

Giovanni Maio

Ist eine marktorientierte Medizin überhaupt noch Medizin?

Zur inneren Aushöhlung des medizinischen Kerngedankens durch den Markt

Zusammenfassung

Die zunehmende Implementierung ökonomischer Denk- und Wertmuster in die Medizin geht von verschiedenen Vorannahmen aus, die einer ethischen Bewertung unterzogen werden. Zu diesen Vorannahmen zählen die Vorstellung des Patienten als Kunden, die Definierung der ärztlichen Hilfe als Ware und die Subsumierung der medizinischen Abläufe am Paradigma der Wettbewerbsfähigkeit. Alle drei Voraussetzungen erweisen sich bei genauer Betrachtung als ungeeignet für eine unhinterfragte Anwendung auf die Medizin. Solange man die Medizin von ihrer Grundlage her vor allem als Dienst am Menschen betrachtet, kann das, was in der Medizin vollzogen wird, nicht vollkommen in Marktwerten ausgedrückt werden. Es zeigt sich, dass die zunehmende Ausrichtung der Medizin an ökonomischen Denkmustern die Gefahr in sich birgt, dass die Medizin sich allein an dem Kriterium der Profitabilität orientieren und hierbei ihre ureigene Identität als Institution der Hilfe dadurch überlagern lassen könnte. Es wird dafür plädiert, die Medizin auf ihre Kernziele zurückzuführen, woraus sich die nicht hintergehbare Verpflichtung der Medizin ableitet, die soziale und karitative Dimension ihres Tuns aufrechtzuerhalten und diese nicht dem Kriterium der Marktfähigkeit unterzuordnen.

Schlüsselwörter: Ökonomisierung, Arzt-Patient-Beziehung, Selbstverständnis der Medizin, Ethik der Sorge

Abstract

The implementation of the market into medicine is only possible by presupposing at least three implications: a. the patient as consumer, b. medical care as commodity, c. competitiveness as criteria for good medicine. All three implications seem to be inadequate if the core identity of medicine is considered. If medicine is regarded as a human service for suffering people it becomes clear that what medicine has to offer must be more than mere commodity. It is suggested to see medicine as a social institution which is linked to the obligation of the whole society to give medicine the possibility and the economic independence in order to remain an institution of caritas which assures help for every man in need and which cannot be reduced to a mere enterprise.

Key words: Medical ethics, commodification, physician-patient-relationship, identity of medicine, human service

Prof. Dr. Giovanni Maio, Lehrstuhl für Bioethik
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Stefan-Meier-Straße 26, D-79104 Freiburg/Breisgau
maio@ethik.uni-freiburg.de

Einleitung

Medizin ohne ökonomisches Denken zu strukturieren ist nicht möglich. Zu sehr liefe man Gefahr, das Geld, das von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in Form von Sozialausgaben zwangsmäßig abgezogen worden ist, zu verschwenden oder es nicht effizient genug einzusetzen. Jeder Bürger hat aus dieser Perspektive her ein Recht darauf, dass das quasi öffentliche Geld, das dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt wird, auch „vernünftig“ eingesetzt wird. Ökonomie und Ethik sind aus dieser Perspektive keine Gegenpole, sondern das ökonomische Denken ist durchaus Bestandteil, ja Bedingung für eine gute Medizin für alle. Wer also den Markt aus der Medizin ganz draußen haben möchte, wird nicht im Einklang mit der Ethik sein. Und doch ist das, was gegenwärtig in der modernen Medizin geschieht, nicht einfach eine Mitgewichtung ökonomischen Denkens, sondern eine „Institutionalisierung des Gewinnimpulses“, d. h. das Diktat der Gewinnmaximierung wird zunehmend zum identitätsstiftenden Moment der modernen Krankenhäuser. So ist die Ökonomie für die modernen Häuser nicht nur ein Begleitumstand, sondern wird immer mehr zum zentralen Leitgedanken. Die Umstellung eines ursprünglich karitativen Krankenhauses in ein modernes wirtschaftliches Unternehmen setzt viele Vorentscheidungen voraus, die einer kritischen Überprüfung bedürfen.

Mit einer solchen Umstellung wird erstens unweigerlich vorausgesetzt, dass das Verhältnis zwischen Patienten und Heilberufen als ein ökonomisches Tauschverhältnis und der Patient demnach als Kunde betrachtet werden kann. Zweitens setzt die Umstellung voraus, dass es sich bei medizinischen Behandlungen um Waren handelt. Drittens wird vorausgesetzt, dass die Klinika in einem Wettbewerbsverhältnis zueinander stehen und dass die Konkurrenzfähigkeit ein geeignetes Kriterium für die „Güte“ eines Krankenhauses ist. Diese Voraussetzungen möchte ich kritisch prüfen.

