

Dohmen/Fiedler Rätz/Schüßler **Gesundheit ist keine Ware**

**Wenn Geld die Medizin beherrscht!
Ursachen – Folgen – Alternativen**



Arndt Dohmen/Manfred Fiedler/
Werner Rätz/Werner Schübler
Gesundheit ist (k)eine Ware

Arndt Dohmen (Uniklinik Freiburg, ehemals Leiter der Hochrhein-Eggberg-Klinik), *Manfred Fiedler* (ehemaliger Arbeitsdirektor und Geschäftsführer eines Krankenhauses), *Werner Rätz* (Informationsstelle Lateinamerika und für diese im Rat von Attac Deutschland) und *Werner Schüßler* (niedergelassener Psychotherapeut in Düsseldorf) sind aktiv in der AG Soziale Sicherungssysteme von Attac.

**Arndt Dohmen / Manfred Fiedler /
Werner Rätz / Werner Schüßler**
Gesundheit ist (k)eine Ware
Wenn Geld die Medizin beherrscht!
Ursachen – Folgen – Alternativen

www.attac.de

www.vsa-verlag.de

© VSA: Verlag 2013, St. Georgs Kirchhof 6, 20099 Hamburg

Titelfoto: trepavica/photocase.com

Alle Rechte vorbehalten

Druck- und Buchbindearbeiten:

Beltz Druckpartner GmbH & Co. KG, Hemsbach

ISBN: 978-3-89965-564-3

Inhalt

1. Gesundheitssystem wozu?	7
Gesundheit als Ware?	7
Strukturveränderungen – vom Regen in die Traufe?	8
Was ist eigentlich Gesundheit?	12
Krankheit als soziale Bedrohung	13
Je gleicher, desto gesünder	15
Neue Medikamente, neue Krankheitsbilder	17
Gesundheit als Geschäftsmodell	18
2. Das Krankenhaus	22
Ökonomisierung der Krankenhausversorgung	22
Bedeutung der Krankenhäuser innerhalb des Systems der Krankenversorgung	23
Verhaltensaufforderung und -anreize im Fallpauschalensystem	28
Warum Leistungsorientierte Vergütung im Krankenhausbereich?	31
Auswirkungen auf die Marktstrukturen	34
Betriebswirtschaftliche Steuerung als Konsequenz des DRG-Systems	40
Marketingstrategie	47
Entwicklung der Personalstrukturen	49
Druck auf die Arbeitsbedingungen	55
Ziele, Sinn und Inhalt der Krankenhausversorgung versus Wettbewerb/Kommerzialisierung	57

3. Die ambulante medizinische Versorgung	63
Ökonomisierung in der ambulanten Gesundheitsversorgung	63
Die Arztpraxis als Unternehmen: Konflikt zwischen Kommerz und Behandlungsauftrag	65
Fuß in der Tür oder wie die Medizinindustrie mit im Behandlungszimmer sitzt!	72
Privatisierung des Krankheitsrisikos	79
Die ambulante Versorgung in den Händen börsennotierter Medizinkonzerne?	81
»Klassenkampf« im Wartezimmer: Sind Sie privat oder gesetzlich versichert?	85
Weniger für den Profit, mehr für eine patientenorientierte Versorgung?	86
Literatur	90

1. Gesundheitssystem wozu?

Die Debatte um die Gesundheit ist alt. Sie hat viele Facetten, und es wäre sicher verdienstvoll, sie gründlich aufzuarbeiten. Das, was landläufig als Gesundheitswesen bezeichnet wird, also der moderne organisierte Medizinbetrieb, ist jüngeren Datums und zumindest in einigen Aspekten leichter zu fassen. Wenn wir diesen Basistext mit dem Titel »Gesundheit ist keine Ware« überschreiben und damit an das Motto der Attac-Kampagne von 2002 anknüpfen, dann geschieht dies, weil einer der wesentlichsten Aspekte des Gesundheitswesens darin besteht, dass hier für Menschen, die Hilfe brauchen, Dienstleistungen angeboten werden.

Gesundheit als Ware?

Das ist im Kapitalismus ein widersprüchlicher Vorgang. Einerseits soll und muss damit Geld verdient werden, andererseits soll und muss die Dienstleistung den Hilfesuchenden auch etwas geben, das ihnen nützt. Anders ausgedrückt, können Gesundheitsdienstleistungen im Kapitalismus durchaus als Waren verkauft werden und in unserem System niedergelassener Ärzte¹ war genau das auch immer der Fall. Aber diese Waren müssen, damit sie gekauft werden, auch einen Gebrauchswert haben, sie müssen ein wirkliches Bedürfnis befriedigen.

