

Solidarität, Brüderlichkeit und Nächstenliebe als Kennzeichen eines modernen Gesundheitswesens

Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg

Statt vom Gesundheitswesen oder Gesundheitssystem wird immer häufiger von der Gesundheitswirtschaft gesprochen. Als wenn Gesundheit genauso eine Ware wäre wie ein Auto, eine Fernreise oder ein Haarschnitt. Das ist ein Irrweg. Dieser gesellschaftliche Bereich, von dem wir so häufig und schon so selbstverständlich nur die ökonomische Seite sehen und gelten lassen, ist ein ganz besonderer. Er ist nämlich – nicht in Gänze, aber zu einem wesentlichen Teil – das allerletzte Auffangbecken für die Schäden unserer ökonomisierten, kapitalisierten Welt. Als krank und ausgestoßen landet in diesem System, wer im alltäglichen Kampf um Karriere, Ansehen und Macht nicht mithalten kann.

Genau genommen erfüllen auch weitere soziale Sicherungssysteme diese Funktion: nämlich alle, deren Leistung nicht an unmittelbare vorherige Gegenleistungen gebunden sind. Neben dem Gesundheitssystem sind das vor allem Grundsicherung im Alter, Sozialhilfe, Jugendhilfe, Behindertenhilfe und in eingeschränktem Sinne auch das „Arbeitslosengeld zwei“, das die frühere Arbeitslosenhilfe abgelöst hat. Sie alle fragen nicht, wie viel jemand zuvor eingezahlt hat, wie leistungsfähig er oder sie ist oder war, sondern sie leisten, wenn jemand sie braucht, wenn er oder sie im Sinne der jeweiligen Definitionen „bedürftig“ ist.

Das Gesundheitswesen unterscheidet sich jedoch von diesen anderen gesellschaftlichen Subsystemen durch mehrere Merkmale:

- ▷ Jeder Mensch benötigt die Leistungen des Gesundheitssystems im Verlauf seines Lebens mehrmals. Schon die Geburt findet in aller Regel in einem Krankenhaus statt, Kinderkrankheiten werden von Ärzten begleitet, und bis zum ebenfalls meist in Krankenhäusern oder Hospizen stattfindenden Sterben bieten uns etliche Krankheiten und Unfälle Gelegenheit, Kontakt mit dem Gesundheitssystem zu suchen. Unter den genannten sozialen Sicherungssystemen ist das Gesundheitswesen das einzige, das prinzipiell und wiederholt für alle Bürger bedeutsam und

sogar lebenswichtig ist, nicht nur für bestimmte, abgrenzbare Bevölkerungsgruppen.

- ▷ Wer das Gesundheitssystem aufsucht, ist in seinen sonst gewohnten menschlichen Fähigkeiten eingeschränkt. Krankheit schwächt an Körper und Seele, Schmerzen vernebeln die Sinne, chronische Krankheiten knicken Biografien, zerstören Berufspläne und oft auch Familien.
- ▷ Die Gründe, das Gesundheitssystem zu brauchen, sind in aller Regel nicht aktiv selbst verursacht. Selbst bei Krankheiten, die stark mit bestimmtem Verhalten in Verbindung stehen (Lungenkrebs bei Rauchen, Übergewicht, ja sogar Sportverletzungen ...), ist es meist nicht möglich, eindeutig festzustellen, wie hoch der Anteil des Verhaltens an der Entstehung einer Krankheit oder Verletzung ist. Krankheit wird überwiegend als unbeeinflussbares Schicksal erlebt.

Ein solches gesellschaftliches Subsystem vorwiegend unter ökonomischen Aspekten zu betrachten, wird leicht zynisch. Man vergisst dann die Notlagen, in denen sich die Nutzer befinden, und ignoriert die besonderen Kennzeichen dieses Systems.

Andererseits kann kein Staat der Welt Ärzte, Krankenhäuser und Medikamente als Wohltaten für alle ausschütten, ohne darauf zu achten, dass sie auch dort ankommen, wo sie gebraucht werden. Denn das Gesundheitssystem neigt genau wegen seiner dargestellten Besonderheiten, der solidarischen Umverteilung von den Leistungsfähigen hin zu denen, die die Leistungen brauchen, zu Verschwendung und „Fehlallokation von Ressourcen“, zu gleichzeitiger Unter- und Überversorgung. Privatversicherte werden übertherapiert, gesetzlich Versicherten werden Leistungen verweigert; Korruptions-Abteilungen von Krankenkassen decken Skandale mit gefälschten Rezepten und Kumpaneien zwischen betrügerischen Ärzten und Apotheken auf; das sind nur markante Beispiele für Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen, über die mit Recht geklagt wird. Allerdings ist die weitere Angleichung des Systems an die allgemeinen Marktmechanismen kein Mittel dagegen. Denn dann würden wir zugleich auch die besonderen Alleinstellungsmerkmale des Gesundheitswesens aufkündigen.

