

Neue Bergische Filmbühne Schlebusch
Veranstaltung
Apotheken, Ärzte und Patienten: Gemeinsam aktiv
gegen drohenden Versorgungsabbau
Die Würde des Menschen ist doch antastbar?



Veranstaltung im Alten Bürgermeisteramt Schlebusch, Dez. 2012,
von links: Dr. Travnik, Facharzt für Allgemeinmedizin, Frau Wirtz-Klinkenberg, Apothekerin, Werner Schramm, Verein Förderung der Filmkultur e.V.

Immer mehr Mitbürger fragen sich, wohin der spürbare, sich verschärfende Versorgungsabbau im Gesundheitswesen führen soll und warum das so ist. Machen wir zunächst eine Bestandsaufnahme bei Ärzten, Apothekern und Patienten und untersuchen wir dann politisch wohlklingende Worte, wie „Eigenverantwortung des Patienten“, „medizinische Versorgung unabhängig vom

Geldbeutel, keine Zwei-Klassenmedizin“ aber auch das bedrohlich klingende Katastrophenszenario der sog. „Kostenexplosion“, oder das Konzept einer „Kopfpauschale“ (Capitation, Zahlung), das wie Kopfgeld klingt. Untersucht sollen dabei auch das nicht nur von Politik positiv dargestellte amerikanische Modell des sog. Managed Care sondern auch das holländische Modell gestreift werden.

Die Schließung von Arztpraxen, Apotheken und öffentlichen Krankenhäusern bzw. deren Privatisierung könnte in der Bevölkerung als Teil eines politischen Programms hin zu einem Systemwechsel angesehen werden. Unter dem Vorwand einer angeblichen Kostenexplosion im Gesundheitswesen wurden die Budgetierung ärztlicher Leistungen und Verordnungen sowie Fallpauschalen eingeführt.

In einem Artikel der Ärztezeitung unter dem Titel „Von der Entwertung des Ärztlichen“ wird der Medizinethiker der Uni Freiburg Prof. Maio mit seinen Überlegungen dazu vorgestellt: „Das Problem der modernen Medizin besteht nach seiner Beobachtung darin, dass sie nicht mehr über den Dienst eines Mitmenschen spricht, sondern nur noch über Dienstleistungen, Kunden, Qualitätsmanagement, Wettbewerbsfähigkeit und Marketing.“¹

Wir sehen heute zunehmend, daß es um „distanzierte Dienstleistung statt persönlicher Fürsorge“ gehe und daß dies „die Abwicklung einer Sachleistung [ermöglicht], die vertraglich geregelt wird.“ Dem hält Prof. Maio entgegen: "Der Wert und der Kern des Arztberufs liegt eben nicht im Heilenkönnen, sondern vor allen Dingen darin, daß sich ein Mensch eines anderen Menschen in seiner Not annimmt." Damit ersetzt zunehmend eine Vertragsbeziehung die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient. Mehr Effizienz zwinge „zur Beschleunigung. Damit droht am Ende wegrationalisiert zu werden, worauf es bei der Gesundung zentral ankommt: die Zeit für das Zulassen und Annehmen eines gemeinsamen Weges von Arzt und Patient. Ruhe, Zuversicht und langer Atem aber vertragen sich nicht mit Erfolgsdruck.“

Bei all diesen Betrachtungen muß der Patient aber wissen, daß der angesprochene Systemwechsel auch auf einer Manipulation der Öffentlichkeit beruht. De Facto sind die Kosten im Gesundheitswesen nicht „explodiert“, sondern die „Explosionsmetapher“ beruhte auf einer statistischen Manipulation. Die gezeigten „Steigerungen hängen vom Wert des Jahres ab, das als Ausgangsjahr gewählt“ wurde und hier nun wurde ein exponentielles Wachstum suggeriert².

Tatsächlich gab es zwar eine Steigerung in der Ausgabenentwicklung, „aber keine Katastrophe“. Die zunehmende Arbeitslosigkeit und eine sinkende Lohnquote waren wirkliche Hintergründe für einen Einnahmемangel in der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung). Erreicht wurde hinter dem Werfen von Nebelkerzen tatsächlich eines: In der Gesundheitspolitik fand ein Paradigmawechsel statt: **Die Gesundheit der Bevölkerung war und ist nicht länger Staatsziel, sondern die Förderung einer Gewinnmaximierung in diesem Sektor.**

¹ Dirk Schnack, Von der Entwertung des Ärztlichen, Ärzte Zeitung online, 04.08.2012

² vgl. B. Braun/H.Kühn/H.Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion, Frankfurt am Main 1998, S. 23 ff.