Dieser Doppelcharakter drückte sich traditionell sowohl in der ärztlichen Berufsethik als auch im Sozialrecht aus (zum Folgenden Kühn 2005: 17-20). Im Sozialgesetzbuch, Buch 5, § 5, heißt es: »(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Kran-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

kenkassen nicht bewilligen.« Obwohl die Wirtschaftlichkeit, also das ökonomische Interesse, durchaus betont wird, haben die Patienten ein Recht auf eine »Qualität und Wirksamkeit der Leistungen«, die »dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen« (§ 2,1) haben. Bis vor Kurzem entsprach das auch deutlich deren Erwartungen. Im Rahmen einer Studie wurden im Jahr 2003 gut 4.000 Krankenhauspatienten nach folgendem Satz gefragt: »Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist, und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen.« 80% stimmten »vollständig« zu, 13% »eher« und 6% nur noch »teilweise«; 1,3% lehnten die Aussage ab.

Für die in der Gesetzlichen Krankenkasse Versicherten drückte sich der rechtliche und ethische Vorrang, den ihr Anspruch auf gute und angemessene Behandlung genießt, im so genannten Sachleistungsprinzip aus. Das bedeutet, dass sie im Krankheitsfall Leistungen im oben beschriebenen Umfang erhielten, ohne dafür zahlen oder sonst etwas tun zu müssen, als eine Praxis oder ein Krankenhaus aufzusuchen. Auf der Seite der Leistungsanbieter aber war dieses System nie frei von wirtschaftlichen Kalkülen. Die Formulierung aus der Heidelberger Erklärung, in der Attac 2002 die Kampagne »Gesundheit ist keine Ware« gebündelt hatte, war immer eine politische Forderung und keine Beschreibung der Wirklichkeit: »Gesundheit darf nicht vom Geldbeutel abhängen. Wir wollen, dass Privatisierung und Marktkonkurrenz im Gesundheitswesen gestoppt werden und eine demokratisch organisierte Gesundheitsversorgung für alle als öffentliche weltweite Aufgabe wahrgenommen wird.«

Strukturveränderungen – vom Regen in die Traufe?

Wenn sich das Gesundheitswesen bis heute von dem dort geforderten Zustand noch weiter entfernt, so kann das nicht damit erklärt werden, dass es traditionell keine wirtschaftlichen Interessen gekannt hätte. Auch ist nicht anzunehmen, dass Ärzte und Krankenhausbetreiber seither schlechtere Men-

schen geworden wären, die ihre Berufsethik nicht mehr so ernst nehmen wie früher, sondern es muss strukturelle Ursachen für diese Entwicklung geben. Im Einzelnen werden die folgenden beiden Kapitel denen in der stationären wie der ambulanten Versorgung nachgehen. Dabei ist uns bewusst, dass Format und Umfang dieses Basistextes uns zu Lücken zwingen, von denen die Pflege und die globale Situation die bedauerlichsten sind. In diesen beiden Bereichen zeigt sich am deutlichsten, dass Vorsorge für den Eventualfall, Hilfe und Behandlung bei Krankheit und Zuwendung bei der Behandlung und der Rekonvaleszenz für viele, die ihrer dringend bedürfen, nicht oder nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen.

Dabei ist keineswegs klar, was das jeweils genau wäre, Vorsorge, Hilfe und Zuwendung. Sicher ist lediglich, dass wir alle einmal krank werden, wenn wir nur lange genug leben. Wenn dieser Fall eintritt, dann ergibt sich eine ungleiche Situation. Kranke sind den Behandelnden gegenüber in einem strukturellen Nachteil. In der Regel kennen sie zwar die Symptome, wissen aber nicht genau, woher die kommen, während der Arzt genau dieses Wissen haben sollte. Zu diesem Wissensdefizit kommt hinzu, dass Kranke oft über privateste, intime Dinge reden müssen. Obendrein entscheidet nicht die eigene Wahrnehmung, sondern die Diagnose darüber, ob du z.B. der Erwerbsarbeit ungestraft fernbleiben darfst oder die Gesundheit ausreichend ruiniert ist, dass du versuchen kannst, in Rente zu gehen (wenn hinterher die Gutachter mitspielen). Dieser ganze Zustand macht vielen Angst.

