

Joseph Kuhn

## Wenn sich Therapie nicht lohnt: Gesundheit als ökonomisches Optimierungsproblem?

„Ein auf ungesteuertem Wettbewerb und Gewinnmaximierung beruhendes System muss die Frage, ob es sich noch lohnt, demente alte Menschen (...) in angemessener Weise zu begleiten und zu versorgen, ehrlicher und brutaler Weise mit ‚nein‘ beantworten.“ Diesen – kritisch gemeinten – Satz von Renate Schernus zitiert Erich Wulff in seinem Artikel „Der marktwirtschaftliche Überfall auf die Psychiatrie“ in FKP 51, in dem er die zunehmende Formierung therapeutischer Settings durch ökonomisches Denken beschreibt: Menschliche Zuwendung muss gegenüber den Kostenträgern in Zeitminuten quantifiziert werden, soziale Beziehungen werden als Kunden-Lieferanten-Beziehungen definiert, die Struktur therapeutischen Handelns wird durch wirtschaftliche Vorgaben bestimmt. Erich Wulff fordert, sich diesem Prozess strikt zu widersetzen, dem dahinter stehenden neoliberalen Diskurs ebenso wie den konkreten Quantifizierungs- und Dokumentationspflichten. Nicht den Kosten- und Leistungsträgern, sondern den Patienten gegenüber sei man Transparenz schuldig (ebd. 11). Dass dies nicht das letzte Wort sein kann, ist Wulff bewusst: „Ich weiß, das alles sind vorerst nur Verweigerungs- und Proteststrategien. Ein aussichtsreiches gesellschaftliches Gegenmodell habe auch ich nicht anzubieten“ (ebd. 12). Damit sind die Versatzstücke einer Problematik versammelt, die nicht nur die Mikropolitik des individuellen therapeutischen Handelns betrifft, sondern in gleicher Weise in den Rationierungsdebatten der „großen Gesundheitspolitik“ virulent ist, und beide Ebenen hängen offensichtlich eng zusammen. Es geht darum, welche Rolle ökonomische Kalküle in Entscheidungen spielen, wenn es um Gesundheit geht, sowie darum, welche Rolle sie legitimerweise spielen dürfen, welche Grenzen folglich für die ökonomische Begründung von Entscheidungen im Gesundheitswesen gelten müssen und wie diese Grenzziehung institutionell zu organisieren wäre.

Im Folgenden kann zur Beantwortung dieser Fragen zwar ebenfalls kein „aussichtsreiches gesellschaftliches Gegenmodell“ skizziert werden, aber einige Untiefen des Problems sollen etwas besser ausgelotet werden, in der Hoffnung, so den frühzeitigen Schiffbruch einer ökonomiekritischen Argumentation zu vermeiden. Der Schlüsselsatz bei alledem ist m.E. die unmissverständliche Formulierung von Renate Schernus. Ja, es lohnt sich nicht, demente alte Menschen angemessen zu begleiten und zu versorgen. Es lohnt sich auch nicht bei unheilbar krebserkrankten Menschen, bei vielen Unfallopfern und auch nicht bei Schwerstbehinderten, wenn man die Frage, „ob es sich lohnt“, als ökonomische Frage nach einem Investment in die Arbeitskraft oder in den wirtschaftlichen Nutzen

der Betroffenen versteht. Aber was heißt das eigentlich? Doch nur, dass Entscheidungen für therapeutisches Handeln nicht allein aus ökonomischen Begründungen heraus getroffen werden dürfen. Man könnte lapidar auf das Sozialversicherungsrecht verweisen: § 12 SGB V stellt zwar die Leistungen der Krankenversicherung unter ein Wirtschaftlichkeitsgebot und misst der ökonomischen Seite einen hohen Stellenwert zu, indem der gesundheitliche Bedarf nur in Form einer Leistungsrestriktion vorkommt, nämlich als das „Maß des Notwendigen“, das nicht überschritten werden darf, aber eine Absolutsetzung des Ökonomischen ist das nicht. Was „notwendig“ ist, oder zumutbar, gibt kein medizinisches Naturgesetz vor, sondern ein Diskurs, im Ergebnis formuliert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V. Etwas unklar ist allerdings, ob in dieser Arena der „marktwirtschaftliche Überfall“, den Wulff beklagt, dem Bösewicht oder dem Helden zugeschrieben wird. Hoffnungslos ist die Lage jedenfalls nicht. Eingrenzungen der ökonomischen Rationalität gibt es schließlich auch in anderen Politikfeldern, sie sind keine Besonderheit des Gesundheitswesens, etwa weil es hier um Leben und Tod ginge. So gilt in Deutschland Sklavenarbeit als menschenunwürdig, obwohl sie sich in manchen Branchen sicher lohnen würde. Hier war die ethische Diskussion, der Kampf um die Menschenrechte, erfolgreich. Das Verbot der Sklavenarbeit lohnt sich nicht, ist aber gesellschaftlich akzeptiert (dass sich einige Arbeitsverhältnisse auch in Deutschland nicht sehr von Sklavenarbeit unterscheiden, z.B. die Arbeit von Drückerkolonnen, steht auf einem anderen Blatt).