Betriebswirtschaftliche Rentabilitätsüberlegungen, Kostendiskussion und Rationalisierungsdebatte überlagern bis anhin zunehmend Sinn und Aufgabe ärztlicher Tätigkeit. **Neue Instrumente im ärztlichen Handeln sollten nunmehr sein: „Standardisierung: verrichten, messen, prüfen, nachweisen - all dies wird heute auch in der Medizin verlangt. Damit wird versucht, ein aus der Betriebswirtschaft kommendes System auf die Medizin zu übertragen. Als Folge wird „die Medizin als Produktionsprozess begriffen - Heilen wird zum Herstellungsprozess“³. Krankheiten werden so zur Ware, Ärzte zu Anbietern und Patienten zu abgerechneten Fällen gemacht.** Sowohl der Hippokratische Eid als auch Genfer Ärztegelöbnis drücken es gleichermaßen aus: Das Wohl des Patienten muß höchste Priorität haben und die medizinische Versorgung allen Menschen - unabhängig von ihrem sozialen Status - gleichermaßen zugänglich sein. Wir alle tragen dafür eine Mitverantwortung: Unsere durch Versichertenbeiträge und Steuergelder mühsam aufgebaute und bewährte Gesundheitsversorgung ist allerdings existentiell bedroht.

In unserer nach dem Solidarprinzip aufgebauten und bewährten Gesundheitsversorgung wurden Ärzte bis 2003 nach erbrachter Leistung bezahlt. Längere Gespräche etwa mit Krebspatienten oder hinter einer Erkrankung liegende Ursachen im sozialen Umfeld konnten so ausgiebig erörtert und hilfreich angegangen werden. Das ist derzeit höchstens nur noch ein Privileg von Privatpatienten, denn Budgetierung und Fallpauaschalen „rationieren“ die zur Verfügung stehende Zeit pro Patient. Arztpraxen drohen durch den Budgetdruck der Krankenkassen zunehmend finanziell ausgeblutet zu werden. Insofern erscheint der Schluß zulässig, daß die notwendige Versorgung einer freien Arztstätigkeit längst kanalisiert in ein medizinisches Mehrklassenmodell umgebaut wurde und weiter wird.

Manch einer hat es vielleicht schon erlebt: Wenn die Balkonschiebetüre gewartet wird, kann für diese Dienstleistung um die 45 Euro pro Stunde netto fällig werden. Wußten Sie, daß Fachärzte für ein ganzes Quartal für ihre ärztliche Leistung 17 (Gynäkologe), 23 (Orthopäde) oder auch 32 Euro (Allgemeinarzt) bekommen? Unabhängig davon, wie oft Sie kommen? Dabei soll Ihre Behandlung „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. Was heißt das? Patienten kann man so gut wie möglich versorgen oder gerade noch so ausreichend wie zwingend vorgeschrieben. Die Vorhaltung eines Röntgengerätes sowie das Speichermedium bei einem Orthopäden sind dabei teurer als die vergütete Leistung. Gesundheit ist keineswegs ein Gut wie jedes andere und daher kann es auch nicht dem freien Markt überlassen werden.⁴ Das Spiel von Angebot und Nachfrage ist im Gesundheitsbereich nicht gegeben. „Ganz einfach: Niemand will krank sein. Egal wie preiswert und effizient die Behandlung ist, wie schön das Spitalszimmer und wie köstlich die Verpflegung – die ‚Kunden‘ würden niemals freiwillig kommen. Sie tun es, weil sie müssen.“⁵

Wußten Sie auch, daß der kleinste Teil der Krankenkassenbeiträge beim Arzt landet? Und daß 60% der Arbeitsleistung des Arztes für bürokratischen Aufwand verbraucht wird? Die Krankenkasse teilt dabei dem Arzt für dessen Tätigkeit erst längere Zeit später den Punktwert seiner Leistung mit. Und das Praxispersonal hat natürlich Anspruch auf monatliche, tarifgerechte Bezahlung. Was glauben Sie, was eine Praxis an täglichen Kosten hat? Rein von den Kassenleistungen her läßt sich auf längere Sicht keine (Hausarzt-)Praxis mehr halten. Hinzu könnte kommen: Wenn alle Fachärzte beispielsweise in Bayern nur eine Helferin entlassen, haben wir möglicherweise 10.000 Arbeitslose mehr. Es gibt Ärzte, die in ihrer Not, dem Andrang Herr zu werden, die Patienten im sechs Minuten-Takt behandeln. Hat der Patient weitere Fragen, muß er einen neuen Termin vereinbaren. Wird ein Hausbesuch erbeten, so geht das nur nach den Behandlungszeit. Zudem erhält der Arzt hierfür lediglich 7 Euro.

