

Wie die Medien – hart, aber fair – die Fakten verbiegen: Beispiel Gesundheit

von Suitbert Cechura

Fake News, die Präsentation „alternativer“, d.h. interessiert zurechtgebogener Fakten, sind, wie man hört, eine Domäne rechtspopulistischer Demagogie. Doch was machen eigentlich die seriösen Medien, z.B. das Staatsfernsehen, wo journalistische Fachleute sorgfältig recherchieren, redigieren und debattieren, auch mit Faktenchecks den diversen „Verschwörungstheorien“ entgegentreten? Dazu hier eine kleine Fallstudie am Beispiel Gesundheit.

Die Sendung „Hart, aber fair“ am 18. 11. 2019 stand unter dem Titel: „Zu klein, zu teuer, zu schlecht: Haben wir zu viele Krankenhäuser?“¹. Der Moderator Frank Plasberg, der bekanntlich viel auf Fakten hält und auf sie in seiner Sendung ständig verweist, stellte sich – interessanter Weise – schon mit dem Titel der Sendung gegen alle Fakten. Denn „wir“, also du, ich, Otto Normalbürger und alle anderen, haben ja gar keine Krankenhäuser. Diese sind Unternehmen und gehören den Kommunen, Kirchen, als Universitätskliniken gehören sie dem Land oder eben privaten Investoren. Daher entscheiden nicht „wir“ über die Menge und Qualität der Krankenhäuser, sondern Instanzen, die zu sagen haben, in erster Linie die Länder, denn ihnen obliegt gesetzlich die Krankenhausplanung und die Finanzierung der Investitionen der Häuser, die in die Krankenhausplanung aufgenommen werden.

Gesundheit – das höchste Gut und seine Kosten

Nun gut, die Überschrift sollte zuspitzen. Eine Ungenauigkeit kann da schon mal unterlaufen. Sehen wir, wie es weiterging. Der Moderator eröffnete die Sendung mit der Behauptung, dass

¹ Siehe im Netz: www1.wdr.de/daserste/hartaberfair/videos/video-zu-klein-zu-teuer-zu-schlecht-haben-wir-zu-viele-krankenhaeuser-102.html

wir uns zu viele Krankenhäuser leisten, die zudem nicht für die beste Versorgung eintreten und zu viel kosten. Das bezeichnet er als Irrsinn, um dann – so viel Pluralität muss sein – eine Bürgerin zu Wort kommen zu lassen, die betonte, wie wichtig für sie die schnelle Erreichbarkeit einer Klinik sei. Das war für den Moderator dann Anlass, die Fragestellung zu erweitern, aber nicht in dem Sinne, dass jetzt erst einmal geklärt wurde, warum die Gesundheitsversorgung unter Kostengesichtspunkten zu behandeln ist. Vielmehr folgte die fürs ganze Gespräch richtungsweisende Behauptung, bei der Frage der Krankenhäuser ginge es eben nicht nur um die medizinische Versorgung, sondern um viele Aspekte, die man berücksichtigen müsse und die alle ihre jeweiligen Vertreter kennen – womit Plasberg dann gleich bei der Vorstellung seiner Gäste war. Befragt zu dem Thema wurden in der Sendung folgende Fachleute:

- ein Gesundheitsökonom, der behauptete, Deutschland brauche nur die Hälfte aller Kliniken, die dann aber Spitze sein müssten;
- der Präsident der deutschen Krankenhausgesellschaft, der betonte, dass auch kleine Krankenhäuser gute Arbeit leisten würden;
- der Vorsitzende des Bundesverbandes der AOK, der ebenfalls die Kostenseite betonte;
- die Sozialministerin von Rheinland-Pfalz, die mit der Information vorgestellt wurde, dass laut Vorgabe des Bundes für jeden Bürger in 30 Minuten eine Klinik erreichbar sein sollte;
- ein Internist im Ruhestand, der die Ansicht vertrat, dass es bei den Krankenhäusern nicht nur um medizinische Versorgung, sondern um Lebensqualität ginge;
- zudem eine Assistenzärztin, die an einer Universitätsklinik in Dänemark arbeitet, wo es nur wenige zentrale Kliniken gibt.

Mit dem Titel und der Anlage der Runde waren, wie sich zeigte, Inhalt und Verlauf des Talks vorgegeben. Dabei hätte man bei der Qualifizierung der Krankenhäuser als „zu klein, zu teuer, zu schlecht“ als Erstes nachfragen müssen: wozu? Zu klein, um eine gute Versorgung zu gewährleisten? Doch was hat die Größe eines Krankenhauses mit der Qualität der Versorgung zu tun? Es kommt doch sehr darauf an, was dieses Krankenhaus im Rahmen eines Gesundheitssystems zu leisten hat. Wenn aber „klein“ dafür steht, dass kleine Krankenhäuser zu teuer sind, dann geht es nicht einfach darum, eine gute Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen, sondern dann ist die Gesundheitsversorgung der Bürger eine Kost, man kann auch sagen eine Last, die gering gehalten werden soll. Damit wird dann aber ausgedrückt, dass es in unserer Gesellschaft nur sehr bedingt um das Wohlergehen der

