

Sehr geehrte Damen und Herren,

ein Gespenst geht um in Europa. Das Gespenst der Unfinanzierbarkeit der sozialen Gesundheitsversorgung. Krankenkassen stehen angeblich vor der Pleite, Krankenhäuser werden zu finanziellen Belastungen für Länder und Gemeinden. Als Gründe nennen viele Experten und Politiker steigende Zahlen älterer Menschen, medizinisch-technischen Fortschritt, hohe Ansprüche der Versicherten an das Medizinsystem, fehlenden Wettbewerb und mangelndes Kostenbewusstsein der Patientinnen und Patienten und vieler, die im Gesundheitswesen tätig sind. Wirtschaftskrise und steigende Zahlen an Arbeitslosen verschärfen die angespannte Situation der öffentlichen Kassen und sozialen Systeme zusätzlich. Denn einerseits gehen ihre Einnahmen dadurch zurück, andererseits steigen die Ausgaben.

Überall werden deshalb Sparpakete geschnürt und Sanierungskonzepte erarbeitet, allerorts nimmt der Druck auf das Personal im Gesundheitswesen zu und reihum werden die Leistungen, die den Menschen geboten werden, gekürzt. Die Versorgung droht zusammenzubrechen, Rationierungen stehen im Raum, Selbstbehalte und Zuzahlungen für kranke Menschen werden erhöht. An nachhaltige strukturelle Änderungen oder gar tatsächliche Reformen haben die Verantwortlichen bisher nicht gedacht. Das hat auch gute Gründe.

Der Gesundheitssektor gehört allen Unkenrufen zum Trotz zu den boomendsten Wirtschafts- und Industriezweigen weltweit. Im gesamten deutschsprachigen Raum werden jährlich etwa 320 Milliarden Euro im Gesundheitsbereich umgesetzt, allein in Österreich sind es rund 28 Milliarden Euro.

Allerdings suggeriert die Diktion Gesundheit ein System, das sich um die Gesundheit der Menschen kümmert. Was freilich falsch ist. Wir haben es nämlich mit einem Krankheitssystem zu tun. In dieses System in Österreich sind hauptsächlich vier Sektoren eingebunden: Wirtschaft und Industrie im Bereich Pharmazeutika und Medizintechnik, politische Verantwortliche und entsprechende Lobbys, medizinisches Personal und schließlich Patientinnen und Patienten.

Interessanterweise diskutieren über eine mögliche Gesundheitsreform ausnahmslos die Vertreter jener Sektoren, die an Krankheiten verdienen: Pharmavertreter, Ärzteschaft und Vertreter der dazugehörigen Lobbys und Politik. Dass also das System dadurch derart reformiert würde, dass die Menschen so lange wie möglich gesund bleiben, darf nicht erwartet werden, die Reformer würden sich damit – überspitzt gesagt –selbst wegrationalisieren. Die Akteure im Gesundheitswesen haben keine Lust auf grundlegende Reformen.

Alle haben sich gut eingerichtet im System.

Zweierlei geht aus diesen Entwicklungen hervor:

Erstens: Die bisherigen Reformbestrebungen gehen ins Leere. Die seit Jahrzehnten bekannten strukturellen Probleme werden nicht gelöst, das sehen wir auch jetzt in der aktuellen Diskussion. Die Systeme sind von innen heraus nicht reformierbar.

Zweitens: Es ist höchste Zeit, Alternativen zu entwickeln und gänzlich neue Wege aufzuzeigen. Und das eigentliche Ziel – nämlich Gesundheit für alle Menschen – wieder in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken. Experten schätzen den Beitrag der kurativen Medizin zur Gesamtgesundheit der Menschen eines Landes eher gering ein. Ihr Beitrag zur durchschnittlichen Lebenserwartung wird von manchen mit etwa nur 10 bis 15 Prozent angegeben. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland ist etwas „großzügiger“. Er kommt in einem Gutachten 2001 zu dem Ergebnis, dass in reichen Ländern der Anteil des Krankenversorgungssystems an der Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung bei 10 bis 30 Prozent liegt.