Entscheidend ist also, welchen Raum man ökonomischen Erwägungen einräumen muss und einräumen darf. Gebt dem Kaiser, was des Kaisers ist, aber gebt ihm nicht alles. Das Grundgesetz ist hier eindeutig, „die Würde des Menschen ist unantastbar“, heißt es in Artikel 1. Die Würde des Menschen ist auch für Ökonomen unantastbar und der Diskurs, wie weit die Würde des Menschen reicht und wo ihre Unantastbarkeit von den zur Verfügung gestellten Finanzmitteln berührt ist, ist im Gesundheitswesen genauso zu führen wie in anderen politischen Handlungsfeldern. Es gehört unabdingbar zu unserem Menschsein, dass wir Unseresgleichen schützen und versorgen, gerade auch dann, wenn es sich ökonomisch nicht lohnt. In dieser Differenz zwischen dem, was „sich lohnt“, und dem, wie wir mit Unseresgleichen umgehen sollen, liegt genau das, was unsere grundgesetzlich geschützte Menschenwürde ausmacht. Dass sich die Versorgung alter Menschen nicht lohnt, ist somit zunächst ein bedeutungsloses Faktum. Wer allein daraus Konsequenzen zieht, versteht nicht, was Menschenwürde ausmacht. Nur nebenbei: die Unantastbarkeit der Menschenwürde schließt sogar utilitaristische Abwägungen der Art aus, dass man 100 Menschen opfern darf, um 1.000 zu retten – das hat das Bundesverfassungsgericht zwar nicht im Medizinrecht, aber im Luftsicherheitsrecht so entschieden: Das 2006 von der Bundesregierung geplante Luftsicherheitsgesetz, mit dem der Abschuss eines von

Terroristen entführten Flugzeugs mit eben dieser utilitaristischen Argumentation legitimiert werden sollte, wurde als Verstoß gegen die grundlegende Garantie der Menschenwürde gewertet. Die Menschen im Flugzeug würden dadurch, „dass ihre Tötung als Mittel zur Rettung anderer benutzt wird, verdinglicht und zugleich entrechtlicht“. Indem über ihr Leben einseitig verfügt wird, wird ihnen „der Wert abgesprochen, der dem Menschen um seiner selbst willen zukommt.“ Klarer geht es nicht. Der Mensch ist kein Mittel zum Zweck, das gilt spätestens seit Kant.

Daraus folgt allerdings nicht, dass ökonomische Kalküle im Gesundheitswesen per se unzulässig sind. Im Gegenteil, sie sind ganz im Sinne der ökonomischen Theorie als Beitrag zur optimalen Ressourcenallokation unverzichtbar, auch unter ethischen Gesichtspunkten. Ansonsten vollzieht sich die Ressourcenallokation hinter dem Rücken der Akteure, suboptimal, auf Kosten derer, die die damit verbundene implizite Rationierung hinnehmen müssen. Das ist für alle bequem, es erspart die Auseinandersetzung mit den ökonomischen wie mit den ethischen Problemen gleichermaßen, aber es ist nicht richtig. Minutenzählen in der Pflege ist kein Argument gegen ökonomische Analysen in der Pflege, es ist ein Argument gegen schlechte ökonomische Analysen in der Pflege. Hier herrscht überzogene Bürokratie, nicht überzogene Ökonomie. Dabei ist „Zeit“ sehr wohl ein entscheidendes Kriterium der Pflegequalität (und der Pflegevergütung, auch für die Pflegekräfte muss es „sich lohnen“). Insofern lässt sich aus der berechtigten Kritik an der Minutenaufschreibung auch nicht folgern, dass die Pflicht zur Transparenz nur gegenüber den Patienten besteht, was de facto nichts anderes bedeutet, als dass letztlich der Arzt schon am besten weiß, was zu tun ist. Transparenz muss öffentlich sein, von den angewandten Therapieverfahren bis hin zu Qualitätsmerkmalen von Kliniken. Ökonomische Parameter gehören dazu, unter anderen.

Da allein aus ökonomischen Kalkülen heraus weder therapeutische noch gesundheitspolitische Entscheidungen zu treffen sind, muss diese Differenz bewusst gehalten, am besten institutionalisiert werden. Vielleicht könnte man hier vom Vorbild der Ethikkommissionen lernen, die den Forschungsinteressen ethische Grenzen setzen sollen. Ein institutionalisierter ethischer Diskurs wäre auch im Umgang mit ökonomischen Analysen im Gesundheitswesen notwendig – so übrigens auch die Weltgesundheitsorganisation: „(...) standardized strategies need to be developed to assess health care from a rights-based perspective“ (Zöllner, H. et al., *Learning to live with Health Economics*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2003. Chapter 4: 82). Ansätze dazu gibt es, vor allem um Umfeld der Patientenrechte-Bewegung, aber überwiegend vollzieht sich dieser Diskurs bisher naturwüchsig, z.B. wenn Medien über verweigerte Therapien berichten.

