

Das System droht zu entgleisen

Das Deutsche Ärzteblatt hat in diesem Jahr das Thema Ökonomisierung in mehreren Beiträgen aufgegriffen (www.aerzteblatt.de/wettbewerb).

In diesem Essay beleuchtet der Autor Paul U. Unschuld Ursache und Folgen.

Als vor einigen Jahren zumeist junge Ärztinnen und Ärzte in mehreren deutschen Städten auf die Straßen gingen, lautstark gegen ihre Arbeitsbedingungen protestierten und Plakate in die Luft hielten, auf denen unter anderem zu lesen war „Ulla, dann operier doch selbst!“, musste die politische Naivität der Demonstranten überraschen. Da äußerten sich Universitätsabsolventen, die offensichtlich der Meinung waren, einzelne Politiker seien für die Entwicklung unseres Gesundheitswesens verantwortlich und könnten, wenn sie denn nur wollten, das Ruder herumreißen und eine Reform unseres Gesundheitswesens einleiten, die wieder zu vernünftigen und erträglichen Arbeitsbedingungen führt.

Führen wir uns nur die Reihe der Gesundheitsminister vor Augen, vor Augen, die in den vergangenen Jahren in der Bundesrepublik „Gesundheitspolitik gemacht“ haben. Das waren Männer und Frauen der unterschiedlichsten Weltanschauungen; alle waren vertreten: SPD (Lieselotte Funke, Ulla Schmidt), CDU (Heiner Geißler, Hermann Gröhe), CSU (Horst Seehofer), Grüne (Andrea Fischer) und FDP (Phillip Rösler, Daniel Bahr) keiner dieser Männer, keine dieser Frauen, denen das Gesundheitsministerium anvertraut war, hat irgendwelche grundlegenden Kurswechsel bewirken können oder wollen, die dauerhaft im Gedächtnis geblieben wären - ungeachtet rhetorischer Eskapaden, die von ausgesprochener Feindschaft der ärztlichen Berufsfreiheit gegenüber bis hin zu der vollmundigen Unterstützung dieses Idealzustands reichten.

Tatsächlich ist es müßig, an die Gesundheitspolitik Forderungen zu stellen, den großen Gang der Dinge zu beeinflussen. Kleinigkeiten - ja, da lässt sich das eine oder andere Rädchen drehen. Budgetierung, Bedarfsplanung, et cetera, das sind alles Marksteine, die mit einem politischen Wechsel an der Spitze nicht richtungsändernd versetzt wurden - die Entwicklung hin zu der, wie es nun weithin lautet, „industriellen Gesundheitswirtschaft,“ setzt sich fort, gleichgültig wer am Ruder steht. In dieser Entwicklung ist den Ärztinnen und Ärzten (wie anderen Gesundheitsberufen auch) und den Patienten eine historisch neuartige Rolle zugewiesen: Sie sollen nun Dienstleister und Kunden sein. Diagnose, Therapie und auch Prävention von Kranksein werden zunehmend dem Diktat einer Industrialisierung der Abläufe und der Strukturen unterworfen.

Der Konflikt des Übergangs in diese neue Dimension unseres Gesundheitswesens mit althergebrachten Auffassungen vom Arzt-Patienten-Verhältnis und von der Bedeutung ärztlicher Kompetenz ist allorten spürbar. Da gibt es die eine oder andere Ärztegruppierung, die entschieden Korrekturbedarf fordert, da finden unzählige Konferenzen, Verlautbarungen, Ansprüche mit gleichem Ziel statt, aber der Rückweg in die Vergangenheit ist Illusion. Die Dynamik der Ereignisse findet auf einer schiefen Ebene statt, auf der die Bewegung nur in einer Richtung erfolgen kann.

Tatsache ist: Der Kurs im Allgemeinen wird durch Einwirkungen bestimmt, die schon seit langem außerhalb der Einflussnahme nationaler Politik liegen. Da ist das Gesundheitswesen dem Bildungswesen und anderen Facetten einer modernen Gesellschaft gleichgestellt. Sie alle liegen kaum mehr in der autonomen Gesetzgebung einzelner Staaten. Sie folgen der Entwicklung, die unsere Gesellschaft als zunehmend global in wirtschaftliche, politische und militärische Verpflichtungen eingebundenen Teil einer Weltgemeinschaft formt.