Wenn es aber nicht die Medizin ist, die einen großen Beitrag zu unserer Gesundheit und zum Anstieg der Lebenserwartung leistet, was ist es dann? Es sind die Lebensumstände, es ist unser Umfeld, es ist unsere Umwelt. Und das wiederum wird durch Wohlstand, Bildung, Familie, Ernährung, unser

Sozialsystem und viele andere Faktoren beeinflusst. Kurz: Zum Anstieg der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten hat vor allem der Aufbau der Sozialsysteme, der Abbau von sozialen Ungleichheiten, die Absicherung der Menschen vor den Folgen von Krankheit, der Ausbau der Bildungssysteme und natürlich auch der wachsende Wohlstand in den OECD-Staaten beigetragen. Das ist vielleicht nicht ganz neu. Es muss aber in allen Konsequenzen betrachtet und diskutiert werden.

Das Ziel von Gesundheitspolitik darf nicht sein, Krankheit zu verwalten. Das Ziel muss sein, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Der Schlüssel dafür liegt bei uns allen. Prävention beginnt aber eben nicht, wie oft diskutiert, individuell mit mehr Bewegung, Stiegensteigen, besserer Ernährung, mehr Vorsorgeuntersuchungen und der Überwindung des inneren Schweinehundes. Gesundheit entsteht dadurch, dass man für sich selbst und für andere sorgt. Und dass man – so sagt es auch die WHO - in der Lage sein kann, selber Entscheidungen zu fällen und die Gestaltung der eigenen Lebensumstände selbst in die Hand zu nehmen. Und vor allem dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern ein gesundes Leben ermöglichen.

Das klingt abstrakt, was bedeutet das? Es heißt nichts anderes, als dass jeder Einzelne von uns die Umstände, die ihn krank machen, individuell und allein kaum beeinflussen kann. Nehmen wir etwa das Thema Ernährung. Wie wenig wir hier wirklich steuern können, zeigt etwa die Debatte über künstliche Lebensmittel im Sommer 2009. Es geht aber auch um die Frage der Agrarförderungen – welche Lebensmittel werden eigentlich gefördert. Die meisten EU-Förderungen bekommt in Österreich etwa der Fruchtsafthersteller Rauch, weil er RedBull-Dosen abfüllt und dabei enorm viel Zucker einsetzt.

Aber bleiben wir bei der Ernährung selbst: 85 Prozent der Menschen ernähren sich anders, als sie wollen. Das ergab ausgerechnet eine deutsche Studie, die im Auftrag des Lebensmittelriesen Nestlé durchgeführt worden war. Jeder Zweite ist zwar davon überzeugt, dass gute Ernährung die Lebensqualität erhöht. (...) Der Hauptgrund, warum Wunsch und Wirklichkeit so weit auseinanderklaffen, liegt laut der deutschen Untersuchung im Stress. Jeder Vierte gab an, zu wenig Zeit zum Essen zu haben. Viele Berufstätige meinten, sie können nur am Wochenende auf ihre Ernährung achten und einige haben offenbar gar keine festen Essenszeiten mehr. Der wachsende Druck in der Arbeitswelt, die wachsende Vereinsamung durch sich auflösende Familienstrukturen aber auch die billige Produktion und massive Bewerbung von ungesunden Nahrungsmitteln durch die Lebensmittel- und Agrarindustrie schränken die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten vieler Menschen beim Thema Ernährung ein.

Ein anderes Beispiel ist das Thema Arbeitswelt. Unbegrenzt flexibel, ständig verfügbar, niemals müde, pauschalierte und damit unzählige unbezahlte Überstunden – die im Stakkato wiederkehrenden Glaubenssätze der Globalisierung haben uns krank gemacht. Die weltweite Konkurrenz verschärft für viele Menschen die Arbeitsbedingungen, ohne dass sie sich wehren können. Immer mehr Menschen werden durch Arbeit krank. Insgesamt hat bereits die Hälfte aller Krankheitsfälle Ursachen, die in Zusammenhang mit der Arbeit, dem daraus bezogenen Einkommen oder schlicht den Umständen der Arbeit oder der geleisteten Arbeitszeit stehen. Zwei Drittel aller Überstunden-Leistenden klagen etwa über Rückenschmerzen, bei Arbeitnehmern ohne Überstunden sind es "nur" 49 Prozent. Und: Im ersten Halbjahr 2009 wurden in Österreich laut Statistik Austria 180 Millionen Überstunden geleistet. Rein rechnerisch entspricht dieser Überstundenberg mehr als 150.000 Vollzeitjobs. Hier gegen zu steuern bräuchte also zweierlei: mehr Jobs und gesündere Menschen.

