

Ärztliches Selbstverständnis und wirtschaftliche Zwänge

Ein ethisches Dilemma – Gibt es Auswege?

Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, was bedeutet, dass der Arzt seine Tätigkeit fachlich qualifiziert, nach den Regeln der medizinischen Ethik und unabhängig von Einflüssen Dritter ausüben soll. Die ärztliche Berufsordnung hebt die Qualität von Vertrauen und Verantwortung gegenüber dem Patienten hervor. Therapiefreiheit im Rahmen der allgemein anerkannten medizinischen Maßnahmen regelt dabei ein zentrales Merkmal der ärztlichen Tätigkeit, die damit aber auch einen breiten Ermessensspielraum des ärztlichen Handelns ermöglicht. Dieses so definierte ärztliche Handeln gilt auch dann, wenn der Arzt als Unternehmer tätig ist und unternehmerische Zielstellungen sein Wirken mitbestimmen.

Dabei ergibt sich allerdings die Frage, ob in der Versorgungsrealität die berufsrechtlichen und ethischen Werte und Prinzipien der Berufsausübung überhaupt angemessen gelebt werden können angesichts begrenzter wirtschaftlicher Ressourcen und der Konkurrenz der Medizin mit anderen sozialstaatlichen Leistungen. Der Staat versucht dem Dilemma der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch Kostendämpfungs-gesetze entgegenzuwirken, was unter anderem zu massiver Bürokratisierung und Verrechtlichung der in Rede stehenden Prozesse führt.

Die Verwirtschaftlichung der Versorgung ist unter anderem die Folge des zunehmenden Rückzugs des Staates aus Bereichen der Daseinsfürsorge. Infolgedessen hat – so meint der US-Philosoph Sandel (2012) – marktconformes Denken auf Lebensbereiche übergreifen, die bisher von marktfremden Normen bestimmt waren.

In Folge dieser Entwicklungen sprechen prominente Medizinethiker und der Gesundheitspolitik nahestehen-

de Persönlichkeiten von einer Krise in der Medizin in dem Sinne, dass die Ökonomisierung, Verwirtschaftlichung und Kommerzialisierung der Medizin und damit natürlich auch ihrer Teilgebiete – insbesondere, wenn sie sich der sozialen Seite der medizinischen Abläufe zuwenden – ein beunruhigendes Ausmaß erreicht habe.

Diese Entwicklung hat Einfluss auf das berufliche Rollenverhalten. Die medizin-ethischen Prämissen waren bis Mitte des vorigen Jahrhunderts von der individuellen Arzt-Patient-Beziehung gewissermaßen kasuistisch definiert und gewinnen nun als Folge der Verwirtschaftlichung zunehmend utilitaristische Züge; Renditeaspekte treten häufig in den Vordergrund.

Unschuld (2012) formulierte, der Arzt werde zum Fremdling in der Medizin und befinde sich im Griff sachfremder Interessen und der Medizinethiker Maio (2012) führte aus, dass die ärztliche Identität unterwandert werde durch Gewinnmaximierungsziele als identitätsstiftendes Moment. Der Autor meint an anderer Stelle (Maio 2011), dass die Verwirtschaftlichung therapeutischer Abläufe die Kultur der authentischen und verstehenden Sorge untergrabe und mechanistische Menschenbilder wiederbelebt. Man denke an die inzwischen weithin problematisierten Bonuszahlungen für Chefärzte, gebunden an Operationszahlen oder die vielen IGeL-Leistungen, die häufig naturwissenschaftlicher Verlässlichkeit nicht standhalten können (Jachertz 2013).

Gesamtgesellschaftlich liegt hier ein Konflikt zugrunde, der in der Betonung neoliberaler Tendenzen und damit der in den Vordergrund rückenden marktbedingten Sachzwängen liegt. Wie verräterisch bestimmte Begriffe sein können, hat der Schriftsteller Ingo Schulze in einer „Dresdner Rede“ 2012 hervorgehoben, der den von der Kanzlerin geprägten Ausdruck „marktconforme Demokratie“ den Begriff „demokratiekonforme Marktwirtschaft“ entgegengesetzte.