1. Das Arzt-Patient-Verhältnis als ökonomisches Tauschverhältnis?

Beziehungen zwischen Anbieter und Kunden haben sich in vielen Bereichen des Lebens als gegenseitig erwiesen, weil sie per se nicht unfair sind – im Gegenteil. Der Begründer der Nationalökonomie Adam Smith hat seinerzeit betont: „Nicht von der Wohltätigkeit des Fleischers, Brauers oder Bäckers erwarten wir unsere Mahlzeit, sondern von ihrer Rücksicht auf ihr eigenes Interesse. Wir appellieren nicht an ihre Humanität, sondern an ihre Eigenliebe; wir sprechen nie von unseren Bedürfnissen, sondern von ihren Vorteilen.“ Man könnte also sagen, dass reine Tauschbeziehungen eine Bedingung für Wohlstand darstellen können.

Aber solche Tauschbeziehungen sind nur dann nicht unfair, wenn gewährleistet ist, dass beide Parteien in einer gleich guten Position sind, wenn wir also von einer „Kundensouveränität“ sprechen können. Genau das ist der vulnerable Punkt einer ökonomisierten Medizin. Wenn sich die Medizin als Markt versteht, so geht sie implizit davon aus, dass der Kranke ein Mensch ist, der – dem Kunden gleich – frei nach Dienstleistungen sucht. Dies mag funktionieren für Patienten, die sich nicht in einer existentiellen Krise befinden. Patienten in Not hingegen sind Menschen in einer schwachen Position, Menschen, die sich gerade nicht auf die Suche nach Gesundheitsleistungen machen können, weil sie auf die Gesundheitsleistung, also auf die ärztliche Hilfe, gar nicht verzichten können. Krankgewordene Menschen sind existentiell bedürftige Menschen; schon deswegen sind sie vom Ansatz her kaum geeignet für rein kommerzielle Beziehungen. Sie sind nicht geeignet, als Kunden wahrgenommen zu werden, weil sie als kranke Menschen nicht – wie souveräne Kunden – die Möglichkeit und den inneren wie äußeren Freiraum haben, die einzelnen Produkte erst zu prüfen und miteinander zu vergleichen, bevor sie sie in Anspruch nehmen.¹ Patienten sind angewiesene Menschen; sie sind angewiesen auf jemanden, der ihnen hilft, sie sind aber auch oft auf medizinische Produkte existentiell

angewiesen, ohne die sie oft gar nicht weiterleben könnten. Von Kundensouveränität kann hier somit nicht die Rede sein. In einer solchen Beziehung mit einem angewiesenen Menschen hat der Anbieter der unverzichtbaren Dienstleistung grundsätzlich „alle Karten in der Hand“⁴². Während der Markt angesichts einer solchen Schwäche in der Regel mit Ausbeutung reagiert, kann eine ärztliche Antwort auf Schwäche nur der Schutz des Patienten sein. Die Marktbeziehung erweist sich somit gerade dort als für die Medizin ungeeignet, wo die Medizin es mit dem schwachen Patienten zu tun hat.

Das Angewiesensein auf ärztliche Hilfe macht deutlich, dass das Verhältnis zwischen Patient und Arzt nicht auf ein rein sachliches Vertragsverhältnis reduziert werden kann. In seiner Not ist der Kranke angewiesen auf den Arzt, und es bleibt ihm nichts anderes übrig, als seinem Arzt zu vertrauen. Ohne dieses Vertrauen würde sich der Kranke in eine ausweglose Situation bringen, denn dann müsste er erst einmal den Vertrag gründlich prüfen, bevor er sich helfen lässt. Da der Kranke aber auf die Hilfe des Arztes angewiesen ist, muss der Patient antizipierend vertrauen können. Daher kann das Verhältnis zwischen Arzt und Patient auch nicht ausschließlich in der Sprache der Patientenrechte gefasst werden. Die Respektierung der Autonomie als Teil eines Vertrages zu betrachten, hätte die schwerwiegende Konsequenz, dass in einem solchen versachlichten Verhältnis das Vertrauen ausgeklammert werden würde, auf das der Patient für seine Genesung zwangsläufig angewiesen wäre. Ein Vertrag ist ein Bündnis unter Einbeziehung eines Dritten, d. h. Verträge werden geschlossen, um das Vertragsgut einklagbar zu machen. Man nimmt den Juristen als dritte Person an Bord, um sich seiner Rechte zu versichern und um diese unter Umständen einklagen zu können. Vertrauen jedoch ist nicht etwas, das sich einklagen lässt oder auf das man einen rechtlichen Anspruch erheben kann. Daher würde in der Perspektive einer Arzt-Patient-Beziehung als reine Rechtsbeziehung ein Element verloren gehen, das für die Genesung des

Patienten und für die Zukunft der Medizin von zentraler Bedeutung ist.