Lassen Sie mich noch einen letzten, dritten Bereich herausgreifen – das Thema Einkommen und Armut. Nach jüngsten Meldungen sind in Österreich insgesamt mehr als eine Million Menschen armutsgefährdet. Tendenz steigend. Die Folgen? In der schottischen Großstadt Glasgow entscheiden etwa 13 Kilometer über fast drei Jahrzehnte Lebenserwartung. Ein Kind aus dem Problemstadtteil Calton hat im Schnitt 28 Jahre weniger zu leben als ein Altersgenosse aus dem nahen Pendlerort Lenzie. Auch in Österreich gibt es diese Unterschiede – die allein in Wien bis zu 4,5 Jahre ausmachen. Auch hier Tendenz steigend. Den Grund für die Unterschiede findet man deutlich in einer Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie in Köln. Dort wurde das Einkommen der Menschen verglichen. Ergebnis: Wer weniger als 1500 Euro im Monat verdient, lebt etwa zehn

Jahre kürzer als jemand mit einem Monatseinkommen von mehr als 4500 Euro. Je besser man also verdient, je besser man lebt und je größer das Vermögen ist, desto höher ist auch die Lebenserwartung. Nun könnte man meinen, dass das immer schon so war und letztlich einer der Gründe für eine solidarische Krankenversicherung gewesen ist. Doch der Gedanke täuscht. Die Schere zwischen Arm und Reich – auch was den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung betrifft – geht immer weiter auseinander.

Am Ende geht es aber natürlich nicht nur um die Gesundheitsfaktoren, sondern auch um das kurative System und die Strukturen des Gesundheitswesens selbst.

In der Öffentlichkeit ist eine wachsende Unzufriedenheit mit der Schulmedizin, also dem gegenwärtigen System der Reparaturmedizin, zu beobachten. Das hängt zum einen mit den teilweise recht bescheidenen Erfolgen der klassischen Medizin zusammen, zum anderen aber auch mit Praktiken einzelner Akteure im Gesundheitswesen – die immer wieder von Medien und Experten angeprangert wurden und werden – und die oft nur zwei Ziele haben: Gewinnmaximierung und Machtausbau.

Um beides zu erreichen, sind in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder unheilvolle Allianzen zwischen Arzneimittelherstellern, Medizintechnikfirmen, Ärzten, Politik, Krankenversicherungen und auch Medien entstanden. Die Verflechtungen sind selbst für Insider in ihrer Komplexität nur noch schwer zu durchschauen. Unterm Strich geht es vor allem ums Geld.

Mangelnde Transparenz ist aber nur ein Problem in unserem System. Es stellt sich auch die Frage, warum hierzulande primär die Industrie die klinische Forschung bezahlt, also jene Gruppe, die mit dem Absatz der getesteten Therapien am meisten verdient. In den USA ist etwa der Anteil der öffentlich finanzierten klinischen Forschung viel höher. Warum werden Ärztinnen und Ärzte nach der Menge der verordneten Therapeutika und Behandlungen bezahlt? Warum nicht nach der Zeit, die sie sich für die Patienten nehmen – in Skandinavien gibt es das. Und warum zahlen in unserem Solidarsystem Menschen, die mehr als 4000 Euro brutto verdienen, prozentuell weniger für ihre Krankenversicherung als Menschen mit geringerem Einkommen?



Zusammenfassung des Vortrages "Zukunft Gesundheit" beim 53. Kongress für Krankenhausmanagement am 19.5.2010 in Zell am See

Nachdruck - auch auszugsweise - nur mit schriftlicher Genehmigung und Hinweis auf die Quelle: "Martin Rümmele, www.zukunftgesundheit.at"

Zukunft Gesundheit – So retten wir unser soziales System

Verlag Orac, ISBN: 978-3701505197, 192 Seiten, Euro 19,90.-



Martin Rümmele

ampuls-verlag OG

Wehrgasse 9/12, A-1050 Wien

Firmenbuch: FN 311459d

Gerichtsstand: Handelsgericht Wien

Tel.: 01/977 16 70-0

office@ampuls-verlag.at www.ampuls-verlag.at