

# Die neoliberale ökonomische Kolonialisierung der Medizin –

## Was tun in der außerklinischen Intensivpflege?



Andreas Zieger

[www.a-zieger.de](http://www.a-zieger.de)

Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik  
CvO Universität Oldenburg

Leitender Arzt i.R., Klinik für Neurorehabilitation  
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg



8. MAIK, 30. Okt. 2015

# Übersicht

---

- I Moderne Medizin in der „Gesundheitsfalle“ (Dörner 2003, 2008)
- II Neoliberale Kolonialisierung
- III Marktwirtschaft muss dem Sozial- und Gesundheitswesen dienen
- IV Was tun in der außerklinischen Intensivpflege?

# I Moderne Medizin in der „Gesundheitsfalle“ (Dörner 2003)



„... besteht darin,

- dass im Medizinsystem am liebsten nur noch von Gesundheit, kaum noch von Krankheit die Rede ist ...
- alles Gesunde (unter der Tarnung als „höchstes Gut“) in Krankheit und damit Behandlungsbedürftiges zu verwandeln ...
- dass Medizin am besten weiterwachsen und **stärker als alle anderen Wirtschaftsbranchen** werden kann ...“ (S. 7)

„Die Menschen werden dafür mit der **Entlastbarkeit von alle Lasten** und der herstellbaren **leidensfreien Gesellschaft** geködert.“ (S. 7)

- Versprechen des Medizin- und Sozialsystems seit 150 Jahren!

## **Befreiung aus der Gesundheitsfalle:**

- Medizin muss in den größeren Zusammenhängen der Sozialgesellschaft (als Gesamtheit **aller Bürger**) gestellt werden,
- die „immer noch den größten Teil des Sorgens um andere Menschen und des Helfens wahrnehmen..“ (S. 7)
- **„Medizinreform von innen.“** (S. 9)

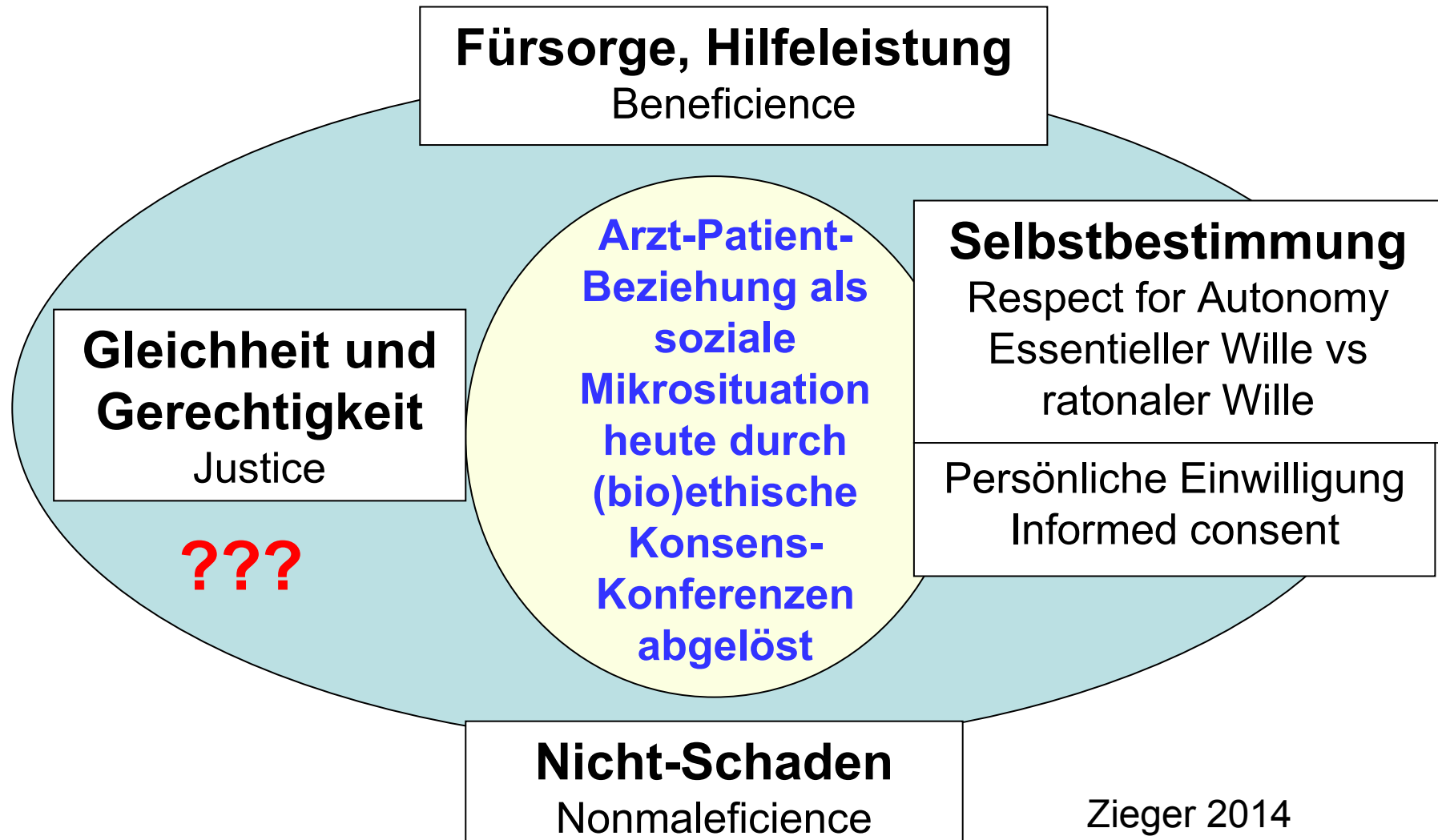
„Seit 1980 (...) nur noch Gesetze, die das Doping der Ökonomisierung, Privatisierung, präziser der **Verbetriebswirtschaftlichung des Helfens** zu einem Maximum treiben, obwohl Wettbewerb, Fusion und vor allem Expansion **unvermeidlich** zur **Kostensteigerung**, also zur **Verschleuderung der Steuer- und Beitragsgelder der Bürger** führen muss.