Daher würde ich zu der Schlussfolgerung gelangen, dass die Beziehung zwischen den Heilberufen und dem Patienten keine sachliche und auf gegenseitigen Egoismus gründende Tauschbeziehung sein kann, sondern dass das Leitmotiv dieser Beziehung nur das Vertrauensverhältnis sein kann. Vertrauen würde ich hier verstehen wollen als akzeptierte Abhängigkeit, eine Abhängigkeit also, die man nicht verleugnet, sondern die man bewusst und willentlich akzeptiert, weil nur in dieser Atmosphäre des Vertrauens tatsächlich so etwas wie Genesung entstehen kann. Vertrauen setzt nicht nur die technische Kompetenz des Arztes voraus, sondern in gleicher Weise auch seine moralische Kompetenz, die sich in einem verantwortungsvollen Verhalten manifestiert.

Schon aus dieser Überlegung heraus würde die Implementierung des reinen Marktes in die Medizin hin zu einem reinen Wirtschaftsunternehmen von Grund auf eine Ignorierung der ethischen Grundlagen der Begegnung eines angewiesenen Patienten mit den Heilberufen als helfende Berufe bedeuten.

Dass die Beziehung zwischen Heilberufen und Patienten nicht in einer reinen Marktbeziehung aufgehen kann, liegt überdies an der Differenz zwischen der Identität des Patienten und der Identität des Kunden. Der Kunde wird lediglich als Kunde wahrgenommen; seine Identität wird auf seine Kaufkraft und sein Konsumverhalten reduziert. Eine darüber hinausgehende Identität ist dem wirtschaftlichen Blick auf den Kunden fern. Wer keine Kaufkraft besitzt, wird vom Markt komplett fallengelassen. Anders ist die Wahrnehmung der Identität des Patienten. Beim Patienten erschöpft sich seine Identität gerade nicht in seiner Kaufkraft und seinem Konsumverhalten, sondern idealerweise wird der Patient als Mensch wahrgenommen, in all seinen Facetten und seinen Bedürfnissen. Wenn nun die moderne Medizin im Zuge der Marktorientierung den ursprünglichen Patienten zunehmend zum Kunden macht, wird der Kunde zwar König

sein – was nichts anderes heißt, dass man seinen Narzissmus pflegen wird – aber um den Preis, dass er nur noch in der Funktion als Konsument und in seiner Kaufkraft ernst genommen werden wird. Die Umfunktionierung des Patienten zum Kunden bedeutet daher nicht weniger als die Ausblendung des Menschseins im Kunden und die Instrumentalisierung seiner Person zum Zwecke der Gewinnmaximierung. So lässt sich festhalten, dass eine humane Medizin die Regeln der Marktwirtschaft zwar mitbeachten, aber nicht zum zentralen Ausgangspunkt ihres Handelns nehmen kann.

2. Gesundheitsleistungen als Waren?

Mit dem Begriff der Ware wird vorausgesetzt, dass die ärztliche Behandlung einen rein instrumentellen Wert hat, einen austauschbaren und letztlich vom Anbieter dieser Ware unabhängigen Wert. Freilich gibt es viele Bereiche der Medizin, in denen in der Tat nicht mehr vollzogen wird als die Anwendung einer Technik, deren Wert unabhängig davon zu sein scheint, von welchem Anbieter sie angewendet wird. Allerdings sind diese rein instrumentellen Handlungen wiederum nicht losgelöst zu sehen, sondern sie sind eingebettet in einen gesamten Behandlungsplan, der gerade nicht von anonymen Technikern entwickelt wird, sondern im besten Falle doch nur von einem Menschen entwickelt werden kann, der diese Behandlung nicht als bloße Anwendung einer Technik versteht, sondern sie idealerweise als Dienst am Menschen begreift. Wenn die Behandlung eines kranken Menschen ein Dienst am Menschen sein soll, so kann dieser Dienst gerade nicht als reine instrumentelle Dienstleistung betrachtet werden, sondern dann hat dieser Dienst in der Art und Weise, wie er erfolgt, einen intrinsischen Wert.³ Die Behandlung und das Sorgen für den Kranken ist in sich wertvoll; allein dadurch, dass diese Sorge vollzogen wird. Gerade weil der Wert dieses Dienstes im besten Falle im Sinne einer Caritas zu verstehen ist, gerade deswegen kann dieser Dienst nicht im Konzept einer marktfähigen Ware aufgehen. Genau das meinen wir, wenn

wir sagen, dass Hilfe unbezahlbar ist.

Betrachtet man die ärztlichen Behandlungen als Ware, läuft die Medizin Gefahr, auf eine reine Anwendung von Techniken reduziert zu werden. Da der wirklich kranke Mensch zu seiner Heilung zusätzlich zur Technik ein personales Gegenüber braucht, das Verständnis für seine Krisensituation aufbringt und das in ihm eine einzigartige Person erblickt, die eben nur in einer einzigartigen Form gesunden kann, ist der personale Aspekt des Heilens zentral für die Identität der Medizin. Die Heilberufe heilen gerade nicht allein über die Technik, die sie anwenden, sondern sie heilen auch und gerade dadurch, dass sie sich als Mitmenschen eines anderen Menschen annehmen und eine „heilende“ Beziehung zu ihm aufbauen. Innerhalb dieser Beziehung stellt die anzuwendende Technik ein Instrument dar, das gerade so viel Wirkung entfalten kann, wie die Form der Beziehung es überhaupt ermöglicht.⁴ Eine reine Dienstleisterbeziehung wird somit auch bei der ausgefeiltesten Technik weniger wirksam sein, als eine auf Respekt und Fürsorge gegründete Mitmensch-Beziehung auch mit weniger Technik erreichen könnte.

