

Die Heilung der Hypochonder

Gesundheit ist das höchste Gut.
Wenn das stimmt, wird es Zeit, sich auch so zu verhalten.
Denn Illusionen machen krank.

Text: Wolf Lotter

*Wer Neues schaffen will,
hat alle zu Feinden,
die aus dem Alten Nutzen ziehen.*

*Niccolò Machiavelli,
Politikberater*

I. Hypochonder

Ein Hypochonder ist ein Mensch, der sich krank fühlt, es aber nicht ist. Früher, zum Beispiel im Frankreich des 18. Jahrhunderts, gab es für Hypochonder – verglichen mit heute – relativ eingeschränkte Entfaltungsmöglichkeiten. Der allergrößte Teil an Krankheiten, die heute in dicken Folianten wie dem Pschyrembel, dem großen Klinischen Wörterbuch, verzeichnet sind, kannte man damals nicht. Berichtete also ein Mensch dem Arzt über ein unbekanntes Leiden, so hörte er: „Ihnen fehlt nichts.“ Das bedeutet in der Fachsprache der Medizin seit jeher: „Ich habe keine Ahnung, wie ich Ihnen helfen könnte.“

Selbstverständlich wissen Ärzte nicht alles. Aber nicht selten ist es eben auch so, dass Menschen, die sich nicht wohl fühlen, deshalb auch schon krank sind. Und so wurde aus Menschen, die an etwas Unbestimmten litten, eingebildete Kranke, und sie verhielten sich so, dass ihnen der Volksmund den Namen hypochondré gab, was auf Deutsch so viel heißt wie Griesgram.

In den Jahren seither hat die Medizin dazu beigetragen, das Leben aller Menschen gründlich zu verändern. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in den vergangenen

anderthalb Jahrhunderten mehr als verdoppelt, und sie steigt weiter. Mit der Zahl entdeckter und teilweise heilbarer Krankheiten hat sich die Hypochondrie eine mächtige Basis erobert. Fernsehsendungen, Zeitschriftenbeiträge, Bücher und Websites über Krankheiten sind sehr beliebt. Irgendetwas fehlt jedem.

Bekanntlich macht alles Fortschritte – so auch der Hypochonder als solcher. Längst hat sich aus den grundlos Leidenden eine Spezies entwickelt, die uns teuer zu stehen kommt. Moderne Hypochonder leiden unter einer schrecklichen Krankheit: der Illusion. Die ist, sagt das Lexikon, eine Sinnestäuschung, die mit der gestörten Wahrnehmung realer Objekte einhergeht. War der alte Hypochonder bloß davon überzeugt, an einer eingebildeten Krankheit zu leiden, ist der neue Hypochonder, der Illusionskranke, ein ganz anderes Kaliber. Er macht sich nicht nur von seinem Gesundheitszustand ein gestörtes Bild. Sondern auch vom ganzen Drumherum. Nennen wir das Drumherum mal Gesundheitssystem, nein, besser: Sozialsystem.

II. Schnapsideen

Der fürsorgende Sozialstaat ist das Biotop, in dem die Illusionskrankheit gedeiht. Die Patienten sind in ihrer Mehrheit davon überzeugt, dass das lange Leben, das ihnen bevorsteht, sozusagen ihr gutes Recht ist. Es gehört quasi zur Grundausstattung. Warum? „Keine Ahnung“, sagen die Illusionskranken. „Oder wollen Sie mir das Recht aufs Leben absprechen?“ Nein, das will keiner. Aber hat man einen Rechtsanspruch auf Gesundheit? Das glauben die meisten. Damit wird Gesundheit zum oben offenen Gewährleistungsfall. Das hat der Sozialstaat versprochen. Wer ist der Kerl eigentlich? Gott? Oder nur ein Quacksalber?

Gesundheit ist theoretisch das höchste Gut, praktisch aber als Wirtschaftsfaktor eine vernachlässigbare Größe im Leben der Deutschen. Die Konsumausgaben im Jahr 2005 lagen bei 16 100 Euro pro Kopf, nicht gerade wenig Geld. Davon gingen 4,7 Prozent in private Gesundheitsausgaben. Da sind also die Wellness-Kur, die Schönheitsoperation, die Zahnsteinentfernung, homöopathische Pillen drin und alles, was die Kasse nicht zahlt. Für alkoholische Getränke, Zigaretten und Drogen – Letzteres konservativ geschätzt – verwandten die Deutschen 3,6 Prozent ihres verfügbaren Budgets, für Kleidung rund zwölf Prozent und für Verkehr, vorwiegend Autos, Sprit und die 14-tägige Rundumkomplett-Pflege in der Waschstraße, 14 Prozent. Im Land, in dem man für den Regenwald säuft, in dem der Drogenkonsum jährlich zunimmt und jede noch so abwegige esoterische Behandlungsmethode auf größten Zuspruch hoffen darf, gilt eine Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal als sozial ungerecht. Fünf Euro für den Arztbesuch? Sozialer Kahlschlag! Dafür kriegt man zwei Pils oder drei Klingeltöne! Kann ja nicht mehr lange dauern, da wird man nicht mal mehr die Gesellschaft als Ursache für sein Leiden verantwortlich machen können.