Der Patient ist kein Kunde

Auf der individuellen Ebene ist das Besondere am Gesundheitswesen, dass Patienten, wenn sie zum Arzt gehen, keine Kunden sind. Ein Kunde zeichnet sich dadurch aus, dass er erstens ein Produkt oder eine Dienstleistung auswählt bzw. bestellt und zweitens auch bezahlt. Diese beiden Funktionen begründen seine Souveränität, deshalb ist der Kunde König – weil er die Macht zu bestellen hat und das Geld zu bezahlen. Ganz anders

der Patient. Er bestellt keine Leistung, sondern bittet den Arzt, ihm eine zu verordnen; und er bezahlt nicht, sondern er hofft, dass seine Krankenversicherung die Leistung erstattet. Das macht den Patienten zum Bittsteller, zum Abhängigen.

Man könnte einwenden (und tut das auch): Dann gebt ihm doch die Souveränität zurück. Lasst ihn selbst bestellen und selbst bezahlen. Doch das ist ein Irrweg, wie man häufig bei privat Krankenversicherten sehen kann. Sie müssen nämlich selbst ganz genau kontrollieren, ob ihr Versicherungsschutz die Leistungen, die sie von Institutionen des Gesundheitswesens bekommen, abdeckt. Und je kränker sie sind, desto weniger können sie das leisten. Ein Beispiel aus der Beratungspraxis:

Private Krankenversicherungen eignen sich nur für Gesunde

Frau H war schwer herzkrank. Laut Katheteruntersuchung waren drei Herzkranzgefäße zu 95 Prozent verstopft, und Frau H wurde eröffnet, das sei lebensbedrohlich, und dringend zu einer Operation beim Spezialisten Prof. K geraten, der Koryphäe für so komplizierte Eingriffe. Frau H ist privat versichert und beihilfeberechtigt. Sie war aber vorher noch nie im Krankenhaus und kannte daher nicht den Umfang ihres privaten Versicherungsschutzes. Sie unterschrieb ein Formular, eine wahlärztliche Vereinbarung, in der als Chefarzt Prof. K eingetragen war. Dieser operierte sie später auch und alles verlief sehr gut, allerdings heilte die OP-Wunde nicht so schnell und der Krankenhausaufenthalt wurde länger. Es kamen hohe Rechnungen, die Frau H wie gewohnt bei der Krankenversicherung und der Beihilfe einreichte.

Erst jetzt erfuhr sie, dass sie gar nicht für wahlärztliche Leistungen versichert war, und kam deshalb in unsere Beratung. Sie fühlte sich vom Krankenhaus schlecht beraten. Wir mussten Frau H leider mitteilen, dass die von ihr unterschriebene wahlärztliche Vereinbarung rechtsgültig ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs muss jeder privat versicherte Patient vor einer Operation selber den Umfang seiner Versicherungspflicht klären, das ist nicht Aufgabe des Krankenhauses. Und wir mussten Frau H auch mitteilen, dass nicht nur Prof. K, sondern auch alle anderen beteiligten Ärzte – z.B. Laborarzt, Anästhesist – extra Rechnungen stellen dürfen. Frau H war geschockt. Immerhin wird es ihr ein Trost sein, dass die komplizierte Operation so gut verlaufen ist. Aber ihr Portemonnaie ist erstmal leer und sie um eine Lektion reicher.

