

Zwei Tendenzen, mit denen Gesundheitspolitik in den reichen Industrieländern konfrontiert ist: demographischer Wandel und Ökonomisierung der medizinischen Versorgung

Vortrag – PD Dr. Hagen Kühn

2. Gesundheitsberufe-Konferenz, 19. Januar 2012, Wien

0. Einleitung

Im ersten Teil möchte ich argumentieren, dass der demographische Wandel, also die sich allmählich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung in den meisten reichen Industrieländern überschätzt und dramatisiert wird. Es gibt diesen Wandel, aber ich möchte plausibel machen, dass sich die Gesellschaften darauf einstellen können und dass davon weder solidarische Krankenversicherung und –versorgung noch der Sozialstaat als Ganzes in Gefahr geraten muss. Die Folgen einer zweiten Tendenz hingegen werden unterschätzt: die Ökonomisierung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Arbeit als subjektive Belastung der im Gesundheitswesen Beschäftigten mit der zugleich ein drohender Vertrauensverlust in der Bevölkerung einhergeht.

1. Zum demographischen Wandel

Tatsache ist, dass in den hoch industrialisierten Ländern die Lebenserwartung weiterhin ansteigt und die Geburtenrate stagniert oder sinkt. Daraus resultieren zweierlei Gefährdungsprognosen:

Erstens muss ein Bürger über der Altersgrenze 64 Jahre (hinzuzählen muss man diejenigen zwischen 0 und 15 Jahren) von immer weniger erwerbsfähigen Bürgern versorgt werden. Es wird die Befürchtung verbreitet, damit werde die Belastung der Erwerbsfähigen bis ins untragbare gesteigert und der Sozialstaat bzw. die Krankenversicherung werde nicht mehr finanzierbar.

Zweitens wird auf eine mit der Altersstruktur einhergehende Steigerung der Krankenlast vorhergesagt mit entsprechend höheren Anforderungen an das Gesundheitssystem und das bei sinkenden Einnahmen.

Beides klingt einleuchtend. Aber die empirische Forschung der letzten zwei Jahrzehnte zeigt, dass es so einfach nicht ist.

Ich will nur wenige der möglichen Einwände vorbringen.

In diesem Jahrzehnt wird sich die Altersstruktur nicht dramatisch verändern. Man beruft sich meist auf sehr langfristige Bevölkerungsprognosen über 40 oder sogar 60 Jahre. Das sind aber – auch nach Ansicht der meisten Statistiker, die sie unternehmen – Mo-

dellrechnungen und keine Prognosen. Diese sind über solche langen Zeiträume nämlich erfahrungsgemäß falsch.

Ich habe einmal alle Bevölkerungsvorausschätzungen des deutschen Statistischen Bundesamtes seit dem 2. Weltkrieg mit der inzwischen eingetretenen Realität verglichen. Sie sind bereits nach 10 – 15 Jahren falsch. Innerhalb dieses Zeitraums können sie aber aufschlussreich sein und mögliche Probleme aufzeigen. Was jedoch darüber hinausgeht ist Zahlenspielerei. Das liegt nicht an der Qualität der Statistiker, sondern daran, dass Veränderungen im Trend, vor allem Trendumkehrungen durch Hochrechnungen prinzipiell nicht vorhergesagt werden können.

Denken Sie daran, wie Österreich vor 60 Jahren, also 1950 aussah. Wie hätte man damals die Entwicklung im Jahr 2010 geschätzt? Oder Deutschland: 1950 konnte man nichts vom kommenden 'Babyboom' wissen, nicht von der späteren enormen Zuwanderung von Arbeitskräften und ihren Familien. Wie hätte man den Absturz der ostdeutschen Geburtenrate nach der Vereinigung vorhersagen können?

In Deutschland gehen Studien sogar so weit und berechnen Beitragssätze der Krankversicherung über 40 oder 50 Jahre. Dazu muss man realistische Annahmen nicht nur zur Bevölkerungsentwicklung machen, sondern auch zur Krankenlast in 50 Jahren, der Effektivität der Medizin, die Preise der Leistungen und die Einkommensverteilung. Wie kann man solche Hochrechnungen ernst nehmen? Doch nur, wenn man sich keine Gedanken macht oder wenn ein Interesse dahinter steht. Ich habe solche dramatischen "Prognosen" ausschließlich von Autoren gelesen, die auch ansonsten den Sozialstaat nicht als produktiv, integrativ und demokratisch, sondern als Belastung und Kostenfaktor darstellen. Mit solchen Berechnungen, deren Ergebnis bereits mit den Annahmen feststeht will man suggerieren, der Sozialstaat habe keine Zukunft mehr hat.