Die, die den Illusionskranken all den Unsinn erzählt haben, sind selbst geistig schwer notleidend. Sie reden heute vom „Einfrieren von Kassenbeiträgen“, „Ausweiten der Solidargemeinschaft“ und „von starken Schultern, die mehr tragen können“, von einem „vorsorgenden Sozialstaat“ und anderen Täuschungsmanövern. Glauben die Leute das etwa alles? Es steht zu befürchten. Vor kurzem ließ die Gothaer Versicherung eine repräsentative ▶

Umfrage unter den Bundesbürgern durchführen: „Wie beweglich sind die Deutschen – geistig, körperlich und finanziell?“. Das Ergebnis ist etwas eigenartig. Fast drei Viertel der Bürger wollen bis ins hohe Alter geistig beweglich bleiben, zwei Drittel körperlich flexibel, also gesund und munter. Dafür sind ebenfalls zwei Drittel bereit, regelmäßige Check-ups und Vorsorgeuntersuchungen über sich ergehen zu lassen. Reisen – so oft wie möglich – halten 71 Prozent der Befragten für eine wichtige Voraussetzung, um zum fröhlichen Senioren zu werden. Kurz gesagt: Ballermann statt Beitragserhöhung.

Wer soll das bezahlen? Ein Drittel aller Deutschen findet: der Staat. Der ist für die Gesundheit verantwortlich. Im Osten sind es sogar 44 Prozent, die das glauben. Die Gegenposition ist eine Minderheitsmeinung, die gerade mal 29 Prozent der Befragten auf sich vereinigt: Sie sind überzeugt davon, dass die Verantwortung für ein gesundes Leben und Alter hauptsächlich bei ihnen selbst liegt. Gespalten und widersprüchlich sind auch die Ergebnisse, die die aktuelle McKinsey-Studie „Perspektive Deutschland“ liefert. Mehr als 620 000 Bundesbürger nahmen an dieser Umfrage teil. Was die Frage der Gesundheitsversorgung angeht, sind 46 Prozent – und damit die größte Gruppe – dafür, dass der Staat das Sagen bei der Gesundheit hat. Auch wenn dafür höhere Beiträge verlangt werden. Dem Wunsch kann und wird ganz entsprochen werden. Sehen wir uns mal an, wie es den starken Schultern so geht. Was sie so tragen können.

III. Solidarität

Vorweg ein paar Grundlagen. Das deutsche Gesundheitssystem kostet im Jahr mehr als 240 Milliarden Euro. Das entspricht 11,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Rund 72,5 Millionen Bundesbürger sind Mitglied in einer von mehr als 320 gesetzlichen Krankenkassen. Nur etwa acht Millionen Deutsche sind in einer privaten Krankenversicherung untergebracht, all jene, die mehr als 47 250 Euro pro Jahr verdienen und damit die Wahl zwischen gesetzlicher und privater Kasse haben.

Die privaten Krankenversicherungen funktionieren nach dem klassischen Versicherungsprinzip: Die Kunden wählen zunächst aus, welche Qualität und welchen Umfang die Leistungen haben sollen, die im Fall der Fälle durch die Versicherung abgedeckt werden. Dazu kommen Auf- oder Abschläge für die Prämie, etwa für das Geschlecht, denn Mann und Frau sind unterschiedlich oft und intensiv krank und leben unterschiedlich lange – oder für Vorerkrankungen, die das Versicherungsrisiko erhöhen. Nicht das Einkommen, sondern das, was für das Risiko zählt – der Gesundheitszustand und der Umfang der Leistungen, die man sich wünscht – bestimmen maßgeblich die Höhe der Beiträge. Die Prämien, die dabei berechnet werden, fließen in einen Fonds. Mit dem Kapital werden die Ansprüche der Versicherten bedient. Das kennt man, das macht man auch bei Hagel, Hochwasser, Lawinen und bei der Auto-Haftpflichtversicherung. Das Prinzip ist simpel. Alle zahlen in einen Topf, damit denjenigen, denen etwas passiert, im Ernstfall geholfen werden kann. So etwas nennt man Solidarität. Sie bildet sich aus freien Stücken, weil sie vernünftig ist. Das funktioniert erstens dann, wenn alle halbweg sauber bleiben – also keine Schäden vortäuschen – und zweitens, wenn es nicht alle auf einmal trifft. Solche Systeme haben sich im Großen und Ganzen bewährt.

