

Für eine Medizin der Zuwendung

Interview mit Giovanni Maio

von Petra Weiß

Professor Dr. med. Giovanni Maio studierte Medizin und Philosophie in Freiburg, Straßburg und Hagen. Seit 2005 ist er Professor für Bioethik, seit 2006 Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin. Er berät die Deutsche Bischofskonferenz sowie die Bundesregierung und die Bundesärztekammer. Seine zahlreichen Veröffentlichungen befassen sich mit ethischen Fragen wie dem Spannungsfeld von medizinischem Personal zwischen Leistungserbringung und Sorge um den anderen. Er wird beim Kongress der GfBK im Mai 2019 über Zuwendung in der Medizin sprechen.

Lieber Herr Professor Maio, Sie gelten als einer der führenden Medizinethiker unserer Zeit. Wie geht es Ihnen mit diesem Titel? Und wie sind Sie dazu gekommen, sich mit der Ethik in der Medizin so intensiv auseinanderzusetzen?

Oh je! Unwohl fühle ich mich, wenn Sie mir so einen Titel zudenken, der mir gar nicht zusteht. Mein Anliegen ist es eher,

kleine Brötchen zu backen und den vielen Problemen, mit denen die Heilberufe konfrontiert sind, mit Sorgfalt und Geduld auf den Grund zu gehen. Mich hat meine eigene klinische Zeit als Internist sehr geprägt, weil ich auf diese Weise in jungen Jahren mit existenziellen Fragen konfrontiert wurde, die ich unbedingt vertiefen wollte – und so bin ich Ethiker geworden.

*Vereinfacht gesprochen befasst sich Ethik mit dem menschlichen Handeln und bewertet es unter moralischen Gesichtspunkten. Ich erinnere mich an die Diskussionen im Ethik-Unterricht zu dem Kategorischen Imperativ von Kant. Übertragen wir seine Sichtweise auf unser Medizinsystem, müsste ein Klinikchef allen Patient*innen gegenüber so handeln, wie er es für sich selbst richtig fände, wenn er in seinem eigenen Krankenhaus läge?*

Nun, Kant hat mit dem Kategorischen Imperativ gerade das Absehen von den eigenen Wertvorstellungen und Vorlieben gefordert. Als Klinikchef hätte man nach Kant die Aufgabe, jeden Menschen als Selbstzweck zu sehen, ihn also in seiner Unverwechselbarkeit und Besonderheit anzuerkennen. Wenn wir krank wären, würden wir uns doch wünschen, dass wir

nicht als ein typischer Fall gesehen werden, sondern als Individuum, das zwar eine verobjektivierbare Krankheit hat, die aber ein subjektives Krankheitsempfinden auslöst. Der Chef müsste also von der Krankheit viel wissen und zugleich sich für den Patienten oder die Patientin als Individuum interessieren.

Wie kommt es dazu, dass im medizinischen Alltag wirtschaftliche Belange der Praxen und Kliniken gegenüber den Bedürfnissen der kranken Menschen Priorität haben? Man könnte fast schon sagen „Erlöse statt Erlösung“ ...

Das ist grundsätzlich ein strukturelles Problem. Wenn die Kliniken durch die Umstellung auf die DRGs (Anmerkung der Redaktion: System zur Abrechnung von Fallpauschalen) automatisch zu Wirtschaftsbetrieben umfunktioniert werden, die sowohl für Ausgaben als auch für Einnahmen Verantwortung übernehmen, dann ist das eine Kapitalisierung der Heilberufe. Sie werden dazu angehalten, nur das zu tun, was sich rentiert. Das System ist es also, das die Ärzte in die Situation einer moralischen Dissonanz führt: Sie werden gezwungen, das Wohl des Patienten genauso zu gewichten wie die Bilanzen – und das hätten die politischen Entscheider nicht zulassen dürfen. Ärzte brauchen die Freiheit, sich ganz frei für das zu entscheiden, was dem Wohl des Patienten dient, ohne dabei auf die Erlössituation zu schießen. Stattdessen werden die Maßnahmen der Ärzte im gegenwärtigen System nicht primär danach beurteilt, was sie für den Patienten bewirken, sondern danach, was sie für die Bilanzen bedeuten. Das Handeln der Ärz-



© Silke Wernet

te wird automatisch unter ein ökonomisches Tribunal gestellt, und dieses Tribunal ist einfach das falsche. Das Können der Ärzte ist allein für die Patienten da und nicht dafür, aus diesem Können Kapital zu schlagen.