Das Gesundheitswesen konterkariert seinen eigenen Anspruch auf Zuwendung zu den Kranken durch seine innere Struktur also teilweise selbst. Auch das ist keineswegs neu, im Gegenteil: Das Auftreten der »Halbgötter in Weiß« ist eher ein traditionelles als ein modernes Phänomen. Genau gegen diese paternalistische Haltung – ich, der Arzt, weiß, was für dich, den Patienten, gut ist – sollte das Konzept von den Kranken als Kunden nach mancher Meinung Abhilfe schaffen.

Es ist sicher begrüßenswert, wenn über entmündigende Strukturen innerhalb des Medizinbetriebs selbst nachgedacht

und nach Alternativen gesucht wird, aber hier geraten die Kranken vom Regen in die Traufe.

Die ungleiche Situation von Patient und Behandler lässt sich strukturell nicht aufheben, sondern kann nur je ausgehandelt werden. Dabei spielt die demokratische Organisation des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle, worauf wir später noch näher eingehen. Die Vorstellung vom Kunden setzt zwischen das Menschenrecht auf medizinische Versorgung und die Wahrnehmung desselben einen Preis. Ohne Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist das ein Preis im wortwörtlichen Sinne, den viele Menschen nicht bezahlen können, wie gering er auch sein mag. Sie müssten, um Patienten zu werden, tatsächlich Kunden sein, also zahlen, aber mangels »kaufkräftiger Nachfrage« können sie es nicht. Im Kapitalismus sind Gebrauchswerte nur für diejenigen verfügbar, die sie auch bezahlen können. Deshalb ist ein gesetzliches Versicherungssystem für alle so wichtig.

Aber auch Versicherte sind keine Kunden, sie können nicht souverän kaufen oder es bleiben lassen wie bei einem Pfund Kaffee, sondern bleiben auf Rat und Hilfe angewiesen. Schon rein formal verschleiert das Bild vom Kunden mehr, als es erklärt. Ökonomisch gesehen ist Kunde, wer bezahlt, und das sind im GKV-System die Krankenkassen. Sie kaufen die Gesundheitsdienstleistungen. Seit etwa 20 Jahren tun sie das in Konkurrenz zueinander. Damit wird für sie Einkauf und Kostenstruktur von ausschlaggebender Bedeutung. Dort wo ökonomische, finanzielle Anreize gesetzt werden, reagieren die Marktteilnehmer eben auch ökonomisch. Die Kassen versuchen, möglichst billig zu kaufen, und sie haben lieber billige, also junge, gesunde, gut verdienende, Versicherte als teure. Spezielle Regeln (des so genannten Risikostrukturausgleichs) sorgen seit 1994 dafür, dass auch Kranke mit bestimmten Diagnosen begehrt sind, weil es für sie Extrageld gibt.

Eine gesetzliche Versicherungsstruktur und ein umfassendes Behandlungssystem stellen unbedingt notwendige Strukturen für eine umfassende Gesundheitsvorsorge zur Verfügung (auch wenn diese deshalb noch nicht automatisch allen zugü-

tekommt). Seit Langem gibt es auf nationaler oder EU-Ebene immer wieder Versuche, sie auszuhebeln. Noch ist die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes so, dass er Gesetzliche Krankenkassen nicht als gewöhnliche Wirtschaftsunternehmen einstuft. Das könnte und würde sich ändern, wenn die nationale Gesetzgebung den Prozess der Privatisierung der GKV weiter vorantreibt. Schon heute sind dort Elemente des privaten Versicherungswesens etabliert, die die Solidarität der Versicherten (z.B. Tarife mit Rückerstattung und Eigenbehalt), die freie Arztwahl (Gruppenverträge mit gewissen Leistungsanbietern) oder das Sachleistungsprinzip (Kostenerstattung gemäß § 13 SGB V) infrage stellen.