Unser früherer Bundesärztepräsident Hoppe (2011) äußerte, dass in der Medizin das Pendel in Richtung Kommerz ausgeschlagen sei und damit gar die ärztliche Freiberuflichkeit in Gefahr gerate; und der Berliner Berufspolitiker Ellis Huber stellte fest, „dass das deutsche Gesundheitswesen an einer systemischen Krankheit leide. Die beteiligten Akteure Ärzteschaft, Krankenhausträger, Krankenkassen und andere Verantwortungsträger optimieren die Durchsetzung ihrer Partialinteressen. Es fehle ein Denken in sozialer Verantwortung.“

Die Medizin hat eine normative Ordnung und ein Bezugssystem, das durch wohldefinierte Sachziele bestimmt wird: Heilung von Krankheiten, Fürsorge, wenn Heilung nicht möglich ist, Erleichterung und Hilfe bei krankheitsbedingten Leiden, Prävention und Gesundheitsförderung. Sie bekommt aber durch die genannten Entwicklungen ein ihr gegenüber sachfremdes Normensystem übergestülpt, welches sich aus der Dominanz marktwirtschaftlicher Ideologien ergibt.

Die Ökonomisierung der Medizin kann sich in unterschiedlichen Graden vollziehen:

- Vernünftig und angemessen, wenn sie interne Rationalisierung, Minimierung von Aufwand, Erhöhung der Qualität im Auge hat – das ist die legitime Ebene von Medizin-Ökonomie. Hierher gehört das noch lange nicht ausdiskutierte Problem der Priorisierung.
- Problematischer ist schon, wenn Kosten- und Ertragskalküle Platz greifen und Preise am Markt fixiert werden. Treten dabei Renditeaspekte völlig in den Vordergrund, können Formalziele der Ökonomie vor medizinischen Sachzielen dominieren; eine Kommerzialisierung des Systems tritt ein (Prinz 2011).

Die Ökonomisierung hat dann die Oberhand erreicht, wenn die Verhandlungsprozesse verhandwerklicht

werden, die Arbeitsteilung im Prozess für den Patienten unüberschaubar wird, die spezifische Arzt-Patient-Beziehung untergeht. Tritt diese Industrialisierung der Medizinabläufe stark hervor, wird die Rolle des Arztes ebenfalls zum austauschbaren Prozesselement (diese problematischen Paradigmen lassen sich in einer Übersicht des Autoren Maio exemplifizieren).

THESEN DES WANDELS (G. MAIO)

- Von der Bedingungslosigkeit der Hilfe zur Rentabilität der Leistung
- Vom Vertrauensverhältnis zum Vertragsverhältnis
- Von der Selbstverständlichkeit des Gebens zur Rechenschaftspflichtigkeit allen Tuns
- Von der fürsorglichen Praxis zur marktförmigen Dienstleistung
- Von der Unverwechselbarkeit des Patienten zum standardisierten Verfahren
- Von der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten zur Zerlegung und Fraktionierung
- Von der Freiheit ärztlicher Entscheidungen zum Therapieren nach Gebrauchsanweisungen
- Von der ärztlichen Profession zum Angestellten im Industriekomplex
- Von der Beziehungsqualität zur Fokussierung auf objektive Handlungen
- Vom Grundgefühl der Dankbarkeit zur Generierung einer Anspruchsmentalität

Die Standardisierung der Abläufe wird oft zum Standard.

Dem steht aber nun die Einzigartigkeit des kranken Menschen gegenüber mit seiner individuellen Lebens- und Leidenserfahrung, die sich eigentlich jeglicher Standardisierung entzieht. (Selbst Leitlinien finden im individuellen Falle ihre Begrenzung.) Betriebswirtschaftliches Denken wird dann zu einer Gefahr für die Medizin, wenn die soziale Identität des Patienten und des Arztes und damit die Kultur der Begegnung – in der Medizin existenziell – verlorengeht. Maio weist darauf hin, dass der Weg der Medizin aus ihrer sozialen Praxis hinein in einen Gesundheitsmarkt zum Diktat der Zeitökonomie führe, in der Zuwendung kaum noch möglich sei und damit eine Deprofessionalisierung des Arztberufes (gilt sicher auch für andere Heilberufe) eintrete. Der Autor Schreiber hat in einem jüngst erschienenen Buch „Würde“

angemerkt, dass die Verfallenheit der modernen Zivilisation an die Schnelligkeit des Zeitgewinns existenziell bedrohlich sei. Das betrifft unsere Berufsgruppen ganz besonders. Man gewinnt manchmal den Eindruck, dass, wenn in der ärztlichen Fortbildung von der dringend notwendigen Erhöhung der psychosomatischen Kompetenz gesprochen wird, es eigentlich darum geht, Zeit für unser Handeln zu fordern, die allein Zuwendung ermöglicht.

Ausgeprägte Marktorientierung führt zu betontem Wettbewerb, gegebenenfalls zu Selektion „unrentabler Patienten“, lässt präventive Aspekte medizinischen Handelns außer Acht, da sie in der aufs Gegenwärtige hin orientierten Leistungsbilanz nicht unterzubringen sind.

