

Volker Volkholz

Zur Notwendigkeit der Rationalisierung ärztlicher Tätigkeit

I. Zur Reproduktion benötigt der Lohnabhängige eine bestimmte stoffliche Proportion der Waren, wie Wohnung, Nahrung, Kleidung, Gesundheitsdienste, etc. Als einzelner Warenbesitzer, der nur über die eigene Ware Arbeitskraft verfügt, ist er von allen anderen Warenbesitzern stofflich abhängig. Die benötigten Produkte erhält er als Waren, die er vermittels des Lohnes als entsprechende Teilquanten des Preises seiner Arbeitskraft kauft. Die Vermittlung der stofflichen Abhängigkeit aller durch abstrakte Arbeit und ihr Geldäquivalent macht die Reproduktion der Arbeitskraft zur privaten Angelegenheit des einzelnen Lohnabhängigen. Die Vermittlung von Konsumtion und Reproduktion der Arbeitskraft erfolgt also im Tausch, hierin mitenthaltend ist freilich zugleich die Trennung in eine einander gleichgültige Beziehung.

Die verkaufte Arbeitskraft ist von ihrem Besitzer nicht abtrennbar. Mit dem Verbrauch der Arbeitskraft wird auch ihr Träger vernutzt. Der Produktion von Mehrwert ist die immanente Tendenz des übermäßigen Verbrauchs der Arbeitskraft eigen, einschließlich der hierdurch gesetzten Verunmöglichung ihrer Reproduktion. Sofern in einem solchen Fall der nächste Kaufkontrakt mit einem anderen Warenbesitzer von Arbeitskraft abgeschlossen werden kann, ist dies dem Kapital gleichgültig. Erst in der Gefährdung des Arbeitsvermögens schlechthin ist das Kapital genötigt, sich um seiner eigenen weiteren Existenz willen Beschränkungen in der Konsumtion und Ordnungen in der Reproduktion der Arbeitskraft aufzwingen zu lassen. In diesem Prozeß nehmen Gesundheitsdienste keine besondere Stellung ein. Sie sind in dem arbeitsteiligen Gesamtprozeß als ein stoffliches Produkt unter *vielen* erforderlich und müssen wegen der Vermittlung aller stofflichen Produkte durch Geld in Geld erwerbbar sein. Ob die Produktion der Gesundheitsdienste als kapitalistische Warenproduktion oder als einfache Warenproduktion auf Basis der kapitalistischen Produktionsweise beruht, ist unter den hier betrachteten Gesichtspunkten gleichgültig. Entscheidend ist, daß sie in Geld erwerbbar sind, ausgeschlossen sind also naturalwirtschaftliche Tauschverhältnisse. Die alltägliche Form der Reproduktion des Verhältnisses von Lohnarbeit und Kapital vorausgesetzt, ist die empirische Form der Organisation des ärztlichen und pflegerischen Arbeitsprozesses für das Kapital von keinem besonderen Interesse. Die herausragende Bedeutung, die dem Gesundheitssystem häufig zugemessen wird, beruht auf der empirisch-phänomenologischen Verkopplung von Krankheit und Gesundheitssystem, wobei dann die beiden relevanten Folgen von Krankheit: Unmöglichkeit des Verkaufs der Arbeitskraft und Notwendigkeit des Kaufs von Gesundheitsdiensten nicht zureichend auseinander gehalten werden.

Führt Krankheit zur Verunmöglichung von Lohnarbeit, so sieht sich der Lohnabhängige samt Angehörigen sämtlicher Subsistenzmittel beraubt. Er kann dann eben nicht nur keine Gesundheitsdienste, sondern auch keine Nahrungsmittel, Kleidung etc. kaufen; also ist die Schaffung gesellschaftlicher Vermittlungsinstanzen für diese Fälle vonnöten.

Die auf Basis der kapitalistischen Produktionsweise entstandenen Krankenversicherungssysteme leisteten zweierlei: Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, also Zurverfügungstellung allgemeiner Subsistenzmittel, und Finanzierung von ärztlichen Dienstleistungen.

Zum Zeitpunkt der Genese der Krankenkassen war die erste Funktion quantitativ wichtiger als die zweite. In der historischen Entwicklung der Krankenversicherungssysteme ist zu beobachten, daß diese beiden Funktionen zunehmend differenziert gehandhabt und dann auch institutionell verschieden geregelt wurden. Seit der Verabschiedung des Lohnfortzahlungsgesetzes in der BRD gehört die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in der Regel nicht mehr zu den Leistungen der Krankenkassen. Die eindeutige Zuordnung von Krankenkassen und Gesundheitssystem ist also erst seit einigen Jahren gerechtfertigt. Indem im Regelfall die Funktion der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für die Krankenkassen wegfällt und in der BRD eine 100 %ige Lohnfortzahlung besteht, wird die zweite Funktion als Problem deutlicher: Warum sind für die Versorgung mit Gesundheitsdiensten und -waren besondere Zirkulationsinstanzen erforderlich?

