine der Medizin fremde Logik, weil die Medizin eben keine Dienstleistung ist, sondern eine soziale Praxis, und weil die Medizin es in ihrem Kern nicht mit Kunden zu tun hat, sondern mit hilfsbedürftigen Menschen, die nichts kaufen wollen und die nicht unverbindliche Angebote einholen wollen,

sondern die meist in einer Situation der Bedürftigkeit und Abhängigkeit nach einem Menschen suchen, der sie aus ihrer krankheitsbedingten Krise herausführt.

Das heißt also, dass die Logik der Ökonomie vor allem dort wichtig ist, wo es um die Optimierung der Prozesse geht, wo es um die Schaffung einer strukturellen Grundlage geht, durch die eine Arzt-Patient-Beziehung überhaupt erst gestaltet werden kann. Je patientennäher aber der Bereich ist, auf den die Ökonomie Einfluss nimmt, desto größer wird die Gefahr der Kollision zweier verschiedener Logiken, die dann eben in einen Wettstreit geraten und Dilemmasituationen herbeiführen und Gewissensprobleme evozieren. Wenn am Ende gar das ökonomische Kalkül die Oberhand über das medizinische Fachwissen gewinnt und der Arzt nicht mehr das in Anschlag bringen kann, was er als eine gute Krankenversorgung definieren würde, dann entstehen Schuldgefühle und tiefe Verunsicherung bei den Ärzten wie bei den Patienten. Je mehr sich also das ökonomische Denken auch dort breit macht, wo naturgemäß ein anderes Denken gelten müsste, desto mehr entfremdet sich die Medizin von ihrem eigentlichen Ziel. Daher kann auch nicht von einer Gleichrangigkeit ökonomischer und medizinischer Logik gesprochen werden, denn es kann ja nicht darum gehen, dass Ärzte nur in bestimmten Situationen die gute Versorgung ihrer Patienten an oberste Stelle setzen. Der Arzt hat dem Patienten gegenüber eine Loyalitätspflicht, die er nicht einfach abgeben kann. Es geht also nicht um einen Ausgleich, ein Ausbalancieren von ökonomischem Vorteil und Wohl des Patienten, weil das Wohl des Patienten nicht verhandelbar ist. Die Ökonomie wird somit dann zum Problem, wenn sie ihre Logik nicht nur auf die Handlungsbedingungen anwendet, sondern auf den Inhalt der Medizin selbst. Die Frage ist also: Wie weit ermöglicht die Ökonomie ärztliches Handeln und ab wann bestimmt die Ökonomie ärztliches Handeln?

2. Von der dienenden zur bestimmenden Ökonomie

Es geht also nicht darum, ob ökonomisches Denken in der Medizin einen Platz hat oder nicht, sondern es geht um das Ausmaß dieses Denkens und um seinen Stellenwert. Hierfür kann es sinnvoll sein, eine differenzierte Strukturierung unterschiedlicher Ökonomisierungsgrade vorzunehmen. Uwe Schimank und Ute Volkmann haben in einer sehr überzeugenden Weise fünf Grade der Ökonomisierung beschrieben (siehe Tabelle 1).¹

Stufe 1 (autonomer Pol)	Überhaupt kein Kostenbewusstsein bei den Akteuren; Zahlungsfähigkeit ist problemlos gegeben; Akteure können völlig autonom handeln
Stufe 2	Verlustvermeidung als »Soll-Erwartung« an die Akteure; ansonsten handeln die Akteure autonom
Stufe 3	Verlustvermeidung als »Muss-Erwartung« an die Akteure; Autonomie der Akteure wird in Teilen beschnitten (z.B. in Form von Rationierung)
Stufe 4	Verlustvermeidung als »Muss-Erwartung« kombiniert mit Gewinnzielen als »Soll-Erwartung«; Akteure sollen ihr Handeln an die Marktgängigkeit anpassen
Stufe 5 (weltlicher Pol)	Gewinnerzielung als einziges Ziel des Teilsystems

Tabelle 1. Fünf Grade der Ökonomisierung, nach Schimank/Volkmann 2008, modifiziert nach Slotala 2011, S. 72

Bezugnehmend auf Bourdieu verstehen Schimank und Volkmann unter Ökonomisierung das Eindringen einer kapitalistischen Wirtschaftslogik in Teilsysteme, die bis dahin eine eigene Logik hatten. Es geht also um das Wirkmächtigwerden einer Logik im System Medizin, die aus einem anderen Teilsystem stammt. Am Anfang, also vor dem Eindringen der fremden Logik, sind die Akteure, also hier die Ärzte, in ihrem Medizinsystem vollkommen frei; sie können gemäß ihres Systems autonom entscheiden; hier ist das Selbstverständnis des Arztes in seiner

1 Schimank/Volkmann 2008

medizinischen Logik vorherrschend, so dass von einem „autonomen Pol“ gesprochen werden kann. Am anderen Ende der Skala steht der sogenannte „weltliche Pol“; damit ist hier die komplette Durchdringung der Medizin durch die ökonomische Logik gemeint. Der autonome (genuin ärztliche) und der weltliche (genuin ökonomische) Pol stehen in einem ständigen Spannungsverhältnis zueinander, und je nach Stufe überwiegt der eine (ärztliche) oder der andere (ökonomische) Pol. Dass aber diese beiden Pole eine Spannung erzeugen, macht diese Differenzierung deutlich.

Stufe 1 stellt einen Zustand dar, der vernünftigerweise nicht angestrebt werden kann. Wenn gar kein Kostenbewusstsein vorhanden ist, besteht die Gefahr der Verschwendung, was zu Engpässen in anderen Bereichen führt. Erstrebenswert ist vielmehr Stufe 2, auf der die Ärzte ärztlich entscheiden können, die Kosten dabei aber durchaus mit im Blick haben. Wenn der Kostendruck so groß ist, dass man sich ein Minus nicht leisten kann, dann ist Stufe drei erreicht, die unweigerlich mit einer Beschneidung der rein medizinischen Logik einhergeht. Hier schöpft der Arzt dann in bestimmten Bereichen die Möglichkeiten der Behandlung nicht mehr voll aus.

