



2000/19 Disko

<https://shop.jungle.world/artikel/2000/19/ende-der-therapie>

Gesundheitspolitik und soziale Sicherungssysteme

Ende der Therapie

Von **Oliver Tolmein**

Die Debatte um Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen lässt sich nicht abkoppeln von den Deregulierungsprozessen in den sozialen Sicherungssystemen. Eine Replik auf Gerd Glaeske.

Wenn die Lage schwer überschaubar und zudem noch aussichtslos ist, kommen einem alte Weisheiten schon einmal zupass: Geld regiert die Welt, oder, als leicht ermattete soziologische Variante, »es gibt nichts Strukturierenderes in einem Versorgungssystem als das Vergütungssystem«. Immer wieder gern gehört auch: Das Sein bestimmt das Bewusstsein.

Angewendet auf das Krankenversorgungssystem der Bundesrepublik und dessen Krise sind diese Aussagen irgendwie richtig: Ja, die ÄrztInnen röntgen öfter, wenn sie damit mehr verdienen; ja, die Pharmaindustrie verkauft gerne Medikamente, die wenig oder Falsches bewirken, wenn sie damit guten Umsatz macht; ja, die Krankenhäuser entlassen lieber am Montag als am Freitag, wenn damit die Auslastung erhöht und die Einnahmen verbessert werden. Nur: Was heißt das für die aktuelle gesundheitspolitische Debatte?

Gerd Glaeske geht in seinem Beitrag »Mediziner im China-Fieber« (Jungle World, Nr. 19/00) offensichtlich davon aus, dass auf der einen Seite die potenziell beutelschneiderischen ÄrztInnen handeln und auf der anderen die PatientInnen, die Anspruch auf die beste Versorgung haben. Irgendwo im Nirvana agieren dann die Krankenkassen, die Glaeske, der vor seiner Berufung auf die Professur an der Universität Bremen in der Grundsatzabteilung der Barmer Ersatzkasse tätig war, wohl tendenziell auf der Seite der Guten ansiedelt - wenn sie nur, wie der VdAK-Chef Rebscher, »eine öffentliche Diskussion anstoßen, die in Experten-Zirkeln schon viele Jahre geläufig ist«.

Glaeskes Argumentation liegen vor allem zwei Prämissen zu Grunde: Erstens geht er davon aus, dass es einen klaren Begriff von »Qualität der medizinischen Versorgung« gibt; zweitens gibt er vor, dass sich die Debatte um die Qualitätsverbesserung im Krankenversorgungssystem abkoppeln ließe von der Analyse der Interessen, die die Deregulierungs- und Ökonomisierungs-Diskussion im Gesundheitswesen formen. Beides trifft in dieser Allgemeinheit nicht zu.

Die »Qualität der medizinischen Versorgung« ist in den Bereichen nicht einfach feststellbar, in denen die therapeutischen Möglichkeiten eng begrenzt, der gesellschaftliche Normierungsdruck

aber hoch ist: Beispiele hierfür sind die Behandlung von Menschen mit Alzheimerscher Krankheit oder die medizinische Begleitung von Schwangeren, die auch die pränatale Diagnose von Behinderungen der Fetusse umfasst und damit - im Rahmen der Qualitätssicherung versteht sich - dafür sorgt, dass die diskriminierende Selektion so effizient wie möglich betrieben wird.

Aber auch in anderen Sektoren ist die Frage, was optimale medizinische Versorgung ist, nicht einfach zu beantworten, weil die Debatten um Qualitätssicherung und um Ökonomie unauflösbar miteinander verknüpft sind. Beispielsweise haben neue chirurgische Techniken dazu geführt, dass die Liegezeiten in den Krankenhäusern bei manchen Eingriffen erheblich gesenkt werden können. Für PatientInnen heißt das, dass sie einerseits früher entlassen werden können, dass sie aber auch ein gut Teil ihrer Rekonvaleszenz-Phase selbst organisieren müssen: Für die leistungsfähigen und leistungswilligen Selbstoptimierer mag das ideal sein; für die Patienten, die in weniger intakten sozialen Zusammenhängen eingebunden sind, bringt diese Entwicklung enorme Probleme mit sich. Sie müssen also entweder schlecht versorgt aus der Klinik nach Hause gehen, oder sie können ein Angebot wie Kurzzeit-Therapie nicht annehmen. Das mag heute noch unproblematisch sein. In dem Maß wie die neuen Therapien den Charakter eines Zusatzangebotes verlieren und die hauptsächliche, weil kostengünstigere Behandlungsform werden, erwachsen daraus für die weniger anpassungsfähigen Patienten Probleme. Bei Glaeske klingt die Rhetorik durch, die auf solche Patienten Anwendung finden wird: »Dass einige Patienten in ihrer mangelnden Kooperationsbereitschaft den Therapieerfolg vereiteln (...)«.