Im Sommer 2012 hat der Deutsche Bundestag beschlossen, dass sichergestellt werden soll, »dass das wettbewerbliche Handeln der Krankenkassen dem Kartellrecht unterliegt« (Bundestagsdrucksache 17/9852). Noch blockiert der Bundesrat das Inkrafttreten des Gesetzes. Die Gesetzlichen Krankenversicherungen unterliegen eigenen gesetzlichen Bestimmungen, die im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt sind. Während das Kartellrecht Absprachen zwischen Unternehmen verbietet, sind die »Krankenkassen und ihre Verbände ausdrücklich zur Zusammenarbeit (verpflichtet), um wesentliche Prinzipien wie Solidarität, Subsidiarität, Sachleistung und Selbstverwaltung zu verwirklichen. Dadurch soll ein hoher Standard in der Gesundheitsversorgung ... für alle Versicherten gewährleistet werden.« (Pressemitteilung ver.di 16.8.2012) In einer Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung wird die Entwicklung folgendermaßen zusammengefasst: »Je weiter nationale Gesundheitssysteme privatisiert werden, desto stärker wird der Einfluss der EU, die Kartelle und Subventionen kontrolliert und sicherstellt, dass Anbieter aus anderen Mitgliedstaaten nicht diskriminiert werden. Da die EU keine sozialstaatlichen Kompetenzen hat, können im Binnenmarkt lediglich Konsumenten geschützt werden.« Somit können Patienten nicht einmal wie Konsumenten geschützt werden. (Verspohl 2011)

Was ist eigentlich Gesundheit?

Wieder ergibt sich die unbefriedigende Situation, dass klar ist, was wir nicht wollen können – die völlige Privatisierung des Gesundheitswesens – und teilweise auch, was wir wollen – gesetzlichen Versicherungsschutz und ein umfassendes, für alle zugängliches Behandlungssystem –, wir aber immer noch nicht wissen, worauf das alles hinauslaufen soll. Welchen Zustand soll das Gesundheitssystem herstellen, kann es das überhaupt oder noch anders gefragt: Was ist denn eigentlich Gesundheit?

Zwar heißt es in einem alten Sprichwort, das Gefühl für Gesundheit erwerbe man sich nur durch Krankheit, aber dennoch dürfte die weitgehende Übereinstimmung bestehen, dass Gesundheit mehr sei als die Abwesenheit von Krankheit. Ganz in diesem Sinne wird immer wieder die Geschichte erzählt, dass im alten China die Ärzte angeblich dafür und solange bezahlt wurden, dass und wie ihre Klienten gesund blieben. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert gar: »Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.«

Können wir uns das vorstellen, einen Zustand vollkommenen Wohlbefindens? Wolf-Dieter Narr und Roland Roth vom Komitee für Grundrechte und Demokratie warnen: »Das Streben nach perfektem Wohlgefühl, was immer letzteres im einzelnen ausmachen mag, setzt die Chance einer perfekt machbaren Gesellschaft und eines perfekt machbaren Menschen, also von homunculi, voraus. Und mit dieser Chance entsteht, wohlgemerkt gleichzeitig, die der möglichst perfekten Kontrolle.« (Komitee: 158) Sie argumentieren weiter, dass ein Gesundheitswesen, das sich nicht politisch-gesellschaftlich, sondern technologisch begreift, zu einem »a-soziale(n), a-historischen ... Diagnose- und Therapieversprechen« gelange. So werde das kranke Individuum als »eine spezifische Verrückung, die entsprechend normalisiert [und] korrigiert werden kann« (ebd.: 161), wahrgenommen. Schließlich warnen sie davor, dass in der Fluchtlinie dieser Vorstellung die Konzepti-

on der Individuen als ihrer je eigenen »Gesundheitsunternehmer« liege.

Krankheit als soziale Bedrohung

Hagen Kühn hatte schon 1993 mit dem Begriff *Healthismus* darauf hingewiesen, dass eine Haltung, die Gesundheit zum zentralen positiven Wert bestimmt, in der Gefahr ist, ein Leitbild zu produzieren, dem der Mensch ständig hinterherhetzt, ohne es je zu erreichen. Heute werde »Krankheit für viele wieder zur sozialen Bedrohung. Die alten und neuen ideologischen Mächte der Gesellschaft verbinden das Kranksein wieder mit einem Begriff von ›Verantwortung‹ im Sinne von Schuld und Verhaltenspflichten. Soweit Krankheit nicht dem ›Schicksal (z.B. der Genomausstattung) zugeschrieben werden kann, ist sie Resultat von Fehlanpassungen und Fehlverhalten. Natürlich folgt die Zuteilung von Schuld und Pflicht an die Individuen ... stets von oben nach unten und erreicht (ihr) Ziel, wenn es zur Selbstbeschuldigung verinnerlicht wird und zur Entsolidarisierung führt. Ökonomie und Staat sind dann entlastet und die Opfer wehrlos.« (Kühn 2005: 15)

