

Aus der Reihe:

Dialogversuche: Medizin und Theologie im Gespräch

*Dokumentation der Veranstaltung vom
Donnerstag, den 7. November 2002*

"Geld oder Leben"

Auf dem Weg in die Zwei-Klassen-Medizin ?

Die Verteilung knapper werdender Mittel in der Gesundheitsversorgung gehört zu den großen ethischen Herausforderungen der kommenden Jahre. Müssen wir damit rechnen, dass uns erforderliche Behandlungen aus Gründen leerer Kassen versagt bleiben? Welche Zukunft hat das Solidarsystem? Welche Kriterien können gefunden werden, die knapper werdenden Ressourcen sozial gerecht zu verteilen? Vor dem Hintergrund der ökonomischen Probleme stellt sich die Frage nach Aufgaben und Zielen der Medizin und ihrem gesellschaftlichen Stellenwert. Welche Medizin wollen und können wir uns in Zukunft leisten?

Referenten:

Prof. em. Dr. Martin Honecker	Professor für Systematische Theologie und Sozialethik an der Universität Bonn
Dr. med. Hilmar Hüneburg	Chefarzt für Anästhesiologie und Ärztlicher Direktor des Gemeinschafts- krankenhauses St. Petrus / St. Elisabeth / Bonn
Josefa Fenselau	Krankenschwester und Leiterin des PHV- Dialysezentrums Bonn
Dr. Johannes Bruns	Spitzenverband der Krankenkassen (VdA/AEV)

Moderation: **Pfarrer Andreas Bieneck** (Evangelischer Klinikseelsorger)
Diplomtheologe Hans-Bernd Hagedorn (Kath. Klinikseelsorger)

Veranstalter: Evangelische und Katholische Klinikseelsorge der Universitätskliniken Bonn
Evangelisches Forum Bonn Katholisches Bildungswerk Bonn

gefördert durch:



Einführungsworte

Pfarrer Andreas Bieneck
Evangelischer Krankenhauseelsorger der Unikliniken Bonn

Geld oder Leben- auf dem Weg in die Zwei-Klassen-Medizin?

So lautet unser heutiges Thema, und ich begrüße Sie ganz herzlich zu einem weiteren Dialogversuch hier im Uni- Klinikum. Ich tue dies im Namen der katholischen und evangelischen Klinikseelsorge, des Evangelischen Forums und des Katholischen Bildungswerkes und der Stiftung Krankenhauseelsorge, die diesen Abend- wie die vorhergegangenen - aus ihren Mitteln unterstützt und ermöglicht. Nähere Infos zur Stiftung erhalten Sie an unserem Büchertisch am Ausgang, wo praktischerweise auch Überweisungsträger ausliegen.

Als wir im Frühjahr das Thema dieses Abends aussuchten und mit der Vorbereitung begannen, wussten wir um seine Brisanz, aber ahnten nicht, wie schnell und dramatisch sich die Lage in den letzten Tagen und Wochen zuspitzen würde.

Gestern Abend meldeten die Nachrichten, dass 40 Krankenkassen eine Erhöhung ihrer Beitragssätze beantragen werden. Die finanzielle Lage des Gesundheitswesens darf getrost als dramatisch bezeichnet werden.

Wie sind wir in diese Situation gekommen? Die Medizin vermag immer mehr im Bereich von Diagnose und Therapie- das ist gut, aber auch verführerisch. Es weckt Erwartungen. Mit den Möglichkeiten wachsen die Ansprüche-.

Andererseits: Wir werden immer älter und dadurch immer kränker. Medizinische Versorgung bis ins hohe Alter ist eine Selbstverständlichkeit, - sie kostet aber ihren Preis.

Wo einsparen, ohne dabei Gerechtigkeit und Solidarität preiszugeben?

Wer entscheidet, ob jemand krank ist und was er an med. Versorgung braucht? Der Arzt? Der Patient selbst? Die Krankenkasse? Kann ich mir - mit dem richtigen Geldbeutel - eine bessere Versorgung und damit sogar ein längeres Leben kaufen? Und bekomme ich als Kassenpatient bald noch nicht einmal mehr eine Basisversorgung? Was ist mit chronisch Kranken und teuren Behandlungen wie der Dialyse?