**Es ist das Markt-System, das mich korrumpiert, weil der Markt beim Helfen nichts zu suchen hat ...“** (Dörner 2008)



# Prinzipien der Medizin-Ethik

nach Beauchamp & Childress 1979

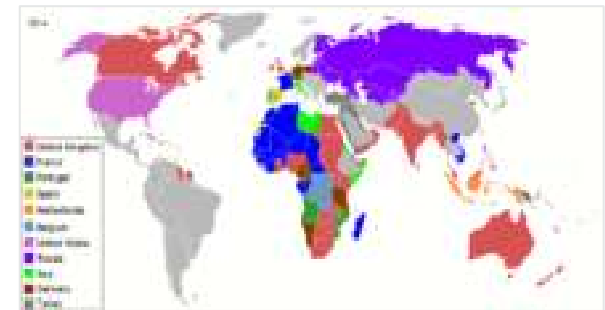


Zieger 2014

## II Neoliberale Kolonialisierung

### Kolonialismus, Kolonialisierung

- Einnahme, Bemächtigung und Ausnutzung eines fremden Landes



### Externe / innere Kolonisierung

- Siedlungspolitik im Ausland, Koloniebildung in Übersee, „Stabilitätsexport“ (Irak, Afghanistan ...)
- Im *eigenen* Land: Einführung von „freier“ Marktwirtschaftslogik in Bildung, Wissenschaft, Sozial- und Gesundheitswesen ...

# Neoliberale Staats-/Wirtschaftspolitik

Abbau staatlicher Regulierung und Subventionen (soziale Sicherheit) zugunsten „freier Marktwirtschaft“ (Wettbewerb, Effizienz, Konkurrenz ...)