In der Debatte um Prävention kommt das noch scheinbar rational daher. Wäre es denn nicht tatsächlich vernünftiger, Krankheiten zu verhindern, ehe sie ausbrechen, statt später an Symptomen herumzukurieren? Kein vernünftiger Mensch würde dem widersprechen, wenn es denn so einfach wäre. Es wird leider nicht berichtet, was mit den chinesischen Ärzten geschah, wenn sie Krankheiten nicht verhindern konnten. Wurden sie nur nicht mehr bezahlt oder weggeschickt oder aber wegen erwiesener Unfähigkeit hingerichtet? Krankheit ist nicht schön und niemand wünscht sich selbst oder anderen, krank zu sein. Aber Krankheit gehört zum Leben und wer sie nicht akzeptieren kann, wird vermutlich auch daran krank. Wenn ich mir immer Sorgen um mich machen muss, immer nur ich etwas ändern kann und auch muss – wie soll das lebbar sein?

Wir begegnen dieser Haltung dauernd, keine Zeitschriftenlektüre beim Frisör, kein Fernsehabend mit ein wenig Rumzap-

pen ohne Gesundheitsratgeber. Ganze Zeitschriften und ein Meer von Büchern widmen sich dem Thema. Ein typisches Produkt ist die US-Zeitschrift *Men's Health*, die sich einer Analyse von 2007 zufolge vor allem durch die Propagierung dreier Tendenzen hervortut: Medikalisierung des Alltags und Individualisierung von Risiken, die allgegenwärtige Bedrohung durch Gesundheitsrisiken und die Verantwortung des Individuums für sein eigenes Wohlergehen (Marstedt 2007). Die Soziologin Stephanie Graefe hatte schon 2005 bei einer Veranstaltung von *medico international* und der Weltgesundheitsbewegung (www.phmovement.org/) die bedrängende Fragen gestellt: »Wie also lässt sich das Recht auf Gesundheit trennen von der Aufforderung zu einem bestimmten Verhalten? Was unterscheidet das ›Recht auf Gesundheit‹ vom ›Recht auf Gesundheitskonsum‹ (für alle die, sich's leisten können) und von einer ›Pflicht zur individuellen Entlastung des Gesundheitswesens?« (Graefe 2005: 22)

Beim *People's Health Movement*, das stark aus der Erfahrung des globalen Südens geprägt ist, gibt es eine andere Wahrnehmung des Zusammenhangs. Dort wird betont, dass die WHO-Definition vor allem auf gesunde Lebensbedingungen ziele und dass sie gerade einen technischen Gesundheitsbegriff zurückweise. In Ottawa hatte die WHO 1986 eine Charta verabschiedet, die einen solchen eher sozialen Gesundheitsbegriff formulieren wollte: »Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.« Zwar war auch dort schon sehr stark von der individuellen Seite die Rede, eine Zwischenüberschrift wie »befähigen und ermöglichen« erinnert uns fatal an das spätere deutsche »Fordern und Fördern«. Aber immerhin wird anerkannt: »Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren,

die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.« (WHO-Webseite www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

Je gleicher, desto gesünder

Die individuelle Ansprache ist zweischneidig. Neben dem Aspekt der Aufforderung, der Delegation der Verantwortung ans Individuum hat sie ja auch die Seite, dass es in der Tat der Aktion, der Aktivität der Einzelnen bedarf, um gesundheitsfördernde Verhältnisse zu schaffen. Ohne dass die Einzelnen anfangen, ihre Lebenswelt aktiv zu gestalten, wird es keine emanzipatorischen und damit gesunden Lebensverhältnisse geben. Befreiung kann immer nur als Selbstbefreiungsprozess gelingen. Weder politische noch medizinisch-professionelle Intervention wird die katastrophalen Bedingungen ändern, unter denen heute weltweit die Mehrheit der Menschen lebt. »Gesundheit ist nicht etwas, das andere für eine Person bereit und herstellen können und dürfen. Gesundheit ist vielmehr etwas, das sich erst im selbstbestimmten Handeln von Personen ereignen kann«, schreibt das Grundrechtekomitee (158).

Die Übernahme der Verantwortung dafür kann den Einzelnen also nicht erspart werden. Und doch handelt es sich dabei nicht mehr um eine rein individuelle Anrufung. Es gibt vielmehr einen nachgewiesenen Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Gleichheit und Gesundheit (zum Folgenden vgl. Webseite der Attac-AG Soziale Sicherungssysteme www.attac-netzwerk.de/ag-soziale-sicherungssysteme/). Schon lange ist die Bedeutung sozialer Faktoren für die Gesundheit bekannt. Rudolf Virchows Studie zu den Ursachen des Fleckfiebers in Oberschlesien zeigte in der Mitte des 19. Jahrhunderts, dass Armut und Hunger die Hauptursachen der Epidemie waren. Aber nicht nur Armut als solche, sondern Ungleichheit im Einkommen und im sozialen Status haben Auswirkungen auf Gesundheit und Lebenserwartung aller Einkommensgruppen, wie zahlreiche Studien zeigen.