Als ich in den 90er Jahren versuchte, mir ein Bild davon zu machen, wie realistisch diese inzwischen zum Allgemeingut gewordenen Behauptungen tatsächlich sind, fielen mir auf Anhieb zwei Punkte auf, die mich an den düsteren Prognosen zweifeln ließen. (Nebenbei: die damaligen Hochrechnungen haben sich natürlich inzwischen bereits als völlig unzutreffend und übertrieben (!) erwiesen.

a) Zum einen fiel mir auf, dass sich in unseren Ländern besagter demographischer Wandel bereits über mehr als 100 Jahre durch das gesamte 20. Jahrhundert gezogen hat und zwar ebenso stark wie heute.

Eine österreichische Frau bekam im Jahr 1900 4 Kinder; lediglich 28 Jahre später waren es nur noch 2, Mitte der 1930er Jahre noch 1,5. Wie hätte eine damalige Hochrechnung für das Jahr 2010 wohl ausgesehen? Aber in den 1960er Jahren stieg die Quote wieder auf 2 Kinder an, um dann allmählich wieder abzusinken.¹

¹ Schipfer, R.K., Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich, Österreichisches Institut f. Familienforschung, Veröff. Reihe Nr. 51, 2005: 4

In Deutschland hat sich in den 50 Jahren zwischen 1911 und 1960 die Zahl der Erwerbsfähigen, die 1 Person über 65 Jahre sozusagen versorgen müssen von 12,2 auf 5,8 vermindert, also auf weniger als die Hälfte. In den 50 Jahren seither haben sich diese 5,8 Personen noch einmal auf 3,2 Personen Erwerbsfähige. In den 50 Jahren bis 1960 reduziert (siehe Abb. im Anhang).

Die Frage ist: Wie konnte es über 100 Jahre verkraftet werden, dass immer weniger Erwerbsfähige immer mehr Alte ernähren müssen? Und die Antwort ist recht einfach: die Produktivität der Erwerbstätigen ist stets schneller gewachsen als sich die Relation zu den zu Versorgenden verschlechtert hat! Mit anderen Worten: die Altersstruktur war 1900 mehr als dreimal günstiger, aber der materielle Reichtum und die Pro-Kopf-Einkommen sind seither dennoch enorm gewachsen. Und es gibt nicht das geringste Anzeichen, dass sich dies in den kommenden Jahrzehnten prinzipiell ändern wird (siehe Abb. im Anhang).

Um Missverständnisse zu vermeiden: das bedeutet keineswegs, dass wir keine Finanzierungsprobleme bekommen können. Aber sie werden nicht als Folge des demographischen Wandels auftreten, sondern als Folge der Einkommensverteilung. Die Löhne und Gehälter sind die Finanzierungsgrundlage des Gesundheitswesens. Und deren Anteil am Sozialprodukt hat in den OECD-Ländern einen sinkenden Trend. In Deutschland mehr, in anderen Ländern weniger. Finanzierungsprobleme ergeben sich aus der zurückbleibenden Einnahmebasis (siehe Abbildung im Anhang).

b) Der zweite Punkt, der mir sofort in die Augen fiel war der internationale Vergleich. Ich habe die OECD-Statistik über die Ausgaben für Gesundheit und die UN-Statistik über den Anteil der über 64jährigen an den nationalen Bevölkerungen in einer Tabelle zusammengestellt (letzte Woche noch einmal mit den aktuellen Zahlen, siehe Abb. 4 im Anhang). Folgendes stellt sich heraus:

Japan mit 38 % der Bevölkerung über 64 Jahren und Italien mit 34% haben die ungünstigste Altersquote. Entsprechend der Prognosen müsste man also annehmen, bei ihnen wäre der Anteil des BIP, den sie für Gesundheit ausgeben am höchsten. Tatsächlich liegen die Japaner unter den 12 vergleichbaren Ländern auf dem letzten Platz und Italien auf dem drittletzten. Umgekehrt müssten die Länder mit der jüngsten Bevölkerung, das sind die USA (22%), Kanada (22%) und Australien (22%) die niedrigsten Ausgaben aufweisen. Aber die USA haben mit großem Abstand das teuerste Gesundheitssystem mit den höchsten Ausgaben (17,4 % des BIP) und Kanada immerhin den dritthöchsten Ausgabenanteil (11,4 %). Die Japanische Gesellschaft gibt mit der ungünstigsten Altersstruktur weniger als die Hälfte (8,5 %) für Gesundheit aus als die USA mit ihrem viel geringeren Altenanteil. Andere Länder wie auch Österreich liegen irgendwo in der Mitte. Aber es gibt keinerlei statistischen Zusammenhang zwischen nationalen Gesundheitsausgaben und Altersstruktur.