An diesem Punkt beginnt eine Gratwanderung. Wenn die Art und Weise der Beschneidung transparent ist und nach einsichtigen und zumutbaren Kriterien erfolgt, ist eine solche Rationierung vertretbar, aber die Kriterien müssen demokratisch abgestützt sein, und das ist ein sehr schwieriges Unterfangen. Wenn aber die Rationierungen nur verdeckt und ohne demokratisch abgestützte Kriterien erfolgen, ist dies unter ethischen Gesichtspunkten äußerst problematisch, weil auf diese Weise eine gerechte Zuteilung der Ressourcen nicht gewährleistet ist. Im österreichischen Gesundheitssystem nähern wir uns mancherorten schon Stufe 4, wonach der Kostendruck so hoch, das Ziel der Verlustvermeidung so beherrschend ist, dass von einer Autonomie der Akteure kaum mehr die Rede sein kann. Hier steht also die Steuerung der Ärzte nach Vorgaben der Unternehmensführung im Vordergrund. Von ihnen wird erwartet, dass sie ihr Handeln an der Marktgängigkeit ausrichten. Diese Durchdringung lässt der autonomen Entscheidung des Arztes als Vertreter einer medizinischen Logik keinen Raum mehr.

Eine solche Differenzierung vorzunehmen ist wichtig, weil sie einerseits aufzeigt, welche Dynamik die gegenwärtige Umstrukturierung haben kann. Sie zeigt aber vor allem, dass es von der Grundfrage her nicht darum gehen kann, für oder gegen eine Beachtung ökonomischen Denkens zu sein, sondern dass es darum geht, ab wann das ökonomische Denken so mächtig wird, dass das medizinische dabei gar nicht mehr zur Geltung kommen kann.²

2 Siehe näher dazu Maio 2014

3. Innere Landnahme der Ärzte durch die Ökonomie

Dass das ökonomische Denken als Problemlöser in Erscheinung treten konnte, hat damit zu tun, dass der Rekurs auf ökonomische Zahlen den Politiker entlastet. Denn wir leben in einer Zeit, in der die Politik sich davor drückt, die Verantwortung für Entscheidungen über das Überleben oder die Schließung einzelnen Krankenhäuser zu übernehmen. Für die Politik ist es das Einfachste, die Frage nach der Notwendigkeit einzelner Krankenhäuser dem Markt zu überlassen. Auf diese Weise werden rein ökonomische Parameter ausschlaggebend, und so ist der Politiker entlastet, weil die Schließung eines Krankenhauses dann ja „selbst verschuldet“ ist. Diese politische Zurückhaltung aber ist gefährlich, weil die Krankenhäuser auf diese Weise einfach ihrem ökonomischen Schicksal überlassen werden und allesamt um ihre Zukunft bangen müssen, wenn sie nicht schwarze Zahlen schreiben. Natürlich ist es notwendig, dass Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten, aber die Güte eines Hauses darf sich nicht allein an wirtschaftlichen Parametern festmachen, sondern an der medizinischen Qualität der Behandlung und der Sorge. Heute aber wird die Wirtschaftlichkeit zum neuen Qualitätsmerkmal der Krankenhäuser, und nicht etwa die gute Versorgung von Patienten. Wenn somit die Existenz eines Krankenhauses allein vom Schreiben schwarzer Zahlen abhängt, dann wird klar, dass das Diktat der Einsparung, das Diktat der schnellen Durchschleusung von Patienten, das Diktat der Beschränkung auf das Formale immer mehr zum leitenden Paradigma wird. Wir haben also eine Situation, in der die Medizin rein formal zwar alles Notwendige, also alle Untersuchungen, alle Therapien, alle Verfahren zur Verfügung stellt, aber in der konkreten Ausgestaltung des Notwendigen wird die Medizin immer mehr dazu angehalten, eine subtile Unterversorgung in Kauf zu nehmen, weil es letzten Endes die Bilanzen sind, die über die Weiterexistenz des Hauses entscheiden. Es wird zwar alles angeboten, was man anbieten kann, aber die Art und Weise, wie die Untersuchungen und Therapien erfolgen, der Umgang mit dem Patienten in diesem Verrichten ist so, dass viele Patienten das Gefühl haben, nicht wirklich gut versorgt zu sein und zwar gut in dem Sinne, dass sie bei der Versorgung tatsächlich mit ihren Nöten und Fragen und Sorgen ein Gehör gefunden hätten.

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 ärztlicher 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 die Aufgabe, diese Kontrolle und Vorhersagbarkeit der Ausgaben und Einnahmen in der Klinik zu realisieren. Aber durch dieses starke Bestreben der Steuerung ärztlicher Entscheidungen wird eine Bürokratie eingeführt, die eine ökonomisch-rationale Herrschaft erzeugt. Durch die Etablierung der Bürokratie als Steuerungsinstrument der Ärzte dominieren die Funktionserfordernisse und es wird die Kreativität erstickt, es wird die Rolle des Arztes als individuell dienende Person unterminiert. Aus der Sicht des Unternehmens ist es natürlich vernünftig, hier zu steuern. Aber wenn diese Logik des Unternehmens sehr wirkmächtig wird, dann gerät sie in ein Spannungsfeld mit der ärztlichen Logik. Der Arzt hat ja die Aufgabe, für seinen Patienten und mit ihm die bestmögliche Behandlung auszuwählen; ihm geht es um das beste Resultat für den Patienten. Hierbei ist der Arzt selbstverständlich angehalten, jedwede Verschwendung zu vermeiden, also dort kostengünstiger zu behandeln, wo damit der gleiche Effekt evoziert wird wie mit aufwändig-teuren Verfahren. Wenn aber das Einsparen dazu führt, dass die Versorgung des Patienten Einschnitte erfährt, dann bereitet so eine Entscheidung dem Arzt vom Prinzip her Bauchschmerzen; er bekommt ein schlechtes Gewissen, weil er sich als Arzt primär als Verantwortlicher für das Wohl seiner Patienten verstehen möchte und nicht primär als Verantwortlicher für die ausgeglichene Bilanz des Krankenhauses, in dem er arbeitet. In der gegenwärtigen Situation der Krankenhäuser aber nimmt der Druck auf die Ärzte so zu, dass sie täglich spüren, ihrem eigentlichen Ziel, Anwalt des Patientenwohls zu sein, nicht mehr gerecht werden 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 des Hauses bangen müssen. Und wenn den Ärzten dieses Szenario oft genug ausgemalt wird, dann beugen sie sich und handeln so, wie es die Unternehmensführung erwartet. Das System funktioniert aber ganz ohne Druck. Das ist das Gefährliche daran. Die Krankenkassen und die Krankenhausleitungen machen gar keine klaren Vorgaben, aber durch die Abteilungsbudgets und durch die Transparenz der Erlöse werden die einzelnen Abteilungen automatisch und subversiv unter Druck gesetzt.³ Man erpresst sie sozusagen, sagt aber, 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 Präsent-