Die Ursache hierfür ist in den Produktivitätsunterschieden zwischen warenproduzierender Industrie und der Erstellung ärztlicher Dienstleistungen zu suchen. Dienstleistungen allgemein — zu denen auch die ärztlichen Tätigkeiten zählen — sind durch die relative Gleichzeitigkeit von Produktion und Konsumtion gekennzeichnet; Dienstleistungen können nur im Akt ihres Verbrauches erstellt werden. Anders hingegen bei der Güterproduktion:

Produktion und Konsumtion sind verschiedene Akte, die Produktion erfolgt ohne Anwesenheit des Verbrauchers, braucht also auch auf ihn keine Rücksicht zu nehmen, schließlich sind auch Produkt und Produzent mehr oder weniger voneinander getrennt. Diese Unterschiede ermöglichen die Entwicklung vielfältiger innerbetrieblicher und gesellschaftlicher Arbeitsteilungen, die Übertragung von Arbeitskraft auf die Maschinerie, kurz die Durchsetzung wachsender Arbeitsproduktivität.

Der vergleichsweise geringen Produktivität von ärztlichen Dienstleistungen ist es geschuldet, daß zur Behandlung von Krankheiten mehr Arbeitskraft und damit auch Lohn erforderlich ist als für die Erstellung anderer lebensnotwendiger Waren. Im durchschnittlichen Warenkorb eines Arbeitnehmers finden daher Krankheiten keinen Platz, nicht weil sie seltener als andere Lebensmittel „ausgegeben werden“, sondern weil sie wesentlich teurer sind, so daß sie von alltäglich verfügbarem Lohn nicht bezahlt werden können. Für die häufig zu beobachtende relative Sonderstellung von Gesundheitsdiensten in kapitalistischen Ländern ist also nicht so sehr die Krankheit sondern der Produktionsprozeß der ärztlichen Dienstleistungen verantwortlich.

Bis kurz in die Gegenwart ist die vergleichsweise geringe Arbeitsproduktivität von Dienstleistungen, also auch der ärztlichen Dienstleistungen, als relativ naturgegebene Tatsache hingenommen worden. Solange der ärztliche Arbeitsprozeß kaum als rationalisierbar gilt, ist es auch relativ gleichgültig, wie er organisiert wird: ob Freiberuflicher, Angestellter, Beamter, ob in der Praxis, dem Krankenhaus oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ökonomisch bedeutsam werden die unterschiedlichen empirischen Organisationsformen der Gesundheitssysteme verschiedener Länder erst, wenn durch sie unterschiedliche Ergebnisse erzielbar sind, was aber wiederum an die Rationalisierung von Dienstleistungen gebunden ist.

In dem Maße jedoch, wie Dienstleistungen allgemein und ärztliche und pflegerische Dienstleistungen im besonderen für rationalisierbar gehalten werden, entfällt diese Toleranz; d. h. es erfolgt eine Angleichung an diejenigen Organisationsformen, die eine Steigerung der ärztlichen Arbeitsproduktivität begünstigen.

II. In der BRD werden Krankenversicherungsbeiträge erhoben. Während Steuern Abzüge von Lohn und anderen Einkommensarten sind, ohne daß hierauf ein spezifischer Anspruch auf Gegenleistung besteht, sind Beiträge auf bestimmte Gegenleistungen festgelegt. Es gilt also das Äquivalenzprinzip: je höher die Beitragsleistung, desto höhere Gegenleistungen. In der Krankenversicherung wird diesem Prinzip einmal durch die Beitragsbemessungsgrenze und zum anderen durch das gegliederte Krankenkassenwesen Rechnung getragen. Durch die Beitragsbemessungsgrenze ist festgelegt, bis zu welcher Höhe des Gehaltes der prozentuale von-Hundert-Satz berechnet wird. Lohnabhängige mit Gehältern, die über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, haben also einen geringeren prozentualen Krankenversicherungsbeitrag zu zahlen als die anderen.