IV. Mäuse schultern Elefanten

Rein theoretisch funktioniert das bei den gesetzlichen Krankenkassen genauso. Durch Umverteilung bekommen die, die krank sind, von denen, die zahlen können, die Kosten für die Behandlung. Dafür gehen heute durchschnittlich 13,3 Prozent der Lohnkosten drauf, vom kommenden Jahr an, so wollen es die gesetzlichen Kassen, bis zu 15 Prozent. In den Folgejahren werden die Beitragssätze weiter ansteigen – bis 2030 auf mindestens 26 Prozent. Nun lebt der Mensch, ganz gleich, ob im für- oder vorsorgenden Sozialstaat, nicht für den Arzt allein. Es will auch noch ein Rentenbeitrag bezahlt sein, der sich im selben Zeitraum ebenfalls nach oben entwickeln, genauer: annähernd verdoppeln wird. Dann will der Staat noch Steuern für dies und das. Man rechnet sich an hundert ran. Wer soll das bezahlen? Ganz einfach, sagen die Illusionskranken: die starken Schultern. Die tragen das. Übrigens: Den allseits bekannten Spruch „Mens sana in corpore sano“ – in einem gesunden Körper möge ein gesunder Geist wohnen – schrieb der römische Dichter Juvenal in seinen Satiren.

Nun sehen wir mal nach, wer diese starken Schultern denn sind. Die Typen müssen über ein meterbreites Kreuz verfügen. Herwig Birg, emeritierter Professor am Lehrstuhl für Bevölkerungswissenschaften an der Universität Bielefeld, ist Demograf. Er hat bereits in den achtziger Jahren die korrekten Maßstabellen für die starken Schultern ausgerechnet. Schnurstracks hat der Professor, eine weltweit anerkannte Kapazität übrigens, die auch für die Vereinten Nationen tätig ist, den verantwortlichen Politikern und der Regierung die Ergebnisse mitgeteilt. Die Demografie ist eine Wissenschaft, bei der man sich nicht wirklich verrechnen kann. Es geht um Realitäten, das Gegenteil von Illusionen. Wie viele Menschen gibt es im Land? Wie viele werden neu geboren? Wie hoch ist die Lebenserwartung? Grob gesagt, sind das die Angaben, die für eine solche Analyse gebraucht werden. Was Herwig Birg über die starken Schultern in Erfahrung brachte, war, vorsichtig gesagt, ziemlich unschön. Kein Wahlkampfthema. Politiker, erinnert sich Birg, hörten zwar aufmerksam zu, wenn er erzählte, aber sie hatten wenig Lust, die Neuigkeiten ans Volk weiterzureichen, geschweige denn, die Umverteilungsmühle des Sozialstaates nachhaltig zu verändern. „Die haben ihre ganze Energie lieber ins Vernebeln der Fakten gelegt, ins Leugnen der Realität“, ärgert sich Birg.

Die Realität sieht so aus: 17,3 Prozent der Deutschen sind älter als 65 Jahre. Diese Gruppe verursacht 43 Prozent aller Gesundheitskosten. Niedrige Geburtenzahlen in den vergangenen Jahrzehnten verhindern den Nachschub an Beitragszahlern. Zur Mitte dieses Jahrhunderts wird es rund zehn Millionen Alte mehr geben. Und zirka 16 Millionen Junge weniger.

Das ist jetzt ein bisschen blöd. Denn die Alten, so haben wir gelernt, kosten viel mehr als die Jungen. Die Jungen aber, das sind die breiten Schultern. Genau genommen der Teil der erwerbstätigen Bevölkerung, der zwischen 20 und 64 Jahre alt ist. Das sind die – gerade noch etwas mehr als 23 Millionen Bundesbürger –, die mehr ins System einzahlen, als sie herausnehmen. Ihre Zahl aber, darauf verweist Herwig Birg eindringlich, „geht seit Jahren zurück, bei den 20- bis 40-Jährigen seit den neunziger Jahren um jährlich bis zu 300 000“. Die Hoffnung der Illusionskranken ist pure Einbildung. Starke Schultern? „Wir erleben gerade den Altweibersommer des Sozialsystems“, sagt Birg, „wer davon redet, dass sich im Grunde nichts verändert, betreibt gezielte Desinformation. Wer so etwas sagt, lügt.“ ▶