Dabei hat der verordnende Arzt für die von ihm verschriebenen Medikamente das volle Haftungsrisiko bei eventuellen Nebenwirkungen. Erschwert wird eine dem Patienten angepaßte Verordnung dadurch, daß Krankenkassen mit den Pharmafirmen entsprechende Verträge über die abzugebenden, d.h. die dem einzelnen Patienten zustehenden Medikamente haben. Das müssen nicht unbedingt die passenden Medikamente sein.

Die Notwendigkeit freier Apotheken und Ärzte, die in ihrer Verordnung bzw. Beratung alle Möglichkeiten der für das Leiden des Patienten verfügbaren Medikamnet ausschöpfen können und die die jeweils unterschiedliche Wirkung der Pharmaka auch in ihren Begleitstoffen, Art der Pressung etc. kennen, ist hingegen unabdingbar. Durch Rabattverträge und international arbeitende Online-Billigketten, die ihren Haftungsort oftmals im Ausland haben und wo die die Qualitätssicherheit der gelieferten Ware nicht unbedingt gesichert ist, wird die Existenz der Apotheken mit einer regional gesicherten Versorgung der Bevölkerung bedroht. Da sich eine Lagerhaltung bestimmter Verbrauchsmittel etwa bei Inkontinenz nicht mehr rechnet, müssen die Betroffenen oftmals sehr weite, beschwerliche Wege in Kauf nehmen, um diese

³ a.a.O., Von der Entwertung des Ärztlichen

⁴ M. Reimon/Ch. Felber, Schwarzbuch Privatisierung, Wien 2003, S. 65

⁵ a.a.O. Schwarzbuch ..., S. 64

Mittel in einem Zentrallager abzuholen. Zudem entstehen auch Engpässe bei der Versorgung etwa für Komapatienten, die zuhause gepflegt werden, dadurch, daß die Kassen diese nicht mehr vollumfänglich leisten. Mehr noch: Es wird vom Apotheker erwartet, daß er ein Kassenrezept einlöst – allerdings geschieht dies zunächst auf seine Kosten, denn der finanzielle Ausgleich erfolgt in der Regel erst Wochen später. Hinzu kommt der Apotheken-Notdienst, den der Apotheker in seiner Freizeit leisten muß.

Was in der öffentlichen Debatte meist unterschlagen wird: Der Mittelstand ist die tragende Säule der Gesellschaft. **„Der selbständige Mittelstand (etwa 4,1 Mio. Unternehmer) erwirtschaftet mit den Arbeitern und Angestellten nahezu 80% des Steueraufkommens und zahlt mehr als 60% in die Sozialsysteme. Dabei muss er selber zwei Drittel seines Einkommens zwangsweise an staatliche und soziale Institutionen abführen. Kapitalgesellschaften hingegen verlegen seit Jahren ihre Holdinggesellschaften in Steueroasen und entziehen sich so der Sozial- und Steuerpflicht. Dass dann aber noch diese Grosskonzerne jährlich vom Staat mehr Subventionen erhalten, als sie an Steuern zahlen, ist für keinen normal denkenden Bürger nachvollziehbar.“**⁶

Seitens der Politik wurde 2003 das Schlagwort von der „Eigenverantwortung des Patienten“ ins Spiel gebracht. Allerdings: Die fachliche Kompetenz des Patienten ist mit einer Beurteilung der Versorgung durch den adäquate Medikamente überfordert; dazu braucht es den fachkundigen Apotheker. Wie soll zudem ein Patient in der Regel medizinisch Notwendiges von Unnützem fachlich unterscheiden, bzw. sich online „fachgerecht“ beraten lassen können? „Die neue Rolle des Versicherten war bereits in einem Beitrag der Bertelsmann Stiftung zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 wie folgt umrissen worden: ‚Gesucht wird ein Versicherter, der eigenverantwortlich abwägt und entscheidet, welches Versicherungs- und Versorgungsangebot zu welchem Preis seinen Präferenzen und seiner Zahlungsbereitschaft entspricht‘.“⁷ Zurecht wurde darauf hingewiesen, daß dabei jedoch die gesundheitliche Ungleichheit, die sich aus der sozialen Lage ergibt, nahezu völlig ausblendet wird. Aber auch eine 'eigenverantwortliche' Wahl zwischen Versicherungsangeboten blendet völlig unterschiedliche sozial-kulturelle Voraussetzungen der Einzelnen für die Gesundheitsvorsorge aus. Gleiches gilt für die rein materiellen Voraussetzungen einer gesunden Ernährung.