Doch nicht nur die subjektive Überforderung Einzelner spricht gegen den Versuch, die Kundensouveränität mit ihren Funktionen und Aufgaben – Bestellen, Bezahlen, Kontrollieren – wieder stärker auf die Patienten übertragen zu wollen. Ein weiteres Argument ist die objektive Notwendigkeit der Umverteilung, die sich in keinem Lebensbereich so deutlich und umfassend zeigt wie im Gesundheitswesen. Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit der Menschen sind hier sehr ungleich verteilt, sogar gegenläufig: Bis ein Mensch anfängt, Geld zu verdienen und Krankenkassenbeiträge zu bezahlen, hat er schon viele Leistungen gebraucht, von der Geburt über die Kinderkrankheiten bis zum Arm- oder Beinbruch beim Kirschenklauen als Jugendlicher. Dann, wenn die produktive Phase beginnt, brauchen die

meisten Menschen besonders wenig Leistungen, sie sind jung und gesund. Erst wenn das Alter naht, wenn die Kräfte nachlassen und die Produktivität schwindet, kommen die Krankheiten wieder – und als Rentner, wenn wir die meisten Leistungen in Anspruch nehmen müssen, zahlen wir wieder kaum noch Krankenkassenbeiträge ein.

Wir brauchen also das System der solidarischen Umverteilung – und ein Bewusstsein dafür. Wir sollten wissen und immer daran denken, dass der hohe Beitrag, den wir monatlich unseren Krankenkassen bezahlen, erstens Nachzahlung für die Kindheit und Jugend, zweitens Vorauszahlung fürs Alter und insbesondere die teuersten letzten Jahre, und drittens eine Schenkung für diejenigen ist, die ihr Leben lang nicht in Krankenkassen einzahlen können, sondern nur Leistungen brauchen: zum Beispiel Menschen mit schweren Behinderungen, denen man in dunklen Zeiten deutscher Geschichte das Lebensrecht absprach (und dabei viel Geld sparte, ökonomisch gesehen also eine sehr sinnvolle Regelung).

Trotzdem gibt es im Gesundheitswesen auch Bereiche, in denen Patienten wie anderswo auch Kunden sind. Wer in der Apotheke ein Mittel gegen Kopfschmerzen kauft oder eine Reiseapotheke zusammenstellen lässt, muss das, wie im Supermarkt, selbst entscheiden und selbst bezahlen. Das Gesundheitswesen ist also vor allem in seinem Kern solidarisch organisiert, den medizinischen und pflegerischen Leistungen, die von den Kostenträgern als „notwendig“ definiert werden.

Das kann zu schwierigen Konstellationen führen. Zum Beispiel beim Arzt, von dem der Patient eine Heilung oder Linderung seiner Krankheit erwartet, natürlich auf Kosten seiner Krankenkasse – und der Arzt ihm dann aber ganz nebenbei noch eine Leistung empfiehlt, die der Arzt für sinnvoll und vielleicht sogar notwendig hält, die aber die Krankenkasse nicht bezahlt. Eine sogenannte „IGeL“, eine Individuelle Gesundheits-Leistung. Dieser Mensch hat zu seinem Arzt gleichzeitig eine Patientenbeziehung (mit der Erwartung des Patienten, der Arzt solle ihm eine Leistung gegen seine Krankheit verordnen und die Krankenkasse solle sie erstatten) und eine Kundenbeziehung (mit der Erwartung des Arztes, der Patient solle sich ganz frei für etwas entscheiden – und es auch selbst bezahlen). Das ist für Viele nicht nur ungewohnt, sondern sogar eine Überforderung. Erst recht wenn Ärzte das „IgeL“ professionalisieren, um damit die knappen Krankenkassen-Budgets aufzubessern. Wenn Ärzte anfangen, nach wirtschaftlichen Kriterien zu entscheiden oder auch nur Maßnahmen zu empfehlen, anstatt nach dem beim Patienten objektivierbar festgestellten und kommunizierten medizinischen Bedarf, ist das Vertrauensverhältnis zwi-

schen Arzt und Patient dahin. Auch dazu ein Beispiel aus der Beratungspraxis:

Von der Geschäftstüchtigkeit mancher Ärzte

Frau N berichtet über ihren letzten Arztbesuch in einer orthopädischen Praxis: Sie hatte sich dorthin gewandt wegen Schmerzen im Knie. Festgestellt wurde eine leichte Arthrose. Der Arzt empfahl ihr eine Operation, alternativ eine Spritzenbehandlung mit Hyaluronsäure. Frau N wollte sich eine Operation ersparen, deshalb entschied sie sich für die Spritzen. Sie wurde darauf hingewiesen, dass die Krankenkasse diese nicht bezahlt. Auf ihre Frage, ob sie die Spritzen in der Apotheke kaufen sollte, meinte der Arzt, er habe sie vorrätig. Er kassierte für fünf Spritzen 310 Euro.