V. Verantwortung

Die Medizin kennt viele Regeln. Zwei davon spielen nun eine wirklich wichtige Rolle. Man wird sich entscheiden müssen. Die eine lautet: *primum non nocere* – zuerst einmal nicht schaden. Das bedeutet, dass man einem Patienten keine Medizin und keine Kur verabreichen darf, die auch Nebenwirkungen mit sich bringt. Genau genommen trifft das auf jede Art von Heilmittel zu. Aber das Prinzip schließt jedes Risiko aus. *Primum non nocere* scheint das Leitmotiv all jener zu sein, die ihre Patienten im Dämmerzustand lassen wollen. Das Einzige, worauf Arzt und Patient hoffen dürfen, ist ein Wunder. Es wird schon werden. Das zweite Prinzip ist das, nach dem jeder anständige Arzt handelt: immer das Wohl des Patienten als Maßstab des Handelns im Auge zu behalten.

Das deutsche Sozialsystem hat eine lange Geschichte, und für lange Zeit hat es auch ganz hervorragend funktioniert. Doch die Erfolge von gestern lassen sich nicht fortschreiben. Im Gegenteil: Wer versucht, sich und anderen wider besseres Wissen Illusionen zu machen, gefährdet mehr als den Verlust einiger Stimmen bei Wahlen. Die „starken Schultern“ sind ein Phantom. Wer an sie glaubt, wird eine Lektion lernen, die man mit jedem Heftpflaster simulieren kann. Je länger das Ding klebt, desto schmerzhafter ist es, wenn man es abzieht. Herwig Birg weiß, wer die Opfer der Illusionspolitik sein werden: „Wer nichts oder nur wenig in die Kassen einzahlt, wird künftig nichts oder nur ganz wenig bekommen. Die Opfer sind die, denen man heute vormacht, sie müssten sich keine Sorgen machen.“ Lügen haben kurze Beine – wer sie leichtfertig glaubt, bekommt kein Hüftgelenk, sondern Krücken.

VI. Auswandern

Die demografische Entwicklung ist eines, der Umstand, dass Gesundheit auch ganz ohne Geburtenminus immer und überall teurer wird, etwas anderes. Auswandern ist also keine Lösung. Denn anderswo hat man die Einsicht, dass nichts von nichts kommt, bereits gemacht. In allen OECD-Staaten steigen die Kosten für die medizinische Versorgung seit vielen Jahrzehnten an. In den USA etwa waren 1940 vier Prozent des Bruttoinlandsproduktes nötig, um eine medizinische Versorgung auf hohem Standard zu gewährleisten. Heute werden mehr als 15 Prozent des BIP aufgewandt. Aus der noch bestehenden Heimeligkeit des deutschen Vollkasko-Systems erscheinen dabei die Grundsicherungen, die der amerikanische Staat seinen Bürgern bietet, als ziemlich lausig. Für Arme und Alte, die keine ausreichende betriebliche oder private Gesundheitsvorsorge getroffen haben, gibt es nur die Leistungen des Medicare- und Medicaid-Programms. Das sind Basisleistungen, die das Allernötigste umfassen. Nicht viel mehr wird britischen Bürgern im National Health Service (NHS) geboten. Dieser für alle Bürger verbindliche Basisdienst wird vorwiegend aus Steuern finanziert. Noch vor einiger Zeit galt das britische Modell für deutsche Gesundheitspolitiker als völlig abwegig. Mittlerweile hat sich das geändert. Das Modell, eine allgemeine Basisversorgung auf – vergleichsweise bescheidenem – Niveau und die Selbstverpflichtung der Bürger, für mehr Gesundheit auch mehr zu bezahlen, erscheint Einigen besser als die Alternative, auf den totalen Kollaps des Systems zu warten. Grundversorgung ist ein dehnbarer Begriff: Die

Weltgesundheitsorganisation WHO hat einen Katalog an Leistungen aufgestellt, was nötig ist, doch das reicht eben nur fürs nackte Überleben. In den reichen OECD-Staaten will man viel mehr, wenn man von Grundsicherung spricht. Ein Beispiel dafür ist die Schweiz. Mit zwölf Prozent Kosten am BIP ist das eidgenössische System nach den USA das teuerste Gesundheitsmodell der Welt. Es wird durch eine Grundversicherung, die obligatorisch ist, und ein von Kanton zu Kanton unterschiedlich hohes Maß an Selbstbeteiligung getragen. Zahnmedizinische Leistungen gibt es nur bis zum 16. Lebensjahr gratis. Bis dahin muss ein durchschnittlich intelligenter Mensch gelernt haben, eine Zahnbürste zu halten.