In der Sichtweise der großen Koalition der Gesundheitsreformer werden diese »kooperationsunwilligen« Patienten immer mehr zum Problem. Und in dem Maße, wie der Kostendruck als Argument in der öffentlichen Diskussion aufgebaut wird, wird das Interesse an den Ursachen der »Kooperationsunwilligkeit« abnehmen: Ob die Kooperationsunwilligkeit mangelnde Kompetenz ist, die aus Krankheit oder miserablen sozialen Verhältnissen resultiert, ob sie ein Zeichen von einem grundsätzlich anderen Verständnis von Gesundheit ist, oder ob es sich vereinzelt auch um eine unmotivierte Unwilligkeit handelt, spielt keine Rolle. Entscheidender wird sein, dass, man diese Störenfriede in Regress nehmen kann.

Und hier liegt ein wesentlich bedeutsameres Problem als in der angeblichen Kosten-Explosion. Die Debatte um die Reform der Krankenversorgung ist Teil des Deregulierungsprozesses des solidarischen Sozialversicherungssystems. Sie ist im Zusammenhang zu sehen mit der Debatte über den Missbrauch der Sozial- und Arbeitslosenhilfe und der Verknappung der Pflegeleistungen für Menschen, die in erheblichem Ausmaß Assistenz benötigen. Zum einen sollen die Kosten im Zuge der Debatte um den Wirtschaftsstandort Deutschland gesenkt und zu Lasten der Versicherten umverteilt werden.

Zum anderen geht es aber auch grundsätzlich um eine ideologische Attacke gegen alles, was zur Idee des Sozialstaats gehört. »Die Zeit der Kollektiv-Verträge ist vorbei«, schreibt Glaeske mit Blick auf die Ärztinnen und Ärzte. »Wer keine Qualität (...) nachweisen kann, bekommt weniger Honorar.« Das ist ein in zweierlei Hinsicht gefährlicher Satz. Zum einen lässt er sich auch auf andere Kollektive übertragen: Wer kein gesundheitsbewusstes Leben führt, muss sich verstärkt an den Kosten seiner Krankenbehandlung beteiligen. Zum anderen blendet er aus, dass die stille Rationierung im Gesundheitswesen am besten über die Etablierung von Behandlungsrichtlinien und so genannte Qualitätsstandards vollzogen werden kann: Wenn die Fachgesellschaften sich darüber einigen, dass bestimmte Untersuchungen nicht mehr oder noch nicht notwendig sind, ändert sich schnell der Maßstab dessen, was als Behandlung *lege artis* gilt

und von Ärzten verlangt werden kann.

Die Debatte über futile therapies in den USA, über »unnütze Behandlungen«, liefert ein eindrucksvolles Beispiel für die möglichen Entwicklungen, die daraus resultieren. Die Wiederbelebung von Menschen mit Behinderungen, die künstliche Beatmung von Patienten mit gravierenden Hirnschäden, die Dialyse bei Patienten über 80 - all das und noch viel mehr lässt sich so im Rahmen einer umfassend angelegten Qualitätsdiskussion aus dem medizinischen Alltag eliminieren. Die Kriterien wirken objektiv.

Diese Entwicklung ist von Glaeske, der aus dem Kreis um die linke gesundheitspolitische Zeitschrift Kritische Medizin im Argument kommt, nicht intendiert. Aber seine Argumentation, die die Gesundheitsreform aus der Deregulierungsdebatte isoliert und die Honorierung der Ärzte aus dem Gesamtkomplex Gesundheitsreform herauslösen zu können glaubt, hat dieser Entwicklung auch wenig entgegenzusetzen.

Die Debatte über Gesundheitspolitik muss in engem Zusammenhang mit dem Verständnis dieser Gesellschaft von Normalität und Gesundheit geführt werden, und das kann nicht ohne Auseinandersetzung mit den verschärften Entsolidarisierungsentwicklungen insgesamt in der Bundesrepublik der neunziger Jahre geschehen. Der klassenkämpferische Impuls, der den guten Verdienst der Ärzte in den Mittelpunkt rückt und die formierende Kraft der Medizin für diese Gesellschaft ausblendet, führt dabei eher in die Irre.