Das heißt nicht, die Alterungstendenz sei unbedeutend. Aber es heißt, dass andere Faktoren weitaus mehr Gewicht haben müssen. Die USA beispielsweise müssten nicht nur

wegen des geringen Altenanteils niedrigere Ausgaben als Österreich haben, sondern auch, weil über 40 Millionen Amerikaner versorgt kaum werden und weitere Millionen unterversichert sind. Die USA müssten auch deshalb noch unterhalb des österreichischen Anteils liegen, weil nahezu alle modernen Finanzierungsmethoden und betriebswirtschaftlichen Instrumente zur Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung in den USA entwickelt und angewandt wurden. Aber sie verwenden fast 18 % ihrer riesigen Wertschöpfung auf das Gesundheitssystem. Die "günstige Altersstruktur" wird weit überkompensiert durch die Machtkonzentration des Medizinisch-industriellen Komplexes aus Krankenhausketten, Pharmaunternehmen, Versicherungskonzernen, Medizintechnik, Gesundheitszentren usw., durch das fehlende Gewicht einer solidarischen Krankenversicherung, durch die extrem ungleiche Einkommens- und Vermögensverteilung und weitere Faktoren.

Wie sieht es nun mit der künftigen Krankenlast und daraus erwachsenden Anforderungen durch die Morbiditätsentwicklung aus?

Unbestritten häufen sich mit zunehmendem Alter Krankheiten und Behandlungsbedarf. Etwa die Hälfte der Ausgaben entfallen auf die über 64jährigen Bürger. Aber auch hier muss man genauer hinsehen:

Die internationale Forschung hat zwei wichtige Zusammenhänge aufgedeckt, die ich nur provozierend kurz andeuten kann:²

a) Verteilt man die Gesundheitsausgaben auf die gesamte Lebensspanne, dann steigen diese mit der Nähe zum Tod und sind besonders hoch im letzten Lebensjahr. Das gilt für junge und alte Patienten gleichermaßen. Die statistisch ausgewiesenen Ausgaben im Alter sind besonders hoch, weil hier die Sterblichkeit und damit die Zahl der letzten Lebensjahre am höchsten ist. Daraus folgt: Da jeder Mensch nur ein letztes Lebensjahr erlebt, wird sich dieser große Ausgabenblock nicht altersbedingt erhöhen. Wenn er sich erhöht, was möglich ist, dann jedenfalls nicht demographisch bedingt.

Dem wird entgegengehalten, nicht nur das Durchschnittsalter steige, sondern auch der Anteil der „alten Alten“, was ebenfalls als kostensteigernd angesehen werden müsse. Tatsächlich zeigen die Studien aber, dass die Ausgaben im letzten Lebensjahr bei den "alten Alten" niedriger sind als bei den "jungen Alten" und weit niedriger als bei Patienten im mittleren Alter. Das ist für die USA und Deutschland auf Basis von Krankenkassendaten vielfach nachgewiesen worden. Ein über 90jähriger Patient verursacht nur noch knapp die Hälfte der Klinikkosten eines 65- bis 69jährigen.

² Die folgenden Daten und Quellen habe ich erstmals ausgeführt in: Kühn, H., Demographischer Wandel und demographischer Schwindel: Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung, Blätter für deutsche und internationale Politik, Nr. 6/ 2004, S. 742-751; neueste Daten präsentiert Braun, B., Demographischer Wandel – weder apokalyptisch oder unentrinnbar noch ungestaltbar, in: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47, Hamburg (Argument-Verlag) 2011: 75-104

b) Zur Dramatisierung trägt weiterhin bei, dass davon ausgegangen wird, die Krankenkosten wachsen deshalb permanent, weil die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre solche mit chronischen Beeinträchtigungen seien. Und tatsächlich entfällt ja auch der überwiegende Teil der Ausgaben auf die Versorgung Chronisch-Kranker.

Das wird aber durch die Mehrzahl der empirischen Studien ebenfalls nicht bestätigt. Diese zeigen Folgendes: Nicht nur das Alter, in dem wir sterben verschiebt sich, sondern auch das Alter, in dem wir chronisch erkranken. Wenn sich Erkrankungs- und Sterbealter parallel erhöhen, dann bleibt gesellschaftlich die Zahl der Lebensjahre mit hohem Behandlungsbedarf bzw. chronischen Erkrankungen auch dann konstant, wenn sich die Altersstruktur verschlechtert. Vor allem: man kann politisch darauf einwirken, dass dies der Fall sein wird.

Survey-Studien belegen überwiegend diese Kompression der gesundheitlich belasteten Lebensjahre in späteren Altersphasen. Ich will hier nur eine Studie anführen, weil sie ein ganzes Jahrhundert umfasst und einzigartig ist. Man hat die Daten des Medizinsystems der amerikanischen Armee über 100 Jahre mit hohem Aufwand vergleichbar gemacht. Es zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit für 60- bis 64jährige Männer, nicht chronisch krank zu sein, heute zweieinhalb Mal so groß wie vor hundert Jahren. Das durchschnittliche Alter des Auftretens der am meisten verbreiteten chronischen Erkrankungen ist über eine 80-Jahres-Periode hinweg um zehn Jahre gestiegen, während sich im selben Zeitraum die Lebenserwartung dieser Gruppe nur um 6,6 Jahre erhöht hat. Auch die Komorbidität ist zurückgegangen.