Die Übertragung betriebswirtschaftlicher Abläufe auf Verwaltung, Schule und Gesundheitswesen war bereits bei Reinhard Mohn angelegt. Seine Philosophie der Unternehmenskultur wollte „er mit Hilfe seiner Stiftung auf die Gesellschaft ausweiten. Viele Projekte seiner Stiftung verfolgen das Ziel, die Gesellschaft nach meßbaren Größen zu verändern.“⁷ Wettbewerb dient allen und

Rationalisierungskonzepte aus der Industrie sollen, so der Gründer und Haupteigentümer der Klinikgruppe Rhön, Eugen Münch, selbige „profitabel“ machen.⁸ „Ganz gleich, wer in Berlin regiert, die Bertelsmann Stiftung aus Gütersloh regiert immer mit. Sie platziert ihr Personal auf den höchsten politischen Etagen in Berlin und Brüssel. Ob bei Sozialreformen, im Gesundheitswesen oder in der Bildungspolitik: Stiftungsexperten beeinflussen Gesetzesentwürfe und Reformen im Sinne der Unternehmens- und Familieninteressen. Die Konsequenzen spüren wir alle. Die Stiftung untergräbt die Gemeinnützigkeit und beeinflusst Politik im Sinne der Unternehmensinteressen. ...“⁹ So nahm Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im Sommer 2007 eine Mitarbeiterin von Bertelsmann mit auf Dienstreise. „Im Jahr darauf bezog sie einen Schreibtisch in Schmidts Ministerium und begann ihre Arbeit in Referat 5, der politischen Grundsatzabteilung.“¹⁰

Die Beiträge der Versicherten werden auch weiterhin in einen Topf eingezahlt. Die Kassen beantragen künftig für eine von gelisteten 80 Krankheiten die zustehende Summe Geld. Angenommen, ein Krebspatient braucht eine Behandlung für beispielsweise 150 000 Euro, ein Anbieter leistet es für 100000 Euro, dann hat die Kasse 50 000 Euro Gewinn gemacht. Die Kassen werden ihren Gewinn nicht mehr mit den Gesunden machen, sondern mit den „Krankheitsepisoden“ derer, die eine der künftig gültigen 80 Krankheiten haben. Also der Patient mit der teuren Krankheitsepisode bringt dann den Gewinn, wenn die Leistung entsprechend kostengünstig erbracht werden kann. Jeder, der nicht eine dieser 80 Krankheiten hat, gilt als gesund und ist auch so versichert, bekommt im Falle einer Erkrankung also nur einen reduzierten Satz. Pech gehabt. Das gesamte Kostenrisiko wird so auf den Anbieter, also den Facharzt, verlagert. Er muß eben entsprechend anbieten oder er geht unter. Die Problematik liegt bei diesem Modell auch darin, daß in der Forschung wenig bis kein Interesse bei nicht gängigen medizinischen Fragestellungen oder nicht gelistete, auch seltene Erkrankungen betreffend besteht.

⁶ Ewald Wetekamp, Mittelstand unter lauter Räubern – Die Plünderung der Selbständigen, Ein Buch von Eberhard und Imke Hamer, <http://www.zeit-fragen.ch/index.php?id=616>

⁷ Thomas Schuler, a.a.O., S. 19

⁸ Thomas Schuler, a.a.O., S. 195

⁹ Thomas Schuler, Bertelsmann-Republik Deutschland, Eine Stiftung macht Politik, Umschlagtext

¹⁰ Thomas Schuler, a.a.O., S. 198

Zusammenfassender Aufbau und Konsequenzen: Im Rahmen der 80 Erkrankungen werden zwischen Kassen und Leistungserbringern direkte Verträge geschlossen. Den Zuschlag bekommt dabei derjenige, der zum günstigsten Tarif behandeln wird und damit den Kassen den größten Gewinn verspricht. Dies wird natürlich der Qualität der Behandlung nicht zuträglich sein, was aber für die Kassen kein Problem darstellt, da ja der Arzt / die Klinik im Fall der Fälle haftet.