3 Braun et al. 2009, S. 236

halten der ökonomischen Zahlen wird sukzessive so selbstverständlich, die Ärzte merken es schon gar nicht mehr, dass sie durch das System innerlich sozusagen umprogrammiert worden sind. Das ist vielleicht die folgenschwerste Veränderung durch die Ökonomisierung: Die Ärzte selbst verändern sich und machen Zug um Zug die eigentlich fremde Logik der Ökonomie zu ihrer eigenen. Ganz ohne äußere Verordnung übernehmen die Ärzte die ökonomische Logik und werden auf diese Weise von der Ökonomie innerlich gekapert. Die Ärzte werden gekapert, weil sie vorher durch die strukturellen Rahmenbedingungen und die neuen Machtverhältnisse in die Situation einer strukturellen Bevormundung gebracht worden sind. Es sind die strukturell vorgegebenen knappen zeitlichen Ressourcen, es sind diese Rahmenbedingungen, denen sich viele Ärzte geradezu ausgeliefert fühlen. Die Macht der Rahmenbedingungen sorgt dafür, dass die Ärzte oft das Gefühl bekommen, dass sie nicht mehr genuin ärztlich entscheiden können, dass das System keine Rücksicht darauf nimmt, wie man als Arzt eigentlich den Patienten behandeln würde. Das Ärztliche zählt hier gar nicht mehr. Und durch diese strukturelle Bevormundung, die sozusagen als heimliche Vorschrift über allem steht, geraten viele Ärzte oft in Situationen, in denen sie sich systemkonform zeigen und systemkonform entscheiden, ohne aber – wenn sie wirklich darüber nachdächten – als Personen dahinterstehen könnten. Es ist diese strukturelle Bevormundung, die den Ärzten nicht erlaubt, das zu tun, was sie von ihrem ärztlichen Anspruch her gerne täten. Aber diese Bevormundung erfolgt nicht direkt, sondern indirekt, indem subschwellig eine Herrschaft von Arbeitsintensität und Zeitdruck etabliert und über sie verhängt wird. Neben der strukturellen Bevormundung erleben wir aber auch eine ideelle Vereinnahmung der Ärzte, indem ihnen subtil eine Distanzierung von ihren eigenen Idealen nahegelegt wird. Zumindest wird ihnen implizit beigebracht, dass die Erfordernisse des Betriebs mindestens genauso wichtig sind. 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.

Je mehr ökonomische Überlegungen in Bereiche Einzug halten, in denen ärztliches Fachwissen vorherrschen sollten, desto mehr entfremdet sich die Medizin von ihrem eigentlichen Ziel, nämlich die Not des Patienten als Auftrag anzunehmen und Verantwortung zu übernehmen für eine gute Versorgung des angewiesenen Kranken. Und desto mehr werden die Ärzte dazu verleitet, sich nach Kriterien zu richten, die sie als Mediziner und damit als Anwälte der Patienten sonst nicht wählen würden.

Die formalen Vorgaben werden so aufgebaut, dass dem Arzt am Ende kaum mehr eigene ärztliche Entscheidungsspielräume bleiben. Es wird also nicht weniger als

eine technisch-rationale Bürokratie etabliert, die von den Ärzten erwartet, dass sie sozusagen die ihnen vom Management vorgegebenen „Schaltpläne“ des Betriebs in Form von Betriebsvorschriften wie eine Art Abarbeiten von Checklisten vornehmen und gerade nicht mehr primär im Angesicht des individuellen kranken Menschen und der ihn betreffenden einzigartigen Situationslage aus dem eigenen Ermessen heraus das dem Patienten Dienliche vorzuschlagen.

4. Ökonomische Überformung der medizinischen Logik

Ökonomie ist der Versuch, ein Ziel durch die Minimierung des Aufwandes zu erreichen, haben wir gesagt. Der Aufwand kann aber nur verringert werden, indem die Komplexität der Patientengeschichte, seiner singulären Situation, die Komplexität der Krankengeschichte vereinfacht und an ein weniger komplexes Schema angepasst wird. Die Ärzte werden also tagtäglich dazu angeleitet oder gar dazu verleitet, Vereinfachungen vorzunehmen. Diese Vereinfachungen werden finanziell belohnt, aber die eigentliche Qualität der Medizin ist nicht die gekonnte Vereinfachung, sondern die Fähigkeit ihrer Ärzte, sich die Komplexitäten, mit denen sie es zu tun haben, zu vergegenwärtigen. Doch je mehr die Ärzte diese im Auge behalten, desto stärker werden sie vom System benachteiligt oder sanktioniert, weil sie dann viele Tätigkeiten nach Dienstschluss noch abschließen müssen oder weil sie für unwirtschaftlich gehalten werden.

Das Diktat der Aufwandminimierung führt also neben einer deutlichen Reduzierung des persönlichen Kontaktes zwischen den Ärzten und ihren Patienten zu einer Simplifizierung der ganz speziellen und komplexen Situation kranker Menschen. Damit spart die Medizin am Kern ihrer eigenen Identität, nicht nur, weil gerade diese zwischenmenschliche Beziehung der Grund ist, warum viele junge Menschen sich für den Beruf des Mediziners entscheiden, sondern weil nur über den persönlichen Kontakt eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient entstehen kann. Und diese Beziehung ist ja nicht nur idealistisches Sahnehäubchen, sondern sie ist doch die eigentliche Grundlage dafür, dass die Therapien beim Patienten überhaupt eine Wirkung entfalten können. Die Beziehung ist Teil der Therapie, Grundlage der Therapie und nicht etwas fakultativ Hinzukommendes.