Nationale amerikanische Survey-Daten zeigen, dass zwischen 1982 und 2000 die Rate der chronischen Behinderungen um zwei Prozent, die Sterblichkeitsraten nur um 1 Prozent abgenommen haben.

Es soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass sich in der Realität der kapitalistischen Industrieländer auch erhebliche Risiken für die Zukunft abzeichnen. Aber diese sind nicht demographisch bedingt, sondern durch die zunehmende soziale Polarisierung und Ungleichheit in den reichen Ländern: Menschen mit geringem sozialökonomischem Status sind von dieser positiven Kompression nämlich weitgehend ausgeschlossen. Daher sind die Zahlen in Surveys, die nicht sozial differenzieren oft diffus. Unterteilt man die Bevölkerung nach vier Einkommensgruppen, dann erreichen die Angehörigen des untersten Viertels zwischen 35 und 44 Jahren bereits das Niveau chronischer Einschränkungen, das die Angehörigen des oberen Viertels erst im Alter zwischen 65 und 74 Jahren erreichen.

Zuverlässige Indikatoren der sozialen Polarisierungstendenz sind Einkommensverteilung und Beschäftigungssicherheit. Ihr Niveau ist in Ländern wie USA und GB zwar noch höher als in Deutschland und Österreich, aber das Tempo dieses Prozesses ist derzeit nirgendwo schneller als in Deutschland, in Österreich dürfte es etwas besser sein. Ein Viertel der deutschen Beschäftigten arbeitet mit Niedriglöhnen, die Armut unter

Arbeitenden nimmt zu, der Anteil der Beschäftigten in ungesicherten Verhältnissen steigt rasant.

Vor allem Wilkinson hat in den 1990er Jahren in zahlreichen Studien gezeigt, dass soziale Polarisierung nicht nur die gesundheitliche Ungleichheit erhöht, sondern auch die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt beeinträchtigt. Konkurrenz, Entsolidarisierung und Unsicherheit verschlechtern die sozialen Beziehungen und erhöhen den psychosozialen Druck: 71 % der in den Allgemeinen Ortskrankenkassen versicherten Beschäftigten in Deutschland sagen, sie seien im letzten Jahr zur Arbeit gegangen, obwohl sie sich "richtig krank gefühlt" haben; 46 % sogar zweimal oder öfter, 30% gingen gegen den ausdrücklichen Rat des Arztes zur Arbeit und jeder fünfte Versicherte (21%) hat zur Genesung Urlaub genommen.

Psychische Erkrankungen nehmen in Deutschland derzeit dramatisch zu. Eine große Angestelltenkasse berichtet einen Anstieg der Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen in vier Jahren um 39 %. Im Bereich der AOK haben die durch psychische Störungen bedingten AU-Fälle zwischen 1997 und 2008 insgesamt um 82% zugenommen. Unter den Arbeitslosen sind die Raten noch höher. Psychische Erkrankungen sind nur die Spitze des Eisbergs und erfahrungsgemäß häufig Vorboten späterer körperlicher Erkrankungen und Behinderungen. Der psychische Anteil an somatischen Erkrankungen und Behinderungen ist unklar, dürfte aber hoch sein. Die Zahlen untertreiben eher als sie übertreiben. Der Anstieg des Psychopharmaka-Konsums ist dramatisch. Die Krankenkassen schätzen bereits heute die Anzahl der davon Abhängigen auf 1,2 – 1,5 Mio. Menschen. Es ist also durchaus möglich, dass die günstigen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte sich nicht fortsetzen, aber wir haben es dann nicht mit Altersstrukturproblemen zu tun, sondern mit Problemen von Beschäftigung, sozialer Unsicherheit, Arbeits- und Lebensbedingungen, also Bedingungen, die von Menschen gemacht sind und politisch gestaltet werden können, was aber unterbleibt, wenn nur Geburtenraten und Lebenserwartung thematisiert werden.

Ökonomisierungstendenz³

Abschließend möchte ich noch eine Tendenz ansprechen, die ebenfalls internationalen Charakter hat, aber in ihren Konsequenzen unterschätzt wird. Ich meine die Tendenz der Industrialisierung und Ökonomisierung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Arbeit als subjektive Belastung der im Gesundheitswesen Beschäftigten, der zugleich mit einem Vertrauensverlust in der Bevölkerung einhergeht.