Zentraler Gesichtspunkt im Behandlungs- und Heilungsprozess ist somit die Art der Beziehung, die im Umgang mit kranken Menschen keine Dienstleistungsbeziehung, sondern eher eine Beziehung der authentischen Sorge um das Gegenüber sein kann. Zentral ist nicht das Mittel, das zur Heilung angewendet wird, sondern die Grundhaltung, von der aus man sich um das Gegenüber sorgt. Weil zwar Mittel, aber keine Grundhaltungen gekauft werden können, kann demzufolge genauso wenig eine Beziehung zwischen Heilberufen und Patienten in einer marktfähigen Dienstleisterbeziehung aufgehen, wie der Dienst an einem kranken Menschen als reine Ware betrachtbar sein wird. Die Behandlung von Kranken ist eine im besten Falle heilsame, manchmal lebensrettende, oft eine Zuversicht spendende Begegnung von Menschen, und eine solche Begegnung lässt sich gerade nicht in Marktwert ausdrücken.

3. Der Leitgedanke Markt als Unterhöhnung des Kernauftrages der Medizin

Eine moderne wirtschaftlich ausgerichtete Medizin, die sich nicht in den genannten Hinsichten von den Marktkategorien freimacht, läuft Gefahr, sich von der Identität der Medizin als Dienst am Menschen, weit zu entfernen. Wenn in der Zukunft Kliniken in Hotelbetriebe umfunktioniert werden und die Behandlung von kranken Menschen nur noch von Managern und nicht mehr von Ärzten strukturell vorbereitet werden, wird sich damit auch ein neues ökonomisch orientiertes Selbstverständnis allmählich ausbreiten,⁵ mit der Gefahr, dass die Heilberufe in einem Unternehmen Krankenhaus vergessen könnten, dass das, was sie als Heilberufe ausmacht, nicht darin besteht, perfekte Techniken nach den Wünschen ihrer Kunden anzuwenden. Wären die Heilberufe auf eine solche unparteiische Anwendung von Techniken reduzierbar, würden sich die modernen Kliniken damit zunehmend in Reparaturfabriken „ohne Seele“ verwandeln. Die Anwendung der Technik ohne die karitative Grundhaltung führt gerade dann zu einer solchen Fabrik der Entfremdung, wenn diese Anwendung allein auf Wunsch bzw. zum Zwecke der damit erzielbaren Gewinnoptimierung erfolgt und wenn keine andere als diese Motivation die treibende Kraft solcher Kliniken darstellt. Versteht man Medizin als Dienst am Menschen, so wird deutlich, dass eine solche Medizin eine grundlegend andere Motivation, eine andere Zielsetzung für all ihr Handeln benötigt.

Das Grundproblem einer marktorientierten Medizin ist die grundsätzliche Unvereinbarkeit der Ziele der Medizin mit den Zielen des Marktes. Platon hat in seiner *Politeia* die Heilkunst der Erwerbskunst gegenübergestellt und die Unterschiedlichkeit und Unvereinbarkeit der Zielsetzungen beider Künste unterstrichen. Angesichts der Unvereinbarkeit dieser Zielsetzungen sind in einem Gesundheitssystem, das sich beiden Zielsetzungen mit gleicher Priorität verschreibt, unweigerlich Ziel-Konflikte vorprogrammiert. Meine These lautet, dass nicht nur idealerweise, sondern vor allem vernünftigerweise das

Zusammenspiel zwischen Ökonomie und Medizin nur so aufgefasst werden kann, dass zuerst das Interesse des Kranken kommt und erst sekundär ökonomisch argumentiert werden kann. Diese lexikalische Ordnung ergibt sich schon aus der Unausweichlichkeit, mit der der Patient auf den sozialen Charakter der Medizin vertrauen können muss. Denn wenn die vorausgesetzte lexikalische Ordnung nicht eindeutig festgelegt und gelebt werden würde, dann müsste jeder Patient davon ausgehen, dass sein Wohlergehen genauso viel wert ist wie das Wohlergehen des Klinikums. Wenn er das annehmen müsste, so würde er bei jeder Entscheidung des Arztes argwöhnisch hinterfragen müssen, ob sie nun mehr dem Klinikum oder mehr ihm zu nutzen habe. Wenn der Patient für diesen Argwohn tatsächlichen Grund hätte, so wäre dies das Ende einer Medizin, der man sich als kranker Mensch in Vertrauen hingeben dürfte.