*Wie steht es eigentlich um den viel gepriesenen Hippokratischen Eid bzw. um dessen „Nachfolger“, das Genfer Gelöbnis? Das oberste Anliegen eines Arztes oder einer Ärztin soll demnach die Gesundheit bzw. das Wohlergehen der Patient*innen sein. Das geloben Mediziner bei ihrer Ehre. Im Medizinstudium und im Klinikalltag steht diese Absicht in Konkurrenz zu ganz anderen Werten. Wie sollen die Student*innen diesen Widerspruch balancieren?*

Diese Konkurrenz darf es schlichtweg nicht geben. Medizin definiert sich über die Zielsetzung am Wohl des Patienten, und dieses Ziel ist nicht verhandelbar. Wenn die Strukturen und die Anreize so sind, dass die Ärzte sich jeden Tag neu entscheiden müssen, ob sie das Wohl des Patienten oder das finanzielle Wohl des Klinikums verfolgen sollen, dann ist das eine moralische Dissonanz, die den Ärzten nicht zugemutet werden dürfte. Das System muss die Ärzte unterstützen, die sich um die Patienten kümmern, und nicht jene, die ihre Arbeit ohne echtes Engagement für den kranken Menschen verrichten. Einen anderen Maßstab für ärztliches Tun darf es nicht geben. Wenn die Ärzte danach bewertet werden, ob sie eine Steigerung der Eingriffszahlen oder der durchgeschleusten Patienten vorweisen können, dann haben diese Kriterien nichts mit der Zielsetzung ärztlichen Handelns zu tun. Ärzte therapieren nicht, um damit die Erlöse in den Kliniken zu sichern, sondern weil die Not des Patienten eine Behandlung notwendig macht.

Wie ist Ihre Zukunftsversion von unserem Medizinsystem? Womit müssen wir uns Ihrer Ansicht nach abfinden und was kann man optimieren?

Wir brauchen ein Medizinsystem, das anerkennt, dass der Staat nicht umsonst so viel in die Ausbildung der Ärzte investiert, damit diese eine eigene Professionalität erlernen, auf dem Boden derer sie den Patienten am besten helfen können. Medizin hat die Aufgabe, eine Antwort auf die Not der kranken Menschen zu finden. Diese Antwort erfordert einen verständigungsorientierten Ansatz von Medizin und keinen rein verobjektivierenden, der aus dem Patienten einen bloßen Symptomträger macht. Ohne das Gespräch mit dem Patienten wird man nichts verstanden haben von seinem Problem; daher muss Medizin beides tun: verobjektivierende Daten sammeln und sich zugleich für die Person interessieren, die von einer Krankheit betroffen ist. Das System wertschätzt die zwischenmenschlichen Aspekte in der Medizin nicht angemessen. Das führt zu einer unpersönlichen Fließbandmedizin, die kein Mensch will und die nicht wirklich hilfreich ist. Daher brauchen wir ein Medizinsystem, das auch der Zwischenmenschlichkeit und der verständigungsorientierten Arbeit der Ärzte genüge tut. Es gibt nichts, womit man sich abfinden muss, weil wir es sind, die die Medizin ausgestalten. Daher existieren keine naturgegebenen Sachzwänge, sondern immer nur menschliche Entscheidungen, die eben auch kritisch hinterfragt werden dürfen. Wir sollten der Professionalität der Ärzte neues Gehör verschaffen, denn wenn es um solch komplexe Probleme geht wie das Krankgewordensein, dann ist man auf die Fähigkeit des Arztes angewiesen, Komplexität anzuerkennen und sie professionell zu bewältigen. Mit einem schmalspurigen Reparatteur kann sich niemand zufriedengeben. Daher sollte die



© Silke Wernet

Politik die Entscheidungshoheit den Ärzten zurückgeben. Alle nichtärztlichen Steuerungsversuche bedeuten eine sukzessive Deprofessionalisierung der Ärzteschaft, und das kann nun wirklich nicht im Interesse der Patienten, der Ärzte oder der Allgemeinheit liegen.

Herzlichen Dank, lieber Professor Maio, für Ihre substanziellen Antworten.

Kontakt

Lehrstuhl für Medizinethik
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Stefan-Meier-Straße 26
79104 Freiburg i.Br.
E-Mail: maio@ethik.uni-freiburg.de

Zum Weiterlesen

Maio G. Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege. Schattauer (2017)
Maio G. Werte für die Medizin. Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen. Kösel (2018)