³ Zum Folgenden s. Kühn, H., Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: G. Elsner, Th. Gerlinger, K. Stegmüller (Hg.); Markt versus Solidarität – Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, VSA-Verlag, Hamburg 2004, S. 25-41; Kühn, H., Ökonomisierung im Krankenaus, in: Bonde, I., Gerhardt, M. et al. (Hg.), Medizin und Gewissen: Im Streit zwischen Markt und Solidarität, Frankfurt/Main (Mabuse Verlag) 2008: 285-328

Begonnen haben die in allen reichen Ländern beobachtbaren Veränderungen der Arbeit an und mit den Patienten mit der Einführung von prospektiven Finanzierungsmethoden wie Budgets und Pauschalen. Dieser Prozess hat in den 1980er Jahren in den USA eingesetzt und gibt seither in den europäischen Ländern die Richtung vor.

Wo bei jeder Ein- oder Überweisung, diagnostischen oder therapeutischen Anordnung oder Entlassung Geld und Konkurrenzposition auf dem Spiel steht und dieses über Erfolg und wirtschaftliche Existenz entscheidet, muss notwendigerweise quantifiziert und standardisiert, kalkuliert und kontrolliert werden. Man spricht von der Verbetrieblung und Ökonomisierung der medizinischen und pflegerischen Arbeit.

Die Beziehung der Ärzte und Pflegenden mit den Patienten wird informationell in zwei Richtungen durchdrungen: erstens werden medizinische Daten produziert und aufbereitet und zweitens werden Anstrengungen unternommen, die wirtschaftlichen Daten für einzelne Ärzte, Patienten, Fälle und Prozeduren transparent zu machen. Es entstehen perspektivisch patienten- und arztbezogene Kostenrechnungen, die es ermöglichen Verlust- oder Gewinnfälle zu identifizieren. Fälle ('Diagnosen'), Abteilungen, Stationen und individuelle Ärzte können tendenziell nach ihrem Beitrag zur Rentabilität unterschieden werden. Die Realität mag in Vielem noch davon entfernt sein, der Weg ist eingeschlagen. Damit zeichnet sich am Horizont die Möglichkeit ab, durch die Verknüpfung der medizinischen mit den betriebswirtschaftlichen Daten mehr und mehr eine informationelle Grundlage für die betriebswirtschaftliche Steuerung der Arzt-Entscheidungen bei Diagnose, Therapie, Pflege, Überweisung, Entlassung usw. zu schaffen.

Das ist die Tendenz zu "Managed Care", d. h. dem betriebswirtschaftlichen Management der Sorgebeziehungen zwischen Ärzten und Pflegenden auf der einen und Patienten auf der anderen Seite nach wirtschaftlichen Zielen. Akteure sind das Management in Krankenhäusern und Ambulatorien, Gesundheitszentren sowie der Krankenversicherungen.

Bereits in den 1990er Jahren konnte ich in den USA einen Aufschaukelungsprozess beobachten: Auf Kontrollanstrengungen des Managements folgten Unterlaufensstrategien der Ärzte zur Wahrung der für Sorgebeziehungen erforderlichen Autonomie ('gaming the system'). Das Resultat waren weiter verfeinerter Kontrollen usw. Die daraus erwachsene Realität war von keinem gewollt: Ein wachsender Teil der personellen Ressourcen geht in Management, Kontrolle und Verwaltung und wird patientenbezogenen Tätigkeiten entzogen, während die medizinischen Dienstleistungen zunehmend formalisiert und bürokratisiert werden.

Damit war eine weitere Entwicklung auf den Weg gebracht: die Privatisierung derjenigen Segmente des Gesundheitswesens, die sich profitabel verwerten lassen. In dem Maße, wie Medizin transparent, kalkulier- und steuerbar wurde (oder zumindest den Anschein erweckte, es zu sein), wurde sie für kommerzielle Kapitalanlagen interessant, die bislang auf die Zulieferseite und die Versicherung begrenzt waren. Die Ökonomisierung

verstärkt sich: Die kommerziellen Leistungsanbieter beschaffen sich ihr Kapital auf dem Kredit- und Kapitalmarkt. Als Kapitalanlage konkurriert die Medizin letztlich mit allen alternativen Möglichkeiten zur Kapitalanlage weltweit. Das Management muss daher für eine Kapitalrendite sorgen, die den Erwartungen der Investoren und den Zinsraten entspricht. Die zunächst neutral gedachten Steuerungsinstrumente und -methoden wandeln in diesem Kontext ihre Funktion. Sie dienen dann mehr oder weniger dazu, diese Renditeerfordernisse am Krankenbett, in der Arzt-Patient-Beziehung umzusetzen. Da auch die nicht kapitalwirtschaftlich betriebenen medizinischen Einrichtungen mit ihnen konkurrieren, neigen sie zur Anpassung.