Da stehen Fragen und große Ängste im Raum, die wir heute abend aufnehmen und ernstnehmen möchten. Sie werden auch nachher Gelegenheit haben, Ihre Anliegen in der Diskussion auszusprechen-

Wir haben aber auch Grund, etwas Hoffnungsvolles in dieser Misere zu entdecken. Eine Krise bietet ja auch immer die Chance, sich neu zu orientieren.

Zum Beispiel könnten wir uns fragen: Können durch die ökonomische Zwangslage nicht ethische Fragen endlich mehr Gehör finden?

Konkret: Welches Menschenbild leitet die Medizin, welche Werte vertritt sie und wo setzt sie Prioritäten?

Oder: Wo ist die Medizin zum Handeln verpflichtet und wo muss sie auf Behandlung verzichten, Grenzen akzeptieren?

Welches Selbstverständnis leitet die Medizin und was ist ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit?

Welche Medizin wollen wir als Gesellschaft uns noch leisten?

Sind wir als Einzelne bereit, mehr Verantwortung für unsere Gesundheit zu übernehmen, zum Beispiel durch einen gesünderen Lebensstil

Diese und viele weitere Fragen werden uns heute beschäftigen und ich freue mich, Ihnen unsere heutigen Referenten vorstellen zu dürfen:

Nach der Fusion dreier Krankenhäuser ist das nach dem Uniklinikum zweitgrößte Bonner Krankenhaus entstanden: Ich begrüße herzlich den Ärztlichen Direktor des Gemeinschaftskrankenhauses St. Petrus – St. Johannes, Herrn Dr. Hilmar Hilmar Hüneburg. Er ist Chefarzt der Anästhesie.

Weiterhin ein herzliches Willkommen an den wichtigsten Vertreter der evangelischen Sozialethik in Deutschland, Herrn Professor Martin Honecker, Emeritus für Systematische Theologie an der Bonner Universität

Dann freue ich mich, Frau Josefa Fenselau zu begrüßen. Sie ist Leiterin des Bonner Dialyse Zentrums der Stiftung Patientenheimversorgung und sie ist Beauftragte für Fortbildung und ethische Fragen dieser Stiftung, die eine große Anzahl von Dialysezentren in Deutschland und im benachbarten Ausland betreibt.

Herzlich willkommen an Herrn Dr. Johannes Bruns, er ist Arzt und Vertreter des Spitzenverbandes der Krankenkassen.

Und ich möchte Ihnen meinen kath. Kollegen Herrn Hans-Bernd Hagedorn vorstellen, der diesen Abend moderiert.

Und nun bitte ich Sie, Herr Dr. Hüneburg, um ihr Referat.

Beitrag von Professor Martin Honecker

Professor für Systematische Theologie und Sozialethik an der Universität Bonn (Emeritus)

Unter der Überschrift „Geld oder Leben?“ soll die Frage der Finanzierung und der Kosten des Gesundheitswesens diskutiert werden. Es geht also mit einem Wort um Gesundheitsökonomie. Das Thema Gesundheitsökonomie ist jedoch vielschichtig und kompliziert ; es gibt keine einfache und glatte Lösung. Dafür gibt es allein schon zu viele Betroffene und Beteiligte. Und das Thema ist unbequem; das zeigt zur Genüge die gegenwärtige aktuelle Diskussion. Politik und die Öffentlichkeit scheuen sich vor heißen Eisen und fassen diese möglichst nicht an. Also wird beschwichtigt, getäuscht und getrickst. Können wir die Gesundheitskosten überhaupt noch bezahlen? Geht es ohne *jede* Einschränkung der Kosten des Gesundheitswesens? Es ist also als erstes erforderlich, einige unbequeme Wahrheiten überhaupt einmal offen anzusprechen, auf die Gefahr hin, dass man als Bote schlechter Nachrichten gescholten wird. Dabei kann wegen der Kürze der Zeit nur grob und grundsätzlich, also holzschnittartig geredet werden. Bereits die Formulierung des Titels – Geld oder Leben – klingt höchst provozierend. Bei einer Erpressung wird man vor die Wahl zwischen Geld oder Leben gestellt. So sprechen somit Räuber. Die Realität im Gesundheitswesen ist in der Regel jedoch weithin noch eine andere. Es geht in der Regel nicht ums Leben an sich, sondern zumeist um eine mehr oder weniger gute Behandlung, um mehr Lebensqualität, um Erfüllung von Wünschen oder um Nichterfüllung von Ansprüchen Versicherter wie um Kostenübernahme gegenüber Leistungsanbietern. Das hat dann selbstverständlich durchaus Auswirkungen auf das Leben derer, die etwas erhalten oder denen es vorerhalten wird. Aber es ist selten so, dass man deswegen sofort und unmittelbar sterben muss, weil man nicht bezahlen kann. Außerdem kann und muss man fragen, ob man sich Gesundheit und ein ewiges Leben letztendlich mit Geld erkaufen kann, ob man ferner Glück und Liebe kaufen kann. Frühere Generationen verfügten nicht über die heutigen medizinischen Möglichkeiten und haben auch gelebt, vielleicht leidvoller, schwieriger und zumeist kürzer. Oder vergleichen wir die Hochleistungsmedizin der Industrienation mit der Lage in Entwicklungsländern und dem Mangel an medizinischer Grundversorgung dort. Im übrigen ist das Gesundheitssystem im Ganzen nur zum Teil *altruistisch* angelegt. Dazu ist es heute schon ein zu großer Wirtschaftsfaktor und von politischem Gewicht. Es gibt im Gesundheitsbereich nahezu unübersehbar viele Interessengruppen und Interessenten, die mitmischen. Ärzte, Krankenhäuser, pflegerische Dienste, Pharmaindustrie, Apotheker, Gerätehersteller, Reha - Kliniken, Krankenkassen, Versicherungen usw. – und nicht zuletzt Politiker, die gewählt werden wollen, nicht zuletzt diese. Jeder will etwas von der Reform und Erhaltung des Gesundheitswesens haben, und sei es nur Ehre und Ruhm oder Wählerstimmen, - es geht also nicht nur ums Geld.