Medizin und Markt, so haben wir bereits eingangs festgehalten, sind keine Antipoden; der Markt 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 auch die Verschwendung ist mit einer guten Medizin nicht vereinbar. Da medizinische Güter grundsätzlich knapp sind, ist das ökonomische Denken per se nicht zu beklagen. Mehr noch: Das ökonomische Denken ist notwendige Bedingung für eine gute Medizin, weil nur über das ökonomische Denken möglichst vielen geholfen werden kann. Ökonomisches Denken gehört zu einer guten Medizin unabdingbar dazu und ist alles andere als ein notwendiges Übel. Aber eine sinnvolle Rangfolge der Ziele von Medizin und Ökonomie kann nur so aussehen, dass die Ziele des Marktes in den Dienst der Ziele der Medizin gestellt werden müssen. Der Markt hätte demnach eine der Medizin dienende Funktion. Nur diese (lediglich) dienende Funktion des Marktes würde es der Medizin ermöglichen, ihre eigenen Ziele zu bewahren. In der

Realität aber ist es gerade umgekehrt. In der Realität dient der Markt nicht mehr der Medizin, sondern vielmehr dient die Medizin zunehmend dem Markt. Das heißt dann nichts anderes, als dass der Markt zunehmend zum Selbstzweck der Medizin deklariert wird; innerhalb der Medizin gelten somit nicht mehr die Ziele der Medizin selbst. Stattdessen werden Zug um Zug die Ziele des Marktes zum eigentlichen Ziel der Medizin gemacht.

Die gesamte moderne Medizin wird unter dem Diktat des Marktes ganz bewusst in existentiell 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, ein Krankenhaus nur noch die Wahl hat, sich den Marktkategorien zu unterwerfen oder Insolvenz anmelden zu müssen, dann wäre es geradezu makaber, von dieser Medizin zu verlangen, dass sie der „bloßen Moral“ wegen ihrer Selbstauflösung zustimmen solle. Wenn das Ziel des Helfens und die Art des Helfens dem Markt in einer so grundlegenden Weise unterworfen wird, 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 in Frage gestellt werden würde.

Eine Medizin, die nur noch Markt wäre, wäre allenfalls eine Medizin für Gesunde, aber die Medizin für Kranke, für hilfsbedürftige Menschen wäre damit am Ende in Frage gestellt. 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 aufzugeben zu haben.

Die Brisanz der exzessiven Marktorientierung

der modernen Medizin kann nur erfasst werden, wenn sie in einem größeren Rahmen betrachtet wird, z. B. im Kontext einer „neuen“ Patientenschaft, die durch eine zunehmende Anspruchshaltung charakterisiert ist und Erwartungen in die Medizin hineinlegt, die die Medizin zu einer glücks-, ja heilsverheißenden Institution werden lässt. Betrachten wir die Marktorientierung ferner im Kontext einer Gesellschaft, die sich verabschieden möchte vom Schicksal, die alles für machbar hält, die keinen Sinn in der Endlichkeit des Menschen sieht und die in der Medizin eine Möglichkeit der Abstreifung anthropologischer Grundbedingungen zu erblicken meint. Bedenken wir, dass ein reines Marktsystem Medizin die Wünsche nach Selbstverwirklichung und Jugendlichkeit immer weiter steigert, und bedenken wir, dass ein Marktsystem immanent zur Expansion neigt, und bedenken wir weiter die sich breit machende Grundhaltung der Heilberufe, die sich moralisch heraushalten wollen und das Gute allein über den Wunsch der Patienten definiert wissen möchten und somit zu reinen Erfüllungsgehilfen degenerieren – betrachten wir all diese parallelen Entwicklungen, so werden wir erkennen, dass sie zusammengehören und dass sie sich gegenseitig verstärken. Nimmt man diese Charakteristika der modernen Medizin zusammen und konfrontiert sie mit einer Realität, in der ökonomische Engpässe ganz bewusst politisch herbeigeführt werden, um die „Konkurrenzfähigkeit“ der einzelnen Klinika zu testen, so wird deutlich, wie unheilvoll gerade dieses Zusammenspiel der Ausrichtungen ist. Unheilvoll insofern als dies zusammen genommen unweigerlich dazu führen wird, dass die Medizin, um ihre finanzielle Grundlage zu sichern, in Zukunft immer mehr darauf setzen wird, nur das zu stärken, was dem „Unternehmen Krankenhaus“ Profit bringt. Dies würde bedeuten, dass diejenigen, die entweder seltene Krankheiten haben oder diejenigen, die keine Ansprüche formulieren und anmelden können, am Ende weniger gut versorgt sein werden bzw. schon sind. So liegt es auf der Hand, dass es allein von der Quantität her mehr

Profit bringt, gesunden Menschen Dienstleistungen als behinderten und schwerstkranken Menschen eine ganzheitliche Versorgung anzubieten.