Grundsätzlich sind gesundheitliche Probleme in einkommensgleicheren Gesellschaften geringer und die Lebenser-

wartung ist höher. Das liegt nicht nur daran, dass Menschen aus ärmeren Schichten früher sterben und weniger gesunde Lebensjahre haben, sondern betrifft auch die einkommensstärkste Bevölkerungsgruppe. Auch ihre Lebenserwartung ist in Ländern mit größerer Einkommensungleichheit kürzer als in einkommensgleichen.

In Gesellschaften mit starken Einkommensunterschieden gibt es erheblich mehr Stressfaktoren als in gleicheren. Die hohe Position muss verteidigt werden, nicht nur nach unten, auch gegenüber Gleichgestellten muss gezeigt werden, dass man mithalten kann. Das Misstrauen in den anderen ist größer, aber auch die Wahrscheinlichkeit wächst, tatsächlich ausgebootet zu werden. Schon Kinder setzen sich in ungleichen Gesellschaften häufig unrealistisch hohe Lebensziele, deren Verfehlen wiederum krankheitsfördernd wirkt. Bei den benachteiligten Schichten ist ihr niedriger sozialer Status der Hauptfaktor für die Erhöhung des Krankheitsrisikos und die Senkung der Lebenserwartung, wohingegen Rauchen, Bluthochdruck oder Blutzucker einen erkennbar geringeren Einfluss haben. Obwohl in Japan 1965 82% der Männer über 20 rauchten (und 2005 immer noch 46%) hat das Land seit den 1960er Jahren die niedrigste Rate an Herzerkrankungen und die höchste Lebenserwartung in der OECD. Dabei hatten im Jahr 2000 52% der Männer und 40% der Frauen einen erhöhten Blutdruck. Die Vergleichszahlen für Männer lagen im Jahre 2000 in Deutschland bei 34,9, in Großbritannien bei 30,7 und in den USA sogar nur bei 18,2%.

Die Ungleichheit der materiellen Lebensverhältnisse spiegelt sich in der Regel in den Arbeitsbedingungen. Auch wenn dieser Zusammenhang weniger gut erforscht ist, zeigt sich doch, dass (Erwerbs)Arbeit im Kapitalismus ein großer Krankmacher ist. Zwar hat sich die absolute Zahl und auch der Anteil der Menschen, die jährlich wegen Erwerbsunfähigkeit in Rente gehen, in den letzten 50 Jahren kontinuierlich verringert (Statistik der Deutschen Rentenversicherung), aber er liegt immer noch bei über einem Fünftel der gesamten Renteneintritte. Vieles spricht außerdem für eine restriktivere Genehmigungspraxis,

sodass der Anteil der tatsächlich Erwerbsunfähigen höher liegen dürfte. Wer in einer Internetsuchmaschine das Stichwort »Arbeit macht krank« eingibt, erhält eine interessante Palette von Auskünften. Während Spiegel online weiß, dass Schichtarbeit krank macht (27.3.2011) und die taz den anerkannten Berufskrankheiten nachspürt (30.8.2012), erkennt Telepolis (20.1.2013), dass die Lohnarbeit als solche krank macht. Ohne den einzelnen Links nachzugehen, finden wir auf einen Blick folgende Ursachen: Pendeln, wachsende Anforderungen, Unterforderung, wachsende Arbeitsmenge, Überstunden, dauernde Erreichbarkeit, Unfälle, Flexibilität, Zeitdruck, ständige Arbeitsunterbrechung, keine Arbeit und eben immer wieder daraus resultierender Stress. Daraus wird auch die Zunahme diagnostizierter psychischer Störungen erklärt – obwohl empirisch unklar ist, ob hier tatsächlich die Erkrankungen zugenommen haben oder nur genauer oder anders diagnostiziert wird. Sicher ist, dass viele Menschen nicht nur die äußeren, physischen Arbeitsbedingungen nur mit Gesundheitsschäden ertragen können, sondern dass auch die mentalen Umstände die Gesundheit beeinträchtigen.