Die neoliberalen Tendenzen in unserer Gesellschaft, wonach der Markt ein nach beinahe naturwissenschaftlichen Gesetzen funktionierendes System sei, das am Ende gesellschaftsdienlich sei, führen zu einer Zunahme marktradikaler Einflüsse in der Medizin. Dies drückt sich auch in der Konzentration der Krankenhausmarktanteile in wenigen Konzernen aus, die durch Zukauf von MVZs und eigenen Krankenhausversicherungen die Patienten an sich zu binden suchen.

Andererseits sind ökonomische Verpflichtungen im Handeln medizinischer Institutionen vom frei praktizierenden Arzt bis hin zu den Krankenhäusern der Maximalversorgung unabdingbar; aber auch sie unterliegen einer spezifischen Ethik. Wirtschaftsethik, eine noch junge wissenschaftliche Kategorie, resultiert aus dem Erfordernis der Verabsolutierung des Kosten-Nutzen-Denkens und der damit verbundenen Missachtung von Sinn- und Zweckorientierung entgegenzuwirken, um Einfluss darauf zu nehmen, dass die Wirtschaft und damit auch die Gesundheitswirtschaft die Lebensdienlichkeit ihrer Prozesse als ethische Grundprämisse in sich aufnimmt und im Sinne einer „integrativen Unternehmensethik“ (Ulrich 1998) kritische Reflexionen über

lebensdienliches unternehmerisches Wirken anstellt.

Die Pharmaindustrie, die Krankenhäuser, besonders als Aktiengesellschaften, und auch niedergelassene Ärzte sind wirtschaftliche Unternehmen, die auch einer notwendigen Tendenz zur Gewinnmaximierung unterliegen, der aber ein aus dem medizinischen Ethos erwachsendes Wertebewusstsein hinzugefügt werden muss. Leitende Ärzte können diesbezüglich leicht mit den Wirtschaftsmanagern der Institutionen in Konflikt geraten (leider mit der Tendenz, am schwächeren Hebel zu sitzen), wenn sie dieses Wertebewusstsein in Handeln umsetzen wollen. Nach Kirschner (2011) scheitern jährlich 50 Chefärzte unter anderem an diesem Konflikt in ihren Managementaufgaben.

Damit gerät auch die deutsche Krankenhauskultur in Gefahr, die durch leichte Erreichbarkeit für die Hilfesuchenden, regionale Strukturierung und enge Beziehung von einweisenden Ärzten und ihren Kollegen im Krankenhaus für die Bevölkerung einen hohen Wert darstellt.

Der Hintergrund aller miteinander in Zusammenhang stehenden Einflussgrößen auf die Gesundheitskosten ist der Anstieg dieser Ausgaben von Jahr zu Jahr bedingt durch demografische Entwicklungen und dem Medizinfortschritt, der möglichst allen Bedürftigen zukommen soll. An der Lösung dieses Problems sind neben allen anderen Playern im System die Ärzte mit ihren Ideen ebenso gefordert.

Wirkungsfelder können diesbezüglich Qualitätsmanagement (Schnittstellendefizite, kooperative Arbeitsabläufe, gemeinsame Nutzung von medizinisch-technischem Know-how ...), Vernetzung medizinischer Einrichtungen und nicht zuletzt die laufenden Diskussionen zur Priorisierung medizinischer Leistungen sein.

Dazu ist ein Paradigmenwechsel des Gesundheitswesens notwendig, der ein transparentes, gesellschaftlich konsentiertes Verfahren zur Leistungsbereitstellung im Gesundheits-

system zulässt und relativ unabhängig von der jeweiligen „Kassenlage“ des Sozialstaates ist. Nachdem sich der Deutsche Ärztetag in verschiedenen Sitzungen mit dem Thema auseinandergesetzt hat, ist von der Bundesärztekammer eine Arbeitsgruppe berufen worden (Vorsitzende Prof. Dr. Raspe und Prof. Dr. Schulze), die sich nun mit diesem komplexen Thema befasst und schon Grundlagen des Vorgehens erarbeitet hat. Es geht dabei um die Klärung folgender Fragen:

- Was sind die zentralen Ziele der ärztlichen Tätigkeit? Was ist ihr zentraler Aufgabenbereich?
- Welche Krankheitszustände, Krankengruppen, Leistungen, Indikationen, Bedürfnisse sind als besonders wichtig und dringend anzusehen?
- Nach welchen Werten und Kriterien soll dies von wem in welchen Verfahren beurteilt werden?
- Wie ist im Hinblick des rascher werdenden medizinischen Fortschritts zu unterscheiden, was mit welcher Priorität in die klinische Praxis und in den Leistungskatalog der GKV einzubringen ist?