VII. Wohlbefinden und Fortschritt

In allen drei Ländern, den USA, der Schweiz und Großbritannien, ist die Lebenserwartung keine schlechtere als in Deutschland. Es gibt auch keine signifikanten Unterschiede, was schwere Erkrankungen angeht. Gesundheit bedeutet eben nicht nur, nicht krank zu sein. Das weiß man bei der United Nations Development Programme (UNDP), dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen, schon seit einiger Zeit. Die Organisation veröffentlicht jährlich den so genannten Human Development Index (HDI). Er setzt sich aus Faktoren wie Kaufkraft, Einkommen, Lebenserwartung und Bildungsgrad zusammen. Er ist ein ziemlich zuverlässiger Maßstab dafür, wo sich Bürger gut fühlen und wo weniger. Dem Gesundheitszustand wird bei der Ermittlung der Indexzahl ein besonderes Gewicht beigegeben. Im HDI des Jahres 2005 liegt Deutschland auf Platz 20, deutlich hinter den USA (Platz 7), der Schweiz (Platz 10) und Großbritannien (Platz 15).

Ist das nicht etwas sonderbar, liebe Patienten? Wie ist es möglich, dass drei so verschiedene Gesundheitssysteme Menschen hervorbringen, denen es gesundheitlich besser geht als unsereins? Woran kann sich ein Gesundheitssystem messen, wenn nicht am Wohlbefinden der Bürger? Der Verdacht erhärtet sich: Einbildung macht krank. In all diesen Ländern ist den Menschen ganz offensichtlich klar, dass Gesundheit mehr kostet – und dass diese Entwicklung nicht am Ende ist. Eine gute Gesundheitsversorgung gilt als Wert an sich. Dazu kommt ein hohes Maß an Selbstverantwortung und die Bereitschaft, durch Vorsorge den Erhalt des „höchsten Gutes“, wie die Gesundheit in einem – witzigerweise – deutschen Sprichwort genannt wird, zu erhalten. Der Zusammenhang zwischen einem guten und einem gesunden Leben, für das man in erster Linie selbst verantwortlich ist, scheint niemandem ein Buch mit sieben Siegeln zu sein. Der mündige Bürger stellt die Frage: Was kostet Gesundheit? Was kostet ein langes Leben? Natürlich mehr als ein kurzes. Einfache Fragen, einfache Antworten.

Die gewaltigen Fortschritte der Medizin und Pharmakologie haben den Gesundheitszustand der meisten Menschen deutlich verbessert. Krankheiten, die noch vor wenigen Jahrzehnten ein sicheres Todesurteil bedeuteten, können heute geheilt oder wenigstens an ihrer weiteren Entwicklung gehindert werden. Die Forschung dafür ist teuer, die Entwicklung von Heilmitteln aufwändig. Das ist aber noch nicht alles. Der Umstand, dass wir manche Krankheiten in den Griff bekommen, erzeugt hohe Folgekosten. Das ist das, was Robert Unterhuber, Wissenschaftstheoretiker und bei Bayer Healthcare Leiter der ▶

globalen Kommunikation, den „Sonderfall des medizinischen Fortschritts“ nennt. Die Ergebnisse des technologischen Fortschritts haben in nahezu allen Bereichen nicht nur eine Verbesserung von Produkten oder Dienstleistungen gebracht, sondern gleichsam auch die dafür aufgewandten Kosten reduziert. Fortschritt ist Automation, und die spart Geld. Im medizinischen Fortschritt gilt dieses Prinzip nicht. Unterhuber hat ein Beispiel, an dem das klar wird: „Früher starben die Leute einfach an den Folgen von Leber- und Nierenversagen. Heute haben Patienten die Chance auf 20, 30 gute Jahre, wenn sie sich der Dialyse unterziehen. Aber ein Dialyse-Patient kostet eben auch im Jahr rund 100 000 Euro.“ Viel Hoffnung wird auch mit der medizinischen Gentechnik verbunden. Sie zielt auf die individuelle Behandlung von Patienten ab und soll das heute noch weitgehend übliche Heilen nach Schema F ablösen. Doch auch diese Spezialisierung wird viel Geld kosten. Kann man aber auf Fortschritt guten Gewissens verzichten? Ist es möglich, einem Krebskranken ruhig zu sagen, dass die Kosten für seine Behandlung einfach zu hoch sind? Oder wäre es, wenn schon ständig von Moral und Gerechtigkeit die Rede ist, nicht angebracht, sich um die vielen Kleinigkeiten selbst zu kümmern und Schwerpunkte zu setzen? Was ist anständiger? Weniger Selbstbehalt oder weniger Krebstote?