- Senkung von Lohnnebenkosten
  - Steuervergünstigungen und Anreize
  - Höhere Gewinne und Renditen
  - Eigenverantwortung
  - Entsolidarisierung, Sozialabbau
  - Umverteilung von unten nach oben
- Globalisierung, Gesundheits- und Finanzwirtschaft, Weltbank, IWF





# Pro und Contra Ökonomisierung in der Medizin – ein Wertekonflikt („battle of values“, Cain 1997)

aus: Hohagen 2006

Diskussionspunkte	„Öffentlich-Rechtliche“	„Privatisierer“
Werte	Gleichheit, Sicherheit, Kontrolle	Effizienz/Effektivität Flexibilität/Dynamik
Nutzer	schutzbedürftiger Patient	Kunde
Wettbewerb	funktioniert nicht	wichtigstes Prinzip
Versorgungsplanung	zentrale Planungssteuerung z. B. Krankenhausplanung	Kapitalbindung Kundenbindung
Qualitätsgewährleistung	Aufsichtsbehörde	Markt/Kunde
Reform des Gesundheitswesens	Ausgleich von Interessenskonflikten	Deregulierung, Liberalisierung
Rendite/Gewinn	nur in geringem Ausmaß vertretbar	„Motor des Gesundheitswesens“

# Staatliche Förderung der neoliberalen Marktwirtschaft im Gesundheitswesen

## 1.) Einführung von Fallpauschalen in die Krankenhausfinanzierung (FPG 2003)

2001: „Das Geld soll der Leistung folgen“

Krankheiten und Behandlungsleistungen werden zu „homogenisierten“ Gruppen (DRG)

„Fallschwere“ (CMI), „Kostengewicht“ (rel.-Gew.)

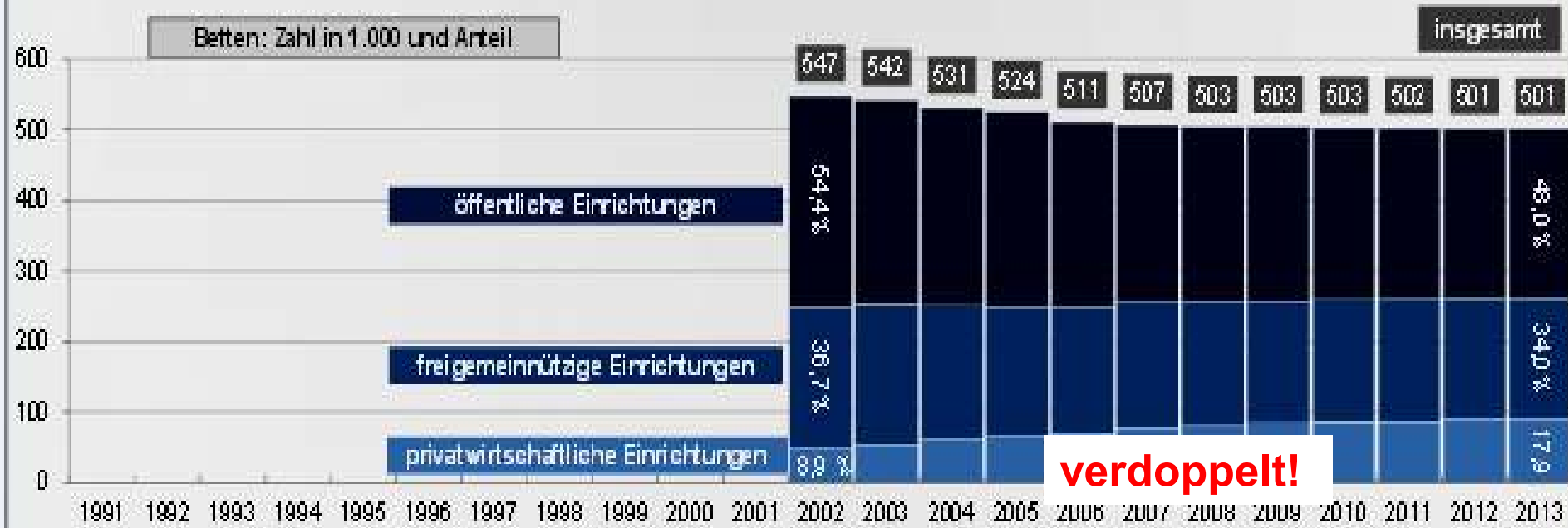
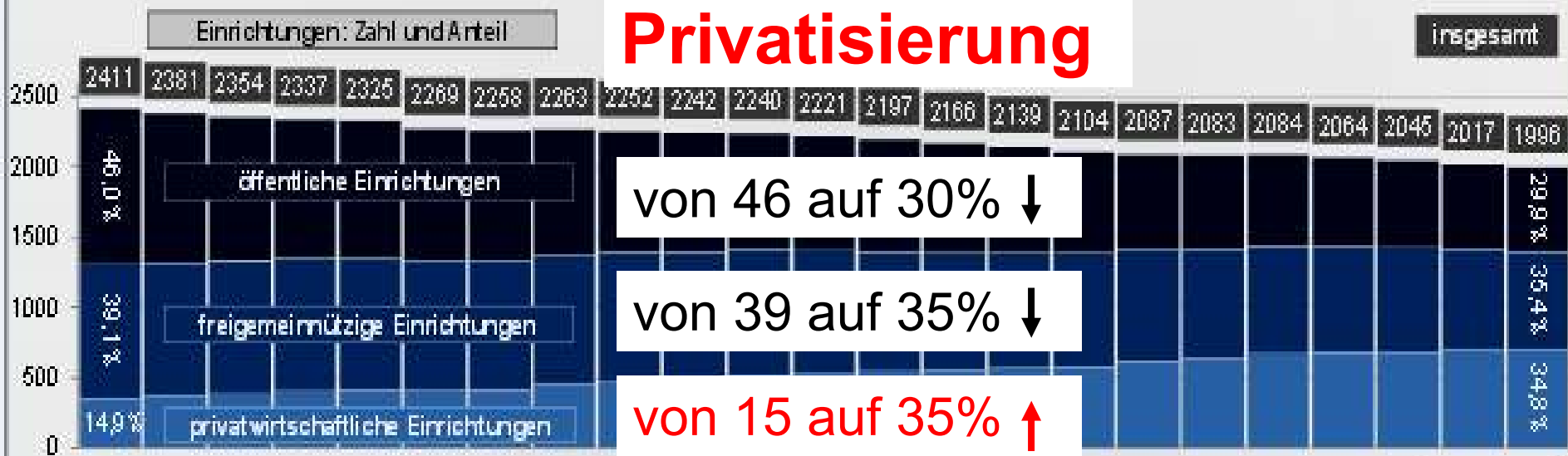
- Begünstigung technisch aufwändiger Prozeduren (ICPM-Katalog, Operationen, Eingriffe ...)