Die Allianz von marktorientierter Medizin und Gesundheitsüberhöhung in einer Anspruchsgesellschaft hätte somit die Folge, dass die gesamte Medizin sich umorientiert und mehr auf „Gesundheit“ für Gesunde setzt als darauf, sich um das Wohl der Schwächsten und Kränksten zu kümmern. Die Ökonomisierung der Medizin führt in der Allianz mit einem weit verbreiteten Gesundheitskult und einer unreflektierten wunscherfüllenden Ärzteschaft zwangsläufig dazu, dass die Medizin zunehmend in Bereiche investiert, die zwar lukrativ sind, die aber mit dem Grundauftrag der Medizin, eine umfassende Hilfe für krankheitsbedingte Krisensituationen anzubieten, nicht mehr viel zu tun haben.

Das Grundproblem, das der Markt aufwirft, besteht darin, dass der Markt sich prinzipiell allein nach der Kaufkraft und nach den Kundenwünschen richtet. Eine hinter diesen Kategorien stehende ethische Zielsetzung hat der Markt nicht. Der Markt reagiert auf private Individualinteressen, für die er meist eine bewusst kurzfristige Befriedigung bereitstellt. Weder die Ausrichtung auf das Gemeinwohl noch die langfristige Erfüllung des Patientenwohls sind spezifische Merkmale des Marktes. Eine definitive Befriedigung der Bedürfnisse wäre marktwirtschaftlich gesehen „unvernünftig“. Käufer wie Verkäufer sind in einem reinen Marktsystem allein auf ihren eigenen Vorteil aus. Das heißt, dass, wenn man sich allein auf den Markt verlässt, man keinerlei Gewähr dafür hat, dass dadurch das Gute erreicht wird.⁶ Die Medizin hingegen ist eine soziale Einrichtung, die sich grundsätzlich einem „bonum commune“ verschreibt. Daher braucht sie eine eigene Vision, die sich nicht mit der Vision des Marktes je decken kann.

4. Plädoyer für eine anthropologische Neubestimmung

Alle dargelegten Ausrichtungen der modernen Medizin setzen ein gemeinsames Menschenbild

voraus, und das ist das Leitbild des leistungsfähigen, souveränen und unabhängig-autonomen Menschen. Dieses Leitbild hat zur Folge gehabt, dass das Krankwerden, das Schwachwerden, das Gebrechlichwerden, das Hilfsbedürftigwerden allesamt nicht als Manifestationen des Menschseins gedeutet wurden, sondern lediglich als bedauerenswürdige Defiziterscheinungen und befremdliche Schwundstufen des „normalen“ gesunden Menschen.⁷ Unter dieser Perspektive wird jeder kranke Mensch und jeder nicht mehr heilbare Mensch als „Störfall“ angesehen, dem es mit der Aufwartung aller Technik entgegenzuwirken gilt, ist doch der Störfall allein dadurch definiert, dass er nicht sein darf. Daraus wird deutlich, dass das Leitbild des leistungsfähigen Menschen eine problematische Ausgangslage für eine gute Medizin ist, kann doch für eine humane Medizin der kranke und angewiesene Mensch gerade nicht als Störfall betrachtet werden. Vielmehr wird der Arzt dem krank gewordenen Menschen nur dann wirklich helfen können, wenn das Krankgewordensein als das zum Menschen unweigerlich Dazugehörige⁸ und als eine Existenzweise des Menschen verstanden wird. Nur von diesem Ausgangspunkt, dass das Krankwerden zum Menschsein dazu gehört und die Schwäche, das Angewiesensein konstitutive Merkmale menschlicher Existenz sind, nur von hier aus eröffnet sich die Möglichkeit, auf diese Existenzformen nicht mit blindem technischem Aktionismus, sondern mit einer verstehenden Grundhaltung zu reagieren, die das Sosein erst einmal als ein in sich wertvolles und von sich aus grundsätzlich zu bejahendes Sein stehen lässt. Erst in einer solchen Haltung des Stehenlassens (letztlich angelehnt an die antike Ataraxia) und in der Vermeidung eines stetigen Abgleichs der in sich wertvollen Wirklichkeit mit einem fiktiven Ideal, erst durch diese zu leistende Arbeit an sich gibt sich der Mensch die Chance, dem Sosein einen Sinn abzugewinnen, einen Sinn, der es ihm ermöglicht, das neue Krank-Sein in das eigene Leben zu integrieren. Diese Integration der körperlichen und seelischen und sozialen,

ja auch der geistigen Veränderung durch Krankheit in das eigene Leben schließt eine sinnvolle Behandlung der Veränderungen nicht aus, aber die Integration verhindert, dass die Behandlung und „Bekämpfung“ der Krankheit zu einer Obsession wird, in der und durch die der krank gewordene Mensch übersieht, dass er auch als schwacher und angewiesener Mensch ein erfülltes Leben führen kann. Dieses erfüllte Leben in Krankheit macht sich der moderne Mensch selbst zunichte, und zwar nicht durch die Krankheit selbst, sondern vor allem durch eine problematische Selbstdeutung, nach der auf Krankheit lediglich mit einer Haltung des „Bekämpfens“ begegnet wird.