Zeitdruck und Arbeitsverdichtung beherrschen nicht nur den stationären Bereich, sondern in gleicher Weise auch den ambulanten. Allein schon deswegen, weil die Krankenhäuser, um Geld zu sparen, sehr viel in den ambulanten Bereich verlagern, aber auch, weil die Bürokratie gerade auch im ambulanten Bereich einen Großteil der Zeit verschlingt, denn wenn nicht alles lückenlos dokumentiert wird und Belege gesammelt werden, droht die Nichtübernahme der Kosten durch die Kasse. Auch hier also eine Dominanz des Formalistischen.

Die ökonomische Rationalität ist auf diese Weise eben nicht nur ein Begleitumstand, sondern sie erzeugt eine Wirklichkeit, die der medizinischen Logik zuwiderläuft und die medizinische Logik sukzessive überformt.

5. Wettbewerbsfähigkeit als neues Qualitätskriterium

Der Umstand, dass der Patient nun genau kalkuliert wird, hat eine weitere Folge. Denn nun können die Krankenhäuser oder auch die einzelnen Abteilungen genau miteinander verglichen werden, was ihren Erlös betrifft, und sehr schnell wird es dann eben ertragreiche Abteilungen und weniger ertragreiche geben, was zu einem zunehmenden Druck auf die weniger ertragreichen führt, sich den anderen anzupassen, wenn sie nicht dem Rotstift zum Opfer fallen wollen. Und wenn sie dem Rotstift zum Opfer fallen, so eben nicht, weil diese Abteilungen unnötig oder weniger wichtig wären oder schlechte Arbeit geleistet hätten, sondern einzig und allein, weil ihre Patienten wenig ertragreiche Diagnosen haben. Hier sehen wir, wie ein neues Qualitätsmerkmal auftaucht: Erhaltenswert ist nicht länger, was einen wertvollen Beitrag zur Versorgung der Patienten leistet, sondern nur noch, was einen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung leistet. Das ist ein großer Unterschied. Man kann es auch so sagen: Die Qualität einer Behandlung, einer Abteilung, eines Klinikums bemisst sich im Zeitalter des Verdrängungswettbewerbs nicht länger daran, ob sie sinnvolle Behandlungen vornehmen, sondern allein an ihren Gewinnen. So wird das Soziale, wie schon Michel Foucault treffend ausgedrückt hat, einem permanenten „ökonomischen Tribunal“ unterworfen.⁴ Es ist nun das ökonomische Analyseprinzip, an dem sich alle Bewertungen in der Medi-

4 Foucault 2006, S. 343

zin ausrichten, und nicht primär das medizinische Prinzip. Heute betrachtet man den Wettbewerb ja als Lösung aller sozialen Probleme. Aber wenn nur noch der Wettbewerb, die Konkurrenz zählt, dann bedeutet dies, dass die unrentablen Teile eines Unternehmens abgestoßen oder einem anderen Träger überlassen werden, der kostengünstiger arbeitet.⁵

Wirtschaftlichkeit kann also entweder dadurch erreicht werden, dass man die Beschleunigungs- und Rationalisierungstendenzen forciert oder sich auf die Disziplinen und die Patienten konzentriert, die ertragreich erscheinen. Je stärker der Verdrängungswettbewerb, desto größer die Gefahr, dass die weniger ertragreichen Patienten die ersten Verlierer sind. Wenn tatsächlich der Wettbewerb über alles entscheiden soll, dann muss man bedenken, dass es dann nicht länger um den Patienten an sich geht, um jeden Patienten gehen kann. Dann gibt es zwangsläufig erwünschte Patienten, d.h. rentable Patienten, die mit ihrer Krankheit einen hohen Erlös einbringen, und unerwünschte Patienten, mit deren Diagnosen man wenig Einkünfte erwirtschaften kann oder die durch den großen Aufwand als betriebswirtschaftliches Risiko wahrgenommen werden. Es gibt Patienten, um die man buhlt, und Patienten, die man meidet. Aber eine Medizin, die Patienten meidet, kann sich doch nicht mehr Medizin nennen.

6. Entsolidarisierung von den Schwächsten

Eine gravierende Konsequenz all der beschriebenen strukturellen Veränderungen ist es, dass nur die Menschen in diesem auf Rentabilität und Effizienz ausgerichteten System berücksichtigt werden, bei denen man Geld verdienen kann. Alle anderen „Kunden“, die der Prozessualisierung nicht zugeführt werden können, werden schlichtweg exkludiert, aus dem Zuständigkeitsbereich ausgeschlossen. Ziel eines ökonomisierten sozialen Systems ist somit schon vom Ansatz her nicht die Integration eines jeden Menschen, sondern die Marginalisierung und mittelbar die Exklusion derjenigen, mit denen man keinen guten Output generieren kann. Auf diese Weise wird die Effizienz zum neuen Steuerungsmodell, während sich zugleich eine Verwertungsrationalität einschleicht, die sich am Ende gegen die

5 Speck 1999, S. 109

Schwächsten richten wird. Denn unter der Herrschaft der Effizienzsteigerung wird nicht mehr die Frage leitend sein, wie man die ärztliche Betreuung verbessern kann, sondern vielmehr die Frage, wie man sich der Patienten entledigen kann, die die Effizienzsteigerung gefährden. Wenn zum Beispiel die verschiedenen Reha-Einrichtungen in Konkurrenz zueinander gesetzt werden mit der Drohung, dass die finanziell unterlegene Einrichtung aufgegeben werden muss, dann steht eben nicht mehr die Optimierung der Versorgung im Vordergrund, sondern die Optimierung des Outputs. Und ein Patient, bei dem man viel „investieren“ muss, um nur eine geringfügige Besserung der Statistik zu erreichen, gilt in diesem System nicht mehr als sozialer Auftrag, dem man sich zu stellen hat, sondern als eine manifeste Bedrohung der „betrieblichen“ Existenz.