In diesem Kontext haben sich zwei tiefgreifende, meist noch subkutan wirkende Konflikte angebahnt: Zum einen wird die Verantwortlichkeit für und Sorge um den Patienten tendenziell neutralisiert, zerrieben oder instrumentalisiert und zum anderen verlieren Patienten und Bürger (als potentielle Patienten) das Vertrauen, das zumeist aber erforderlich für eine effektive Versorgung ist.

Vor einigen Jahren haben wir (die Forschungsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin) in deutschen Krankenhäusern die Folgen der neuen Finanzierung untersucht. Daraus ein Beispiel: Es wurden 1.500 repräsentative Ärzte eingehend befragt. Insgesamt 85 % aller Krankenhausärzte haben eine Rationierung effektiver Leistungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen aus ethischen Gründen abgelehnt. Zugleich sagten 70 % von ihnen, diese Vorrangigkeit der medizinischen Notwendigkeit vor dem Vorteilskalkül sei in ihrem eigenen Bereich nicht gewährleistet. Ein großer Teil der Krankenhausärzte arbeitet also subjektiv in einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist. Diesen krassen Unterschied zwischen ethischer Orientierung und eigenem Handeln bezeichnen wir als "moralische Dissonanz". Das bezieht auch die un- und vorbewussten, vorreflexiven Elemente des individuellen Habitus mit ein. Sie kann den Individuen quälendes psychisches Unbehagen bereiten, das lang anhält und tief ans Selbstbewusstsein rühren kann. Nicht zufällig ist die Berufszufriedenheit in deutschen Krankenhäusern sehr groß.

Eine Sorgebeziehung kann nur funktionieren, wenn sie auf Vertrauen darauf beruht, dass die fundamentalen ethischen Erwartungen gerechtfertigt sind. Patienten müssen sich sicher sein können, dass Ärzte und Pflegende als ihre 'Agenten' in ihrem Interesse handeln und nicht im Interesse Dritter (Krankenversicherungen, Investoren, Freie Träger im Wettbewerb usw.).

Effektive Behandlung setzt persönliches Vertrauen voraus. Nur dann können Patienten

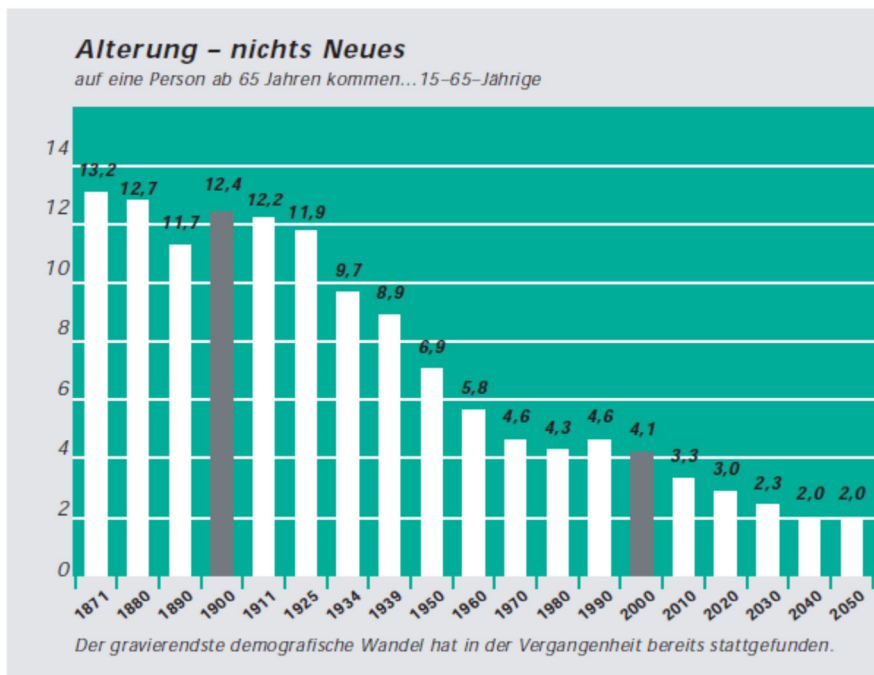
- persönliche Gefühle und Gedanken frei äußern,
- potentiell stigmatisierende Informationen offenbaren und
- Schmerzen, Risiken und Verhaltenszumen auf sich zu nehmen, um Diagnosen und Therapien effektiv werden zu lassen.