Weiterhin wird eine freie Arztpraxis nicht in der Lage sein, zu diesem Dumpingpreis zu behandeln. Daher können dann auch ambulante Leistungen nur noch in klinikartigen MVZs (Medizinischen Versorgungszentren) erbracht werden. Den großen Konzernen ist das aber natürlich nur recht, da sie im Moment (noch) nur im stationären Bereich arbeiten können. Das Geld, das jetzt noch in ambulanten Praxen verdient wird, wollen sie aber auch und an dieses Geld kommen sie nur, wenn Praxen für die Ärzte nicht mehr attraktiv sind. In Köln stehen eine Reihe von Arztpraxen bereits unter Bankenaufsicht. Es geht die Kunde, daß junge Ärzte beispielsweise von der Apotheker- und Ärztebank keine Gründungskredite mehr bekommen und Fachärzte ihre Praxis am Ende ihres Berufslebens zur Sicherung der Altersversorgung immer schwerer weiterverkaufen können.

Daher wird diese politische Lenkung zu einem Sterben von Arztpraxen führen. Für die gar nicht in einem MVZ erbringbaren Leistungen (Hausbesuche u.ä.) kommt mittlerweile die sogenannte Akademisierung der Pflege in Betracht. Hier sollen Schwestern (ohne Praxishintergrund) akademisch ausgebildet werden, um vormals ärztliche Tätigkeiten (Hausbesuche, Ausstellen von Folgerezepten, etc.) eigenständig durchzuführen. Die europaweite fachliche Nivellierung nach unten auf das niedrigste Niveau der „Versorgung“ hin ist im Sinne einer EU-weiten Gleichschaltung die Folge. So haben Kinder nunmal andere Krankheitsbilder als Senioren – aber das fällt eben dann flach. Dies alles geschieht natürlich auch dazu, um den Preis für medizinische Leistungen weiter drücken zu können, denn der Erbringer ist dann ja kein Arzt mehr, sondern „nur noch Schwester“.

Das von der deutschen Politik, eingebachte **amerikanische Modell des „Managed Care“** soll nun unter die Lupe genommen werden.

Vor diesem Hintergrund ist der Film „Sicko“ von Michael Moor mehr als erhellend. Es ist schon interessant, daß das private Versicherungssystem in den USA – das mit Abstand teuerste der Welt (ca. 4600 Dollar/Jahr und Kopf) – in den gezeigten Fällen zu einer abrupten Verkürzung der Lebenserwartung führt. Da sterben kleine Kinder, weil ihnen Antibiotika nicht bewilligt werden. Einer Frau mit Hirntumor schrieb ihre Versicherung: Behandlung abgelehnt, nicht lebensbedrohlich. Einige Zeit später starb die Frau an diesem „nicht lebensbedrohlichen Tumor“. 1997 mußte Kaisers Permanente (im Film angesprochen) vom Gesetzgeber daran gehindert werden, Mütter und Neugeborene nur 8 Stunden nach der Entbindung auf die Straße zu setzen. Sozial Schwache, Obdachlose, aber auch Ärzte die diese Menschen betreuen, berichten, daß es eher die Regel sei, manchmal auch mit der Infusionsnadel noch im Arm aus dem Krankenhaus geworfen zu werden. Man sagt: Von einem einbezahlten Dollar erhält der Versicherte im besten Fall 22 Cent – der Rest geht ‚locker‘ gesagt, aufs Haus. Richard Nixon hat das marktwirtschaftliche System 1971 eingeführt: Maximale Beiträge der Versicherten bei minimierter Leistung. Arzt und Klinik gehören in der Regel zum gleichen Versicherer.

Der Mensch als Mittel zum Zweck?