VIII. Geschlossene Anstalten

Es gibt sie, die vielen, vielen kleinen, unnötigen Dinge, die das System so teuer machen, wie es ist. Man darf das, man muss das vergleichen. Die Behandlung von Krebserkrankungen kostet nach Angaben des Statistischen Bundesamtes pro Jahr und Einwohner 180 Euro, also so viel wie drei Tankfüllungen Superbenzin. Für die Verwaltung der Gesundheitsdienste sind pro Bürger und Jahr 170 Euro fällig. Mehr als doppelt so viel, 390 Euro pro Kopf, landen in den zahllosen Apotheken des Landes, und genauso viel wie für Krebserkrankungen geben die Deutschen für Zahnbehandlungen aus, die zum Großteil auf schlampige Zahnpflege zurückzuführen sind. Und ein nicht ganz kleiner Teil der 310 Euro pro Kopf und Jahr, die für die Behandlung des Muskel-Skelett-Systems aufgewandt werden, ist zu wenig Bewegung – oder zu viel davon, in Form extremen Freizeitsports – geschuldet. Egal, ob einer beim Marathon umfällt oder sich beim Skilaufen ein Bein bricht – er wird verarztet, ohne Zuschlag. Das ist empörend, aber noch lange nicht alles.

„Da ist noch jede Menge Luft im System“, findet der Gesundheitsökonom und Mediziner Christian Köck. Der streitbare Arzt und Lehrstuhlinhaber für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie an der Universität Witten/Herdecke macht sich auch in den eigenen Reihen regelmäßig unbeliebt. So werden bekanntlich heute Menschen, die in einem Krankenhaus am Blinddarm operiert oder mit anderen Routine-OPs versorgt werden, schon nach wenigen Tagen nach Hause geschickt. Früher lagen die wie am Fließband operierten Patienten gut 14 Tage in den Anstalten, die – auch wenn man die Technik und die Aufwendungen für Medizin abzieht – mit mehr als 300 Euro pro Tag und Kopf preislich mit jedem Luxushotel mithalten können. Heute ist das anders. Der Patient liegt weniger rum. Dafür kommt er öfter mal vorbei: „Je kürzer die Verweildauer im Krankenhaus wurde, desto mehr ambulante Behandlungen gab es.“ Der Effekt auf die Ausgaben: null. Werden die Leute

immer kränker? Nein, sagt Köck: „Bis zu 50 Prozent der Leistungen, die vom System bereitgestellt werden, sind angebotsinduziert.“ Angebotsinduziert heißt: medizinisch so notwendig wie ein Kropf. Die Größenordnung ist in Medizinerkreisen kein Geheimnis, auch wenn das System an sich nach einem geheimen Bauplan funktioniert. Kostentransparenz ist ein Fremdwort im deutschen System. Kein Kassenpatient weiß bis heute, was seine Behandlung kostet – im Gegensatz zu Privatpatienten, die, falls versichert, ihre Gebühren vorstrecken müssen. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die nun 2007 vollzogen werden soll, wird nachhaltig verhindert und sabotiert. Das Kärtchen soll nämlich transparent machen, wie oft ein Patient den Arzt wechselt, wie oft bereits mehrfache Diagnose und teures Gerät zu seiner Behandlung eingesetzt wurden. Nicht nur Hypochonder hassen so etwas, auch die aus Prinzip notleidende AOK wehrt sich dagegen. Wegen zu „hohen Verwaltungsaufwands“. Humor ist dem System nicht fremd. Es ist ein teurer Spaß.

Dafür doktern international anerkannte Spitzenkliniken an Fällen herum, die jedes Krankenhaus hervorragend erledigen könnte. An der Spitze stehen Gallenblasen-Operationen, ein Brot- und Butter-Eingriff für alle Kliniken. Kliniken, die sich auf Spitzenmedizin verlegen, werden vom System hingegen nicht honoriert. Geld gibt's nach Stückzahlen. Genau so läuft auch das Vergütungssystem für Ärzte, das Honorare nach Punkten vorsieht. So lässt der Allgemeinmediziner gern Blutdruckmesser, Cholesterin-Test und Hamröhrchen tanzen, wenn ein Patient in die Praxis kommt, ganz gleich, was ihm fehlt. Ärzte hingegen, die nur tun, was nötig ist, bestraft das System. Wer sein Handwerk ernst nimmt und die, die keine medizinische Betreuung brauchen, wegschickt, ist der Dumme. Kein Pünktchen. Diese in Amtsstuben ersonnene – und auch nur in diesen praktikierbare – Bewirtschaftungsstrategie zwingt Ärzte zu Dienstleistungen, die niemand nötig hat. Viele ältere Patienten finden im Wartezimmer und beim Doktor die Ansprache, die ihnen sonst fehlt. Bis jetzt hat sich niemand aus dem Gesundheits-Establishment darum bemüht, zu analysieren, wie viele Arztgänge und Behandlungen von älteren Patienten nichts weiter sind als sehr teure Sozialtherapie. Betreuung und Treffpunkte für Alte gibt es kaum, aber Ärzte gibt es genug – womit wir wieder bei den „angebotsinduzierten Leistungen“ wären. Je mehr Ärzte, desto kränker.