Vertrauen hat auch eine soziale Dimension. Als Bürger vertrauen wir auf die Chance, im Bedarfsfall mit einiger Wahrscheinlichkeit einen loyalen Arzt oder Pflegeperson zu finden. Dieses Vertrauen hat die Qualität eines 'öffentlichen Gutes', das die Lebensqualität aller, auch der gesunden, Bürger positiv beeinflusst. Es ist vergleichbar mit anderen öffentlichen Gütern wie gute Atemluft, Verkehrssicherheit oder Rechtssicherheit. Öffentliche Güter sind niemals in idealer Weise real. Jeder weiß, dass es Fehlurteile vor Gericht gibt, aber offensichtlich sind diese nicht so zahlreich, so dass die meisten Bürger subjektiv in Rechtssicherheit leben. Analog verhält es sich der Erwartung einen loyalen Arzt zu finden. Sie ist ein öffentliches Gut, das jedoch immer wieder im Prozess der täglich erfahrenen Sorgedienstleistungen reproduziert werden muss.

Es gibt kritische Gefährdungsgrenzen für öffentliche Güter. Nehmen wir das Beispiel Verkehrssicherheit. Trotz der Unfälle sieht die Bevölkerung sie beim Status quo noch als gegeben an. Wenn nun fünf oder zehn Prozent der Autofahrer bei einem roten Ampelsignal nicht mehr anhalten würden, wäre die Verkehrssicherheit nicht nur für diese, sondern für die Gesamtheit aller Verkehrsteilnehmer zerstört. Wenn die Verwandlung von Sorgebeziehungen in Geschäftsbeziehungen, von Patienten zu Kunden weiter vorangetrieben wird, wird im Gesundheitssystem diese unsichtbare Grenze erreicht oder überschritten werden.

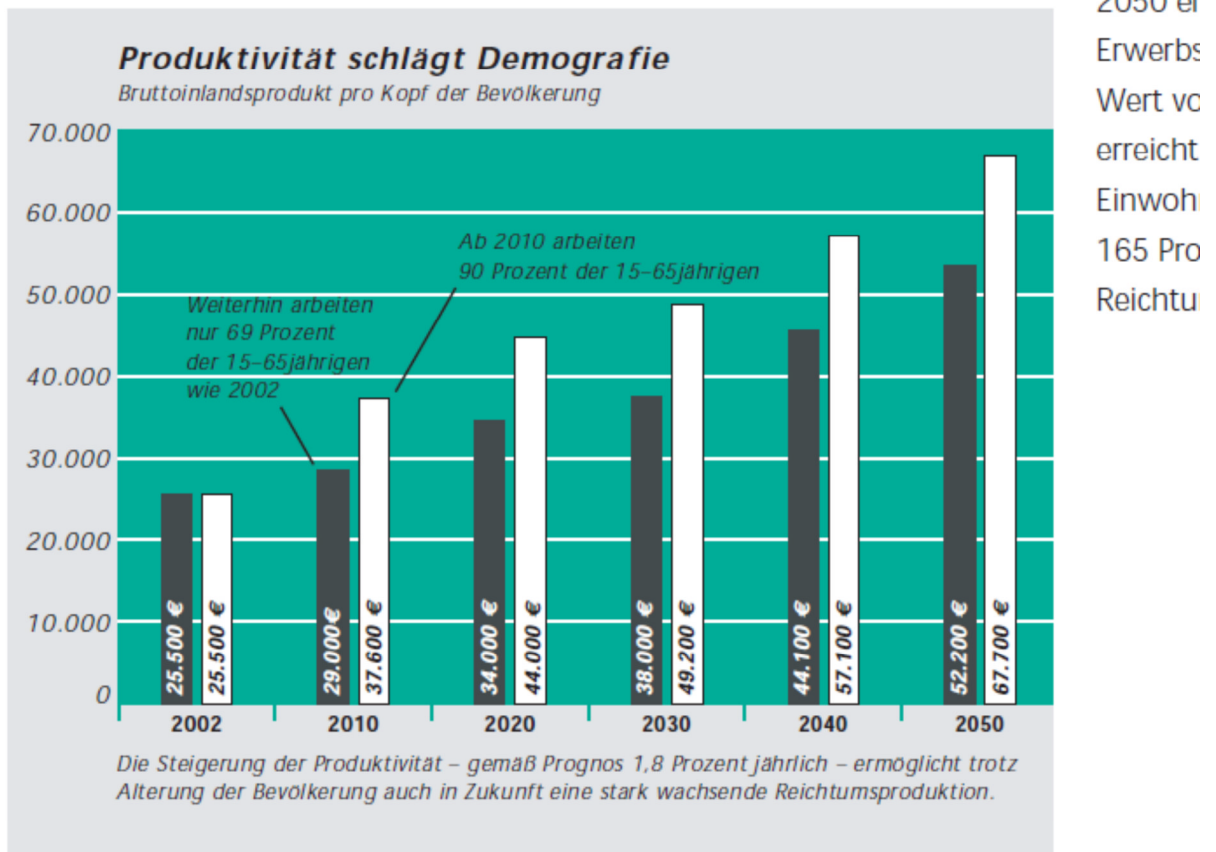
Anhang:

Abb. 1: Demographischer Wandel 1900 bis 2000 (Deutschland)



Quelle: Ver.di /Abt. Wirtschaftspolitik: Mythos Demographie, Berlin 2004

Abb. 2: Produktivitätsentwicklung und relative Abnahme der Erwerbsfähigenquote



Quelle: Ver.di /Abt. Wirtschaftspolitik: Mythos Demographie, Berlin 2004

Abb. 3: Rückgang der Finanzierungsgrundlage des Sozialstaats: die Arbeitnehmerentkommen

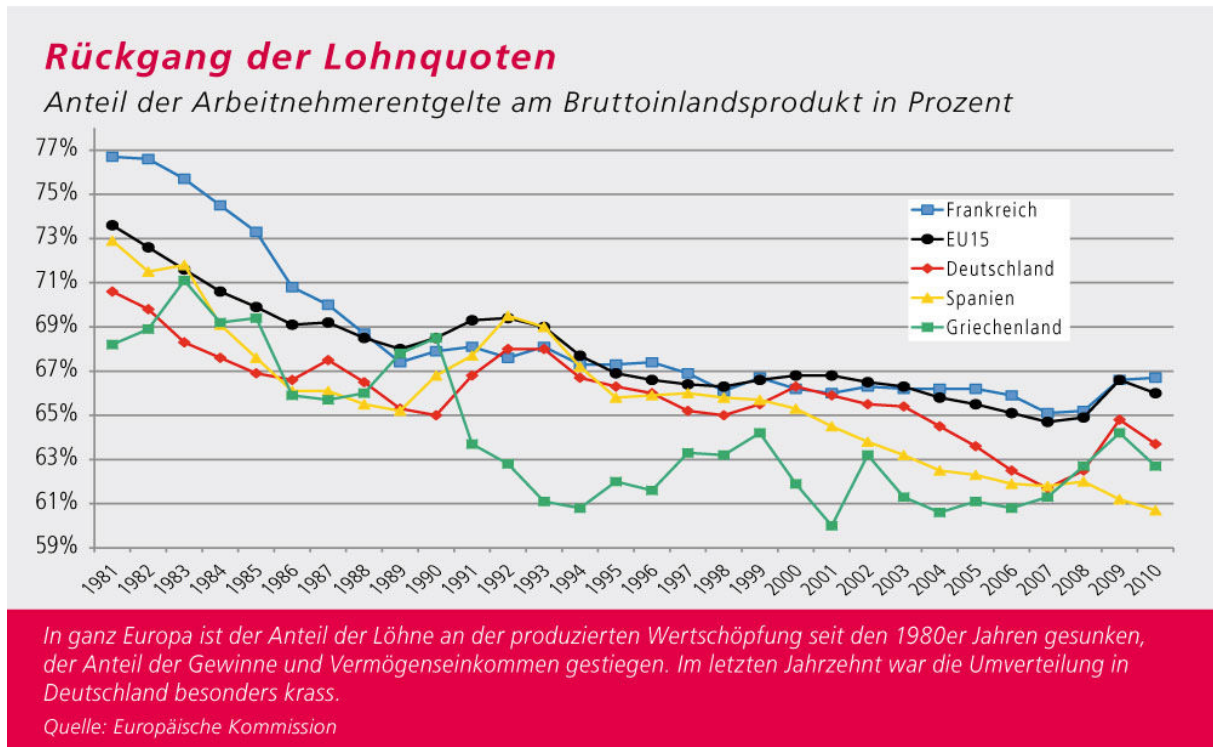


Abb. 4: Gesundheitsausgaben und Altersstruktur

(1) Land	(2) Anteil der über 65jährigen/ Arbeits- bevölkerg. (15-64 J.)	(3) Rang (2)	(4) Ausgaben für Ge- sundheit (öff+priv) in % BIP	(5) Rang (4)	(6) Pro-Kopf- Ausgaben	(7) Rang (6)
Japan	38	1	8,5	11	2.878	12
Italien	34	2	9,5	9	3.137	10
Deutschland	33	3	11,6	3	4.218	5
Schweden	31	4	10,0	6	3.722	7
Frankreich	29	5	11,8	2	3.978	6
Österreich	29	5	11,0	5	4.289	4
Großbritannien	28	7	9,8	7	3.487	8
Spanien	27	8	9,5	8	3.067	11
USA	22	12	17,4	1	7.960	1
Kanada	22	12	11,4	4	4.363	3
Australien	22	12	8,7	10	3.445	9
Luxemburg	22	12	7,8	12	4.808	2

Quellen:

<http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>

http://esa.un.org/unpd/wpp/JS-Charts/aging-old-dep-ratio_0.htm