Medizinische Entscheidungen der Versicherungen sind nachweislich abhängig von finanziellen Erwägungen, sprich Rendite-Erwartungen. „In 31 Bundesstaaten immer noch erlaubt ist [...] die Drive-in-Amputation. Ein kranker Körperteil wird abgenommen und kaum dass man aus der Narkose erwacht, muss man das Bett auch schon wieder frei machen. Wieder trifft es vor allem die Frauen: Diese Vorgangsweise wird größtenteils bei Brustamputationen gewählt. Die durchschnittliche Patientin ist 63 Jahre alt. Viele diese Frauen haben keine Familie mehr, sie sind verwitwet und kinderlos, oder die Kinder wohnen in einer anderen Stadt oder dürfen nicht von der Arbeit zu Hause bleiben, um am Bett der Mutter zu wachen. Wenn diese Frauen aus der Narkose zu sich kommen, sind sie alleine mit dem körperlichen Schmerz und dem seelischen Trauma. Trotzdem müssen sie sofort das Krankenhaus verlassen.“¹¹

Die medizinische Versorgung in die Hand eines Versicherungskonzerns zu legen heißt: Dieser bestimmt darüber, wer, wann, wo und ob überhaupt eine Behandlung erhält. Eine Ablehnung der Zahlung einer Behandlung erscheint im Budget der Versicherung bzw. des Arztes als Gewinn. Der Patient muß seine Behandlung beantragen und es sind zahlreiche Fälle gerichtlich bekannt geworden, daß die systematische Ablehnung der ärztlichen Versorgung zu ungezählten Todesfällen geführt hat.

„Selbst wenn es mal zu Schadenersatzklagen kommt, haben Versicherungen noch einen Trumpf im Ärmel: Es ist schwer, sie für Behandlungsfehler zur Kasse zu bitten, weil sie gar nicht behandeln. Ein Beispiel: Drei verschiedene Ärzte betrachten eine neue Operationsmethode als letzte Chance für einen todkranken

¹¹ a.a.O. Schwarzbuch ..., S. 47

Patienten. Ein Arzt der Versicherung, der den Patienten nie gesehen hat, lehnt ab. Die entsprechende Operation wird von dieser Versicherung noch als »experimentell« eingestuft und ist daher nicht im Leistungskatalog enthalten. Der Patient stirbt wenige Monate später, die Hinterbliebenen klagen die Versicherung. Doch die argumentiert vor Gericht: Sie hat nie die Behandlung untersagt, sondern nur die Zahlung abgelehnt, und das in Übereinstimmung mit dem Vertrag. Der Patient hätte sich jederzeit operieren lassen können; es ist ja nicht die Schuld der Versicherung, dass er zu arm dazu war. Das geht vor Gericht durch.“¹² **Nebenbei muß gesagt werde, daß in amerikanischen Kliniken Wartezeiten von 8-14 Stunden keine Seltenheit sind und die Kranken in einfachen Kojen „gelagert“ werden. Kein Arzt des Vertrauens mehr und keine freie Arztwahl!**

Auch in Deutschland gibt bes Krankenkassen, die alles aus einer Hand bereitstellen und Zentren mit von der Kasse angestellten Ärzten einrichten. Versprochen werden zunächst kurze Wartezeiten. Beißt der Patient an, merkt er schnell, daß die Ärzte durch die das Angestelltenverhältnis nicht mehr die Behandlungsfreiheit haben. Vielmehr ist auch hier evident: Wer weniger ausgibt, macht mehr Gewinn. **Die Aufhebung der freien Arztwahl bedeutet für Patienten in Zusammenhang mit der Fallpauschale, daß die mögliche Versorgung zugunsten von Einsparungen eingeschränkt wird. Nicht nur ältere Patienten, die oftmals nach Operationen mit Komplikationen zu kämpfen habe, beklagen eine zu frühe Entlassung („blutige Entlassung“).**

Demnächst also für die Mehrzahl der Bürger Zustände wie in England mit seinen Polikliniken und einem eklatanten Facharztmangel z.B. bei Zahnärzten? Nicht wenige Engländer ziehen sich in ihrer Not ihre Zähne selbst. Der Mensch wird durch ein reines Kosten-Nutzen-Kalkül jedoch seiner Würde beraubt, denn Freiheit geht nicht ohne Gerechtigkeit. Norbert Blüm warnt in seinem Buch „Gerechtigkeit“ davor, daß „Deregulierung, Wettbewerb und Kostensenkung“ auf die „Zerstörung eines gemeinwohlorientierten Staates und seiner öffentlichen Aufgaben“ hinauslaufen.

Manch ein Politiker sieht auch die Niederlande als ein Vorbild an. Dabei ist darauf hinzuweisen, daß seit der Einführung der Euthanasie in Holland 1994 immer mehr alte Leute Angst haben, zum Arzt oder ins Krankenhaus zu gehen. Tausende - auch älterer - Menschen, so die Deutsche Hospizstiftung, sind bislang unfreiwillig getötet worden – weil es sich nicht „mehr lohnt“, nicht mehr „rechnet“, weil sie dement sind. Was also heißt heute in Deutschland: Einsparpotenzial von 19 Milliarden Euro im Gesundheitswesen – wer aber zahlt die Zeche?

Zählen Sie einmal Ihre ganzen Zahlungen für die Krankenversicherung über die Jahre zusammen und rechnen Sie danach im Überschlag aus, wann Sie dieses „Bugdet“ mit Operationen etc. verbraucht haben werden. Deshalb war die Entwicklung des Aufbaus der Kassen als Solidargemeinschaft, als gemeinsamer „Rettungsschirm“ so bedeutsam. Gleiches gilt – vor allem in Notzeiten - für den Genossenschaftsgedanken. Haben Sie sich noch nicht gefragt, wer ein Interesse daran hat, daß durch Beiträge in diversen Magazinsendungen etc. offensichtlich Unbehagen über oder gar Mißtrauen gegen Ärzte oder Apotheker geschürt werden?

Was das „große Geld“ noch stört, ist die dezentrale Wertschöpfung durch unabhängige Arztpraxen und Apotheken mit ihrer guten Nahversorgung. Wenn allerdings die schäbigen Versuche, Ärzte und Patienten gegeneinander auszuspielen, die Entsolidarisierung also Erfolg haben würde, werden am Ende mehr oder weniger wir alle darunter zu leiden haben. „Effizienz“ und „Wettbewerb“ sind öffentlichkeitswirksam propagierte Schlagworte der „Neuen Steuerung“. Betriebswirtschaftlich bedeutet das ein Kosten-Nutzen-Modell, das auf geldwerten Profit zielt und das uns vor allem die Einrichtungen entzieht, die wir Bürger uns für eine gleiche Teilhabe aller geschaffen haben (z.B. kommunale Krankenhäuser etc.).

Wir müssen uns als Gesamtgesellschaft darauf besinnen, wie wir eigentlich unser Zusammenleben und damit auch unsere Gesundheitsversorgung einrichten wollen. Der Schulterschuß zwischen Ärzten, Apothekern und Bürgern sollte unser Ziel sein. Denn: Wir Bürger – ganz gleich ob Jung oder Alt - haben es satt, in welcher Beziehung auch immer als bloße Kostenfaktoren angesehen zu werden.

Die Politik wird auch in der Gesundheitspolitik von Bertelsmann beraten. Der autoritäre Lenkungsanspruch gegenüber den Bürgern wird so formuliert: „Um ihrer politischen Verantwortung gerecht zu werden, muss eine Regierung sich im Zweifelsfall auch gegen den empirischen und kontingenten Volkswillen durchsetzen. Politische Entscheidungen, die der gegebenen Mehrheitsmeinung entgegenstehen, sind nur auf den ersten Blick demokratietheoretisch bedenklich. (Ebd., S. 24)¹³

¹² a.a.O. Schwarzbuch ..., S. 52

¹³ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2009): Die Kunst des Reformierens. Konzeptionelle Überlegungen zu einer erfolgreichen Regierungsstrategie. Zukunft Regieren. Beiträge für eine gestaltungsfähige Politik. Gütersloh 3/2009,

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) fordert u.a.:

„DRG-Finanzierung der Krankenhäuser und Bonussysteme für Ärzte: Durch falsche Anreize entstandene Fehlentwicklungen stoppen!

Die Tätigkeit aller Ärzte unterliegt besonderen Ansprüchen, die in Kodices der ärztlichen Berufsethik festgeschrieben sind. Hierzu gehören vier wesentliche Prinzipien:

- a) allen Patienten Fürsorge und Hilfe anzubieten (Primat des Patientenwohls),
- b) Patienten nicht zu schaden («primum non nocere»),
- c) das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu respektieren sowie
- d) Gleichheit und Gerechtigkeit bei der Behandlung zu wahren, was eine faire Ressourcenverteilung einschliesst.

Die Orientierung an diesem Berufsethos ist seit Hippokrates ein Grundgedanke ärztlicher Tätigkeit. Seine integre Ausübung hat der Ärzteschaft Vertrauen und Respekt verschafft und ist unverändert die Basis für den Kontrakt zwischen Ärzten, Patienten und der Gesellschaft.