Die Arzt-Patienten-Beziehung, Fokus der ärztlichen Berufsfreiheit, ist hierzulande wie überall ein Schauplatz dieser Veränderungen. Längst ist das eine Beziehung, in der sich zunehmend fachfremde Interessen zwischen Arzt und Patienten schieben, um in erster Linie die kommerziellen Pfründe, die der Medizinbetrieb in allen seinen Varianten verspricht, wie dereinst die Claims im Wilden Westen abzustecken.

Offensichtlich ist ein weitverbreitetes Unverständnis der Hintergründe eines Wandels, der nicht durch nostalgische Beschwörungen eines vergangenen Ideals ärztlicher Freiheit rückgängig gemacht werden kann. Das liegt nicht zuletzt auch daran, dass diejenigen Ärzte keine Mitstreiter finden, die sich ein Umfeld ersehnen, in dem sie nicht in irritierendem Ausmaß politische und kommerzielle Kriterien in der Behandlung ihrer Patienten befolgen müssen, sondern so handeln können, wie es ärztliche Kompetenz, persönliche Erfahrung und Kenntnis der Patienten und herkömmliche Standesethik fordern.

Die Politik? Sie setzt, von Splittermeinungen abgesehen, parteiübergreifend auf die „industrielle Gesundheitswirtschaft“ als Motor zukünftiger gesamtgesellschaftlich ökonomischer Prosperität. Da gelten nun einmal die Spielregeln industrieller Produktion, nicht aber die Maßgaben einer partikularen, ärztlichen Standesethik. Da ist es mit Blick auf Millionen Arbeitsplätze, Steueraufkommen und andere Parameter schlicht kontraproduktiv, Ärzten, die sich nach ihrem theoretischen und praktischen Wissen richten, allein oder auch nur maßgeblich über den Umsatz Hunderter Milliarden von Euro für Leistungen und Produkte in der „Gesundheitswirtschaft“ bestimmen zu lassen.

Die Politik überlässt die Gestaltung dieser „Gesundheitswirtschaft“ mit Freuden dem freien Spiel der Marktkräfte.

Die CDU veranstaltete am 5. Oktober 2010 symbolträchtig in den Räumen der Deutschen Bank in Berlin ein Symposium „Gesundheitswirtschaft statt Staatsmedizin“. In demselben Jahr organisierte nicht das Gesundheitsministerium, sondern das von dem FDP-Politiker und seinerzeitigen Bundesminister Reiner Brüderle geleitete Ministerium für Wirtschaft eine „Zweite Gesundheitswirtschaftskonferenz“ unter dem Gesamttitel „Innovation und Wachstum – die deutsche Gesundheitswirtschaft auf dem Weg zur Leitbranche“. Die seinerzeitige SPD-Ministerpräsidentin von Schleswig-Holstein resümierte hocheifrig: „Bisher haben wir den Gesundheitssektor eher als Kostenfaktor und damit als Last für die Gesellschaft angesehen. Das gilt nun nicht mehr.“ Das Geheimnis der erhofften Befreiung von „Last“ und „Kostenfaktor“ ist die Überantwortung des Gesundheitswesens in die allgemeinen Abläufe der Marktwirtschaft und damit einhergehend die weitreichende Abgabe der politischen Verantwortung. Folglich konnte die damals noch neue Zeitschrift *GesundheitsWirtschaft* ihren Lesern schon 2007 mit großer Zuversicht vermelden: „Metamorphose. An seiner Krise kann das Gesundheitswesen genesen. Je weiter sich der Staat und quasi-staatliche Institutionen zurückziehen, desto erfolgreicher kann sich ein freiheitlicher Geist entfalten. Die Metamorphose hat längst begonnen. Aus dem Gesundheitswesen erwächst die Gesundheitswirtschaft.“ Da mag sich mancher fragen, wofür wir dann überhaupt noch ein Gesundheitsministerium brauchen, anstatt die Organisation des Gesundheitswesens gleich dem Wirtschaftsministerium zuzuerkennen wie es in Mecklenburg-Vorpommern schon heute der Fall ist.