„Basisfallwert“

- Begünstigung reicher „Bundesländer“

# Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft 1991 - 2013

in % aller Einrichtungen und Betten und in absoluten Zahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2014), Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser

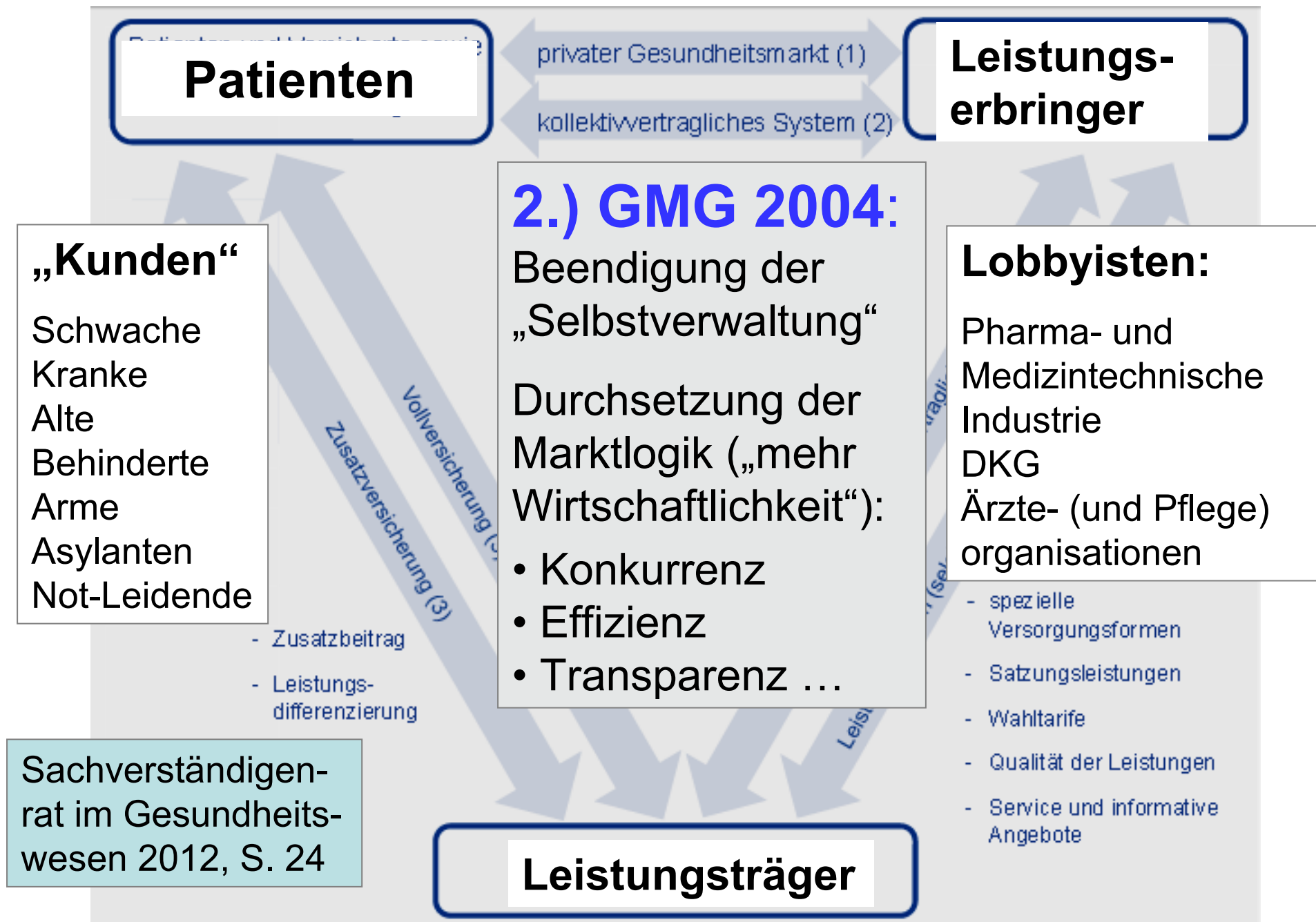


Abb. 1: Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen

# Zukunftstrend „Klinikwettbewerb ...“

„Der ultimative Erfolgsfaktor einer Wettbewerbspositionierung liegt im Bewusstsein einer fluiden Veränderungskultur“.

„Ärztliche Ethik im Umfeld moderner Betriebswirtschaft ist nur zu erhalten, wenn Manager auf Ärzte treffen, die mehr als medizinisch-naturwissenschaftliche Kompetenz besitzen.“

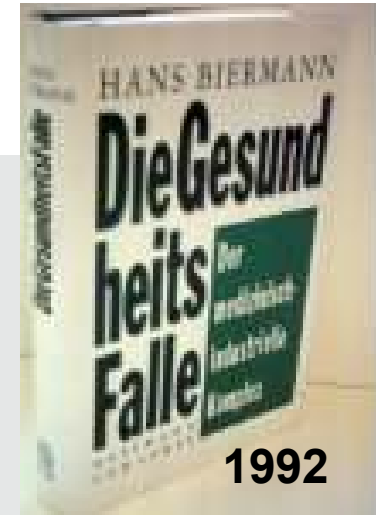


Klinikwettbewerb: Wie Ärzte zu Treibern werden – statt zu Getriebenen.  
Dtsch Arztebl 2015; 112(21-22): [2]

„Die innere Übernahme der Marktlogik durch Ärzte ....“ (Maio 2014)

# Kolonialisierung durch Lobbyisten

- „Einkauf“ medizintechnischer und Pharmafirmen sowie Sanitätshäuser in Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Wohngruppen ...
- Förderung von Selbsthilfegruppen, Studien und Kongressen durch Pharmafirmen (Sponsorship etc.)
- Privatisierung, Industrialisierung Medizinisch-Industrieller Komplex (Profitmaximierung)
- Anpassung der ärztlichen Indikation an Erlöse, Bonität und Rendite ...