Bei der letzten Behandlung fragte Frau N den Orthopäden nach seiner Meinung über Teufelskralle, einem pflanzlichen Medikament. Statt einer Antwort sagte er gleich, er habe etwas Besseres, und empfahl ihr ein Nahrungsergänzungsmittel, das sie gleich in der Praxis kaufen konnte. Obwohl sie eigentlich erst einmal einen Versuch mit einer Packung machen wollte, hatte sie bei Verlassen der Praxis dann doch drei Packungen in der Tasche.

Frau N fühlte sich jetzt doch irgendwie überrumpelt und schaute deshalb am nächsten Tag mal bei ihrer Apotheke vorbei. Dort erfuhr sie, dass sie das Nahrungsergänzungsmittel auch dort hätte bekommen können (wenn auch unter einem anderen Namen) und natürlich auch eine Einzelpackung. Bei dieser Gelegenheit stellte sich auch heraus, dass die fünf Spritzen, die sie selbst bezahlt hatte, in der Apotheke fast 100 Euro weniger gekostet hätten.

Frau N ist jetzt wirklich wütend und enttäuscht von dem Arzt und fragt nach unserer Meinung. Wir können ihr bestätigen, dass der Arzt hier gegen seine beruflichen Pflichten verstoßen hat. Nach der Berufsordnung ist es Ärzten untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung ärztlicher Tätigkeit Waren oder sonstige Gegenstände zu verkaufen. Damit soll sichergestellt werden, dass sich der Heilauftrag des Arztes nicht mit sonstigen wirtschaftlichen Interessen vermischt – gerade um Enttäuschungen wie bei Frau N, die das Arzt-Patientenverhältnis nachhaltig belasten, zu vermeiden.

Neben diesem Blick auf das Spannungsverhältnis von Krankenbehandlung und Ökonomie aus der Sicht des individuellen Patienten möchte ich das selbe nun auch auf der gesellschaftlichen Ebene beschreiben.

Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit

Die drei bekannten Begriffe der französischen Revolution haben Eingang gefunden in die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948. Dort heißt es in Artikel 1: „*Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.*“

(<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>)

Heute nennen wir das Dritte vielleicht lieber Geschwisterlichkeit.

Vielen ist schon aufgefallen, dass diese Begriffe in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen, sich gegenseitig begrenzen oder sogar ausschließen. Wie soll ich mich frei entfalten können, wenn ich dabei gleich

sein soll wie alle Anderen – und auch noch brüderlich oder schwesterlich an meinen Nächsten denken soll? Eine Lösung dieses Dilemmas ist, die drei Begriffe verschiedenen gesellschaftlichen Subsystemen zuzuordnen:

- ▷ Wissenschaft, Kunst und Religion müssen frei sein, sonst können sie sich nicht entfalten. Staat und Wirtschaft haben nur für den Rahmen zu sorgen, innerhalb dessen sich Wahrheitssuche, Kreativität und Spiritualität entfalten können.
- ▷ Vor dem Gesetz sind alle Menschen gleich, oder sollen es jedenfalls sein. Der Staat hat dafür zu sorgen, dass ihr Lebensrecht unangetastet bleibt und sie ihre Grundbedürfnisse erfüllen können.
- ▷ Und das Wirtschaftssystem soll allen Menschen die materielle Existenz ermöglichen, und zwar möglichst effektiv und effizient. Brüderlich oder geschwisterlich ist das Wirtschaftsleben dadurch, dass alle, die daran teilnehmen, prinzipiell für Andere arbeiten. (Selbstversorger sind nicht wirtschaftlich tätig.) Dieser Umstand wird allerdings dadurch verschleiert, dass gemäß herrschender Ideologie jeder letztlich nur an seinen eigenen Vorteil denken soll. Und die meisten das auch tun.

In der UN-Deklaration fällt auf, dass Freiheit und Gleichheit als angeboren bezeichnet werden, die Brüderlichkeit dagegen als Aufforderung formuliert ist: Wir seien mit Vernunft und Gewissen bereits begabt, aber sollen uns im Geiste der Geschwisterlichkeit begegnen. Das könnte darauf hinweisen, dass dieser dritte Begriff eine ganz besondere Herausforderung enthält, dass er uns weniger selbstverständlich von selbst gelingt und wir uns da ein bisschen anstrengen müssen.