In der BRD bestehen verschiedene Krankenkassenformen. Zu diesen gehören u. a. die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Privatkrankenkassen. In grober, aber deutlicher Weise repräsentieren diese Krankenkassen die Gliederung der Lohnabhängigen nach Lohn- und Gehaltsgruppen dergestalt, daß in den Ortskrankenkassen vorwiegend durchschnittlich verdienende, in den Ersatzkrankenkassen besser verdienende und in den Privatkrankenkassen die meist verdienenden Lohnabhängigen vertreten sind. Akademiker sind überwiegend in den Ersatzkrankenkassen versichert. Aus dieser Differenzierung der Lohnabhängigen ergibt sich für die Ersatz- und Privatkrankenkassen: entweder sie bieten geringere Tarife oder aber höhere Leistungen.

Empirisch zu beobachten ist, daß Ersatz- und Privatkrankenkassen den niedergelassenen Ärzten für dieselbe medizinische Leistung höhere Beträge als die Ortskrankenkassen zahlen. Gegenüber dem Versicherten besteht dann die höhere Leistung in einer bevorzugten Behandlung durch den Arzt. Für den Arzt folgt hieraus einfach, sich dort niederzulassen, wo viele Ersatzkassenmitglieder wohnhaft sind. Die räumliche Verteilung der Lohnabhängigen ergibt unterschiedliche Durchschnittsniveaus an Lohnrevenue. Einmal sind Entwicklungsstand und ökonomische Struktur der Regionen recht verschieden, zum anderen sind die Wohngebiete einer Region durchaus nicht gleichmäßig mit verschiedenen Lohn- und Gehaltsgruppen durch-

mischt; es sind ebenfalls unterschiedliche Niveaus zu beobachten. Ärzte, die in Arbeitervierteln oder auf dem Land arbeiten, erzielen entweder geringere Honorare oder aber müssen wesentlich mehr arbeiten.

Die Form der Organisation der Krankenversicherung sichert zwar eine Krankenversorgung für alle, in Belastung und Leistung werden jedoch die durch die kapitalistische Produktionsweise gesetzten Ungleichheiten unter den Lohnabhängigen in das Gesundheitssystem transformiert. Die Weitergabe dieser Ungleichheiten an die Ärzte fungiert nicht nur als ein regionales Steuerungsprinzip, sondern sortiert auch Lohnabhängige und Ärzte nach unterschiedlichen Interessengruppen. Die Figur des Privatpatienten ist ein Beispiel für das materielle Interesse von Teilen der Lohnabhängigen am Status quo des Gesundheitssystems. In der unterschiedlichen Einkommenshöhe ist eine wesentliche Ursache für die lokal und regional ungleiche Verteilung der Ärzte zu sehen. Simplerweise verfügen Regionen mit höherem Durchschnittseinkommen über mehr gesellschaftliche Einrichtungen, kulturellen Komfort und häufig auch höheren Wohnwerten als Regionen mit niedrigeren Einkommensniveaus, woraus dann auch bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte (Krankenhäuser, Kollegen) resultieren. Es ist ziemlich gleichgültig, ob auf die erzielbare Geldmenge oder deren in Geld erworbenen Warenäquivalente abgestellt wird, der eine Aspekt impliziert den anderen.

III. Für die weitere Diskussion ärztlicher Dienstleistungen ist nun die empirische Struktur des ärztlichen Arbeitsprozesses selbst von Bedeutung. Durch Rechtsetzungen sind faktisch sanktioniert:

- die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung,
- die Nachordnung von werksärztlicher und öffentlicher Gesundheitsdienstversorgung gegenüber insbesondere der ambulanten Versorgung,
- das Hierarchieprinzip im Krankenhaus.

Beabsichtigtes Resultat dieser Strukturen ist es, daß das Gesundheitssystem in der BRD nur zwei vollständige Arztpositionen kennt: den niedergelassenen Arzt und den Chefarzt. Gemessen an soziologischen Beurteilungskriterien wie fachliche Autonomie, Einheit von Diagnose und Therapie, Prestige und Einkommen sind gegenüber diesen beiden Positionen alle anderen ärztlichen Positionen mindestens in der einen oder anderen Hinsicht defizitär. Dies gilt sowohl für die nachgeordneten Krankenhausärzte, die in noch nicht endgültiger Stellung fungieren, als auch für Ärzte im Betrieb und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Diese sind zwar in endgültiger Stellung tätig, erfüllen aber nicht die Kriterien einer vollständigen Arztposition. Durch diese strukturell erzeugte positionale Nachordnung ist das Defizit an Ärzten in diesen Bereichen zu erklären. Unzureichende arbeits- und sozialmedizinische Ausbildungsmöglichkeiten an den Universitäten sind eher als Sanktionierung dieses Zustandes denn als Ursache der Misere zu werten. Die Verteilung der Ärzte auf verschiedene ärztliche Teilprozesse ist also aus der Struktur des Gesundheitssystems und der vom gesellschaftlichen Gesamtsystem zugebilligten Dominanz des niedergelassenen Arztes und des Chefarztes bestimmt. Empirische Untersuchungen über Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst oder in Betrieben werden erweisen, daß diese nur sehr bedingt über ein durch ihren Arbeitsprozeß

geprägtes Selbstbewußtsein verfügen. Die strukturelle Dominanz der niedergelassenen Ärzte und Chefärzte führt zu Bewußtseinsformen, die sich an diesen dominanten Strukturen orientieren.

