

Hans-Ulrich Deppe

Professor für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin
Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie im
Fachbereich Medizin der Universität Frankfurt a.M. von 1973 bis 2004
Email: Ulrich.Deppe@em.uni-frankfurt.de

Vortrag auf dem Internationalen IPPNW-Kongress „Medizin und Gewissen – Im Streit zwischen Markt und Solidarität“ am 22. Oktober 2006 in Nürnberg. **Stark gekürzte Version.**

Kommerzialisierung oder Solidarität – Zur grundlegenden Orientierung von Gesundheitspolitik

Ökonomisierung

Seit über drei Jahrzehnten können wir feststellen, dass in der Medizin weltweit Entscheidungen getroffen werden, die vor allem aus der Handschrift der Ökonomie stammen. Das betrifft inzwischen die meisten Bereiche auch unseres Gesundheitssystems. [...] An der Ökonomisierung wird zu Recht kritisiert, dass die Menschen, die davon betroffen sind, auf das Konstrukt des *homo oeconomicus*, den natürlich egoistischen und Nutzen maximierenden Menschen, reduziert werden. Es geht bei einer solchen Zuspitzung keineswegs um eine generelle Verurteilung von Ökonomie, sondern um die Kritik ihres Allmachtsanspruchs. Zu fragen ist dabei nicht nur nach dem Zuviel an Ökonomie, also dem Grad der Kommodifizierung, sondern auch danach, ob die eingesetzten Instrumente dem jeweiligen Sachverhalt angemessen sind. Die Ökonomie unterliegt nämlich der Gefahr, ihre Grenzen zu sprengen und zur Norm des menschlichen Zusammenlebens insgesamt zu werden, wenn sie das gesellschaftliche Ganze ihren Imperativen *subsumiert*. Und unter den hegemonialen Bedingungen von Kapital, Markt und Konkurrenz reduziert sich Gesellschaft auf das Konstrukt einer blanken Marktgesellschaft. Zu beachten ist deshalb stets das spezifische Modell von Ökonomie, das den jeweiligen Gesellschaftsstrukturen zugrunde liegt. Insgesamt besteht ein Spannungsfeld

zwischen der Ökonomisierung des Sozialen einerseits und der Sozialisierung des Ökonomischen andererseits.¹

[...]

Innerhalb des heute hegemonialen Modells von Ökonomie ist deutlich zwischen einer *betriebswirtschaftlichen* und einer *gesamtwirtschaftlichen* Rationalität zu unterscheiden. Die Logik der Mikroökonomie und die der Makroökonomie werden zunehmend einander fremd. Am Ende der betriebswirtschaftlichen Rationalität steht immer die Rentabilität, der Gewinn des einzelnen Betriebs. Und die Gewinnperspektive ist umso günstiger, je schneller sich die Investitionen amortisieren. Was aber für den einzelnen Betrieb von Interesse ist, muss für die Gesamtwirtschaft noch lange nicht zweckmäßig und sinnvoll sein. Nicht selten widerspricht sich sogar die Wirtschaftlichkeit dieser beiden Dimensionen. [...]

Auch im Gesundheitswesen kennen wir dieses Phänomen. So kann beispielsweise die Verschiebung von Kosten aus dem ambulanten in den stationären Sektor und umgekehrt durchaus für die jeweilige Institution einen Vorteil bedeuten, obwohl sie unter einer Gesamtsicht vertuernd wirkt. Mit betriebswirtschaftlichen Verfahren lässt sich in der Beziehung zwischen sozialer Arbeit und ihren Adressaten allenfalls messen, ob etwas richtig getan wird, nicht aber, ob auch das Richtige getan wird. Und der kanadische Gesundheitsökonom *Robert Evans* stellt für das Gesundheitswesen sarkastisch, aber treffend fest, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht unwirksame oder gar gefährliche gesundheitliche Dienstleistungen den gleichen Gewinn erbringen können, wie wirksame und nützliche.²

¹ K. Dörner, *Der gute Arzt*, Stuttgart 2001, S. 202.