Im Gesundheitswesen ist die Geschwisterlichkeit traditionell auch als Haltung noch vorhanden, vorwiegend vielleicht in den konfessionellen und traditionellen Institutionen oder in den wieder modern gewordenen Hospizen. Sie wird aber immer schwieriger zu leben, weil die Ökonomie einen wirtschaftlichen Nutzenbeweis verlangt, der bei Handlungen aus Nächstenliebe häufig nicht so einfach zu führen ist.

Nächstenliebe = Solidarität = Geschwisterlichkeit

In unserem Gesundheitswesen ist die Nächstenliebe „eingebaut“. Das Prinzip, dass die Leistungen eines gesellschaftlichen Subsystems nicht durch Arbeit erworben, sondern ausschließlich nach Bedürftigkeit verteilt werden, ist eine Art eingebaute Nächstenliebe. Oder Solidarität. Oder Ge-

schwisterlichkeit.¹ Sie ist das Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, die seit den Sozialreformen des Reichskanzlers Bismarck vor 130 Jahren in Deutschland flächendeckend etabliert ist und mit der Versicherungspflicht, die seit 2007 gilt, ihre letzte Verfeinerung erfahren hat. Wer gesund ist, zahlt seiner Krankenkasse einen festgelegten Prozentsatz seines Einkommens, und wer krank wird, bekommt das, was die Ärzte für notwendig halten – sofern es die Krankenkasse bewilligt und der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien als erstattungsfähig definiert hat. Aber da sind wir schon einen Schritt weiter, nämlich bei der Frage, warum diese eingebaute Nächstenliebe so schwierig ist und häufig so schlecht funktioniert.

Sie funktioniert deshalb so schlecht und ist gerade heute in großer Gefahr, weil sie immer wieder aus dem Bewusstsein entschwindet. Eben weil sie eingebaut ist und man sich gar nicht mehr täglich um sie aktiv bemühen muss. Der Einbau ist einer der größten Feinde der Nächstenliebe – obwohl genau dieser Einbau das wichtigste Charakteristikum des deutschen Gesundheitssystems und auch eines Teils der sozialen Sicherheit ist. Denn durch diesen Einbau, diese Immanenz, muss der Patient um die Krankenkassenleistungen nicht betteln. Sie stehen ihr oder ihm einfach zu, wenn sie gebraucht werden.

Das ist aber genau das Problem. Wenn sich die Bürger, Versicherten und Patienten das Besondere dieser Systeme nicht bewusst machen, sondern mit ihnen genauso umgehen wie mit fast allem anderen in der Welt – nämlich egoistisch, nur an ihrem eigenen Vorteil orientiert –, dann verstoßen sie ständig gegen ihre Gesetzmäßigkeiten und ruinieren sie damit langsam. Das tun nicht nur einzelne Menschen in ihrer alltäglichen Ignoranz, sondern dazu tragen Teile des Systems selbst immer wieder bei. Wenn zum Beispiel eine Krankenkasse im Wettbewerb mit hunderten ihrer Konkurrenten öffentlich behauptet: *„Ohne den unseligen Risikostrukturausgleich läge unser Beitragssatz bei nur vier Prozent“* – sinngemäß so geschehen vor Jahren bei einer mittelgroßen Betriebskrankenkasse –, dann appelliert sie an den nur allzu verständlichen Sparinstinkt der Deutschen, die in gesunden Tagen möglichst wenig bezahlen wollen, aber wenn sie krank werden, möglichst die besten Leistungen erhalten möchten. Eben weil das Prinzip, nach dem Krankenkassen funktionieren, nicht mehr im Bewusstsein ist, ja die Meisten es überhaupt gar nicht mehr ken-

¹ Man kann sogar so weit gehen, das Unwort Kommunismus zu benutzen. In einem Lexikon für Kinder fand ich folgenden Satz: „In einer kommunistischen Gemeinschaft soll jeder nach seinen Fähigkeiten arbeiten und nach seinen Bedürfnissen vom Vorhandenen nehmen.“ <http://www.wasistwas.de/sportkultur/alle-artikel/artikel/link//ad50be8cef/article/was-ist-kommunismus/-7c05c71e06.html>).

nen. Wer lernt schon in der Schule den Unterschied zwischen dem Wirtschaftsleben und den Sozialsystemen? Selbst die Akteure des Gesundheitssystems vergessen diesen Unterschied immer mehr, wenn sie nur noch von der „Gesundheitswirtschaft“ sprechen.