Dazu kommt ein weiterer Faktor hinzu: Im Grunde ist jeder Bürger Betroffener und Interessent, etwa als Versicherter, Patient, potentieller Patient, Angehöriger, Pflegebedürftiger usw. Allerdings ist die Weise der Betroffenheit recht unterschiedlich. Aus den jeweiligen Perspektiven ergeben sich nicht nur ganz verschiedene Erwartungen an das Gesundheitswesen, sondern auch verschiedene, zum Teil gegensätzliche Bewertungen. Das Gesundheitswesen als solches bildet längst ein umfassendes eigenes, fast könnte man sagen, geschlossenes System.

Der Untertitel fragt, ob wir inzwischen auf dem Weg in die Zwei-Klassen-Medizin sind. Das ist auch ein Schlagwort. Die Rede ist heute schon von einer Sieben-Klassen-Medizin, je nach dem Status des Versicherten, des Selbstzahlers, des Sozialhilfeempfängers, des Nichtversicherten. Unterschiedliche Möglichkeiten der Beanspruchung medizinischer Leistungen ist freilich nichts Neues. Es gab und gibt immer schon verschiedene Klassen von Patienten. Denken wir beispielsweise an den Hofarzt des Herrschers, an die Spezialkliniken für Parteiführer in sozialistischen Ländern. Wer mehr Geld hat, konnte und kann mehr und bessere medizinische Leistungen einkaufen. Ob es ihm am Ende viel nützt, ist eine offene Frage. Die ökonomischen und humanen Ressourcen sind immer begrenzt. „Ein jeder Wunsch, wenn er erfüllt, kriegt unaufhörlich Junge.“ (Wilhelm Busch). Tun wir also nicht so, als sei das Problem brandneu und gerade erst erkannt worden. Die Frage einer Kostendämpfung ist zudem derzeit vor allem ein Problem der Allgemeinen Krankenversicherung, auch, aber weniger der privaten Krankenversicherungen; Solidargemeinschaft meint in der Debatte in der Regel die GKV! Neu ist freilich die Art und Weise, *wie* mit dem Thema in der öffentlichen Diskussion umgegangen wird: Es wird im Blick auf Finanzierungsprobleme und die Krise des Gesundheitssystems versprochen, vertuscht, getäuscht – und darüber versäumt, rechtzeitig zu tun, was zu tun wäre. Dasselbe spielt sich gleichermaßen bei der Rentenversicherung ab. Beschränken wir uns auf die Thematik der Medizin.