Auf 100 000 Einwohner kommen in Deutschland heute rund 300 Ärzte – die Schweiz beispielsweise benötigt ein Drittel weniger. Im Europäischen Haushaltspanel (EHP) werden die Bürger der EU-Mitgliedsstaaten befragt, ob chronische Beschwerden, gleich welcher Art, sie in ihrem täglichen Leben beeinträchtigen. Mehr als zehn Prozent der Deutschen zählen sich zu dieser Gruppe, die regelmäßig einen Arzt aufsuchen muss. Demnach sind fast doppelt so viele Deutsche malade wie Dänen, Belgier, Österreicher oder Italiener. Nur Franzosen leiden noch häufiger. Reiner Zufall, beteuern Ärztevertreter, dass Frankreichs staatliches Gesundheitssystem ein dichtes Angebot offeriert. Für das französische Gesundheitssystem spricht allerdings, dass die Nachbarn sich von ihrer Kasse nur rund drei Viertel der Leistungen bezahlen lassen. Den Rest nehmen sie selbst, meist durch private Versicherungen, in die Hand.

Die deutsche Ärzte-Inflation hat dazu geführt, dass rund 40 Prozent der Absolventen eines Medizinstudiums nie praktizieren werden. Ein bevorzugtes Metier für sie ist die ►

Arbeit für die Pharmaindustrie. Sie werden Vertreter. Sie beliefern Ärzte unter anderem auch mit Unmengen von Arzneimitteln, deren Wirkungsweise allein auf dem festen Glauben von Herstellern und Vertriebsmitarbeitern beruht. Anders ist es nicht zu erklären, dass im dritt-teuersten Gesundheitssystem der Welt bis heute keine so genannte Positivliste existiert. Eine solche Datenbank, die anderswo für alle medizinischen Einrichtungen und Kassen als wichtiges Informationsmittel dient, listet nur die Präparate auf, deren positive Wirkung einwandfrei nachgewiesen ist.

Die mächtige Kassenärztliche Vereinigung wiederum hält die Ärzte offensichtlich für nicht clever genug, um selbstständig mit Kassen Verträge abschließen zu dürfen. Das würde ein klares Verhältnis von Preisen und Leistungen mit sich bringen. Derlei war für Standesvertretungen noch nie gesund. Über das System bestimmen also jene, die daran verdienen: Ärzte, Standesvertreter, Apotheker, Pharmaunternehmer und viele andere. „Der Staat liefert nur das Geld, und dann legen die, die damit arbeiten, die Standards und Normen fest“, fasst Köck zusammen.

IX. Zauberlehrling

Nahezu ohnmächtig wirkt der Staat neben dem, was er geschaffen hat. Das deutsche Gesundheitssystem ist der mächtige Zauberlehrling des Umverteilungsstaates geworden. Das haben übrigens längst auch die Politiker begriffen, die nach außen, zum Volk hin, mit Beruhigungsformeln den Fortbestand des Systems beschwören. Wie ihre Vorgänger ist auch die aktuelle Chefin des Ressorts, Ulla Schmidt, in zahllose Grabenkämpfe mit den Interessengruppen verwickelt, die allesamt nicht daran denken, sich vom staatlichen Tropf zu entfernen. Das ist kein Wunder. Das politische System lebt vor, wie es geht. So verhalten sich die so genannten Leistungserbringer im Gesundheitswesen nicht anders als das Volk: Die Grundhaltung, dass irgendjemand schon zahlen wird, ganz gleich, womit, ist der Regelfall. Diese Beschreibung könnte genauso gut für andere staatliche Sektoren gelten. Ohne Rücksicht auf Verluste sammelt das Sozialsystem das Geld der Bürger, um es an ineffiziente Systeme weiterzureichen, auf deren Entwicklung die angeblichen Steuermänner der Politik keinerlei Einfluss mehr haben.