Noch etwas fällt bei diesen Betrachtungen auf: die Spaltung unseres Krankenversicherungssystems in Gesetzliche und Private. Zwei Teile, die völlig unterschiedlich funktionieren – und dadurch das Bewusstsein für Solidarität, Geschwisterlichkeit und eingebaute Nächstenliebe zerstören. Wenn ich zu den 90 Prozent gesetzlich Versicherten gehöre, warum soll dann gerade ich mit Anderen solidarisch sein, wo es so viele Reiche und Gutverdienende gibt, die sich eigentlich die Nächstenliebe besonders leisten könnten, sich aber aus dieser Solidarität heraushalten dürfen? Und wenn ich privat versichert bin, warum soll ich dann mit den armen Schluckern in sozialen Brennpunkten solidarisch sein, die ihr Geld nach verbreiteter Meinung vieler Zeitgenossen ohnehin nur für Alkohol, Zigaretten und fettes Essen ausgeben? Diese Bewusstseinslage macht Solidarität ziemlich schwer. Wenn nicht gar unmöglich.

Ausweg statt Irrweg

Wie müsste ein Gesundheitssystem aussehen, das sich auf die eingebaute Nächstenliebe, Solidarität und Brüder- oder Geschwisterlichkeit wieder besinnt und mit ihr ernst macht?

Es müsste auf alle Fälle ein für alle Bürger einheitliches, gemeinsames Versicherungssystem geben, in dem Jeder zahlt, so viel er oder sie kann, und nimmt, so viel er oder sie braucht. Natürlich mit öffentlicher Kontrolle – nicht unbedingt staatlicher Aufsicht. Die Selbstverwaltung unseres Gesundheitssystems hat viele Vorteile. Andere Systeme sind viel anfälliger – staatliche gegenüber Launen der Politiker, privatisierte gegenüber Rendite-Erwartungen der Aktionäre. Unser deutsches System „nach Bismarck“ ist da ein ganz guter Mittelweg. Allerdings müsste der Rahmen des Staates das Bewusstsein für die eingebaute Nächstenliebe stärker fördern. Denn Selbstverwaltung heißt häufig auch Blockade, wenn gleich starke Akteure gegeneinander um ihre organisationsegoistischen Positionen kämpfen und kein vernünftiger Schiedsrichter entscheiden kann. Öffentliche Kontrolle hieße, die Selbstverwaltung der Institutionen des Gesundheitssystems, die bisher eher einer internen Stierkampf-Arena gleicht, zu einer Veranstaltung zu machen, die demokratisch kontrolliert, beobachtet und beeinflusst werden kann. Nicht nur von den Kämpfenden, sondern auch von denen, die bisher bestenfalls zuschauen dürfen.

Von den kämpfenden Akteuren ist zu fordern, dass sie sich auf den besonderen Charakter unseres Gesundheitssystems besinnen und ihre organisationsegoistischen Kämpfe umwandeln in produktiven Wettstreit um die besten Ideen.

Und die Patienten und Versicherten müssen lernen, nicht nur Zuschauer zu sein. Sie vor allem müssen die Anderen immer wieder daran erinnern, wer im Mittelpunkt des Ganzen steht: der Patient, die Patientin. Und die und der Versicherte, soweit sie noch nicht oder gerade nicht Patienten sind, denn sie sind nur versichert, weil sie es eines Tages werden könnten.

Ein solches Gesundheitssystem sollte aber auch sehr viel transparenter und einfacher sein als unser heutiges. Patienten verstehen so häufig nicht, was mit ihnen geschieht. Das liegt einerseits an der dargestellten Besonderheit, dass mit den Kostenträgern und der solidarischen Umverteilung der Mittel alles viel komplizierter wird und werden muss als in anderen Systemen. Aber es liegt auch daran, dass kein Mensch mehr durchblickt. Nicht einmal für Experten ist das Gesundheitssystem noch durchschaubar. Und jede neue Reform macht es noch verwirrender. Da gibt es schon die verschiedenen Sektoren, den ambulanten und den stationären, die nach ganz verschiedenen Gesichtspunkten organisiert sind. Im einen, dem ambulanten, wird alles bezahlt, was ausdrücklich erlaubt ist; im anderen, dem stationären, wird alles bezahlt, was nicht ausdrücklich verboten wurde. Im einen werden Einzelleistungen bezahlt, im anderen Pauschalen. Anstatt nun diese beiden Systeme zu vereinheitlichen, erfinden die Politiker ständig neue dritte und vierte, die das Ganze weiter komplizieren. Zum Beispiel die „Integrierte Versorgung“. Sie ist nicht eine Synthese, nicht eine Integration zweier Sektoren, sondern ein dritter, quer darüber liegender, neuer Sektor mit wieder neuen Funktionsgesetzmäßigkeiten.