Neue Medikamente, neue Krankheitsbilder

Das macht deutlich, dass Krankheit ebenso wie Gesundheit kein ein für alle Mal feststehender oder auch nur zu einem gegebenen Zeitpunkt feststellbarer Begriff ist. Was wir als eine behandlungsbedürftige Störung unseres Wohlbefindens wahrnehmen, ist nicht nur individuell unterschiedlich, sondern durchaus auch gesellschaftlich bestimmt. Der Titel eines Buches aus den 1990er Jahren (Jörg Blech, Die Krankheitserfinder) hat sich inzwischen verselbstständigt und taucht regelmäßig auf, um gesellschaftliche Vorgänge und Wahrnehmungen rund um Krankheit und Gesundheit zu beschreiben. Depression mag hier als Beispiel dienen, es gibt vielfältige andere. Ganz sicher gibt es psychische Zustände, die mit Traurigkeit nicht ausreichend beschrieben sind, sondern die Menschen derart belasten, dass sie Antrieb und Lebenslust verlieren und am ganz normalen Alltag scheitern. Das soll keineswegs ver-

harmlos werden, aber es gibt zu denken, dass »mit Einführung der neuen Antidepressiva vom Typ SSRI in den 1980er und 90er Jahren, deren Wirksamkeit zuletzt stark angezweifelt wurde, auch die Zahl der angeblich Kranken« stieg, wie die SZ schreibt (Bartens 2011). »In den USA hat sich die Zahl derjenigen, die wegen einer Depression behandelt werden, allein in der Zeit von 1987 bis 1997 von 1,7 auf 6,3 Millionen fast vervierfacht.« Der Zusammenhang zwischen neuen oder in der Entwicklung befindlichen Medikamenten und der Beurteilung von Störungen des Wohlbefindens als behandlungsbedürftige Krankheit ist vielfältig. Dabei ist in der Regel nur das zeitliche Zusammenfallen der Ereignisse belegbar, nicht unbedingt der Zusammenhang, wie etwa bei der Senkung der Grenzwerte für Cholesterin und der Entwicklung von blutfettsenkenden Medikamenten. Ein besonders auffälliges Beispiel hat es bisher nicht zur allgemeinen Anerkennung als »Krankheit« gebracht, die weibliche sexuelle Unlust. Werner Bartens beschreibt, wie »Pharmafirmen nicht nur die Erforschung des angeblichen Leidens« unterstützten, sondern auch halfen, »das entsprechende Krankheitsbild zu erfinden. Je nach dem Stand der Arzneientwicklung änderte sich der Fokus. Wurden Mittel erforscht, die den Blutfluss steigerten, galt die ›Insuffizienz‹ der Vaginaldurchblutung als Ursache. War hingegen ein Testosterongel für Frauen gerade der heiße Kandidat, wurde ihnen Hormon-›Mangel‹ unterstellt. Als zuletzt ein Psychopharmakon erforscht wurde, das die Neurotransmitter im Gehirn beeinflusst, war die mangelhafte Libido der Frauen plötzlich in erster Linie Kopfsache und es galt, ein chemisches Problem im Hirn der Frau zu lösen. Um den Bedarf anzukurbeln, gaben die Arzneihersteller gelenkte Umfragen in Auftrag, wonach bis zu 60% der Frauen an sexueller Unlust litten, und bezahlten Forscher für einseitige Expertenmeinungen.« (Bartens 2012)

Gesundheit als Geschäftsmodell

Hier wird deutlich, worum es geht: Geschäftsmodelle. Wenn Gesundheit machbar ist, dann kann der, der die Mittel dazu anbietet, damit Geschäfte machen – falls das Gesundheitswesen

als Markt organisiert ist und nicht als solidarisches Hilfesystem, in dem die Bedürftigen bekommen, was sie brauchen, ohne dass sie gesondert dafür zahlen müssen. Hier eröffnet sich die eigene Rationalität all der Gesundheitsreformen und Privatisierungen der letzten zwei Jahrzehnte. Schon um die Jahrtausendwende wurde der weltweite Umsatz im Gesundheitswesen auf jährlich 3,5 Billionen Dollar geschätzt. Davon wurde ein Großteil im öffentlichen Sektor ausgegeben und dadurch verhinderten Kostenbremsen und Wirksamkeitskontrollen die größtmögliche Ausdehnung. Es ging also speziell in Ländern wie Deutschland darum, diese Blockaden zu lösen. Tatsächlich hat die viel beschworene Kostenexplosion im öffentlichen Gesundheitswesen nie stattgefunden und genau darin sehen die Protagonisten eines Gesundheitsmarktes das Problem.