Erstaunlich: Private Krankenhäuser, etwa die der Helios-Gruppe, arbeiten mit jenen Kassen und Patienten zusammen, die auch öffentlich verwalteten Spitälern zugeführt werden. Sie aber machen Gewinn. Ein Wunder? Oder eben: keine Misswirtschaft. Das System ändert sich, weil es muss. Um wie viel besser könnte es sein, wenn es sich ändern wollte. Natürlich steht da viel entgegen: ein Gesundheits-Establishment, das mit der Zweiklassen-Medizin droht. Politiker, die den Leuten weiterhin predigen, dass alles halb so schlimm ist. So bleiben für die Heilung des Systems nur mehr die übrig, die die eigentlichen Verantwortlichen für all das sind: die Bürger selbst. Auf deren Verstand setzt der Gesundheitsökonom Günter Neubauer, Professor an der Universität der Bundeswehr in München. Er nennt sein Programm „Pflegeplätze statt Parkplätze“. Zur Umsetzung empfiehlt er keine große Technik und keine Revolution, nur alte, bewährte Hausmittel: Ehrlichkeit, Einsicht, Realitätssinn. Ehrlichkeit heißt: Kostentransparenz. Keine Leistung soll mehr ohne eine

genaue Preisangabe erfolgen. Einsicht, das heißt auch für deutsche Patienten, zu lernen, was man anderswo bereits weiß: „Dass gute Medizin und Versorgung mehr kostet. Wir brauchen Selbstbeteiligungen. Eine Brille und ein Hörgerät muss man sich eben selbst kaufen. Aber auch eine Herzoperation ist nicht einfach mit dem Kassenbeitrag abgedeckt“. Ein solcher Eingriff, der etwa 100 000 Euro kostet, sollte nach Neubauer wenigstens mit zehn Prozent Kostenbeteiligung durch den Patienten getragen werden. Und dann noch Realitätssinn: „Wer zweimal im Jahr nach Mallorca fliegt oder alle drei Jahre ein neues Auto kauft, kann auch 10 000 Euro für eine teure Operation aufbringen. Wer kein Herz hat, kommt nicht nach Mallorca.“

X. Kalt oder dumm?

Ach, da hört man sie schon klagen, jammern und zetern, die modernen Hypochonder. Ist das nicht die Stimme der sozialen Kälte, der sozialen Ungerechtigkeit, das Lied von der Zweiklassen-Medizin? Ach was. Die Frage war: Auto oder Herz? Mallorca oder Leber? Schöne Zähne oder schöner Ausflug? Wie hätten wir's denn gern? Welche Reihenfolge ist richtig? Nur verzogene Gören halten das für soziale Kälte.

Wir müssen akzeptieren, dass sich die Ausgaben für den Konsum verschieben. Wir nehmen heute Kredite für Autos auf oder teure Urlaubsreisen und gehen in teure Fitness-Clubs. Und bei all dem verhalten sich die meisten Leute sehr rational. Sie checken Preise, vergleichen Leistungen, nutzen alle Potenziale aus. Sie verhalten sich vernünftig. Also anders, als sie es heute als Kassenpatienten tun. Klar, sagt Neubauer trocken: „Wo es keinen Markt gibt, verhalten sich Menschen natürlich auch nicht wie Marktteilnehmer. Jeder muss sich selbst aussuchen dürfen, welche Leistungen er haben will. Von einer ganz grundlegenden Versorgung angefangen bis zum Gesundheits-Luxus, wenn man das will. Krankenhäuser und Ärzte müssen sich um Patienten bemühen. Wir kriegen einen Gesundheitsmarkt statt eines Gesundheitssystems.“

Gesundheit ist ein Gut. Güter werden auf Märkten gehandelt. In allen bekannten Fällen leben Menschen davon, entwickeln Ideen und verbessern damit Angebote und Leistungen. Aus der traurigen Geschichte von der Dauerbaustelle deutsches Gesundheitssystem könnte damit eine Erfolgsgeschichte werden. Schon heute arbeiten in diesem Sektor 4,2 Millionen Menschen. „Gesundheit ist ein Inlandsgeschäft – das meiste Geld bleibt im Land“, sagt Neubauer. Damit wäre auch eine logische Antwort auf die demografische Entwicklung und die damit verbundenen Notwendigkeiten gegeben: Pflegeplätze, die nicht allein mehr vom staatlichen Tropf abhängen, neue Formen der Gesundheitsbetreuung, die sich Herausforderungen stellt, ohne an ihnen zu verzagen oder sie schönzureden. Mit anderen Worten: Gesundheit wird ein Geschäft. Dagegen haben nur die etwas, die viele Hypochonder brauchen, um so weiterzumachen wie bisher, und möglichst wenig mündige Bürger, die sich nichts vormachen. Der Markt kann heilen – nicht nur von Illusionen.

Diese Wahrheit ist nicht rezeptpflichtig. ■