Folglich werden genau die Menschen, die der ärztlichen und psychosozialen Hilfe am meisten bedürften, zu allererst marginalisiert, weil sich der Aufwand mit ihnen scheinbar nicht rechnet. Nicht rechnet innerhalb eines Systems, das eben nur Zahlen gelten lässt. In einem System, das sich eben nicht für die soziale Frage zuständig fühlt, sondern für die gute Bilanz. Stillschweigend wird auf diese Weise ein neuer Qualitätsbegriff eingeführt; es gilt nicht mehr die Einrichtung als gut, die dem Menschen gut helfen kann, sondern es wird nur noch die Einrichtung als gut befunden, die effizient arbeiten kann. Dass aber die Effizienz nur unter Ausklammerung der sogenannten „aussichtslosen Fälle“ potenziert werden kann, wird kaum berücksichtigt.

Die Politik glaubt, dass über die Etablierung ökonomischer Begrifflichkeiten alle Probleme gelöst werden können, dass man aus Patienten Kunden machen kann. Und sie verkauft diesen neuen Kundenstatus mit dem Slogan der Freiheit für den Patienten. Dabei wird kaum bemerkt, dass sich hinter dieser Freiheitssemantik nicht weniger verbirgt als die Tendenz, alle Verantwortung dem Patienten überzustülpen. Der Patient erhält die Verantwortung, sich zu informieren und eine für ihn gute Entscheidung zu fällen. Wenn etwas schiefgeht, dann fällt das auf den Patienten zurück, weil er sich als mündiger Bürger nicht ausreichend informiert hat. Es wird kaum bemerkt, dass ein solcher euphemistisch verbrämter Umgang mit kranken Menschen nichts anderes darstellt als eine subtile Form der Entsolidarisierung von ihnen. Hinter dem schönen Begriff der Freiheit und der Mündigkeit verbirgt sich ein Rückzug des Sozialen und die Einführung einer neuen Patientengeneration, die einerseits dazu berechtigt wird, eine Anspruchshaltung einzunehmen, und andererseits gezwungen wird, als Patient fortan immer auf der Hut zu sein, denn Kunde zu sein heißt, sich absichern zu müssen, dass man nicht das falsche Angebot annimmt oder „schlecht bedient“ wird. Bedenken wir aber, dass gerade viele ernsthaft kranke Patienten grundsätzlich auf Hilfe angewiesene Menschen sind, die die Diagnose zunächst in eine Lebenskrise stürzt, so

werden wir erkennen, dass diese Paradigma des wohl informierten Kunden hier nicht funktionieren können, weil einem solchen hilfsbedürftigen Patienten nicht zugemutet werden kann, in seiner Not auch noch darauf achten zu müssen, nicht übervorteilt zu werden, vom Arzt sozusagen hintergangen zu werden, weil dieser sich berechtigt fühlt, zuerst an die Bilanz und nicht an den Patienten zu denken. Und mehr noch: Ein Kunde ist jemand, dem man nicht primär hilft, sondern dem man etwas verkaufen möchte. Ob einem kranken Menschen dadurch aber auch tatsächlich geholfen wird, ist nicht ausgemacht. Das ist die letzte Konsequenz einer komplett ökonomisierten Medizin. Es wird dann nicht mehr primär und zentral – und schon gar nicht mehr ausschließlich – darum gehen, kranken Menschen zu helfen, sondern nur noch ums Verkaufen. Und die Konsequenz ist dann auch: Geholfen wird nicht mehr allen, sondern nur noch denjenigen, bei denen es sich rentiert. Stichwort Patientenselektion. Die Kunst einer ökonomisierten Medizin besteht nicht mehr allein darin, gute Behandlungen vorzunehmen, sondern darin, eine gute Patientenselektion zu erreichen. Patienten zu akquirieren, die eine gute Bilanz versprechen, Patienten, die für eine gute Statistik taugen und denen man womöglich noch Zusatzleistungen anbieten kann. Am Ende würde die Medizin ökonomisch motiviert dazu tendieren, genau die Patienten von vornherein aus ihrem Fokus zu verbannen, die vielleicht der ärztlichen Betreuung am meisten bedürften. Hier zeigt sich ein Grundzug ökonomischen Denkens, denn für den Markt lohnt sich die Investition eben nur dort, wo man damit auch viel verrichten kann. Der Markt zöge die Versorgung derjenigen Patienten vor, die gut lösbare Probleme haben wie z.B. junge Menschen, die eine unkomplizierte Operation brauchen. Diejenigen, die in schwierigeren Problemlagen stecken, werden als zu risikoreich eingestuft und somit eher gemieden und marginalisiert. Die Hilfe der Bedrängtesten wird durch die Ökonomie zur Verschwendung und damit zum Unnötigen umdefiniert.

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 respektiert, ist ganz selbstverständlich, denn wenn dasselbe Ergebnis auch mit weniger Aufwand erreicht werden kann, ist es ethisch unverantwortlich, dafür mehr Ressourcen zu verwenden als notwendig. Aber die modernen Kliniken konkurrieren gar nicht so sehr 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 einem kranken Menschen nur noch dann geholfen wird, wenn man damit Geld verdienen kann. Rentabilität bedeutet also, dass man nicht mehr selbstverständlich hilft, sondern nur dann, wenn der Erlös größer ist als der Mitteleinsatz. Wohlgermerkt geht es hier nicht primär um das Ausmaß der Hilfe, sondern um das Ausmaß des finanziellen Gegenwertes. Nicht

umsonst spricht man in der Wirtschaft von einem „Return on Investment“. Das heißt also, dass unter dem Aspekt der Rentabilität die Patienten gar nicht danach sortiert werden, wie viel man ihnen helfen kann (denn das hätte ja immer noch etwas mit medizinischem Denken zu tun), sondern danach, wie viel Geld sie einbringen. Aber die Höhe des Erlöses ist eben nicht kongruent mit dem Maß der Effektivität von Hilfe. Das heißt nichts anderes als dass eine Medizin, die gezwungen wird, nach Rentabilitätskriterien zu behandeln, ihr eigenes Selbstverständnis auf den Kopf stellen muss. Und dann stellt sich zwangsläufig die Frage, ob eine Rentabilitätsmedizin überhaupt noch den Namen Medizin verdient.