# Kolonialisierungseffekte (Früchtel: Was Hilfe sozial macht. Impuls Nr. 66, 03/2013, S. 22)

## Aussonderung

- Zerschneiden natürlicher Beziehungen durch Spezialbehandlungen in Spezialeinrichtungen

## Standardisierung

- Erzwungene Aufsichtspflicht (Vorschriften, Assessments, Pflegestufe, Finanzierung) behindert Selbständigkeit

## Entwertung

- Erfahrungen, Kompetenzen und Wille Betroffener werden durch professionelle Diagnosekategorien, Hilfeplanung und Finanzierungssystem übergangen

## Individualisierung

- Aufopferungsvolle individuelle Förderung verdeckt strukturelle Mängel im Hilfesystem

# Stufenmodell der Ökonomisierung im Gesundheitswesen (nach Maio 2014, 22)

## Stufe 1

Autonomer  
Pol

## Keinerlei Kostenbewusstsein

Kostenerstattung problemlos; völlig autonomes Handeln der Akteure

## Stufe 2

## Verlustvermeidung als „Soll-Erwartung“

ansonsten autonomes Handeln der Akteure

## Stufe 3

## Verlustvermeidung als „Muss-Erwartung“

teilweise Beschneidung der Autonomie der Akteure

## Stufe 4

## Verlustvermeidung, kombiniert mit

**Gewinnzielen** Anpassen an Marktgängigkeit

## Stufe 5

Weltlicher  
Pol

## Gewinnerzielung als alleiniges Ziel,

Gültigkeit reiner Markgesetze

Nichtmedizinische Indikationen und Leistungen



# III Marktwirtschaft muss dem Sozial-/ Gesundheitswesen dienen!

Marktgesetze in der Medizin

**"Ein großer Irrtum"**

Die Gesetze des Marktes auf die Krankenversorgung anzuwenden war ein Fehler, sagt Medizinethiker Giovanni Maio. Er fordert von Ärzten, wieder den ganzen Menschen in den Blick zu nehmen.

ÄrzteZeitung  4.11.2012

*Ökonomisches Denken in der Medizin sei zwar wichtig, Ökonomie dürfe aber nur eine Dienerin der Medizin sein!*



*„Wir beobachten heute eine Kolonialisierung der Medizin durch die Ökonomie!“*

„Mit dem DRG-System werden chronisch Kranke, Multimorbide und Patienten, die schwer zu behandeln sind, systematisch exkludiert ...“

# Gesundheit – kein Geschäftsmodell!



## Grundlegendes Missverständnis:

- „Machbarkeit“ von Gesundheit
- „Gesundheit“ (Beziehung) und „Wirtschaft“ (Markt, Industrie) völlig unterschiedliche Systeme!
- Arzt kein „Unternehmer“, Patient kein „Kunde“
- Verlust von Heilkunst und Arzt-Patienten-Beziehung (Vertrauen)

Kolonialisierung und Verbetriebswirtschaftlichung der Medizin durch Gesundheitsindustrie (Rendite)!

# Fundamentaler Widerspruch (Maio 2014)

**Gesundheitswesen:** Teil des Sozialsystems unserer Gesellschaft.

- Ein Teil des Reichtums wird **zum Wohle aller** in das Gesundheitswesen investiert (Subsidiar- und Solidaritätsprinzip)

**Gesundheitsindustrie:** Teil des Wirtschaftssystem

- Kapitaleigner investieren und erwarten Rendite, **zum Wohle weniger.**
- Ergreift Besitz von der eigentlichen medizinischen Tätigkeit, gemessen am Bilanzgewinn

## **Invasive Heimbeatmung insbesondere bei neuromuskulären Erkrankungen**

Die Daten von 2010 gehen von einer Häufigkeit von 6,5/100.000 Einwohner aus, von denen ca. 12% invasiv über Trachealkanüle beatmet werden.