Die Gegenposition nehmen Denkformen ein, die eine Unhintergebarkeit der ökonomischen Perspektive vorgeben. 1920 veröffentlichten

der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche das Buch „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form.“ Dieses Buch hat die nachfolgende Diskussion bis hin zum Mord an den Behinderten maßgeblich geprägt. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass Alfred Hoche die Legitimität des Mordes an den Behinderten rein ökonomisch begründet: „Die Frage, ob der für (...) Ballastexistenzen notwendige Aufwand (...) gerechtfertigt sei, war in den verflossenen Zeiten des Wohlstands nicht dringend; jetzt ist es anders geworden, und wir müssen uns ernstlich mit ihr beschäftigen. Unsere Lage ist wie die der Teilnehmer an einer schwierigen Expedition, bei welcher die größtmögliche Leistungsfähigkeit Aller die unerlässliche Voraussetzung für das Gelingen der Unternehmung bedeutet, und bei der kein Platz ist für halbe, Viertels und Achtels-Kräfte.“ (<http://staff-www.uni-marburg.de/~rohrmann/Literatur/binding.html>). Das Szenario, das Hoche hier entwirft, ist empirisch falsch. An anderer Stelle nennt er die Daten, von denen er ausgeht: 20.000 bis 30.000 in Betracht gezogene Pflegefälle, 1.300 Reichsmark jährliche Pflegekosten pro Person. Das macht rund 39 Mio. Reichsmark Pflegekosten pro Jahr, ein Bruchteil der damaligen jährlichen Ausgaben für Tabakkonsum und mitnichten ein untragbarer Aufwand. Hoche hat hier mit der Expeditionsmetapher zu einem rhetorischen Trick gegriffen, der in gesundheitsökonomischen Diskussionen häufig vorkommt: der künstlichen Verknappung der Behandlungsmöglichkeiten, z.B. durch die Vorgabe scheinbar unabänderlicher Budgetgrenzen. Damit gerät die nichtökonomische Umwelt des therapeutischen Systems aus dem Blickfeld, der Ort, an dem ökonomische und nichtökonomische Argumente abzuwägen sind. Und was wäre, wenn Hoche mit seinem Szenario recht gehabt hätte, wenn die Kosten wirklich so außergewöhnlich hoch gewesen wären? Die Antwort darauf gibt das erwähnte Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Das utilitaristische Aufrechnen von Leben, die Menschenökonomie, darf auch dann nicht das letzte Wort sein. Menschenwürde ist keine ökonomische Kategorie.

Neben der Simulation eines ökonomischen Universums durch künstliche Verknappung von Ressourcen gibt es eine zweite Strategie, den nötigen Eingrenzungsdiskursen den Boden zu entziehen. Erich Wulff spricht diese Strategie unter dem Etikett „Neoliberalismus“ an. Versteht man darunter eine Ideologie, nach der es keine Begrenzung ökonomischer Logik braucht, weil der Markt als Letztinstanz alle Entscheidungen über den Einsatz von Ressourcen auch im Gesundheitswesen treffen soll, dann wird damit ebenfalls jener unverzichtbare Hiatus zwischen ökonomischen Analysen und einem die Menschenwürde als Letztinstanz anerkennenden Umgang mit Patienten zum Verschwinden gebracht. Neoliberale Strategien in diesem Sinn wollen die Umwelt für jedes gesellschaftliche Subsystem als Markt organisieren, der staatliche Ordnungsrahmen soll nur noch die Funktion haben, den Markt zu ermöglichen, nicht, den Markt zu begrenzen. Damit gelten für die vom Markt umschlossenen

Systeme nur noch ökonomische Überlebensparameter. Indem der Markt über die Existenz oder Nichtexistenz von Therapieverfahren oder präventiven Investitionen entscheidet, sind nichtökonomische Argumente eliminiert. Der Markt ist ein Entinstitutionalisierungsprogramm, das alles Stehende und Ständische verdampfen lässt, aber in Allmacht gesetzt, zerstört er auch die Orte, an denen ökonomische Argumente und nicht-ökonomische Argumente abgewogen werden. Wenn im Gesundheitswesen nur noch in Marktkategorien gedacht wird (wohlgemerkt: Markt ist nicht gleich Ökonomie), dann entsteht in einer Art Umkehrung Max Webers eine ökonomistisch verarmte Theologie aus dem Geiste des Kapitalismus, die Entscheidungen über Leben und Tod danach präformiert, „was man sich leisten kann“. Der Mensch wird zum verwerteten und sich selbst verwertenden Humankapital, Solidarität zur Vertragsangelegenheit, Empowerment zur Marktertüchtigung, Gesundheit zum Produktionsfaktor, Therapie zur Wartungsinvestition, Versorgungsqualität zum ausdifferenzierten Wahlleistungsangebot, Prävention zur Aufrüstung des Kapitalstocks. Dass die Alternativen dazu nicht mehr gedacht werden können, dass das Lohnende und das Lebenswerte identisch erscheinen, dies scheint mir die eigentliche Gefahr der „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens zu sein. „Wir haben das Glück erfunden“, sagen die letzten Menschen bei Nietzsche, und blinzeln. Alfred Hoche war einer von ihnen.