Priorisierung ist die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit einer vorab definierten Menge von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder anderen Objekten vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An ihrem oberen Ende steht, was im Rahmen gesellschaftlich geklärt Ziele, Werte, Normen und Kriterien nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar beziehungsweise wichtig und dringlich erscheint. Am unteren Ende steht das, was wirkungslos ist beziehungsweise mehr schadet als nützt. Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen können priorisiert werden.

Es geht also um mehr Transparenz in der Bewertung von Untersuchungs-

und Behandlungsmethoden, mehr gesellschaftlichen Konsens über Ziele, Werte, Normen und Kriterien im Gesundheitssystem und in der Patientenversorgung. Dabei soll die Therapiefreiheit des Arztes nicht eingeschränkt werden. Vielmehr sollen unter den Bedingungen der Priorisierung erstellte Leitlinien den Ärzten Entscheidungshilfen für eine qualitätsorientierte Versorgung geben. Die Zielsetzung von Priorisierung ist unter anderem, eine Basis zu schaffen,

- für eine qualitätsorientierte Entscheidungsfindung in der Patientenversorgung,
- um neue Methoden und neue Patientengruppen ins System zu bringen,
- zur Umverteilung von Ressourcen und
- um Effizienz zu steigern und ineffiziente Maßnahmen zu minimieren (auch bezogen auf Nebenwirkungen von Interventionen).

Priorisierung wird häufig mit Rationierung verwechselt. Rationierung ist das systematische tatsächliche Vorhalten medizinisch notwendiger beziehungsweise wenigstens überwiegend nützlicher (verfügbarer) Leistungen aus Knappheitsgründen. Priorisierung ist dagegen nicht mehr und nicht weniger als die vorgängige gedankliche Klärung und Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten in der medizinischen Versorgung.

Priorisierung führt zu wert-, ziel- und kriterienbasierten Versorgungs- oder allgemeinen Allokationsempfehlungen, die den Entscheidungsspielraum der jeweils Legitimierten respektieren und schützen. Sie nimmt ihre Entscheidungen nicht vorweg.

Es könnte also eine solche Priorisierungsrangfolge medizinischer Leistungen einen erheblichen Einfluss auf rationelle, wirtschaftlich sinnvolle Handlungsentscheidungen gewinnen, die sich medizinethisch, aber auch wirtschaftsethisch im weiter oben genannten Sinne vertreten lassen. Ein weiterer Aspekt eines solchen Vorgehens, dessen Einzelheiten

noch der Ausarbeitung durch die Experten bedürfen, wäre, dass eine solche Rangliste auch manche medizinischen Maßnahmen, die heute oft unter dem Aspekt von Lifestyle, Anti-Aging und ähnlichem laufen und den Versorgungsmarkt zum Teil beherrschen, eindeutiger abgegrenzt werden von den Notwendigkeiten einer sachgerechten Betreuung. Priorisierung könnte insoweit gegebenenfalls ein möglicher Ausweg aus der Zwickmühle von Medizinkosten und Finanzierungsmöglichkeiten sein.

Abschließend sei festgestellt, dass der Hintergrund des Medizinbetriebes als eines höchst verschlungenen Interaktionsfeldes mannigfaltiger Wirtschaftssubjekte mit den Akteuren Leistungserbringer, Kassen, Pharma- und Geräteindustrie schwer zu überschauen ist und sich mithin jeder diesbezüglich zu einem individuellen Standpunkt durchringen muss. Unsere Ärztekammern und die Vertreter der anderen medizinischen Berufe haben die Aufgabe, auf diesem durchaus widersprüchlichen Felde für klare Standpunkte, für umfassende Information und für Einfluss auf Politik und Wirtschaft zu sorgen, damit sich medizinethische Einsichten auch mit wirtschaftlichen Erwägungen in Einklang bringen lassen.

Das ist umso notwendiger, als unser Berufsstand unseres Erachtens aus am Ende wirtschaftlichen Erwägungen heraus in seiner professionellen Leistungsbreite eingengt werden könnte durch arznei- und akademische Neuberufe, wie „Physiotherapeuten“, „Physician Assistant“ „OP-Assistent“ mit Bachelor- und Masterabschluss. Dahinter könnte man die Idee vermuten, medizinische Leistungen durch „Light-Mediziner“ billiger anbieten zu können. Unseres Erachtens sollte sich ein Bundesärztetag diesem brisanten berufspolitischen Thema unbedingt widmen.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig