

Über die verlorene Kunst des Heilens – Aktie Patient

Bernd Hontschik

Seminar auf der Eröffnungstagung 06. – 07.09.2013 Bad Mergentheim

In der Heilkunst droht etwas verloren zu gehen oder ist gar schon verlorengegangen. Damit ist natürlich nicht gemeint, dass die moderne Medizin ihre Kenntnisse verloren hat. Im Gegenteil, diese Kenntnisse wachsen jeden Tag, und niemand kann von sich behaupten, sie noch zu überblicken. Es ist für mich dennoch, trotz all dieser Fortschritte, eine tägliche, deprimierende Erfahrung, dass die Heilkunst Schritt für Schritt verlorengeht. Allerdings liegt das weniger an der Heilkunst selbst als an den Rahmenbedingungen, in denen sie von uns Ärztinnen und Ärzten praktiziert wird. Ich möchte also etwas darüber berichten, wie diese einschneidenden Veränderungen im Gesundheitswesen die Medizin verändern und wie sie meine tägliche Arbeit beeinflussen.

Es mag überraschen, aber um zur Heilkunst zu kommen, muss ich zunächst darüber sprechen, was eine Aktie ist. Die Aktie ist etwas ganz Altes, aber gleichzeitig auch etwas ganz Neues in unserem Gesundheitswesen. Man muss sich Gedanken über den Charakter der Aktie machen, wenn man unsere heutige Medizin verstehen will, und erst dann kann man darüber nachdenken, was ein Patient eigentlich ist, was ein Arzt eigentlich ist, was der Gegenstand der Humanmedizin eigentlich ist, und was wir gegenwärtig für Veränderungen ertragen müssen. Im Einzelnen werde ich vielleicht wenig Neues sagen können, aber das Entscheidende ist der Kontext, ist der Zusammenhang, in dem alle diese Vorgänge stattfinden. Und neuerdings gehören zu diesem Kontext, zu diesem Zusammenhang an vorderster Stelle auch die Aktien.

Also: Was ist eine Aktie, und was ist ein Patient? Was haben Aktien mit Patienten zu tun? Aktien gibt es ja erst seit etwa 800 Jahren. Patienten hingegen gibt es wohl, seit es Menschen gibt, seit sie krank werden und nach Heilung suchen.

Was ist eine Aktie?

„Der Name *Aktie* oder *Wertpapier* stammt daher, dass Aktien früher als Urkunden ausgegeben wurden, auf denen ein Nominalwert und die Stückzahl angegeben waren. Einer der ältesten Anteilscheine ist eine Urkunde aus dem Jahre 1288, in der 1/8 einer schwedischen Kupfermine in Falun verbrieft ist. Sie ist die älteste noch heute bestehende Aktiengesellschaft der Welt. Die Vereinigte Ostindische Kompanie war 1602 die erste Firma an der Börse im Europäischen Wirtschaftsraum. Die ersten Aktien Deutschlands waren die der Dillinger Hütte im Jahre 1809. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts führte die Entwicklung dazu, dass Anteilseigner die Aktien in der Regel nicht mehr als einzelne Urkunden besaßen, sondern von einer Bank in einem

Depot verwalten ließen. Aus dieser zentralen Depotverwaltung ergibt sich auch der große Einfluss der Banken, die das Stimmrecht stellvertretend für alle bei ihr verwalteten Aktien wahrnehmen können.“¹¹ Das entscheidende an einer Aktie ist also nicht nur der Besitz eines Anteils an der Firma, an der Aktiengesellschaft, sondern das Entscheidende an einer Aktie ist das natürliche Interesse der Aktionäre an der Ausschüttung einer Dividende. Der Gewinn einer Aktiengesellschaft ist nicht nur für Übernahmen, Reinvestitionen oder Modernisierungen vorgesehen, sondern auch für den unmittelbaren finanziellen Vorteil der Anteilseigner, der Aktionäre. Es fließt also Geld aus dem produktiven Vermögen heraus in die privaten Vermögen der Aktienbesitzer hinein.

Im Gesundheitswesen sind Aktien eigentlich nichts Neues. Nahezu alle Pharmafirmen von Bedeutung sind Aktiengesellschaften, überwiegend als weltweit agierende Konzerne. Auch Hersteller vieler anderer Maschinen, Geräte und Hilfsmittel, die die Medizin heute braucht, sind fast immer Aktiengesellschaften. Erst neuerdings gibt es aber Konzerne, die Krankenhäuser und Arztpraxen als Medizinische Versorgungszentren betreiben, und das auch als Aktiengesellschaften. Diese Geschichte beginnt erst vor etwa 30 Jahren. Der erste Schub begann Anfang der 1980er Jahre als Folge des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde die öffentliche Finanzierung der Krankenhausinvestitionen eingeführt, die es so vorher nicht gab. Die Krankenkassen zahlten bis dahin den Krankenhäusern erbärmliche Pflegesätze weit unter deren Kosten; die Defizite mussten von den Trägern gedeckt werden, also vor allem von den Kommunen und von den Kirchen. Für private Träger war das damals völlig uninteressant. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde die Investitionsfinanzierung durch die Länder (bis Anfang der 1980er Jahre auch mit Bundeszuschüssen) eingeführt, von der alle Plankrankenhäuser profitierten. Das erst machte Krankenhäuser auch für private Investoren attraktiv, vor allem für Betreiber von Reha-Kliniken, die seit jeher mit Verträgen mit den Rentenversicherungsträgern viel Geld gemacht hatten, das sie jetzt auch in Akut-Krankenhäusern anlegten. Die Rhön-AG ist ein klassischer Fall dafür. Zugleich wurden tagesgleiche Pflegesätze und vor allem das Selbstkostendeckungsprinzip eingeführt, wonach die Krankenkassen für den laufenden Betrieb aufkommen mussten. Das war dann endgültig auch für private Träger sehr attraktiv, faktisch ein risikofreies Geschäft. Die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser waren oft

¹ nach: <http://de.wikipedia.org/wiki/Aktie>, Stand 19.5.2012

miserabel geleitet, ohne ein effektives Kostenmanagement. Stattdessen waren politische Ränkespiele an der Tagesordnung, und wenn man sich mit Kliniken aber nicht mehr brüsten konnte, wollte so mancher Landrat oder Bürgermeister diese Problemfälle lieber loswerden als sanieren.

Der nächste Privatisierungsschub kam dann in den 2000er Jahren nach der Einführung der DRGs. Statt der Tagesätze, also statt der Liegedauer, wurde nun nach Diagnosen bezahlt. Die privaten Träger hatten ein sehr viel besseres Management-Know-how, was ihnen Kostenvorteile brachte. Eine rasante Entwicklung trat ein: Zwischen 2002 und 2010 hat sich der Marktanteil der von Privatunternehmen an den Krankenhausbetten von 8,9 auf 16,0 % fast verdoppelt. Ein weiterer wichtiger Trend ist auch die Umwandlung von Häusern mit öffentlicher Trägerschaft in privatrechtliche Unternehmen (GmbHs usw.). Gemessen an den Krankenhaus-Betten haben heute knapp 50 % der öffentlichen Krankenhäuser eine private Unternehmensform, 2002 waren es noch 27 %. Dafür gibt es ausschließlich betriebswirtschaftliche Gründe.²ⁱⁱ

Und: Wenn mir noch vor 10 Jahren jemand prophezeit hätte, dass einmal eine Universitätsklinik privatisiert werden würde, hätte ich ihm den Vogel gezeigt. Und vor kurzem sollte eine weitere Universitätsklinik, diesmal in Schleswig-Holstein, nicht nur einem privaten Klinikkonzern verkauft, sondern die zugehörige medizinische Fakultät gleich mit geschlossen werden – aus Kostengründen! Diese Wandlungsprozesse der letzten Jahren kennen kein Tabu mehr.

Deutschland beheimatet den größten Krankenhauskonzern Europas. Deutschland hat inzwischen den höchsten Anteil von Krankenhausbetten im Besitz privater Gesundheitskonzerne auf der ganzen Welt. Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung vom Tagessatz zu DRG war mit einer Schließung von mehr als einem Drittel der Krankhausbetten verbunden. Da die Liegezeit dem Krankenhaus keinerlei finanziellen Vorteil mehr bringt, ist diese inzwischen von über 14 Tagen im Jahr 1991 auf 7,6 Tage im Jahr 2012, also etwa auf die Hälfte gesunken. Die Arbeitsintensität für ärztliches und Pflegepersonal ändert sich dadurch massiv. Bei der Verdoppelung der Krankenhausträgerschaft unter privatwirtschaftlichem Kalkül ist gleichzeitig ein Kahlschlag im Pflegebereich eingetreten: Es wurden in den letzten Jahren mehr als 50.000 Stellen gestrichen. Man kann ohne Übertreibung sagen, dass die Krankenhausmedizin inzwischen zu einer Art von getaktetem Fließbandbetrieb geworden ist, und auch in Arztpraxen werden die medizinischen Entscheidungen inzwischen zunehmend eher ökonomischen als medizinischen Kriterien

² Hartmut Reiners, persönliche Mitteilung vom 19.6.2012

unterworfen. Man muss wirklich kein Mathematikgenie sein, um sich unter der Halbierung der Liegezeit, also einer Verdoppelung der Fallzahlen, bei gleichzeitiger massiver Betten- und Stellenstreichung die Arbeitsbelastung des Personals vorzustellen.

Je nachdem, wie alt Sie sind, waren Sie in den letzten Jahren Zeuge von fünf, zehn oder zwanzig Gesundheitsreformen. Das Wort an sich ist schon verrückt, denn es wird ja nicht die Gesundheit reformiert. Diese sogenannten Reformen vollziehen sich in kleinen, für sich alleine genommen gerade nah verstehbaren Schritten, auch wenn sich deren Namen nur dem Fachmann erschließen: ICD, DMP, DRG, EBM, OPS, MDK, GOÄ, Zuzahlungen, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (MRSa), Case Mix Index, Betriebsstättenkennziffern, Regelleistungsvolumen, Leitlinien, Vorsorgemedizin, elektronische Gesundheitskarte oder Qualitätsmanagement. Dahinter verbirgt sich aber eine Strategie. Die wirkliche Überschrift dieser Reformen heißt "Industrialisierung". Es handelt sich um lauter kleine Bausteine der Destruktion, des Abbaus des sozialpolitischen Rahmens, in dem wir unsere Arbeit ausüben. Gegen keinen dieser einzelnen Bausteine ist vielleicht für sich alleine genommen etwas einzuwenden, aber zusammen, in ihrem politischen Kontext, werden sie zu destruktiven Sozialgeißeln. Die Frage ist also: Was eigentlich ist der Kontext, wie sieht das politische Konzept der ständigen Gesundheitsreformen aus?

Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

Es findet im Gesundheitswesen seit einiger Zeit ein gewaltiger Paradigmenwechsel statt. Es werden die Ziele ausgetauscht. Alte Übereinkünfte werden über Bord geworfen. Die neuen Ziele werden aber nicht mehr innerhalb der Medizin erarbeitet, sondern sie werden in Konzernen geplant und von Politikern in die Tat umgesetzt. Die alles entscheidende Veränderung: **In das Gesundheitswesen hat unsere Gesellschaft bislang einen Teil ihres Reichtums investiert, zum Wohle aller. Nun wird das Gesundheitswesen zur Quelle neuen Reichtums für Investoren**, die durch so hohe Renditen dorthin gelockt werden, wie sie zur Zeit in keinem anderen Wirtschaftszweig auch nur annähernd winken.

Dass sich das Gesundheitswesen in eine Gesundheitswirtschaft umwandelt, dass wir unseren Reichtum nicht mehr für das Funktionieren der Sozialsysteme unserer Gesellschaft verwenden, sondern dass die Sozialsysteme zur Quelle neuen Reichtums für Kapitalgesellschaften werden, dass also der Kranke, der Patient, zum Kunden, zum Konsumenten wird, dass also der Arzt zum

Dienstleister und die Medizin zur Ware wird, das ist die Wurzel allen Übels. Gerade dort, wo Markt und Konkurrenz absolut nichts zu suchen haben, nämlich in der direkten Beziehung zwischen Arzt und Patient, da ziehen sie dadurch derzeit mit Macht ein. Und dort, wo Markt und Konkurrenz für allerbeste Verhältnisse sorgen könnten, nämlich bei der Herstellung und Verteilung von Medikamenten, medizinischen Hilfsmitteln und Geräten, da werden sie durch Korruption, Lobbyismus und globale Winkelzüge an ihrer Entfaltung gehindert und verkehren sich ins Gegenteil.

Mit der ständigen Wiederholung der gängigen Märchen von der angeblichen Kostenexplosion, von den angeblich untragbar hohen Kosten durch die "Überalterung" unserer Gesellschaft und von den angeblich zu hohen Lohnnebenkosten wird das solidarische Gesundheitswesen Schritt für Schritt zerredet.

Diese Begründungen sind aber hohl und verlogen: Es ist inzwischen allgemeiner Konsens, dass unser Gesundheitswesen auf eine Art Zusammenbruch zusteure. Konsens ist, dass wir mit einer Kostenexplosion konfrontiert seien, und Konsens ist, dass die immer älter werdende Bevölkerung immer höhere Kosten der gesundheitlichen Versorgung verursachen werde. Man kann das aber auch ganz anders sehen.

Es gibt keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, und es hat auch noch nie eine gegeben. Die Ausgaben für das Gesundheitssystem sind in unserem Land seit Jahrzehnten konstant. Sie betragen zehn bis zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts mit minimalen Ausschlägen nach oben oder unten, und zwar nicht wegen explodierender Kosten, sondern wegen konjunktureller Schwankungen dieses Bruttoinlandsprodukts. Die Kostenexplosion wird seit über 30 Jahren als Propagandabegriff benutzt, um Veränderungen im Gesundheitswesen durchzusetzen.

Das zweite Märchen betrifft die Veränderungen der Altersverteilung. Die immer weiter steigende Lebenserwartung bzw. der immer höhere Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sind Tatsachen. Aber auch diese Tatsachen werden aus meiner Sicht für eine zweckbestimmte Propaganda missbraucht. Das steigende Durchschnittsalter verursacht im Gesundheitswesen keine unlösbaren Probleme, sondern hauptsächlich Veränderungen im Krankheitsspektrum. Denn es gibt da noch eine andere Tatsache: Jeder Mensch, über seinen ganzen Lebenszyklus betrachtet, verursacht etwa 70 bis 80 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen im letzten Jahr seines Lebens. Es ist dabei völlig gleichgültig, ob er mit 40, 60

oder 80 Jahren stirbt. Es ist – sozusagen von hinten betrachtet - immer das letzte Lebensjahr das kostenträchtigste. Das nennt man den Kompressionseffekt. Es ist sogar so, dass diese Kosten im letzten Lebensjahr bei einem 40jährigen deutlich höher sind als bei einem 80jährigen, da man bei jüngeren Patienten naturgemäß wesentlich radikalere und invasivere, also auch teurere Therapieentscheidungen trifft. Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung wird sicher eine völlige Neukonzeption der Pflegeversicherung erzwingen, und es mag auch Verteilungsprobleme zwischen jung und alt in der Rentenversicherung geben, aber im Gesundheitswesen ist sicher nicht mit unlösbaren Problemen zu rechnen.

Hätten die Propagandisten der Kostenexplosion und der Altersdemagogie Recht, dann wäre unser Gesundheitswesen doch längst zusammengebrochen. Das ist aber mitnichten der Fall: Zur Zeit betragen die Rücklagen der Gesetzlichen Krankenversicherung knapp dreißig Milliarden Euro. Der ökonomische Druck, dem wir uns bei unserer Arbeit inzwischen ausgesetzt sehen, muss also ganz andere Gründe haben als eine Kostenexplosion, die es gar nicht wirklich gibt, und eine Alterslawine, die angeblich auf das Gesundheitswesen zurollt.

Was also hat sich geändert? Als ich vor über dreißig Jahren als Assistenzarzt und als Oberarzt in einem großen Krankenhaus gearbeitet habe, war ökonomischer Druck für uns alle ein Fremdwort. Unser Krankenhaus hat Jahr für Jahr ein Millionendefizit produziert, weil von den Krankenkassen in den Tagessatzverhandlungen nicht mehr Geld herausgeholt werden konnte, und dieses Millionendefizit hat der städtische Haushalt für das kommunale Krankenhaus Höchst Jahr für Jahr übernommen und ausgeglichen. Als ich vor einigen Jahren vom Magistrat der Stadt Frankfurt in die Betriebskommission, den dort so genannten Aufsichtsrat eben dieses Krankenhauses berufen wurde, war ich wohl auf große Veränderungen gefasst, die Realität war aber noch schlimmer. Den Vorsitz und das große Wort hatte der kaufmännische Geschäftsführer. Der Einfluss des ärztlichen Direktors kam über verzweifelte Einwürfe kaum hinaus. Es wurden die DRGs verhandelt, es wurden Personalentscheidungen und das Wohl und Wehe ganzer Abteilungen am Case Mix Index diskutiert und entschieden, und es gab nur ein Ziel: schwarze Zahlen in der Bilanz. Die wirklichen Aufgaben eines Krankenhauses, auch einer chirurgischen Klinik, spielten dabei eine völlig untergeordnete Rolle. Wie kann man höhere Patientenzahlen generieren, mit welchen Leuchttürmen kann die Klinik in der Öffentlichkeit aufwarten und die Patientenströme zu sich lenken, wie kann man die Kosten senken, welche Abteilungen kann man schließen oder auch mit denen anderer, benachbarter Krankenhäuser zusammenlegen? Wenn dabei überhaupt von Patienten die Rede war, dann nicht im Sinne einer guten Patientenversorgung, sondern einer optimalen Verschlüsselung im DRG-System. Die

ständige unausgesprochene Drohung bei diesen Diskussionen, das unsichtbare Menetekel an der Wand lautete: Privatisierung. Wenn es der Klinik nicht gelänge, zu schwarzen Zahlen zu kommen, stünde der Verkauf an einen der privaten Klinikkonzerne bevor.

Die ständig wachsende Controlling-Abteilung im Krankenhaus Höchst beschäftigte 2009 bereits fünf approbierte Ärzte, die den ganzen Tag nichts anderes zur Aufgabe hatten als die optimale Verschlüsselung im ICD und als DRG. Den längst schon mehr als fünf approbierten Bürokratie-Ärzten auf Krankenhausesseite steht ja eine mindestens genauso große Zahl von approbierten Bürokratie-Ärzten auf der Seite des MdK gegenüber, die jede Krankenakte prüfen, Diagnosen streichen oder zerpfücken, und die DRG-Vergütung drücken, wo es nur geht. Das ist – auf ganz Deutschland hochgerechnet – nicht nur eine gigantische Verschwendung und Fehlverwendung von ärztlicher Kompetenz, sondern jeder wusste und jeder weiß außerdem, dass hier gelogen und betrogen wurde und wird, dass sich die Balken biegen. Dieser ‚Kampf zwischen den Schreibtischen‘ hat unmittelbare Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Es gibt den Begriff der ‚blutigen Entlassung‘, der zwar immer wieder bestritten wird, aber als niedergelassener Chirurg kann ich Ihnen sagen, dass das inzwischen Teil meines normalen Arbeitsalltags ist. Es kommen postoperativ immer mehr Patienten in einem haarsträubenden Zustand in meine Praxis, die ambulant nur mühsam und extrem aufwändig zu betreuen sind – übrigens ohne angemessene Vergütung, denn das geht in unseren lächerlich niedrigen Regelleistungsvolumina unter. Ich hatte schon darauf hingewiesen, dass eine Verkürzung der Liegezeit, eine Erhöhung der Fallzahlen, man könnte auch sagen: der Schlagzahlen im OP und auf Station bei gleichzeitiger Stellenstreichung zu einer spürbaren Verschlechterung der medizinischen Versorgung führen muss. Im vergangenen Jahr ist in der Kinderchirurgie z.B. der präoperative Aufenthaltstag zur OP-Vorbereitung aus dem Vergütungskatalog gestrichen worden. Alleiniger (ökonomischer!) Hintergrund ist, dass die DRG-Vergütung bei einem ein- oder zweitägigen stationären Aufenthalt auf 50 Prozent reduziert wird. Die Kinder müssen nun sozusagen direkt von der Straße auf den OP-Tisch springen – ein menschlicher, psychologischer und medizinischer Irrsinn, der gute Chirurgie unmöglich macht.

Was ist ein Patient?

Nach diesen Gedanken über die Aktie und die Gesundheitswirtschaft nun einige Worte zum Patienten. Und an dieser Stelle ist ein kleiner Exkurs über die Grundlagen der Humanmedizin unvermeidlich. Ich möchte Ihnen etwas davon erzählen, wie ich meine Arbeit als Arzt verstehe.

Das wird nur ein kleiner Ausflug, aber ohne den geht es nicht. Was ist eigentlich ein Patient, lautet die Frage?

Vor vielen Jahren, als ich mit meiner Arbeit als Chirurg in größere Selbstzweifel geraten war, hat mich ein großer Arzt und Denker des 20. Jahrhunderts namens Thure von Uexküll mit einem sehr, sehr einfachen Satz gefangen genommen – und bis heute nicht mehr losgelassen. Dieser Satz brachte mein ganzes diffuses bisheriges Unbehagen mit der Schulmedizin auf den Punkt. Er lautete: "Die Medizin ist streng getrennt in eine Medizin für Körper ohne Seelen und eine Medizin für Seelen ohne Körper". Was bedeutet dieser Satz?

Mit ihrem Menschenbild ist die moderne Schulmedizin im philosophischen Konzept der Naturwissenschaft des 19. Jahrhunderts steckengeblieben. Diese moderne Medizin kann nur mit Sichtbarem, mit Zählbarem und mit Messbarem wirklich umgehen. Sie setzt damit auf eine objektive, existierende Realität, die es nur zu erkennen gilt. Diese Erkenntnis- und Denkmodelle sind daher immer nur zweigliedrig. Sie kennen nur Ursache und Wirkung. Auf eine Ursache folgt eine Wirkung, oder genauer: Auf die gleiche Ursache folgt immer die gleiche Wirkung. Wenn Sie einen Lichtschalter betätigen, geht das Licht an. Wenn das Licht nicht angeht, ist wahrscheinlich die Glühbirne kaputt. Ist sie intakt, ist vielleicht ein Defekt im Schalter. Wenn der aber auch in Ordnung ist, ist vielleicht die Sicherung herausgeflogen. Wenn die Sicherung ausgetauscht ist, geht auch die Lampe wieder an – es sei denn, und das wäre dann der nächste Untersuchungsschritt, das Zuleitungskabel sei defekt usw. usf. So funktionieren zweigliedrige Ursache-Wirkungs-Systeme, und so ergibt sich eine logische Reihenfolge der Fehlersuche im Falle von Defekten. Das ist das grundlegende Prinzip der Technik.

In der Medizin kommt man mit diesem technischen Modell nicht sehr weit. Damit lässt sich vielleicht eine Wunde nähen, aber schon eine Wundheilungsstörung ist nicht mehr so einfach zu beheben wie eine durchgebrannte Glühlampe. Damit lässt sich vielleicht ein gebrochenes Hüftgelenk austauschen, aber dennoch wird – bei völlig identischer Technik – im einen Fall eine wunderbare Heilung erreicht, im anderen Fall vielleicht eine chronische Schmerzsituation für immer vertieft.

Für den Umgang mit Lebewesen sind technische Maschinenmodelle untauglich. Der Ausgangspunkt einer Humanmedizin muss daher ein grundsätzlich anderer sein. Die prinzipielle philosophische Grundlage der Medizin ist der Konstruktivismus, und nicht der Mechanismus: Alles, was wir erkennen, wird erst im Prozess der Erkenntnis konstruiert, und nichts existiert für uns unabhängig von der Möglichkeit der Erkenntnis. In der Medizin wird das mit

dem Gedanken grundlegend deutlich, dass sich jedes Lebewesen eine eigene Umwelt, seine eigene Welt konstruiert, in der es überleben, in der es leben kann. Diesen Vorgang bezeichnet man als Passung. Dementsprechend kann man ein Misslingen dieses Passungsvorganges als Passungsstörung bezeichnen, der Keim einer Krankheit. Der Passungsvorgang ist ein außerordentlich individueller Vorgang. Würde ich mich mit einem Ultraschallgerät um den Hals und Kopfhörern an den Ohren kopfüber in einen dunklen Dachboden hängen, so hätte ich doch nicht die Spur einer Ahnung von der Lebenskonstruktion einer Fledermaus. Und: Dieser Passungsvorgang ist ein dynamischer Prozess. Eine Passung, die heute funktioniert hat, also Leben ermöglicht, kann morgen schon falsch sein und Krankheiten verursachen oder im schlimmsten Fall ein Weiterleben unmöglich machen. Die Erkenntnis- und Denkmodelle eines konstruktivistischen Weltbildes sind aus diesem Grund immer dreigliedrig. Zwischen Ursache und Wirkung findet ein Prozess statt, den man sehr anschaulich die "Bedeutungserteilung" nennen kann.

Dieser Vorgang der Bedeutungserteilung unterscheidet lebendige Wesen von technischen Maschinen. Die Integration der Bedeutungserteilung markiert den Unterschied zwischen einer Medizin als technischer Wissenschaft und einer Medizin als empathischer Humanwissenschaft.

Patienten sind Lebewesen, und Ärzte sind Lebewesen. Sie treffen nur deswegen aufeinander, weil es bei den Patienten zu Krankheit, zu Passungsstörungen gekommen ist. Die schwierigste Aufgabe des Arztes ist es nun, diese Passungsstörung zu lokalisieren. Fehlt ein Enzym? Sind Organe verändert? Bricht die Familie auseinander? Oder sind vielleicht alle diese drei Dinge von Bedeutung, gleichzeitig oder nacheinander? Als Arzt muss man mit Vorsicht und mit Neugier die individuelle Bedeutungserteilung des Patienten kennenlernen wollen, sonst wird die Behandlung misslingen. Das sind alles sehr schwierige Fragen. Deswegen heißt es ja auch **Heilkunst**. Diese Kunst ist der Versuch, sich in die individuellen Vorgänge der Bedeutungserteilung einzufühlen. Zu diesem Zweck müssen das Lebewesen Patient und das Lebewesen Arzt miteinander kommunizieren – ein äußerst einmaliger, individueller Vorgang. Individualität aber ist nicht industrialisierbar, ohne dabei vollständig verloren zu gehen.

Noch einmal anders: Eine gute Humanmedizin sucht nach einem Weg, gemeinsam mit dem Patienten dessen Bedeutungserteilung zu verstehen und die Passungsstörung zu lokalisieren. Es gilt, nach der Systemebene zu suchen, auf der die Passungsstörung lokalisiert ist. Diese Systemebene kann die zelluläre sein, z.B. bei einer Enzymmangelkrankung, es kann die organische sein, es kann die soziale sein, oder es kann auch eine Kombination aus

verschiedensten Systemebenen sein, die eine Krankheit und ein Krankheitserleben ausmachen. Und da das Leben nicht statisch ist, auch nicht das Leben unserer Patienten, übrigens auch nicht mein Leben als Arzt, kann es beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt um eine ganz andere Systemebene gehen als beim zweiten, beim dritten usw.

Und noch einmal anders: Technische Systeme sind in ihrem Kern grundsätzlich zweigliedrig, sie arbeiten nach dem Prinzip von Ursache und Wirkung. Das ist das allgemeingültige Grundprinzip der Technik. Lebende Systeme, also Lebewesen, lassen sich so nicht verstehen, denken Sie nur an die Wirkung von Placebos, die mit einem technischen, zweigliedrigen System niemals verstanden werden können, mit Hilfe der Bedeutungszuteilung im dreigliedrigen System aber sofort. Lebende Systeme sind in ihrem Kern also grundsätzlich dreigliedrig. Zwischen Ursache und Wirkung findet immer der bereits erwähnte Vorgang der Bedeutungszuteilung statt. Das ist das höchst individuelle Prinzip des Lebens.

Mensch: Maschine – Gesundheit: Ware

Was hat das mit der Industrialisierung des Gesundheitswesens und der Ökonomisierung der Humanmedizin zu tun? Eine Humanmedizin, die – ausgestattet mit allen modernen Kenntnissen der Natur- und Humanwissenschaften – das Individuum Patient und die Existenz seines Schicksals ernst nehmen will, wird selbstverständlich scheitern müssen in einem politischen Kontext, in dem aus dem Gesundheitswesen ein profitabler Wirtschaftsbereich gemacht werden soll. Für eine funktionierende, das heißt profitable Gesundheitswirtschaft muss der Mensch auf ein technisches, zweigliedriges Ursache-Wirkungs-System reduziert werden, sonst kann er nicht zum Objekt von Standardisierung, von Behandlungsprogrammen oder von Kontrollsystemen werden. Wirtschaftssysteme können mit Lebewesen nur wie mit Waren umgehen – das sehen Sie ja auch an der Massentierhaltung. Und so sind wir wieder bei der Privatisierung und der Industrialisierung angelangt. Wie muss man sich denn die Medizin im Rahmen eines Wirtschaftszweiges vorstellen?

2 kleine Beispiele illustrieren das:

Beispiel 1: RHÖN – Hildesheim

Am 16. Februar 2012 starb überraschend der Leiter der Nuklearmedizin im privatisierten Rhön-Klinikum Hildesheim. Ein Arzt aus der Universitätsklinik Halle sprang daraufhin dort als Vertreter

ein. Bereits nach einer kurzen Zeit der Einarbeitung sagte er: „Es verschlug mir die Sprache. In keinem der von mir durchgesehenen Fälle der fünfjährigen Tätigkeit meines Vorgängers wurde in der Schilddrüsenprechstunde und Therapiestation eine korrekte Diagnose gestellt.“ Er informierte die Klinikleitung. Der Rhön-Konzern wies alle Vorwürfe zurück. Renommierte deutsche Nuklearmediziner, denen die Fälle zur Prüfung vorgelegt wurden, sprachen von Vorgängen, die beschämend seien für die deutsche Medizin. Der Arzt erstattete Strafanzeige. Falsche Indikationen, lückenhafte medizinische Dokumentation, Radiojodtherapie ohne medizinische Indikation – der Grund für diesen Skandal ist wohl einfach: Eine Radiojodtherapie wird von den Kassen mit rund 3000 Euro vergütet. Im Klinikum Hildesheim wurden dreimal mehr solcher Behandlungen durchgeführt als es nach dem Einzugsgebiet zu erwarten gewesen wäre. Das ist ein klassischer Fall vom Primat der Ökonomie über die Medizin. Wenn man sich als Patient nicht darauf verlassen kann, dass ein medizinischer Rat, eine Indikation zu einer medizinischen Therapie ohne pekuniäre Hintergedanken und Ziele gestellt wird, dann ist das das Ende des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, das Ende einer humanen Medizin überhaupt.

Beispiel 2: FRESENIUS – Bilanz 2011 und Schlossbergklinik Oberstaufen

Zunächst muss man wissen, dass das Konzept der Fresenius Aktiengesellschaft bzw. der Helios-Kliniken Aktiengesellschaft grundsätzlich anders ist als das Konzept der Rhön-Kliniken Aktiengesellschaft. Rhön denkt waagrecht, Fresenius denkt senkrecht. Während die Rhön-Kliniken expandierten wie eine Bäckerei, nämlich in die Fläche, also eine Filiale nach der andern zukaufen, sind die Helios-Kliniken nur einer von mehreren Bausteinen der Konzernstruktur von Fresenius. Rhön expandierte sozusagen horizontal, Fresenius denkt vertikal, in Produktionsketten, stellt seine eigenen Pharmaka her, expandiert in den ambulanten Bereich vor und nach den stationären Behandlungen in der konzerneigenen Klinikette und hat ein Bein im Reha-Bereich. Sogar eine eigene Krankenversicherung ist inzwischen angedacht, die aber wohl nur für Behandlungen in den konzerneigenen Kliniken zahlen wird.

Bei der Vorstellung der Bilanz für das Jahr 2011 des Fresenius Konzerns, zu dem die Helios Kliniken gehören, war man dort sehr zufrieden. Der Gewinn zum Vorjahr war um 10,3 Prozent gestiegen, auf 260 Millionen Euro. Mit Zukäufen war Helios außerdem auf den ersten Platz der Klinikkonzerne aufgestiegen. Wie macht man das? Wie schaffen die Privaten das? Kommunale Krankenhäuser sind reihenweise vom Bankrott bedroht, die Träger schießen Jahr für Jahr Millionen zu, und gleichzeitig machen die privaten Träger Millionengewinne? Die Antwort ist

ganz einfach: Über Notlagentarifverträge und über Verträge mit Subunternehmern, die nicht an Tarifverträge oder Mindestlöhne gebunden sind, und über radikale Personaleinsparungen. Die 500 Stellenstreichungen, die vor kurzem in Gießen und Marburg das Fass zum Überlaufen gebracht haben, sind das Ergebnis von betriebswirtschaftlichen Kalkulationen, die für alle Konzerne gleichermaßen gelten, und nicht etwa das Ergebnis von humanmedizinischen Konzepten. Die perfideste Methode der Kostensenkung aber, die öffentlich geführte Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag niemals anwenden können, ist die Schließung unrentabler Bereiche oder gleich ganzer Kliniken, wenn sie der Renditeplanung im Weg stehen. So geschah es jüngst in der onkologischen Schlossbergklinik Oberstaufen, in der die Angestellten im Dezember 2011 von der Mitteilung der Konzernleitung überrascht wurden, dass die Klinik zum September 2012 geschlossen werde, und zwar wegen der zu erwartenden Defizite. Die Patienten stehen dort nun verzweifelt vor diesem Loch, sie stören oder haben das Nachsehen, sie sind eben bedeutungslos.

Für mich steht fest: Der Kontext der rasanten Industrialisierung unseres gesamten Gesundheitswesens bildet einen eklatanten und unauflösbaren Widerspruch zu einer Humanmedizin, die diesen Namen noch verdient. Der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio hat das vor einiger Zeit im Deutschen Ärzteblatt³ⁱⁱⁱ so komprimiert: entweder Bedingungslosigkeit der Hilfe oder Rentabilität der Leistung; entweder Unverwechselbarkeit des Patienten oder standardisierte Verfahren; entweder ganzheitliche Betrachtung des Patienten oder seine Zerlegung und Fraktionierung; entweder Vertrauensverhältnis oder Vertragsverhältnis; entweder ärztliche Profession oder Ausstellung in einem Industriekomplex; entweder fürsorgliche Praxis oder marktförmige Dienstleistung. Das aber ist ein vehementer Aufruf zum Widerstand: Die Börse hat am Krankenbett nichts zu suchen! Aktie Patient?

Die Aktie ist ein Ausdruck von Aktivität, von Tätigkeit. Patient dagegen kommt von *patiens*, dem adjektivischen Partizip von *pati*, das heißt erdulden, leiden; das Wort ist also Ausdruck auch einer Passivität. Unter dem Diktat einer Privatisierung und Profitorientierung ureigener öffentlicher Aufgaben wird die Aktie zum Täter und der Patient zum Opfer.

Ich würde mich freuen, wenn Sie etwas von der Wut über diesen Zerstörungsprozess spüren konnten, der immer mehr Ärzte – entgegen der landläufigen Propaganda über deren Geldgier

³ Maio, Giovanni: Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell. Dtsch Ärztebl 2012; 109(16): A-804 / B-696 / C-692

oder den reinen Kampf um den Erhalt von Privilegien – zum Protest treibt, oder ins Ausland, oder in die Resignation und in die Aufgabe ihres Berufes.

Ein kurzer Text zum Schluss, metaphorisch verstanden, bringt das Problem auf den Punkt. Er stammt – kaum zu glauben – aus einem Lehrbuch für Unternehmensberater. Der Text illustriert den Unterschied zwischen einer Medizin als Heilkunst und einer Medizin als Wirtschaftszweig. Es handelt sich um einen Vorschlag, wie Schubert seine Unvollendete Symphonie hätte vollenden können:

"Der Generaldirektor eines Großunternehmens erhielt eines Tages eine Gratis-Eintrittskarte für das Konzert von Schuberts Unvollendeter Symphonie. Er konnte das Konzert nicht selbst besuchen und schenkte deshalb die Karte einem befreundeten Unternehmensberater. Nach zwei Tagen erhielt der Unternehmer von seinem Berater ein Memo mit folgenden Konzertkommentaren:

- 1. Während längerer Zeit waren vier Flötisten nicht beschäftigt. Die Zahl der Bläser sollte deshalb reduziert und die Arbeit auf die übrigen Musiker verteilt werden, um damit eine gerechtere Auslastung zu gewährleisten.*
 - 2. Alle zwölf Geiger spielten identische Noten. Dies stellt eine überflüssige Doppelspurigkeit dar. Die Zahl der Geigenspieler sollte deshalb ebenfalls drastisch gekürzt und für intensivere Passagen könnte ein elektronischer Verstärker eingesetzt werden.*
 - 3. Es wurde zu viel Mühe zum Spielen von Halbtonschritten aufgebracht. Empfehlung: Nur noch Ganztonschritte spielen! Dadurch können billige Angelernte und Lehrlinge eingesetzt werden.*
 - 4. Es hat keinen Sinn, mit Hörnern die gleiche Passage zu wiederholen, die bereits mit Trompeten gespielt worden ist. Empfehlung: Falls alle diese überflüssigen Passagen eliminiert würden, könnte das Konzert von zwei Stunden auf 20 Minuten gekürzt werden.*
- Hätte sich Schubert an diese Empfehlungen gehalten, hätte seine Symphonie wahrscheinlich vollendet werden können.*"^{4iv}

⁴ Aus: Martin Hilb: Integriertes Personalmanagement. Luchterhand, München 1995

ⁱ nach: <http://de.wikipedia.org/wiki/Aktie>, Stand 19.5.2012

ⁱⁱ Hartmut Reiners, persönliche Mitteilung vom 19.6.2012

ⁱⁱⁱ Maio, Giovanni: Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell. Dtsch
Ärztebl 2012; 109(16): A-804 / B-696 / C-692

^{iv} Aus: Martin Hilb: Integriertes Personalmanagement. Luchterhand, München 1995