7. Motivationsverlust und Entfremdung

Zu den schwerwiegendsten Folgen der Ökonomisierung der Medizin zählt allerdings die ideelle Verformung der Ärzte, die sich auf das Selbstverständnis der Ärzte auswirkt und damit die Identität der Medizin verändert. Durch die ökonomische Überformung kommt es zu einer Aushöhlung des medizinischen Ethos' und damit zu einer moralischen Dissonanz, die den Ärzten die Freude an ihrer Arbeit raubt und das Sinnstiftende des ärztlichen Berufs unterminiert. Vor allen Dingen verändert sich die innere Einstellung zum ärztlichen Beruf. Durch die Zunahme der Kontrollen und die vielen Vorgaben, aber auch durch die Etablierung von finanziellen Anreizen haben wir es mit einer Abnahme der intrinsischen Motivation zu tun. Bei vielen Ärzten nimmt die Bereitschaft zum persönlichen Einsatz immer mehr ab. Wenn man zum Beispiel bei Schritt und Tritt genaue Zeitkontingente einhalten muss, dann sieht man irgendwann auch nicht mehr ein, warum man mehr tun sollte als vorgesehen. Gefährdung der Motivation, die über das vertraglich Einklagbare hinausgeht. Wenn Ärzte nur noch danach beurteilt werden, was sie dokumentieren können, und nicht länger in Anschlag gebracht wird, dass die eigentliche Qualität ihrer Arbeit nicht in dem aufgeht, was man dokumentiert, führt das zu Unzufriedenheit und Frust. Die Qualität ärztlicher Arbeit lässt sich nicht schlicht abbilden, lässt sich nicht in Algorithmen überführen, weil sie sich in vielen informellen Gesprächen niederschlägt. Die letztendliche Entscheidung, ob operiert wird oder nicht, ist das Resultat vieler Gespräche, vieler Erfahrungswerte – und nicht nur einer dokumentierten Konferenz. Wenn aber nun Ärzte nur noch danach bezahlt werden, was sie dokumentieren können, dann erscheinen ihre

Handlungen als zunehmend betriebswirtschaftlich unvernünftig, je mehr sie in eine Patientengeschichte investieren. Die ökonomische Logik höhlt also die ärztliche Logik aus, und nicht der gewissenhafte Arzt, der viel Zeit und Energie investiert, wird belohnt, sondern der Arzt, der schnelle Entscheidungen fällt, ohne großes persönliches Engagement. Das aber führt sukzessive zum Motivationsverlust und zu dem Gefühl, in gewisser Weise gegängelt zu werden. Man kann es auch so sagen: Je mehr kontrolliert wird, desto geringer ist die Motivation, je mehr Zeiterfassungssysteme etabliert werden, desto weniger ist man bereit, mehr zu tun als vorgegeben. Je mehr gemessen wird, desto weniger gilt als selbstverständlich, und man macht dann nur das, was auch dokumentiert werden kann. Durch diese ideelle Rationierung erzieht man die Ärzte dazu, sich allein auf das Pflichtgemäße zu beschränken und sich gerade nicht zu engagieren. Eine Assistenzärztin hat das wie folgt zu Protokoll gegeben: „Mir wurde implizit vermittelt, dass ich nur dann eine gute Ärztin bin, wenn ich kostengünstig arbeite.“⁶ Das ist fatal, weil viele Ärzte gerade aus dem Kontakt zum Patienten Motivation beziehen und Kraft schöpfen, um den anstrengenden Beruf auszuüben; und je mehr dieser Kontakt abgewertet oder gar verunmöglicht wird, desto stärker empfinden die Ärzte ihren Beruf als zunehmend sinnentleert. Es handelt sich daher um nicht weniger als eine Entfremdung der Ärzte von ihrem Beruf.

Diese Entfremdung hängt damit zusammen, dass die Ökonomie heute nicht nur dazu benutzt wird, um die Medizin zu unterstützen und ihr den Raum für die medizinische Behandlung zu verschaffen, sondern sie füllt den Raum selbst aus und wird damit zum Taktgeber; sie bestimmt die Abläufe, sie bestimmt aber zunehmend auch die Ziele der Medizin. Die Ökonomisierung verändert somit sukzessive die innere Einstellung der Ärzte. Und genau das muss unbedingt gestoppt werden. Dazu müssen wir realisieren, dass diese innere Übernahme ökonomischer Logik drei systemische Gründe hat: 1. die bereits beschriebene strukturelle Einzwängung durch Zeitkontingente und Dokumentation; 2. die Anreizsysteme, die sehr geschickt die Ärzte steuern und dazu anhalten sollen, sich auf die Unternehmensziele auszurichten. Und 3. die Tatsache, dass den Ärzten nicht nur die medizinisch-ärztliche Verantwortung, sondern zugleich auch die ökonomische Verantwortung für das Haus aufgebürdet wird. Sie werden zu Mitunternehmern deklariert und machen dadurch die ökonomische Situation der Klinik zu ihrem persönlichen Anliegen. Viele Ärzte handeln deswegen ökonomiekonform, weil ihnen auch suggeriert wird, dass die Existenz des Klinikums auf Dauer gefährdet sei, wenn es nicht rentabel arbeite. Dadurch werden die Ärzte in gewisser Weise erpressbar. Es ist, als würde man sagen, dass die Ärzte nur dann berechtigt sind, ihren Arbeitsplatz zu behalten, wenn sie einen bestimmten wirtschaftlichen Erfolg

6 Wild 2011, S. 38

generieren können. Niemand schreibt ihnen offen vor, dass sie nun nach Kostengesichtspunkten Therapien vorschlagen sollen, nein, es ist vielmehr der Arzt selbst, der meint, sich diese Vorschrift machen zu müssen, wenn auch *contre coeur*, aber er macht sie sich selbst zur inneren Vorschrift. Er verinnerlicht also früher oder später die ökonomische Logik, weil er denkt, keine andere Wahl zu haben.

Die Ärzte können sich am Anfang mit dieser Logik zwar nicht identifizieren, aber indem sie aus den genannten Gründen dennoch nach ihr handeln, schaffen sie selbst die Realität, die ihrer ursprünglichen Identität zuwiderläuft. Die Ärzte selbst verabschieden die medizinische Logik, und nicht die Ökonomen. Das ist das Paradoxe: Dass die Ärzte sich der ökonomischen Logik unterwerfen, ohne dass eine Anordnung dafür zu finden wäre. Es handelt sich um eine innere Übernahme einer Logik, die zunächst als eine fremde wahrgenommen wird, die aber sukzessive die eigene Identität so durchtränkt, dass sie zur Normalität wird. Nur die besonders reflektierenden Ärzte realisieren, welch innere Veränderung da mit ihnen geschieht.