Als Bundesgenossen in dem Bemühen, herkömmliche Ansprüche der Ärzteschaft an ihr Wirken und an ihre Entlohnung zu befriedigen, taugen die Gesundheitspolitiker trotz vollmundiger Versprechungen bei allen möglichen Gelegenheiten jedenfalls nicht. Eher im Hintergrund und selten explizit geäußert sind sie auch von den Zielen derjenigen Sozialingenieure motiviert, die den Arztberuf zu einem „normalen“ Beruf machen und die Ärzte sowohl vom Einkommen her als auch vom Image her in die weite Ebene aller übrigen Werktätigen eingliedern möchte. Wie es ein Jurist dem Autor dieser Zeilen gegenüber ausdrückte: „Wofür braucht ein Arzt besonderes Vertrauen. Was ist denn der Unterschied zu einer Küchenhilfe oder einem Automechaniker?“

Von den weiteren Spielern in dieser Arena ist Unterstützung für standespolitische Ziele noch viel weniger zu erwarten. Industrie kann nur erfolgreich sein, wenn das Wechselspiel von Investition und Rendite funktioniert. Das gilt nun auch für die industrialisierte Gesundheitswirtschaft. Diesem Grundsatz sind nun nicht nur Ausbildung und Verhalten der Akteure, sondern auch die Strukturen, in denen sie wirken, anzupassen. Wo finden die Investitionen statt? Am sichtbarsten in Krankenhäusern.

Hier werden zunehmend dieselben Kriterien zum Einsatz gebracht wie in der Organisation eines normalen Betriebsablaufs: Kostensenkung durch erhöhte Effizienz und verringerten Personaleinsatz. Das bekommen die Mitarbeiter in nicht wenigen Kliniken, seien sie in privatwirtschaftlicher Trägerschaft oder auch Teil einer medizinischen Universitätsfakultät, nun schon seit Jahren zu spüren.

Man hat den Eindruck, dass die Resignation schon so weit fortgeschritten ist, dass niemand mehr auf die Straße geht, um dagegen zu protestieren. Das Thema gewinnt aber zunehmend Aufmerksamkeit in Foren, die auffallend eher von der ärztlichen Basis als von den Funktionären der großen Ärztesellschaften initiiert werden. Die Einsicht, dass es sich um einen grundsätzlichen gesellschaftlichen Wandel handelt, der auch das Gesundheitswesen unvermeidbar mitzieht, scheint dennoch nur vereinzelt auf. Der Blick auf das große Ganze fehlt in der Regel, und somit auf die Handlungsmotive der verschiedenen nationalen Beteiligten und auf die internationalen Verschiebungen, vor allem durch das Erstarken einer global agierenden Finanzindustrie.

So bleibt die Rolle der Kapitalinvestoren in der Regel unbeachtet, obwohl sie eine Schlüsselstellung in der Gestaltung der Zukunft einnehmen. Es liegt im Interesse der Investoren, die Krankenhäuser und die Praxen, die sie im Umland gleichsam als Zulieferer von Kunden aufkaufen, so zu strukturieren und betriebswirtschaftlich so zu führen, dass sie 16 oder 18 Prozent Rendite aus dem Betrieb abziehen und in die Karibik oder nach Dubai übermitteln können. Das ist aus ökonomischer Sicht eine Selbstverständlichkeit, aber in mancher Hinsicht kaum mit den Ansprüchen in Einklang zu bringen, mit denen zumindest die meisten älteren und wohl auch noch einige jüngere Ärztinnen und Ärzte ihre Tätigkeit verbinden. Zu vermuten ist auch, und manche Anzeichen deuten darauf hin, dass die nachwachsenden Interessenten an einem Medizinstudium sich mit den neuen Gegebenheiten sehr gut arrangieren können - althergebrachte Werte wie Entscheidungsfähigkeit und Verantwortung werden lieber einem „Teamwork“ überlassen, so lange der Job ein halbwegs vernünftiges regelmäßiges Einkommen sichert.