**Mitbürger und Mitbürgerinnen
sollen gesund erhalten werden,
aber ihr Gesundsein ist nur Mittel
dafür, dass sie als Teil der
Gesellschaft funktionieren**

Menschen geht². Ja, die geschätzten Mitbürger und Mitbürgerinnen sollen gesund erhalten werden, aber ihr Gesundsein ist nur Mittel dafür, dass sie als Teil der Gesellschaft funktionieren, als Arbeitnehmer und Arbeitnehmerin, als Mutter oder Vater, im Staatsdienst oder im zivilgesellschaftlichen Engagement. Nur dann ist Gesundheitsversorgung eine Kost, die aufzubringen sich lohnt, da es in unserer Gesellschaft um etwas anderes geht, nämlich um das Wachsen der Wirtschaft, d.h. um das Wachstum des Reichtums, der in Geld gemessen wird und am Schluss in einer einzigen Zahl, dem Anstieg des BIP, nachgezählt werden kann.

Mit der einleitenden Fragestellung war also gleich klargestellt – und jeder Debatte vorausgesetzt –, dass im Gesundheitswesen zwei Ziele zum Tragen kommen müssen: sowohl die Sicherstellung einer Versorgung der Bevölkerung als auch das Geringhalten der Kosten, die dafür anfallen, denn die Krankenversorgung ist zu einem Geschäft gemacht, das damit seinen eigenen Kriterien zu folgen hat. Doch wenn es um Kosten und ums Geschäft geht, ist die Versorgung der Patienten dafür nur ein Mittel und dann gibt es – beispielsweise – eben auch viele Hüftoperationen, die Geld bringen, selbst wenn das medizinisch nicht immer notwendig ist. Dann gibt es genau so die Überlegung, ob man nicht die Verweildauer von Patienten im Krankenhaus abkürzen kann, selbst wenn das medizinische Probleme aufwirft.

In der Gegensätzlichkeit der Ziele wollte die TV-Diskussion kein Problem erkennen. Gerade hier hätte man aber nachfragen müssen. Was hat etwa die Größe eines Krankenhauses mit seiner Qualität zu tun? Der Gedanke ist nur plausibel, wenn man voraussetzt, dass es im Krankenhaus nicht einfach um eine gute Versorgung der Patienten, sondern um ein Geschäft geht, das sich zu rentieren hat und dessen Rendite im Vergleich mit anderen Anlagemöglichkeiten steht. Und darum geht es ja auch, wenn sich die Frage danach stellt, wie teuer die Krankenversorgung ist. Doch das Medizinische und das Ökonomische sollte in der Diskussion gerade nicht auseinander gehalten werden. Dabei ist es etwas ganz Verschiedenes, ob geklärt werden soll, wie man am besten eine effektive Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung organisiert, oder ob man wissen will, wie das Geschäft mit der Gesundheit effektiviert werden kann.

... im Krankenhaus geht es nicht einfach um eine gute Versorgung der Patienten, sondern um ein Geschäft, das sich zu rentieren hat

Da aber das Gesundheitswesen einerseits das gesundheitliche Funktionieren der Bevölkerung sicherstellen soll, andererseits die Versorgung als Geschäft betrieben wird und diese Zwecke in einem Gegensatz zueinander stehen, gibt es die Konfusion in den Debatten, die sich der Qualität unserer Gesundheitsversorgung widmen. Worin besteht denn nun die Qualität? Eine

² Siehe dazu auch die Ausführungen über „Volksgesundheit“ und „Zivilisationskrankheiten“ in: Suitbert Cechura, Unsere Gesellschaft macht krank -- Die Leiden der Zivilisation und das Geschäft mit der Gesundheit, 2018. Dazu auch Informationen im Auswege-Magazin vom 10.9.2018: https://www.magazin-auswege.de/data/2018/09/Schillo_Burnout.pdf.

Klinik, die eine gute Rendite abwirft, hat unter Umständen wenig Pflegekräfte, weil die schließlich kosten und eine gute Versorgung teuer ist, wirtschaftet also auf Kosten des Personals und des Patientenmaterials – und damit beweist sie sich als ein erfolgreiches und effektives Unternehmen! Erhält in der Qualitätskontrolle ein positives Ranking!

