

Hans-Ulrich Deppe,
Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in
Deutschland,
Frankfurt/Main VAS, 2005
ISBN 9783888644016

Der Frankfurter Medizinsoziologe Hans-Ulrich Deppe ist seit Jahrzehnten kritischer Beobachter und Kommentator des deutschen Gesundheitswesens und ebenso lange tritt er für dessen offene und menschenrechtliche Gestaltung ein. So ist sein nunmehr in dritter Auflage vorliegendes Buch über die „soziale Anatomie des Gesundheitssystems“ nach wie vor eine kompetente und materialreiche Darstellung von „Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland“ (so der Untertitel).

Das Buch umfasst vier große Teile. Im ersten, fast die Hälfte ausmachenden, geht es um die Strukturanalyse des deutschen Gesundheitssystems. Die einzelnen Kapitel befassen sich nach einer sehr knappen historischen und methodischen Einführung mit der Struktur der Versorgung, des Eigentums und der Regulierung: „Wer erbringt die Leistungen, wer besitzt, wer entscheidet“, sind die Leitfragen. Eine Darstellung der Interessen der jeweiligen Akteure schließt sich an sowie eine kurze Erörterung von Charakteristika, Defiziten und Problemen des deutschen Gesundheitswesens. Ein ausführliches Kapitel befasst sich mit der europäischen Integration und den sich daraus ergebenden Fragen und Notwendigkeiten.

Ein wenig aus dem Rahmen fallen die Überlegungen über die „Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem“. Zwar bleibt Deppe hier noch bei der insgesamt eher beschreibenden Darstellung dieses ersten Teils, aber inhaltlich greift er auf ein Kapitel im vierten Teil vor, in dem er die Konsequenz einer Orientierung an der Patientenzufriedenheit untersucht. Er zitiert eine Definition im Rahmen des Qualitätsmanagements: „Zufriedenheit kann als Übereinstimmung von Erwartungen und Erfahrungen, von Ziel und Ergebnis, von Wunsch und Realität, von prospektiver Vorstellung und vorhandener Wirklichkeit verstanden werden. Zufriedenheit ist abhängig von der Person und deren sozio-kulturellen (sic!) Kontext. Auch kann sie sich situativ verändern. Ein hoher Grad an Patientenzufriedenheit ist ein wichtiger strategischer Erfolgsfaktor für die Anbieter und führt in einem System mit Marktmechanismen zu besseren Wettbewerbschancen.“ (S. 85)

Und das hat Konsequenzen. Denn „je mehr der Wettbewerb zunimmt, desto mehr wird die kaufkräftige Nachfrage des Patienten angesprochen. Es wird damit ein merkantiler Anreiz geschaffen, dass mehr Leistungen erbracht werden, die Patienten *wünschen* gegenüber jenen, die sie *brauchen*. Sie orientieren sich immer mehr an dem, was Patienten/Versicherte aus *Laiensicht* unter Qualität verstehen. Die Qualität ärztlichen Handelns reduziert sich immer mehr auf die kurzfristige *Zufriedenheit* von Patienten. Durch Zufriedenheit sollen ‚Kunden‘ gebunden werden.“ (S. 201) „Und der ‚beste Kunde‘ ist in der Regel der, an dem am meisten verdient wird. Patienten werden unter solchen Bedingungen dann vielleicht wie ‚königliche Kunden‘ *bedient*, aber nicht mehr wie kranke Menschen *behandelt*.“ (ebda.)

So entsteht eine im Wortsinn „perverse“, also verdrehte Situation: Die – privaten – Leistungsanbieter erscheinen als die Verbündeten der souveränen Kunden, die einkaufen möchten, was ihnen Befriedigung verschafft. Und die ÄrztInnen sind diejenigen, die das verweigern, wenn sie auf das medizinisch Notwendige oder Sinnvolle schauen – oder auch nicht, wenn sie „diesen Markt bedienen und seine Früchte in Form von Geld oder öffentlichem Applaus ernten“ (S. 202, J. K. Galbraith zitierend).