² Vgl. N. Schmacke, *Konzentration auf die „wirklich wichtigen Leistungen“?*, in: *Die Ersatzkasse*, H. 11, 1997, S. 398.

Kommerzialisierung

Mit der wachsenden Durchdringung medizinischen Handelns von betriebswirtschaftlichen Konstrukten und Anreizen findet eine immer stärkere Kommerzialisierung statt. Entscheidungen werden - zunächst bewusst und später unbewusst - zunehmend nach Gesichtspunkten der Rentabilität gefällt. Das ist keineswegs neu. Im ambulanten Sektor kennen wir seit langem den niedergelassenen Arzt als Unternehmer, der um seiner Existenz Willen als Arzt sein investiertes Kapital amortisieren muss. Aber durch die neoliberale ökonomische Orientierung nimmt dieser Druck zu und weitet sich auch auf Felder wie die stationäre Versorgung oder die Krankenpflege aus. Es verschiebt sich die Grauzone, wo die Eigendynamik konstruktiver wirtschaftlicher Regulierung in destruktives ärztliches Handeln umschlägt.

[...]

Von vielen Ärzten wird der Widerspruch zwischen ökonomischen Zwängen und einzelfallabhängiger Patientenversorgung noch als grundlegend unvereinbar miteinander wahrgenommen. Allerdings ist festzustellen, dass außermedizinische Selektionskriterien in die Entscheidungen von Ärzten eingehen. [...] Nach einer neueren Untersuchung lehnen 85,8 Prozent der Krankenhausärzte eine Rationierung aus ökonomischen Gründen ab, obwohl sie es inzwischen aber täglich machen müssen. In der Literatur wird hier von einer „moralischen Dissonanz“ gesprochen.³

Es spricht viel dafür, dass die Versorgung von Krankheit sich nicht dem Mechanismus von Angebot und Nachfrage unterwerfen lässt, denn Märkte reagieren nur auf Kosten, die sich in Preisen ausdrücken. Reflexive Konzepte, die davon

³ H. Kühn, Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit, in: Jb. f. Kritische Medizin, Nr. 42, 2005, S.21.

ausgehen, dass marktwirtschaftlich erzeugte Defizite sich auch durch marktwirtschaftliche Steuerung im Sinne einer „Selbstheilung“ beheben lassen, können offensichtlich nicht auf die Krankenversorgung übertragen werden. Die hinzugefügte wirtschaftliche Konkurrenz mit ihren existenziellen Konsequenzen verschärft die Situation. Beim Wettbewerb gibt es immer Gewinner und Verlierer. Die Verlierer sind die Schwachen – also genau jene gesellschaftliche Gruppe, die medizinischer Hilfe am häufigsten und dringendsten bedarf. Wettbewerb polarisiert – er verschärft die soziale Ungleichheit. Und das wiederum ist nicht eine Frage „bösen Willens“ oder fehlender ethischer Grundsätze, sondern das ist Ausdruck des Prinzips des wirtschaftlichen Wettbewerbs. *Dieser bedeutet nämlich per se Selektion.*

Das Gesundheitswesen gilt deshalb auch in der Ökonomie als ein Beispiel für die Theorie des *Marktversagens*.⁴ Die Ergebnisse, die die Verteilungskräfte des Marktes, die „invisible hands“ (*Adam Smith*), hervorbringen können, sind hier insuffizient. Der Markt ist nämlich eine blinde Macht. Er ist richtungslos und Ziele müssen ihm vorgegeben werden. Das demokratische Gemeinwesen hat deshalb – wie ich meine - wichtige Aufgaben wahrzunehmen. Es hat den Schutz und die Sicherheit seiner Bürger zu gewährleisten. Und Richtung weisende Entscheidungen müssen hier politisch gefällt werden.