Die Internalisierung der Verantwortung für das Überleben des Hauses ist das Eintrittstor für die Aushöhlung der ärztlich-medizinischen Logik. Und diese Aushöhlung findet am Ende ohne Vorgaben, sondern durch eine innere Umformung der Mentalitäten statt. Diese Verinnerlichung der ökonomischen Verantwortung für das gesamte Haus hat eine gewisse Tragik, weil sie Dilemmasituationen schafft und vor allem, weil sie auf Kosten des inneren Friedens der Ärzte geht. Denn die ökonomische Verantwortung für die Klinik wird ja von außen an sie herangetragen. Das heißt, dass die Ärzte zwar am Ende einen Verinnerlichungsprozess zwar mitmachen bzw. aktiv übernehmen, aber *de facto* handeln diese Ärzte fremdbestimmt. Es ist der von außen an sie herangetragene Druck, es sind die Drohungen, die Sanktionen, die sie gefügig machen. Bedenkt man aber, dass der Kern der Profession Arzt darin besteht, dass ein Arzt immer persönlich die Verantwortung zu übernehmen hat für das, was er medizinisch entscheidet, so wird klar, wie tragisch diese Situation der ökonomischen Verantwortungsübernahme ist. Denn durch diese innere Umprogrammierung werden Ärzte dazu gebracht, einer ökonomischen Logik den Vorzug vor der medizinischen Logik zu geben und einzelne Patienten, wenn es sich eben ökonomisch rechnet, durchaus schlechterzustellen, ohne dies offen zuzugeben. Und das bedeutet, dass der Arzt seine ureigentliche Mission aufgibt für eine ihm äußerlich aufgezwungene Fremdorientierung. Am Ende wird nicht nur der Patient nicht optimal versorgt sein – was der eigentliche Skandal ist –, sondern zu diesem eigentlichen Skandal gesellt sich die Tragik, dass der Arzt selbst die seelische Belastung ertragen muss, die daraus resultiert, dass er als Professioneller nicht professionsgemäß entschieden hat und zugleich persönlich dafür geradestehen muss. Dieser Punkt ist sehr wichtig, weil es viele

Ärzte gibt, die versuchen, sich von dieser inneren seelischen Belastung dadurch zu befreien, dass sie auf die ihnen aufgebürdeten Sachzwänge verweisen. Aber insgeheim spüren sie, dass sie mitverantwortlich sind für die Medizin, die sie – egal unter welchem Druck – gestalten, denn es sind die Ärzte selbst, die die Identität der Medizin prägen und gestalten. Daher sind die Ärzte doppelte Verlierer in dieser durchökonomisierten Zeit. Sie verlieren das Vertrauen ihrer Patienten und zugleich ihren eigenen inneren Frieden, die innere Befriedigung; sie verlieren schlichtweg das Gefühl, etwas Sinnstiftendes zu tun.

Natürlich hängt diese innere Umformung auch mit der Ärzteschaft selbst zusammen, die zu dieser Situation beigetragen hat, vor allem durch die Zersplitterung in viele Einzelinteressen, bei denen dann oft der innere Zusammenhalt der Ärzteschaft als solcher verloren geht. Und natürlich ist die Übernahme der ökonomischen Logik für manche Ärzte auch komfortabel. Das darf man nicht vergessen. Aber die meisten Ärzte empfinden die Ökonomisierung als eine zunehmende Sinnentleerung ihres Tuns, weil sie spüren, dass sie als Mitunternehmer ihre Arbeitskraft für etwas einsetzen, für das sie eigentlich nicht angetreten waren.

Daher müssen die Ärzte selbst verdeutlichen, dass sie Ärzte sind und keine Mitunternehmer. Es muss deutlich werden, dass der eigentliche Unternehmer selbst die Aufgabe hat, dafür zu sorgen, dass Ärzte ihre genuin ärztliche Arbeit leisten können. Es ist eine Zweckentfremdung der Ärzte, sie als Mitunternehmer einzubinden und das Risiko des Unternehmens so mittragen zu lassen, dass sie am Ende in ihrer Freiheit, sich für das Wohl des Patienten zu entscheiden, beschnitten werden.

8. Ärzten muss ermöglicht werden, medizinisch zu entscheiden

Die Veränderungen betreffen ja nicht nur die innere Organisation der Krankenversorgung, sie betreffen die Umdeutung der ärztlichen Identität selbst. Der Arzt, so haben wir gesehen, soll steuerbar gemacht werden, er soll sozusagen eine den strukturellen Vorgaben angepasste und damit von außen vorgegebene Rolle übernehmen und sich von der inneren Identität, die ihn als Arzt definiert, komplett lösen. Angepeilt sind Ärzte, die das tun, was ihre oft privatwirtschaftlich organisierten Krankenhäuser von ihnen erwarten, sie sollen sich dem privatwirtschaftlichen Selbstverständnis beugen und das tun, was im Sinne der Privatwirtschaft ist. Aber damit geben die Ärzte ihre Identität als Ärzte auf. Sie machen sich viel zu selten klar, dass ihre Kernaufgabe als Ärzte eben keine privatwirtschaftliche Aufgabe ist, weil Ärzte nicht dadurch Ärzte werden, dass sie lernen, privaten Interessen zu folgen, sondern sie werden, genau genommen, erst dann wirklich als Ärzte bezeichnet werden können, wenn sie sich etwas bewahrt haben, das zu diesem Arztsein unverzichtbar und konstitutiv dazugehört, nämlich das Selbstverständnis, gerade nicht private Interessen zu vertreten, sondern einem öffentlichen Auftrag zu folgen. Der Arzt ist erst dann Arzt, wenn er sich zu seiner Unparteilichkeit und dazu bekennt, eine öffentliche Verantwortung zu tragen. Der Arzt kann seine „Dienste“ nicht einfach auf dem Markt verkaufen, weil sie ein öffentliches Gut sind, er selbst ist Teil eines öffentlichen Systems. Arzt zu sein heißt, sich einem gemeinwohlorientierten Ziel zu verschreiben und eben nicht nur privaten Interessen nachzugeben, seien es die partikularen Interessen der Klinikkonzerne, seien es aber auch die partikularen Interessen der Patienten, die den Arzt möglicherweise dazu benutzen wollen, um eigenen Profit zu schlagen oder um das System auszubeuten oder um sich selbst zu schädigen. Solange der Arzt sich Arzt nennt, bekennt er sich dazu, dem Gemeinwohl zu dienen, und Gemeinwohl heißt eben nicht, im Interesse der Effizienz einzelnen Patienten die Hilfe zu versagen oder eine Priorisierung vorzunehmen, sondern Gemeinwohl kann hier nur heißen, dass der Arzt das Ganze im Blick haben muss und daher die öffentlichen Gelder nicht verschwenden darf, auch wenn das der einzelne Patient für sich wünschen würde. Gemeinwohlverpflichtung heißt aber auch, dass der Arzt seine vom Staat finanzierte Ausbildung nicht dazu missbrauchen darf, sie in den Dienst der Gewinnmaximierung zu stellen, weil das eine Zweckentfremdung wäre. Daher müssen Ärzte umso deutlicher markieren, dass sie als Vertreter öffentlicher Interessen nur dort und nur so arbeiten werden, wie es dieser letzten Zielsetzung ihres Arztberufes gerecht wird. Was momentan geschieht, ist ja eine so subtile Umprogram-