Ganz im Gegensatz zu allem Gejammer über eine angebliche „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen ist eine solche Veränderung hin zu mehr Wettbewerb auch eine Maßnahme zur Erhöhung der Kosten im System, schließlich stellt sich das für die Anbieter als Umsatzsteigerung dar. Daran haben sie größtes Interesse. Was stört, ist lediglich der Umstand, dass bei paritätischer Finanzierung eines umfassenden Leistungskatalogs die Unternehmen an den Kosten beteiligt sind. Die Lösung dieses Problems besteht darin, die Parität aufzugeben und/oder Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern. Ab dann dürfen die Kosten munter und unbegrenzt steigen. Dabei „(werden sich) die ‚geheimen Verführer‘ des Marktes, seine werbenden Potenziale, genau auf die Patientengruppe konzentrieren, um deren Zufriedenheit konkurriert wird. Sie werden darüber hinaus Bedürfnisse künstlich erzeugen. Rentabilität und kommerzielles Eigeninteresse, die genuinen Begleiterscheinungen des wirtschaftlichen Wettbewerbs, drängen dann noch deutlicher in den Vordergrund ... Darüber hinaus wird sich die Richtung der *Entscheidungsstruktur* im Arzt-Patienten-Verhältnis verändern: Während noch heute weitgehend das medizinisch Notwendige und der Schweregrad einer Krankheit als handlungsleitendes Entscheidungsziel gelten, werden es unter Bedingungen des Wettbewerbs immer stärker ökonomische Kriterien.“ (S. 203)

Mit dem Wissen um diese Zusammenhänge bekommt der zweite Hauptteil über die Gesundheitspolitik der SPD-Grünen Bundesregierung eine besondere Note. So wird überdeutlich, dass sie nach anfänglich unklarem Kurs Marktlogik und private Interessen im deutschen Gesundheitssystem kompromisslos in allen Bereichen zum Tragen brachte. Die einzelnen Schritte und Gesetze(pläne) werden dabei übersichtlich und knapp dargestellt, so dass das Buch in diesem Teil auch als eine Chronik lesbar ist.

Der Dritte Hauptteil ist zwar mit Abstand der kürzeste, aber in der Erläuterung des Zusammenhangs von Lebenserwartung, Krankheit und sozialer Ungleichheit höchst bedeutsam zur Einordnung und Bewertung vieler Richtungsentscheidungen und Einzelmaßnahmen der Gesundheitspolitik. Im schon angesprochenen vierten Hauptteil schließlich geht es um die Auswirkungen des Neoliberalismus auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Den meisten politischen Bewertungen des Autors kann dabei aus Sicht einer globalisierungskritischen Position zugestimmt werden, die Daseinsvorsorge für eine öffentliche Aufgabe hält. Politische Entscheidungen dagegen gehen in Deutschland und anderswo seit Jahrzehnten in Richtung auf Kommerzialisierung und Vermarktlichung. Damit wird Gesundheit zu einem Luxus, den man sich muss leisten können.

Ein zwar nur punktueller, aber deutlicher Wermutstropfen allerdings bleibt: Hans-Ulrich Deppe weist unmissverständlich darauf hin, dass „Menschenrechte sich nicht kommerzialisieren (lassen), sich auch nicht vermarkten (lassen), ohne dass sie daran zerbrechen“. Dann aber versäumt er leider eine notwendige Klärung: Wie sollte angesichts der Unvermeidbarkeit von Krankheit und der Existenz von Behinderung „Gesundheit“ ein Menschenrecht sein? Menschenrecht kann nur sein der sichere und gleichberechtigte Zugang zu Gesundheitsversorgung, zu Hilfe und Zuwendung bei Krankheit. Diese Debatte aus der Behindertenbewegung hat die Sozialmedizin bedauerlicherweise noch kaum erreicht.