Fragen der Medizin sind komplex. Man kann sie von unterschiedlichen Blickwinkeln aus angehen. Selbstverständlich gibt es ein Ethos des Arztes. Aber die ungelösten Fragen sind Finanzierungsfragen des Gesundheitswesens. Der Verweis auf das ärztliche Ethos und die ärztliche Verantwortung beantwortet diese Fragen nicht. Sie sind in wesentlicher Hinsicht Strukturfragen, d.h. Machtfragen, Verteilungsfragen, Mentalitätsfragen und Kulturfragen. Die Strukturprobleme finden als Voraussetzung ein geschichtlich gewachsenes System vor. Man kann nicht ab ovo beginnt, sondern muss im laufenden Betrieb umbauen, an Reformen herangehen. Umgebaut, reformiert muss aber werden, es sei denn, man will letztlich in Kauf nehmen, dass das System völlig zusammenbricht. Zu erörtern ist daher die Kostenverteilung. Welche Kosten hat die Solidargemeinschaft zu tragen? Dabei ist beispielsweise zu unterscheiden zwischen einer maximalen Therapie und einer optimalen Therapie. Man kann bekanntlich alles tun, was möglich ist; ist dies aber auch in jedem Fall sinnvoll? Die Frage, was sinnvoll ist, ist dabei zunächst einmal eine Frage an die Medizin selbst. Behandlungsleitlinien können dafür Standards festlegen. Aber die Wahl einer Maßnahme ist auch eine Frage an Ethik und Ökonomie. *Ethik* hat darauf zu achten, was menschlich geht, was human vertretbar ist. Ein Ethiker, der bloß moralische Forderungen stellt, aber die Umsetzung in die Praxis nicht im Blick hat, wird vielleicht Zustimmung für seinen moralischen Standpunkt finden. Aber im Alltag geht man dann gleichwohl über den Moralisten einfach hinweg, und würdigt zwar seine Forderungen – sie sind gut gemeint –, aber erklärt sie für unrealisierbar und unreal. Der *Ökonom* befasst sich mit dem, was bezahlbar und kostengünstig ist. Die Ökonomie orientiert sich an Wirtschaftlichkeit und Effizienz und betont den Primat, die Eigengesetzlichkeit des Ökonomischen. Für die humanen Folgen fühlt sie sich dabei nicht zuständig. Da sollen dann andere Stellung nehmen und helfen. Eine bloße Konfrontation von Moralismus und Monetarismus ist allerdings fatal und gefährlich, lebensgefährlich. Dadurch kommt es ferner zu einem reinen Kästchendenken. Die Verselbständigung der Lebensgebiete, der verkürzte Blickwinkel, die Trennung von Politik, Ökonomie, Wissenschaft und Ethik, Humanität ist eine Grundursache des bestehenden Missstandes einer umstrittenen Medizin

und Gesundheitsökonomie (nicht die einzige). Eine Integration der verschiedenen Aspekte ist gefordert. Eine nüchterne Bestandsaufnahme ist geboten. Genannt seien als Merkposten und stichwortartig nur einige Themen:

Es gibt, wie in der Gesellschaft insgesamt, auch im Gesundheitswesen unbestreitbar Verschwendung. Es könnte immer wieder sparsamer gewirtschaftet werden, sogar ohne erhebliche Nachteile für Patienten. Bestandaufnahmen dokumentieren in umfangreicher Übersicht Unterversorgung, aber auch Überversorgung und Fehlversorgung. Fehlversorgung ist, wenn Therapien angewandt und bezahlt werden, aber deren Wirksamkeit nicht erkennbar ist. Das medizinisch Notwendige und Zweckmäßige muss von Überflüssigem und nicht Zweckmäßigem unterschieden werden. Eine Erörterung des sparsamen Umgangs mit den verfügbaren Ressourcen ist also durchaus berechtigt. Diskutiert werden *Rationalisierung*, deren Potential freilich nicht zu hoch eingeschätzt werden darf, *Rationierung* und *Priorisierung*.