Die Deutsche Bank hat all diesen Überlegungen 2010 eine bemerkenswerte Studie gewidmet: »Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland wächst mit dreifacher Schubkraft. Der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und das zunehmende Gesundheitsbewusstsein sorgen dafür, dass die Branche weiterhin deutlich stärker expandiert als das Bruttoinlandsprodukt.« Zwar trägt der medizinische Fortschritt nur minimal zum Gesundheitszustand der Menschen bei, aber er ermöglicht Angebote, die bisher nicht machbar waren: »Hauptantrieb ist der Fortschritt in Medizin, Medizintechnik und Pharmazie. Die rote Biotechnologie, die Miniaturisierung und Computerisierung der Medizintechnik und die Telemedizin ermöglichen neue Diagnose- und Therapieformen.«

»Viele Bereiche der Gesundheitswirtschaft profitieren vom verstärkten Gesundheitsbewusstsein der Bürger. Seit 1992 haben sich die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte mehr als verdoppelt, und deren Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben ist von 10,5% auf 13,4% gestiegen.« (Deutsche Bank 2010) Dabei steigt mit dem Einkommen nicht nur absolut, sondern auch relativ der Anteil der Gesundheitskosten an den Gesamtausgaben eines Haushalts. Je mehr Geld da ist, desto eher wird auch ein Angebot der Medizinwirtschaft angenommen, das nur kleine und kleinste Sorgen betrifft.

Aber: »Einer nachhaltigen Dynamik in der Gesundheitswirtschaft stehen die Finanzierungsprobleme der GKV entgegen.« Deshalb, vor allem zur Entlastung der Arbeitgeber, muss die Entwicklung des Gesundheitsmarktes vorrangig außerhalb des gesetzlichen Systems betrieben werden. Deckte der Arbeitgeberanteil Ende der 1990er Jahre tatsächlich noch fast die Hälfte der Kosten der gesetzlich Versicherten, so ist es heute nur noch etwas mehr als ein Drittel.

»Auf dem Weg in die Zukunft entstehen an vielen Stellen des Gesundheitsmarktes neue Strukturen. Zum Beispiel lösen sich die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf. Die Ausdifferenzierung der Krankenhauslandschaft setzt sich fort. Effizienzsteigerung, Qualitätssicherung und Patientenorientierung erfordern verstärkte Spezialisierung und vermehrte Kooperationen zwischen den Kliniken sowie mit vor- und nachgelagerten Bereichen. Im Strukturwandel werden die privaten Krankenhäuser weiter Marktanteile gewinnen. Im ambulanten Bereich sind Medizinische Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen auf Expansionskurs.« (ebd.) Hier tauchen all die Begriffe, die im Politikersprech nach besserer Versorgung klingen, in ihrem eigentlichen Zusammenhang auf, als Geschäftsidee.

In einem solchen Gesundheitsmarkt kann alles zur Geschäftsidee werden, auch der Umgang mit Versorgungsmängeln. Hilde Schulte von der »Frauenselbsthilfe nach Krebs« beklagt »Spezialisierung, Industrialisierung der Behandlungsabläufe und Verkürzung der Liegedauer in Kliniken«. Dagegen könnten die Patienten sich nur noch selbst wehren, und zwar indem sie »Co-Manager und Patientenunternehmer in eigener Sache« werden. Der soll dann »für den gesamten Prozess und das Ergebnis seiner Krankenversorgung selbst verantwortlich sein. Je nach Ausgang kann der Patientenunternehmer auch finanziellen Gewinn oder Verlust machen.« (BioSkop Nr. 57: 12)

Während sich so die marktgläubigsten Teile der Selbsthilfebewegung in die Niederungen des Konkurrenzgeschehens begeben, träumen die marktgängigsten Unternehmen von

Größerem. Anfang 2011 berichtete die Ärztezeitung von Überlegungen, dass Kliniken zu Marken werden sollten wie Coca-Cola. Am 16.11.2012 veranstaltete die Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin zusammen mit dem Institut für Geschlechterforschung an der Charité in Berlin ein Symposium zur Gendermedizin – »zusammen mit der Coca-Cola-light-Initiative Hör auf dein ›Herz««, wie es im Programm heißt (BioSkop Nr. 59: 13). Wenn das mal keine Botschaft ist!