Wen könnten sich die Nostalgiker oder Ewiggestrigen, wie die Kritiker von den Befürwortern der Kommerzialisierung genannt werden, als Verbündete wählen? Man möchte sich hier gerne die Verantwortlichen in den gesetzlichen Krankenkassen als Kombattanten vorstellen. Aber das ist illusionär.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich längst zu industrieähnlichen Organismen mit finanziellen Eigeninteressen entwickelt. Sie betreiben mit den Geldern der Versicherten kostspielige Werbekampagnen - durchaus gestützt von der Politik, die ja den Wettbewerb auch unter den Kassen

fordert, sie vertreiben Produkte, die wissenschaftlicher Nachprüfung nicht standhalten, um Mitglieder von Konkurrenten abzuwerben, und sie machen einen satten Gewinn, wenn sie die Operationen ihrer bemitleidenswerten Versicherten ausschreiben und den Zuschlag einem Krankenhaus geben, das die Knochenmarktransplantation bei Leukämie für 70 000 Euro durchführt, für die der Morbi-RSA 150 000 Euro bietet - wie es der Medienstar, Liebling aller relevanten Talkshows und langjährige Berater und Ideengeber der Ministerin Ulla Schmidt, Karl Lauterbach, als „neues Denken“ angepriesen hat. Die neutrale Rolle als Mittler zwischen denjenigen, die Pflichtbeiträge zahlen, und denjenigen, die sich dem Dienst direkt am Kranken widmen, haben die gesetzlichen Krankenkassen längst verlassen. Sie wissen, dass sie Neuland betreten und so sind sie nicht zuletzt auch bemüht, das Vertrauen, das die Öffentlichkeit bisher den Ärzten entgegenbrachte, von diesen abzuziehen und auf sich selbst als „Gesundheitskassen“ und Hüter der Interessen der Patienten gegen die von, wie sie gerne der Öffentlichkeit mitteilen, allzu viel Fehlverhalten geprägte Ärzteschaft zu lenken.

Weite Teile der Presse beteiligen sich an diesem Spiel. Über „Ärztepfusch“ und „Ärztegieg“ zu berichten ist für die Boulevardmedien ein umsatzsteigerndes Unterfangen; die tägliche Hingabe Zehntausender von Pflegerinnen und Pflegern, von Ärztinnen und Ärzten an ihre Patienten ist zwar eine sehr viel näherliegende Tatsache, aber hat keinen Sensationseffekt und findet daher keinen entsprechenden Widerhall in den Medien. Nur selten werden hier die negativen Einwirkungen der „Gesundheitswirtschaft“ auf das Wirken der Ärzte eingehender dargestellt, so wie vor einigen Monaten in *Der Spiegel* und jüngst etwa in der *Berliner Zeitung* unter der Überschrift „Der profitable Kranke. Wie die Krankenkassen versuchen, die Diagnose der Ärzte zu beeinflussen“.

Man könnte noch weitere Interessengruppen nennen, doch dazu ist hier nicht die Gelegenheit. Sie alle drängen sich mehr oder weniger vehement zwischen Arzt und Patient und bestimmen zunehmend die Realität von Heilung und Vorbeugung. Und tatsächlich liegt es allein im Interesse von Ärzten und Patienten, dass das System nicht völlig entgleist. Es sind die Patienten, die die Ärzteschaft als Mitstreiter gewinnen oder halten muss. Hier gilt es wieder und immer wieder, das Vertrauen zu stärken, dass die einzigen wahren Fürsprecher, wenn es wirklich ernst wird, die Ärzte sind. Hier liegt die Herausforderung für alle die, die sich der Entwicklung in die Fremdbestimmung ärztlichen Handelns entgegenstemmen. Die Patienten gilt es zu überzeugen. Sie können mit den Füßen abstimmen und denjenigen Praxen und Krankenhäusern den Rücken stärken, in denen Ärzte und Verwalter sich bemühen, so nahe wie möglich an den Zustand heranzukommen, der ärztliche Kompetenz und medizinische Ethik in den Vordergrund stellt.

Prof. Dr. phil. Dr. phil. habil, Dr. med. habil. M.P.H. Paul Ulrich Unschuld

Direktor, Institut für Chinesische Lebenswissenschaften, Charité-Universitätsmedizin Berlin