Vertrags- oder Vertrauensverhältnis

Werden solche ökonomischen Regulierungsmodi dennoch auf die Krankenversorgung übertragen, so kommt es zu einer tief greifenden Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Das auch heute schon brüchige

⁴ Weltbank, Weltentwicklungsbericht 1993, Investitionen in die Gesundheit, Washington 1993, S. 5ff.

*Vertrauensverhältnis*⁵ wird sich immer mehr in ein merkantiles *Vertragsverhältnis* verwandeln. Der Abschluss eines Vertrages ist aber nicht gerade Ausdruck von besonderem Vertrauen, sondern beruht eher auf Misstrauen. [...] Leistungen, die auf der Grundlage von Vertrauen erbracht werden, gehen in Richtung eines glaubwürdigen Versprechens. Es beruht auf Zuverlässigkeit und Wohlgesonnenheit. Vertrauen ist nicht käuflich!

[...]

Ethische Aspekte

[...] Der Druck der wirtschaftlichen Konkurrenz setzt das betriebswirtschaftliche Modell der Gefahr aus, seine immanenten destruktiven Potenziale zu ignorieren. Und das führt zu einer *Kulturwende in der Medizin*.⁶

Die zunehmende Kommerzialisierung scheint aber nicht nur für die praktische Seite der Medizin zum Problem zu werden, sondern auch für die Forschung am Menschen – also die Theorie der Medizin. Ich denke hierbei insbesondere an die Forschung, die zunehmend über private Drittmittel finanziert wird und von den Interessen der Finanziere keineswegs unabhängig ist.⁷ Geldzuwendungen, die direkt oder indirekt zur Unterdrückung von Zweifeln, unangenehmen Fragen oder unerwünschten Ergebnissen führen, behindern die Wissenschaft.

Aus dieser Problemlage ergibt sich, dass es in einer Gesellschaft *am Gemeinwohl orientierte Schutzzonen* geben muss, die nicht der blinden Macht des Marktes und

⁵ St. Busse, Chr. Schierwagen, Vertrauen, in: J. Sandkühler (Hrsg.), Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften, Hamburg 1990, Bd. 4, S. 719ff.

⁶ H.-U. Deppe, Vor einer Kulturwende in der Medizin, in: Soziale Sicherheit, H. 5, 1999, S. 183-185.

⁷ Forschungsbetrug: Jeder Dritte ist unredlich, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 26, 2005, S. 1475ff.

den deregulierenden Kräften der Konkurrenz überlassen werden dürfen. Es ist nämlich die oberste Aufgabe des Staates, Schutz und Sicherheit seiner Bürger zu gewährleisten. Erst auf dieser Grundlage lassen sich Selbstbestimmung und eigenverantwortliche Lebensführung entfalten. Hier liegen die Freiheit stiftenden Effekte sozialer Sicherheit. Bei solchen gesellschaftlich definierten Bereichen denke ich an den Umgang mit vulnerablen Gesellschaftsgruppen (Kinder, Alte, psychiatrische Patienten etc.), an vulnerable gesellschaftliche Ziele wie Solidarität und soziale Gerechtigkeit oder an vulnerable öffentliche und intime Kommunikationsstrukturen (z.B. Arzt-Patient-Beziehung), die auf der Grundlage von Vertrauen und Solidarität beruhen. Solidarische und am Gemeinwohl orientierte Schutzzonen bilden gleichsam den Kernbestand des europäischen Sozialmodells und dürfen nicht der Logik des Börsenparketts preisgegeben werden.