mierung der Ärzteschaft, wie wir gesehen haben, dass die Ärzte durch das Eingezwängtsein dazu gebracht werden, aus dem Blick zu verlieren, dass sie eigentlich einen anderen Auftrag haben als ihnen tagtäglich suggeriert wird.

Befriedigung durch die ärztliche Arbeit ist nur möglich, wenn die Ärzte nicht das Gefühl haben, eingesetzt zu werden, um Gewinne zu erzielen, sondern ihren Auftrag als Ärzte gut erfüllt zu haben, das Gefühl, das geleistet zu haben, wofür sie als Ärzte angetreten sind. Ärzte brauchen das Gefühl, dass sie ihren Patienten gerecht geworden sind, dass sie sich für sie einsetzen konnten und sie dann entlassen haben, als sie wussten, es geht ihnen besser. Jede ökonomisch in Kauf genommene Unterversorgung evoziert Gewissensbisse und hinterlässt Frustrationsgefühle. Daher ist es das oberste Gut für Ärzte, sich das Gefühl zu erhalten, ihrem Dienst am Menschen gerecht geworden zu sein.

Natürlich muss man dafür sorgen, dass das Sozialsystem nicht missbraucht wird, man darf aber die Ärzte nicht mit externen Vorgaben so sehr in ein Korsett zwängen, dass sie am Ende das Gefühl haben, tatsächlich nicht so behandelt zu haben, wie es ihnen in ihrem Studium noch beigebracht worden ist. Es geht hier also um die persönliche Zufriedenheit der Ärzte als zentrales Fundament einer guten Betreuung. Diese persönliche Zufriedenheit stellt sich nur ein, wenn sie das Gefühl haben, ihre ethischen Normen erfüllt zu haben.

Daher müssen Ärzte viel entschiedener formulieren, wofür sie eigentlich angetreten sind und für welche Ziele sie bereit sind zu arbeiten. Die Ärzte müssen zu einer Gemeinschaft zurückfinden und noch klarer machen, dass sie nicht bereit sind, ihre Fürsorgerationalität aufzugeben. Sie müssen sich aktiv für die medizinische Logik einsetzen und sich von den bloß ökonomischen Bewertungsmustern ihrer Arbeit distanzieren. Denn allein die Patienten sind es, die dem Arzt seine Existenzberechtigung verleihen. Daher ist es Zeit, das Bestehende zu hinterfragen, keine Denkverbote hinzunehmen, sondern dafür einzutreten, dass Ärzte nicht zu Geschäftsleuten werden, sondern das bleiben, was sie werden wollten, als sie die Hörsäle betraten: nämlich Anwälte ihrer Patienten.

Und weil sie ihre Anwälte sind, müssen sie im Zweifelsfall die Interessen der Patienten auch gegen die Strukturen, gegen die Kassen, gegen die Krankenhausleitungen vertreten. Es liegt in der ärztlichen Verantwortung, sich für die Interessen der Patienten einzusetzen und auf Missstände hinzuweisen, wo ihnen die Strukturen nicht mehr erlauben, diesen Interessen der Patienten im Alltag gerecht zu werden.

Von den Ärzten wird erwartet, dass sie lernen, ökonomisch zu denken, aber es ist noch wichtiger, dass auch die Ökonomen lernen, medizinisch zu denken, damit

sie wissen, wo ökonomisches Denken angemessen ist und wo es dem medizinischen Denken den Platz räumen muss. Gefragt ist hier also eine dialogische Verständigung statt eines Überstülpens industriell-ökonomischen Denkens auf die Medizin, wie es derzeit zu beobachten ist.

Die heutigen Ärzte tragen die Verantwortung für die Medizin, die heute betrieben wird. Daher sind sie auch selbst aufgefordert, nach Wegen zu suchen, wie ein gesunder und konstruktiver Dialog zwischen Medizin und Ökonomie so ausgestaltet werden kann, dass der Arzt sich am Ende mithilfe der Ökonomie auf seine Kernkompetenz konzentrieren kann: sich der mitmenschlichen Hilfe für seine ihm anvertrauten und hilfesuchenden Patienten zu verschreiben.

Literatur

- Braun, Bernhard/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: Suhrkamp 2006
- Maio, Giovanni: Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Frankfurt: Suhrkamp, 2014
- Schimank, Uwe u. Ute Volkmann: Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Andreas Maurer (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie. 2008, S. 382–393
- Slotala, Lukas: Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011
- Speck, Otto: Die Ökonomisierung sozialer Arbeit. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit. München: Reinhardt, 1999
- Wild, Verina: Arbeiten unter DRG-Bedingungen. Erfahrungen aus deutschen Krankenhäusern. In: Verina Wild, Eliane Pfister, Nikola Biller-Andorno (Hg.): DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag 2011, S. 31–39