Eine Medizin, die sich nicht den angewiesenen und vulnerablen und auf Krankheit und Sterben angelegten Menschen zum anthropologischen Ausgangspunkt macht, wird allen ihren Patienten die letzte Chance nehmen, dem menschlichen Sein in all seinen Facetten einen Sinn zu verleihen.

5. Medizin als ein bedingungsloses Hilfeversprechen

Von dieser Überlegung und dieser anthropologischen Vorannahme ausgehend wird die Kernaufgabe der Medizin nunmehr nicht als unparteiische Lieferin von Dienstleistungen auf Wunsch zu begreifen sein, sondern ihre Kernaufgabe bestünde dann darin, eine Antwort auf die Angewiesenheit des Menschen zu geben. Diese Antwort kann nur die absolute Zusicherung sein, das medizinische Wissen in den Dienst des notleidenden Menschen zu stellen. Demnach könnte der angewiesene Patient gerade nicht ein moralisch fremder „(Geschäfts-) Partner“ sein, sondern der Patient bliebe für die Heilberufe ein moralisch verwandtes Gegenüber, ein Wesen, das allein durch sein Sein, durch seine Not, durch sein Leiden einen Behandlungsimperativ auslöst. Im Sinne einer responsiven Ethik, wie sie von Levinas entworfen worden ist, ließe sich sagen, dass allein das Antlitz eines Kranken ausreichen muss, um in den Heilberufen die Motivation zur Hilfe auszulösen.

Medizin könnte in dieser Perspektive als ein bedingungsloses Versprechen verstanden werden, den Menschen in Not zur Seite zu stehen. Der Kern dessen, was Medizin ausmacht, liegt möglicherweise gerade in dieser Bedingungslosigkeit, mit der die Medizin dem Krankgewordenen – ohne sich seiner zu bemächtigen – eine Hilfsantwort gibt.⁹ Da der Mensch in Not sich seinen Arzt nicht frei aussuchen kann, sondern darauf angewiesen ist, dass er, ganz gleich, wo er in Not gerät, einen Arzt findet, der ihm beisteht, kann das Hilfeversprechen nicht nur ein persönliches Versprechen eines einzelnen Arztes sein, sondern muss ein kollektives Versprechen sein, das jeder allein dadurch gibt, der sich als Arzt bezeichnet. Pellegrino spricht hier von einem „öffentlichen Bekenntnisakt“¹⁰, das vom Arztsein ausgeht. Das öffentliche Bekenntnis bezieht sich nicht darauf, den Kranken in jedem Fall zu heilen, oder auf die Zusicherung, dass die ärztliche Behandlung auch glückt. Es ist nicht der Effekt der ärztlichen Handlung, die durch ein solches Hilfeversprechen zugesichert wird, sondern die Zusicherung bezieht sich allein auf die der ärztlichen Handlung zugrundeliegende Motivation zur Hilfe. Daher lässt sich sagen, dass sich das Wesen der Medizin nicht in der Anwendung der Mittel realisieren lässt, sondern dass der eigentliche Kern der Medizin in ihrer ganz spezifischen Zielgerichtetheit liegt. Kern der Medizin wäre demnach nicht das angewandte Mittel, sondern die der Mittelanwendung zugrunde liegende Motivation und Grundhaltung. Ab dem Moment, da das medizinische Handeln nicht mehr primär von der Motivation zur Hilfe und von der Grundhaltung der Sorge um den Kranken getragen ist, sondern vielmehr von der Motivation zur Besserung der Krankenhausstatistik, ab diesem Moment hat sich die Medizin als Medizin aufgelöst, ganz gleich welche medizinischen Anwendungen dabei auch eingesetzt werden mögen.

6. Zum Schluss

So sehr sich die Strukturen moderner Kliniken verändert haben mögen, die *conditio humana*, dass