Sicher ist das Gesundheitssystem nicht so zu vereinfachen, dass es – wie das Steuersystem, von dem ein früherer Politiker träumte – auf einen Bierdeckel passt. Aber es sollte doch von denen, die es nutzen, verstanden werden können. Patienten haben da zur Zeit überhaupt keine Chance.

Das wurde gut sichtbar, als vor Kurzem die erste Krankenkasse in der Geschichte der Bundesrepublik pleite machte, die CityBKK. Sie hatte besonders viele alte und kranke Mitglieder, deshalb kam sie in finanzielle Schwierigkeiten. Genau diese Menschen hatten es nun auch besonders schwer, zu verstehen, dass die Pleite ihrer Krankenkasse keine Katastrophe für sie darstellte, da der Kontrahierungszwang in der GKV jede andere Krankenkasse verpflichtete, sie aufzunehmen. Da jedoch etliche andere Kassen mit sehr unlauteren und illegalen Mitteln versuchten, die Alten und Kranken abzuweisen, dachten Viele, sie stünden jetzt ohne Kranken-

versicherung auf der Straße. Wie kann es aber sein, dass in einem so auf Solidarität und gegenseitigen Ausgleich aufgebauten System auch nur der Eindruck entstehen kann, dass Alte und Kranke, nur weil sie mehr Geld kosten als sie einbringen, an ihren Krankheiten unbehandelt sterben sollen?

Das ist keine Polemik. Ein Hamburger Herz- und Lungenkranke, der auf dauernde Zufuhr von Sauerstoff angewiesen war, erhielt von der CityBKK die Auskunft, man hole zum Schließungstermin das Sauerstoffgerät ab. Als er sich daraufhin rechtzeitig bei einer anderen Krankenkasse einschreiben wollte, wurde er abgewiesen – und musste schlussfolgern, man wolle ihn wohl nirgends haben und er dürfe jetzt bald den Erstickungstod sterben. So hat er es jedenfalls aufgefasst. Das darf in einem solidarischen System nicht passieren!

Natürlich müssen auch die Kosten eines solidarischen Gesundheitssystems in finanzierbaren Grenzen gehalten werden. Das ist gewiss keine einfache Aufgabe. Sie erfordert eine breite gesellschaftliche Diskussion darüber, was wir von der Medizin und dem Gesundheitssystem erwarten. Wollen wir teure und aufwendige High-tech-Medizin bis zum letzten Atemzug – oder aber eine menschliche Medizin, die in jedem Stadium des Lebens genau das tut, was die höchste Lebensqualität verspricht, auch wenn das Leben dann vielleicht ein paar Tage kürzer dauert? Vielleicht brauchen alte Menschen mehr Pfarrer und Psychologen als Mediziner? Vielleicht gilt das auch für junge?

Wir müssen auch die Gier derer begrenzen, die das Gesundheitssystem nur als Gesundheitswirtschaft verstehen und damit ihre Profite machen wollen. Wie können wir es zulassen, dass Ärzte sich nur dort niederlassen, wo lukrative Privatpatienten wohnen, und in manchen ländlichen Gebieten oder städtischen Slums keine Kinderärzte, keine Internisten, ja keine Hausärzte mehr zu finden sind? Natürlich ist der Hinweis richtig, das sei ein Problem der ärztlichen Selbstverwaltung. Aber das ist auch schon der Schlüssel zur Veränderung: Wenn die ärztliche Selbstverwaltung mehr an die Versorgung ihres Berufsstands denkt als an die der Patienten, muss sie abgeschafft werden – oder umgewandelt in eine Selbstverwaltung aller gesellschaftlichen Kräfte, die an diesem System ein vitales Interesse haben. Das sind neben den Ärzten – und anderen Heilberufen, die viel zu wenig an der Gestaltung dieses Systems beteiligt sind – vor allem die Patienten, die es bisher so gut wie gar nicht mitgestalten. Und da die Gruppe der Patienten kaum eingegrenzt werden kann, wird das dann zu einem allgemeinen demokratischen Problem. Wer soll die Stimme der Patienten repräsentieren?