Unter den Bedingungen des DRG-Systems haben sich die Krankenhäuser in den letzten Jahren gewandelt – von Einrichtungen der Daseinsfürsorge zu Unternehmen oder Krankenhauskonzernen. Sie fordern von ihren Ärzten mehr Fälle pro Arzt und höhere Erlöse pro Bett. Organisiert wie Industrieunternehmen werden Krankheiten zur Ware, Ärzte zu Anbietern und Patienten zu abgerechneten Fällen. An ökonomischen Zielvorgaben orientierte Bonusverträge und Zielvereinbarungen werden eingesetzt, um Fall- und OP-Zahlen und interventionelle Eingriffe zu steigern. Ärzte soll dies dazu animieren, die Unternehmensziele über das Primat des Patientenwohls zu stellen.

Wir sind der Überzeugung, dass sich die Prinzipien medizinischer Prozesssteuerung, ökonomischen Denkens und ärztlicher Fürsorge nicht ausschliessen. Die zunehmende betriebswirtschaftliche Fremdbestimmung allerdings vermindert in erheblichem Masse die Möglichkeiten der Anteilnahme und der geduldigen Zuwendung. ...¹⁴

Und darin können wir Bürger nur unterstützen.

Was auf uns alle zukommt, sind massive Probleme in der Pflege:

„Zahl der Heimbewohner steigt bis 2020 um 179.000 / 4.300 neue Heime benötigt / Neubau und Ersatz erfordern 34 Milliarden Euro an Investitionen / 90.000 zusätzliche Fachkräfte benötigt / Branche in der Klemme zwischen steigenden Kosten und stagnierenden Einnahmen / Jedes siebte Heim geht in die Insolvenz / Konzentrationsprozess kommt vor allem größeren privaten Betreibern zugute“¹⁵

„Der Unions-Pflegeexperte und CDU-Bundestagsabgeordnete Willi Zylajew hat jetzt angeregt, angesichts des drohenden Notstands über alternative Modelle zur Pflege zu diskutieren: Zum Beispiel Deutsche im Ausland pflegen zu lassen, statt ausländische Pfleger aus Osteuropa oder Asien nach Deutschland zu holen. Kassen wie die AOK oder die Barmer BEK zeigen sich offen für solche Kooperationen mit Altenheimen im Ausland. ... „Dass es teuer wird, wenn jemand ins Pflegeheim muss, ist nichts Neues. Die gesetzliche Pflegeversicherung zahlt seit jeher nur einen fixen Zuschuss“, sagte Jens Spahn (CDU) dem „Kölner Stadt-Anzeiger“. Um so wichtiger sei es, dass jeder Einzelne beizeiten spare und vorsorge. Ob jemand sich im Ausland oder in der Heimat pflegen lasse, sei die Entscheidung jedes Einzelnen...“¹⁶ Zynischer geht es nimmer. Und da EU-Recht über dem jeweiligen Landesrecht steht, wird auch hier sicherlich bald eine entsprechende Änderung der nationalen Schutzgesetze hin zu mehr Markt erfolgen. Arbeitskräfte können im EU-Raum heute schon wie auf einem riesigen Verschiebebahnhof ihre Arbeitskraft zu Märkte tragen – man denke nur an die sog. Eurowaisen, deren Eltern sich auf Jahre im Ausland verdingen müssen, um die Familie durchzubringen. Wer sich künftig überhaupt noch Pflege leisten kann? Blicken wir nach Griechenland und dort auf die auch durch deutsche Politik angerichtete humanitäre Katastrophe. In Uganda soll es Pflegeplätze bereits für 450 Euro im Monat geben ... **Es kommt also auf uns Bürger an, ob wir zusammenstehen und gemeinsame Lösungen – beispielsweise durch Arzt-Apotheken-Pflegegenossenschaften – aufbauen.**

© Verein Förderung der Filmkultur e.V., Leverkusen 12/2012

Homepage: www.bergische-filmbuehne.de, Mail: info@bergische-filmbuehne.de

http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_30519_30520_2.pdf (Datum des letzten Abrufs: 01. Februar 2012) zit nach: Jochen Krautz, Bildungsreform und Propaganda, S. 103

¹⁴ www.dgim.de, <http://www.zeit-fragen.ch/index.php?id=1115>

¹⁵ <http://www.ey.com/DE/de/Newsroom/News-releases/20110912-Investitionen-in-neue-Pflegeheime---34-Milliarden-Euro-bis-2020>, Ernst und Young

¹⁶ <http://www.ksta.de/politik/pflege-altenheime-fuer-viele-zu-teuer,15187246,20732834.html>