jeder Mensch grundsätzlich von Krankheit, Leiden und Sterben jederzeit bedroht ist, diese Grundbedingung menschlichen Seins hat sich nicht verändert. Daher ist auch die Hoffnung eines jeden Menschen geblieben, in Zeiten existentieller Krisen auch und gerade in der Medizin ein Gegenüber zu finden, dem man sich blind anvertrauen kann und das es ernst meint mit ihm. Die Medizin kann sich dieser absoluten Verpflichtung für das Wohl der Kranken nicht entziehen. Die moderne Medizin kann diese Ausrichtung der Medizin dem Diktat des Marktes gerade nicht unterordnen, nicht etwa weil die Heilberufe unfehlbar sein müssen, sondern aus dem Grund, dass schon aus den erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten der Medizin heraus die Verpflichtung resultiert, diese Kenntnisse für den Notleidenden einzusetzen. Eine Medizin, die – mit menschlicher Not konfrontiert – zwar die Mittel in der Hand hätte, diese Not zu lindern, diese Mittel aber nur für die eigenen Interessen oder für die Interessen von Zahlungskräftigeren oder von Menschen, die nicht in Not sind, nutzte, eine solche Medizin hätte sich als soziale Institution verabschiedet und würde damit den Weg frei machen müssen für eine neue Medizin, der es besser gelänge, das erworbene Wissen und Können zu einem kollektiven Gut zu machen. Die neuen Ausrichtungen der Medizin werden daher nur solange vertretbar sein, wie es der Medizin gelingt, den beschriebenen Kerngehalt der Medizin trotz der modernen Transformation nicht nur aufrechtzuerhalten, sondern ihn über alle anderen Zielsetzungen als übergeordnetes Anliegen (neu) zu verankern.

Theda Rehbock hat jüngst die Medizin als eine „Grundform der menschlichen Praxis“ beschrieben, weil gerade die Medizin eine „elementare Form der personalen Beziehung und Zuwendung zum Anderen“ darstellt.¹¹ Damit wird deutlich, dass es fatal wäre, wenn sich die Medizin nach Belieben verändern würde. Als Grundform der menschlichen Praxis bleibt die Zuwendung eines Helfers ein Bestandteil der gesamten Gesellschaft, auf den kein vernünftiger Mensch zu verzichten bereit sein

dürfte. Daher wäre die Ablösung einer solchen sittlichen Helfer-Person durch einen marktorientierten Dienstleister für die gesamte Gesellschaft ein nicht ersetzbarer Verlust.

Referenzen

- 1 Siehe hierzu näher Deppe U., *Zur Kommerzialisierung des Menschenrechts*, in: Kolb S., Seithe H. (Hrsg.), *Medizin und Gewissen*, Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main (2002), S. 210-221
- 2 Welie J. V. M., *Is dentistry a profession? The hallmarks of professionalism*, J Can Dental Assoc (2004); 70(9): 599-602, S. 46
- 3 Siehe hierzu auch Kaveny C., *Commodifying the polyvalent good of health care*, J Med Phil (1993); 3: 207-223
- 4 Auf diesen Gesichtspunkt hat vor allem Klaus Dörner immer wieder hingewiesen. Siehe Dörner K., *Das Gesundheitsdilemma. Woran unsere Medizin krankt*, Ullstein, Berlin (2004)
- 5 Siehe Dörner K., siehe Ref. 4
- 6 Dies ist eine der Grundthesen von Daniel Callahan und Wasunna. Siehe Callahan D., Wasunna A. A., *Medicine and the market. Equity versus choice*, Johns Hopkins University Press, Baltimore (2006)
- 7 Am Beispiel der Demenz ist die Problematik einer solchen anthropologischen Ausgangslage von Verena Wetzstein überzeugend dargelegt worden. Siehe Wetzstein V., *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*, Campus, Frankfurt/Main (2005)
- 8 Romano Guardini hat dies treffend wie folgt beschrieben: „Hinter den üblichen Aussagen über Gesundheit und Krankheit steht die Voraussetzung, der Mensch sei ein ‚normales System‘; ein Gefüge von Kräften, Tendenzen, Regulativen, das ‚in Ordnung‘ ist; [...] Das ist aber nicht der Fall. Wie der Mensch ist, enthält er quasi-konstitutiv den Widerspruch. Er ist von vornherein nicht einfachhin ‚gesund‘. Die Störung, die Krankheit kommt nicht nur von außen, sondern auch von innen. Sie ist dem Menschen endogen.“; Guardini R., *Der Arzt und das Heilen*, In: Guardini R., *Ethik. Vorlesungen an der Universität München*, Matthias Grünewald, Mainz (1993), S. 957-975, S. 973
- 9 Maio G., *Medizin und Menschenbild. Eine Kritik anthropologischer Leitbilder der modernen Medizin*, in: Maio G., Clausen J., Müller O. (Hrsg.), *Medizin ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*, Karl Alber, Freiburg (2008), S. 215-229
- 10 Pellegrino E. D., *Bekennnis zum Arztberuf – und was*

moralisch daraus folgt, in: Thomas H. (Hrsg.), *Ärztliche Freiheit und Berufsethos*, Röll, Dettelbach (2005), S. 17-60, S. 39

- 11 Rehbock T., *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*, Mentis, Paderborn (2005), S. 325

Weiterführende Literatur

Kamlah W., *Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik*, BI Wissenschaftsverlag, Mannheim (1973)

Pöltner G., *Was ist das – ein guter Arzt? Von der Unverzichtbarkeit der Philosophie für die Medizin, Selbstorganisation. Jahrbuch für Komplexität in den Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften* (1997), S. 119-130