Unsere alltägliche Arbeit konzentriert sich auf den Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Dabei handelt es sich keineswegs um periphere oder marginale gesellschaftliche Phänomene. Immerhin zählt das Recht auf Gesundheit zu den Menschenrechten. Gelegentlich verleitet die schamlose Instrumentalisierung von sozialen Grundwerten für eine Verschleierung partikularer Interessen zu der falschen Annahme, dass sich der Sinn von Menschenrechten in ihrem Missbrauch erschöpfe. *Aber: Menschenrechte lassen sich nicht kommerzialisieren, sie lassen sich auch nicht vermarkten, ohne dass sie daran zerbrechen.*

Solidarität

Immer wieder können wir hören, dass diese Entwicklung schon weit fortgeschritten ist und dass es dagegen kein Heilmittel gebe. Es handele sich sozusagen um einen Sachzwang, dem man sich beugen müsse. Ohne den zweifellos entstandenen Druck

bagatellisieren zu wollen, meine ich aber, dass dieser von Menschen erzeugte Druck auch von Menschen verändert werden kann. Ökonomische Modelle sind nämlich menschliche Konstrukte und keine Naturgesetze. Und das Stichwort lautet hier: Solidarität – Solidarität als Gegenmittel gegen die zerstörerische Kommerzialisierung sozialer Grundwerte. [...]

Auch die Krankenversorgung zählt in vielen Ländern zu dem Bereich, in dem Solidarität ein traditionelles Strukturprinzip ist. Sie tritt hier in unterschiedlichen Formen auf wie Hilfsbereitschaft, Caritas oder Gegenseitigkeit. Krankheit gilt nämlich als ein allgemeines Lebensrisiko, von dem alle betroffen werden können. Und in der Stunde der Not sind Kranke auf Solidarität angewiesen. Im deutschen Gesundheitssystem, dem so genannten Bismarck-Modell, hat Solidarität einen hohen Stellenwert. [...]

Anstatt diese Solidarität auszuweiten, müssen wir feststellen, dass durch den Einsatz neoliberaler Instrumente Solidarität erodiert wird. Der Prozess der Polarisierung in der Gesellschaft schreitet voran. Die soziale Kohäsion wird aufgebrochen und es kommt zu einer wachsenden Reindividualisierung. Bedauernd ist, dass inzwischen selbst politische Organisationen, die einst ihre Identität aus der Kraft der Solidarität schöpften, sich heute diesem Prozess nicht nur nicht widersetzen, sondern ihn sogar noch unterstützen.

Es ist deshalb wichtig, dass beim gesellschaftlichen Umgang mit Kranken aus der Medizin heraus von den Akteuren und Betroffenen auf diese Entwicklung aufmerksam gemacht wird und darüber hinaus gezeigt wird, dass solidarische Alternativen möglich sind. Solche solidarischen Alternativen werden inzwischen nicht nur von sozialen Bewegungen vorgetragen, sondern werden auch auf wissenschaftlichen Kongressen diskutiert. Selbst politische Parteien können sich

dieser Auseinandersetzung nicht mehr vollständig entziehen. Kernpunkte, die in diesem Zusammenhang immer wieder genannt werden und international in der wissenschaftlichen Diskussion als Folie für „universelle Gesundheitssysteme“ dienen, sind:

- Die Krankenversorgung ist alleine am medizinischen Bedarf auszurichten.
- Die gesamte Bevölkerung hat Zugang zur Krankenversorgung.
- Die medizinischen Leistungen sind für alle gleich, unabhängig von den individuellen finanziellen Möglichkeiten.
- Die Finanzierung erfolgt solidarisch in Form von Steuern oder Beiträgen.
- Gesundheitsförderung hat Priorität gegenüber der Krankenversorgung.

Solche Kernpunkte, die in den jeweiligen Ländern mit unterschiedlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, die auch partiell bereits existieren, richten sich gegen die Unterwerfung der Krankenversorgung unter die Gesetze des globalen Marktes und stehen für eine Absicherung des sozialen Risikos Krankheit durch die solidarische Bereitstellung öffentlicher Güter. Sie demonstrieren, dass das Prinzip der Solidarität als Alternative zur Kommerzialisierung der Krankenversorgung möglich ist. Und deshalb lohnt es sich auch, für ihren weiteren Ausbau zu kämpfen.