Weil diese gegensätzlichen Zwecke immer als Frage der Größe des Krankenhauses behandelt wurden, verlief die Diskussion entsprechend unsachlich. So durfte einleitend der Gesundheitsökonom die Behauptung aufstellen, es gäbe in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern viel zu viele Krankenhausbetten, womit bewiesen sein sollte, dass viele von ihnen überflüssig wären. Prompt wurde ihm entgegengehalten, dass mit einer Reduktion die Versorgung in der Fläche gefährdet werde und die Wege zur Klinik zu weit würden – und damit die Position der Versorgung eingenommen. Gedeutet wurde diese Äußerung von der Gegenseite gleich als Parteinahme für kleine Kliniken und mit dem Argument gekontert, dass diese keine Spezialisierung erlauben würden und die Qualität der Behandlung in großen Krankenhäusern mit Ärzten, die häufig operierten, besser sei. Letzteres trifft aber bei Lichte besehen nicht zu, kommt es doch sehr darauf an, was behandelt werden soll. Schließlich geht es bei einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall um jede Minute und ein langer Weg in die Klinik kann Leben kosten, es sei denn für eine schnelle Erstversorgung ist gesorgt. Eine Hüft- oder Knieoperation kann man dagegen längerfristig planen und dabei auch schon mal größere Entfernungen in Kauf nehmen. Bei solchen Operationen spielt das Geschick und die Erfahrung des Chirurgen zudem eine große Rolle, was für spezialisierte Kliniken mit größerem Einzugsbereich spricht.

Da in der TV-Diskussion aber – programmatisch – die verschiedenen Zwecke nicht auseinander gehalten werden sollten und der ökonomische Gesichtspunkt ständig mit dem der Versorgung vermischt wurde, konnten die inkompatiblen Kriterien munter gegeneinander gestellt und alle möglichen Fakten aus der wunderbaren Welt unserer kranken Gesellschaft präsentiert werden. Aber keiner stellte die Frage, warum eine rationelle, auf medizinischem Wissen basierende Versorgung der Menschen immer wieder in Konflikt mit der geschäftlich organisierten Gesundheitsversorgung gerät, warum die Betonung des Ersteren sofort auf Ablehnung oder Bedenken wegen der Kosten stößt und warum der Standpunkt der Ökonomie immer alle möglichen Einschränkung ins Recht setzt.

**... der Standpunkt der
Ökonomie setzt immer
alle möglichen
Einschränkung ins Recht**

Und so wird denn auch nie aus den Mängeln in der aktuellen Versorgung auf die Gründe geschlossen, sondern das Ganze wird zu einer Frage der ewig ungewissen Organisation eines optimalen Gesundheitswesens erklärt. So wurde in der Runde etwa bemängelt, dass von den Krankenhausambulanzen zu viele Patienten stationär aufgenommen würden. Dies galt als Beleg dafür, dass zu viele Krankenhausbetten dazu führen, sie immer gefüllt zu halten. Die diesen „Fakten“ zugrundeliegenden Kalkulationen waren jedoch kein Thema. Dass sich so viele

Patienten in den Krankenhausnotfallambulanzen einfinden, ist ja das Ergebnis davon, dass es für die niedergelassenen Ärzte nicht lukrativ ist, den ärztlichen Notdienst zu machen, zu dem sie verpflichtet sind. Entsprechend schlecht ist dieser ausgestattet – und im Notfall wird dann eher der Rettungswagen gerufen oder der Patient gleich von den Angehörigen in die Klinik gefahren. Die ambulante Versorgung dieser Patienten ist aber fürs Krankenhaus finanziell auch nicht interessant, es sei denn, die Behandlung kann auch stationär weitergeführt werden und sei es nur zur Beobachtung.

Ausgeklammert wurde hier die Frage, wie die Patienten es schaffen, nach einem Infarkt in die weit entfernte Klinik zu kommen

Nachdem die so gestaltete TV-Diskussion, trotz des vielfältigen Verweises auf die Fakten, alles andere als Klarheit verschafft hatte, durfte als Kronzeugin für die These, dass es in Deutschland zu viele Kliniken gibt, die junge Ärztin aus Dänemark antreten: Sie wusste von einer der wenigen Zentralkliniken zu berichten, dass man dort auch ganz gut arbeiten kann. Aber bei Plasberg zählt natürlich die Faktentreue. So wurde als schlagendes Argument noch eine Statistik bemüht, die beweisen sollte, dass in Dänemark weniger Patienten nach einer Herzbehandlung sterben als in Deutschland. Ausgeklammert wurde hier allerdings die Frage, wie die Patienten es schaffen, nach einem Infarkt in die weit entfernte Klinik zu kommen. So ersetzte der Verweis auf eine Statistik wieder einmal die Überprüfung von Argumenten und die Klärung von Gründen. Direkt lügen – wie die Rechten mit ihrem Vorwurf der „Lügenpresse“ immer meinen – muss man dafür gar nicht.



Über den Autor

Dr. Suitbert Cechura, Bochum, Hochschullehrer und Sachbuchautor, letzte Veröffentlichungen „Unsere Gesellschaft macht krank – Die Leiden der Zivilisation und das Geschäft mit der Gesundheit“ (2018), „Inklusion: Die Gleichbehandlung Ungleicher – Kritische Anmerkungen zur aktuellen Inklusionsdebatte“ (2015)

Kontakt:

www.suitbertcechura.com

 [Alle Aufsätze von Suitbert Cechura im Magazin AUSWEGE](#)

AUSWEGE – Perspektiven für den Erziehungsalltag
Online-Magazin für Bildung, Beratung, Erziehung und Unterricht
www.magazin-auswege.de
antwort.auswege@gmail.com