Es ist ein zirkulärer Prozeß: weil diese Teilsysteme des ärztlichen Gesamtarbeitsprozesses den niedergelassenen Ärzten so überaus deutlich nachgeordnet sind, verfügen sie über keine äquivalenten Positionen. Weil sie über keine äquivalenten Positionen verfügen, können nicht einmal die verbliebenen Kompetenzen realisiert werden. Und weil dies so ist, werden insbesondere neue Aufgaben den dominierenden ärztlichen Teilarbeitsprozessen zugeschlagen. Damit fängt der beschriebene Prozeß auf höherem Niveau von vorne an.

Angesichts dieser Struktur ist der vermehrte Zunahme von Krankenhausärzten nur begrenzte Bedeutung zuzumessen. Unabhängig von der subjektiven Einstellung der Ärzte selbst: das Krankenhaus verfügt nicht über hinreichend viele adäquate lebenslängliche Positionen, um allen Ärzten ein Verbleiben im Krankenhaus zu ermöglichen. Auf diesem Hintergrund wird der materielle Gehalt der von etlichen Ärzten erhobenen Forderung nach Demokratisierung des Krankenhauses deutlich: Der Abbau einer ausgeprägten Hierarchie bedeutet die Schaffung adäquaterer lebenslänglicher Positionen. Die Besetzung einer Facharztsparte richtet sich danach, wie viele Krankenhausstellen verfügbar sind und welche Chancen einer endgültigen Berufsstellung bestehen. Von daher gibt es genügend Internisten und chronisch zu wenig Chirurgen. Die Kombination von gegliedertem Krankenkassenwesen und der strukturellen Dominanz der niedergelassenen Ärzte kann auch zur Erklärung der Gliederung in Fachärzte und Allgemeinpraktiker herangezogen werden. Die ärztliche Gebührenordnung begünstigt die Fachärzte, darüber hinaus haben diese einen höheren Anteil an Privatpatienten und vergleichsweise bessere Arbeitsbedingungen. In ökonomischer Hinsicht ist also die Wahl: Facharzt in niedergelassener Praxis bei entsprechender Standortwahl, empfehlenswert. Die Kombination dieser Mechanismen trägt zur Erklärung der kontinuierlichen Steigerung des Anteils der Fachärzte an der Gesamtzahl der Ärzte in den 60er Jahren bei.

Die Kombination von gegliedertem Krankenkassenwesen, struktureller Dominanz der niedergelassenen und der Chef-Ärzte führt also zu gleichsinnigen Prozessen mit den Ergebnissen der zu geringen Anzahl an Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in den Betrieben und der kontinuierlichen Steigerung des Anteils an Fachärzten.

IV. Dieses Argumentationssyndrom impliziert einige weitere Hypothesen, die grundsätzlich einer empirischen Überprüfung zugänglich und für die Arzt-Patient-Beziehung von einiger Bedeutung sind. Zunächst ist auf eine Tendenz aktualisierter Statusfurcht unter den Ärzten zu verweisen.

Unter der Voraussetzung des strukturellen Status quo des bundesrepublikanischen Gesundheitssystems ist zu erwarten, daß der in den 60er Jahren zu beobachtende Rückgang an Abgängen von Krankenhausärzten in die Arztpraxis nicht anhalten wird. Möglicherweise klagen dann die Krankenhäuser über zu wenig Ärzte. Dieser Tendenzumschwung wird durch die zu geringe Zahl attraktiver Lebensstellungen im Krankenhaus

erzwungen. So können niedergelassene Ärzte und Chefärzte an einer Demokratisierung des Krankenhauses nicht interessiert sein. Ein solcher Prozeß, in dessen Vollzug eine durchschnittliche lebenslängliche Tätigkeit am Krankenhaus durchgesetzt würde — u. a. über den Prozeß der Verallgemeinerung von leitenden Arztstellen — wäre das Ende der bislang dominierenden ärztlichen Strukturen.