Patientenvertreter sind bereits an der Gestaltung des Gesundheitssystems beteiligt. Die rotgrüne Bundesregierung hat mit der Gesundheitsreform 2004 die Patientenbeteiligung eingeführt – an „Fragen, die die Versorgung betreffen“, theoretisch also allen Fragen des Gesundheitssystems. Allerdings haben die Patienten nur beratende Stimme. Grund dafür ist, dass sie nicht demokratisch legitimiert seien, im Gegensatz zu den anderen Akteuren im System der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Das ist auf der einen Seite richtig: Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen wählen Delegierte oder Verwaltungsräte, die dann wie ein Parlament im Rahmen der jeweiligen Satzungen die relevanten Entscheidungen treffen. Das haben Patienten nicht. Keine Patientenkammer kann Patientenvertreter wählen. Deshalb hat der Bundestag deren Mitwirkung auf ein Beratungsrecht beschränkt und die Bundesregierung angewiesen, durch Rechtsverordnung festzulegen, welche Organisationen die Interessen der Patienten und chronisch Kranken vertreten sollen. Darin sind jedoch auch Kriterien definiert, die vertretungsberechtigte Patientenorganisationen erfüllen müssen, und damit ist ein guter Ersatz für die demokratische Legitimation geschaffen worden. Denn die ist prinzipiell unmöglich: Patienten sind keine homogene Gruppe (jeder ist es mehrfach im Leben, aber die meisten jetzt gerade nicht); sie beziehen aus dem Status Patient keinerlei Gewinn, sondern möchten ihn schnellstens wieder loswerden; und sie können, wenn sie gerade einmal Patienten sind, ganz besonders schlecht in demokratischen Gremien mitwirken, weil sie dann mehr auf sich, ihren Körper und ihre Seele konzentriert sind und sein müssen...

Vielleicht gehört neben dem Ausbau dieser vorhandenen, wegweisenden Ansätze aber auch noch viel mehr dazu, einem wirklich solidarischen, von Geschwisterlichkeit und Nächstenliebe getragenen Gesundheitssystem zum Durchbruch zu verhelfen. Ich denke an die Überwindung des Alleinstellungsmerkmals des Gesundheitswesens als Auffangbecken für die Schäden der Leistungsgesellschaft. Und zwar nicht indem es ebenfalls der kapitalistischen Logik von Rendite und Gewinn unterworfen wird, wie es mit der Privatisierung von Krankenhäusern und bald auch Krankenkassen (Arztpraxen ohnehin) geschieht, sondern auf dem umgekehrten Weg: indem der Rest der Gesellschaft, der immerzu Menschen ausspuckt, die dort unerwünscht oder unbrauchbar sind, ebenfalls mehr von den Gedanken der Solidarität durchdrungen wird. Denn eigentlich eignet sich dieses Prinzip nicht nur ganz besonders für das Gesundheitswesen, sondern für die gesamte Wirtschaft. Wie schon erwähnt: Keiner wirtschaftet nur für sich allein, Jeder ist auf die Produkte Anderer angewiesen. In einer globalisierten Welt benutzen und verbrauchen wir täglich sogar zahlreiche Din-

ge, die auf der anderen Seite der Erde hergestellt wurden (Computer, Plastikspielzeug oder Sojasoße sind nur drei Beispiele von vielen), – und umgekehrt, dort werden unsere „Made in Germany“-Erzeugnisse geschätzt, sei es der Mercedes als Statussymbol oder das solidarische Krankenversicherungssystem, für das wir in der ganzen Welt Anerkennung finden (nur bei uns zuhause nicht mehr).

Solidarität, Geschwisterlichkeit, Nächstenliebe – das sind Prinzipien, die wir am Gesundheitssystem ganz besonders gut lernen und üben können, die aber für die gesamte Wirtschaft einer immer bevölkerteren Welt von immer größerer Bedeutung werden könnten. Wenn Naturkatastrophen durch Klimawandel zunehmen, wenn Atomkraftwerke durch Tsunamis kernschmelzen – dann sind die Gesundheitssysteme der Welt bald nicht mehr in der Lage, die Folgen aufzufangen. Es wäre nötig, schon vorher solidarisch zu sein. Nicht nur Deutsche mit Deutschen, sondern weltweit. Und das nicht nur im Gesundheitswesen!