- steigende Zahlen ...
- **Für 10% der nicht entwöhnungsfähigen Patienten werden 50% der verfügbaren Intensivressourcen verbraucht.** (S3-Leitlinie NIV-Beatmung, 2008)

Spannungsfeld zwischen dem Überleben und der Lebensqualität einerseits sowie der u.U. nicht gewünschten Verlängerung des Überlebens andererseits.

# AOK Spitzenverband Pflege:

Ca. 20.000 kritisch chronisch  
**beatmungsbedürftige** Kranke (Tendenz  
steigend)

[von ca. 1 Mio neurologisch chronisch  
kranken „Behinderten“, A.Z.]

benötigen

- pro Jahr ca. 2 Mrd. EUR
- von 300 Mrd EUR Gesamtkosten für  
Gesundheit (2013)

# Außerklinische Intensivpflege mit Beatmung

Ungleichheit finanzieller Belastungen je nach **Versorgungstyp** (MDK-Kriterium):

## Beatmung im Pflegeheim

Kosten: 3.000-6.000 EUR pro Monat

Finanzielle Belastungen für Patienten/Angehörige:

ca. **2.000-3.000 EUR** pro Monat

## Beatmung zuhause oder in ambulanter Wohngemeinschaft

Kosten: 15.000-25.000 EUR pro Monat

ca. **900-1.000 EUR** pro Monat

## IV Was tun ... ?

- 1.) Dienst am Menschen (am not-leidenden, angewiesenen Anderen, Solidargemeinschaft) statt Wirtschaftlichkeit (Gewinn, Rendite, Marktlogik, Entsolidarisierung) in den Vordergrund stellen.
- 2.) Nicht durch marktlogische Fremdinteressen kolonialisieren lassen (Konkurrenz, Dumping)
- 3.) Kooperation mit teilhabeorientierten, sozialen Leistungsanbietern und „mit der neuen Bürgerhelferbewegung im dritten Sozialraum“ zum „Bürger-Profi-Mix“ entwickeln und nutzen (Dörner 2008).

- 4.) Ambulante Wohngemeinschaften für beatmete Intensivpflegebedürftige nicht als „Geschäftsmodell“ mißbrauchen, sondern für teilhabeorientierte Aktivitäten, „marktwirtschaftlich freie Zonen“ und soziale Durchgängigkeit nutzen („dort leben, wo ich hingehöre“).
- 5.) Den Druck nach „Verbetriebswirtschaftlichung“ in solidarische Energie für die Zusammenarbeit mit Angehörigen und die Beteiligung an bürgergemeinschaftlichen Aktivitäten umwandeln (Sozialraum, Teilhabe, Sinnggebung).
- 6.) „Nur unser **Bürger-Profi-Bündnis** weist allen Helfenden den Letzte-Chancen-Weg zur `Würde der Gesunden`“ (Dörner 2008).



# Wirtschaftlichkeitsfreie Aktivitäten „Social Return on Investment (SROI)“

## Herr Denkamp fährt ans Meer

**MEDIZIN** Klinik erfüllt Patientenwunsch:  
Einmal noch die Nordsee sehen



NWZ vom 25.11.2014

Meerblütige Patient Rudolf Denkamp in Dangast mit Tochter Nicole Münchhoff und Lebensgefährtin Petra Heins.

REDAKTION: KLINIKUM DANGAST

# Ethischer Imperativ (Maio 2014)

Der soziale Auftrag der Medizin gebietet es, der Medizin Vorrang vor der Ökonomie zu geben:

- Die Vertrauensbasis der Arzt-Patient-Beziehung darf nicht zur wunscherfüllenden Dienstleistung verkommen.
- Der bedingungslose Dienst am not-leidenden Menschen, der verletzlich und auf andere angewiesen ist, muss im Vordergrund stehen, damit das Solidarsystem nicht außer Kraft gesetzt wird!

Die Krise der modernen  
Medizin ist keine finanzielle,  
sondern eine geistige!

Hess & Hess-Cabalzar, In:  
„Menschenmedizin“ 2001