Diese und andere bereits aufgeführte Prozesse nötigen zu dem Ergebnis, daß die Verteilungsmechanismen von ärztlichen Arbeitskräften auf die verschiedenen Glieder des ärztlichen Gesamtarbeiters nicht so hinreichend funktionieren, um eine kritische Erörterung der Organisation des ärztlichen Arbeitsprozesses gegenstandslos zu machen.

Prozesse der Statusgefährdung — sei es wie früher häufiger durch eine vermeintliche oder tatsächliche Arztschwemme, sei es durch Verteilungsdisproportionen, nötigen die Ärzteverbände sowohl die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu behaupten als auch neu anfallende Aufgaben in das Gesundheitssystem zu zwingen zu versuchen.

Diese können wohl am besten mit der Tendenz zur Polarisierung in der ärztlichen Tätigkeit bezeichnet werden. Statt einer Versöhnung von ärztlicher Tätigkeit als angewandter medizinischer Wissenschaft und dem Diskurs über physisch-psychisch veranlaßte Fragen der Lebensführung treten beide auseinander, spezialisieren sich nach ihren eigenen Regeln. So ist neben der Zunahme von Fachärzten zu erwarten, daß sich zunehmend mehr Allgemeinmediziner um quasi-fachärztliche Leistungen bemühen, u. a. dürfte so aus dem Allgemeinmediziner ein quasi-Facharzt für innere Krankheiten werden; ferner, daß andere niedergelassene Ärzte sich auf Kommunikation spezialisieren.

Beide Tendenzen haben ihre gemeinsame Ursache in der geringen Leistungskapazität von Formen relativ isolierter Arbeit, aber auch in der Überforderung ärztlicher Tätigkeit durch in Anspruch genommene und zugestandene Kompetenzen sowie in der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft.

Dort wo auf ärztliche Leistungen naturwissenschaftlicher Provinienz gesetzt wird, sind Prozesse zunehmender Rationalisierung ärztlicher Tätigkeit zu verzeichnen; ermöglicht einmal durch Systematisierungstendenzen in der medizinischen Wissenschaft, zum anderen beschleunigt durch das erreichte Einkommensniveau.

Bei der Rationalisierung von ärztlichen Dienstleistungen wird häufig auf die durch die Verschiedenheit der Individuen gegebenen Schranken verwiesen. Die zu verzeichnenden Rationalisierungsschritte verweisen jedoch auf eine andere Schwierigkeit: Rationalisierung verlangt reproduzierbare Techniken, Verfahren, die ihrerseits eine Systematisierung der zugrunde liegenden wissenschaftlichen Einsichten voraussetzen. Rationalisierung in der ärztlichen Tätigkeit ist also an den Ablösungsprozeß von kasuistischen Kenntnissen zu nicht-spekulativem theoretischen Wissen gebunden. Auf diesem Hintergrund erhellt sich auch die Mehrdeutigkeit des ärztlichen Gesprächs — soweit sie durch die Ärzte zu verantworten ist. Die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs als Diskurs ist zu einer Zeit geschaffen worden, als erfolgreiche praktische Tätigkeit noch gering zu veranschlagen

war; sie ist beibehalten worden — als zweites Standbein gewissermaßen — so lange Erfolg als dauerndes Ereignis noch unsicher war.

Was nun die Notwendigkeit der Rationalisierung ärztlicher Tätigkeit infolge des erreichten Einkommensniveaus angeht, so ergibt sich diese als Versuch, folgendem Dilemma zu entgehen: die ärztliche Arbeitskraft hat ihre zeitlich-physischen Schranken. Bei gegebenem Niveau der Arbeitsproduktivität und bei gegebenem Fehlwert erbrachte Leistungen wird das Ausweichen in die Zahl der Fälle irgendwann zur Unmöglichkeit. Wird davon ausgegangen, daß Preissteigerungen ärztlicher Dienstleistungen zwar stattfinden, jedoch auch ihre Obergrenze haben, so werden Rationalisierungsanstrengungen unausweichbar; attraktiv werden sie, wenn mit ihnen ein Wechsel von weniger zu höher bezahlten Tätigkeiten möglichst ohne zusätzlichen Zeitaufwand verbunden ist.

Entgegen naheliegenden Vorstellungen besteht die Logik der Rationalisierung hier nicht in der Verbilligung von Dienstleistungen, sondern in der Stabilisierung von hohem Einkommensniveau im Zeitablauf. Abgesehen von hierdurch induzierten Kostensteigerungen besteht das rationale Moment dieser Entwicklung in der Entkleidung aller überflüssig gewordenen Zeremoniells — ärztliche Tätigkeit wird zu reiner ökonomischer Dienstleistung.