Priorisierung bedeutet Orientierung an dem medizinisch Notwendigen und Zweckmäßigen, nicht einfach an vorhandenen Angeboten der Anbieter oder an Wünschen der Versicherten, der Klienten. Diese Fragen müssen offen angesprochen werden: Muss die Solidargemeinschaft z.B. für Wellness, Wohlbefinden und Schönheitsoperationen aufkommen? Müssen Behandlungen bezahlt werden, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist (Evidence based medicine)? Welche Behandlungen sind von der Solidargemeinschaft zu übernehmen. Ist beispielsweise die Erfüllung eines Kinderwunsches eine unvermeidlich gebotene Kassenleistung (IVF)? Priorisierung würde heißen, dass man das medizinisch Notwendige und Zweckmäßige ermittelt, für das die Solidargemeinschaft insgesamt einzustehen hat. Weitergehende Ansprüche wären folglich anderweitig zu finanzieren. Ich weiß, dass die Abgrenzung des Notwendigen und Zweckmäßigen von dem, was gewünscht und empfehlenswert ist, im konkreten Fall sehr schwierig ist. Aber versucht werden sollte dennoch eine solche Abgrenzung. Damit plädiere ich nicht für eine Beschränkung der Leistungen der Solidargemeinschaft auf die reine Grundversorgung, auf die basic needs. Ich halte beispielsweise nichts von der Einführung von Altersgrenzen im Blick auf Leistungen der Allgemeinen Krankenversicherung, zumal das chronologische und das biologische Alter des einzelnen Menschen nicht identisch, sondern individuell verschieden sind. Weiterhin ist zur Verbesserung der Patientenversorgung, aber auch im Blick auf Kosteneinsparungs-Möglichkeiten erforderlich, gerade bei chronisch Kranken, eine Integration von medizinischen Maßnahmen mit sozialer Betreuung. Insbesondere hilflose Patienten, Alte, beschränkt Handlungsfähige etc. sind oft hilflos und können sich nicht in einem durchrationalisierten Medizinbetrieb orientieren. Man könnte auf diesem Wege auch Kosten sparen (z.B. Doppeluntersuchungen, kein Hin- und Herschieben von Fällen zwischen Einrichtungen und Ärzten und dergleichen). Es gibt dazu den Vorschlag eines *Case Managers*.

Schließlich der eigentliche Streitpunkt: *Rationierung*. Bereits das Wort Rationierung weckt sofort Aversionen. Allerdings, es geht nicht ohne Rationierung, d.h. Beschränkung; man kann nicht jedermann/jederafrau aus der Solidarkasse alles bezahlen, was er will und verlangt. Also muss begrenzt werden. Unter Rationierung versteht man in der Regel das Vorenthalten von notwendigen Leistungen. Was aber ist notwendig? Über das Notwendige ist zu diskutieren. Dazu bedarf es freilich der Festlegung von Kriterien und Beurteilungsmaßstäben. Ich sage offen, dass ich das formale Verfahren der Deckelung, „Budgetierung“ nicht nur für ein wenig intelligentes Vorgehen halte, sondern auch in seinen

Auswirkungen auf betroffene Patienten immer wieder für unverträglich. In der öffentlichen Debatte wird manchmal behauptet, in Deutschland gebe es keine Rationierung (im Unterschied beispielsweise zu Großbritannien). Aber das ist eine Schutzbehauptung. Denn man muss unterscheiden zwischen *offener* und *verdeckter* Rationierung; eine offen ausgesprochene Rationierung gibt es in der Tat in Deutschland nicht; niemand erklärt offen, dass eine an sich unverzichtbare Behandlung zu unterbleiben habe. Aber durch das Aufstellen bestimmter Bedingungen kann gleichwohl es dazukommen, dass eine an sich notwendige Maßnahme vorenthalten wird. In dieser Hinsicht ist zu unterscheiden zwischen *direkter* und *indirekter* Rationierung. Direkt besagt: Schlechthin Notwendiges wird nicht bezahlt. Aber das ist in Deutschland kaum üblich und kaum durchsetzbar. Also rationiert man indirekt.

Rationiert werden kann auf der Makroebene, der Mesoebene und der Mikroebene. Auf der *Makroebene*, der oberen Ebene rationiert der Gesetzgeber, indem er den Umfang des für Gesundheit zur Verfügung stehenden Budgets festlegt und bestimmte Leistungen aus den Ansprüchen ausschließt. Auf der Makroebene geht es um die Verteilung zwischen Gesundheitspartnern (Ärzten, Krankenhäusern, Pharmaindustrie, Pflegepersonal etc.) und um die Verteilung von Investitionen z.B. in die Genforschung, die Psychiatrie, die Vorsorge usw. Auf der *Mesoebene* erfolgt die Verteilung innerhalb einer Einrichtung, eines Krankenhauses (z.B. nach Stationen), nach Arbeitsgebieten u.a. Und am Ende ist die unterste Ebene erreicht, die *Mikroebene*: Hier geht es darum, was der einzelne Patient erhält. Man zahlt gegebenenfalls auf der Makroebene und der Mesoebene so wenig, dass am Krankenbett „unten“ vorenthalten werden muss. Sie werden zustimmen, dass in dieser leidigen Frage Transparenz und Offenheit erforderlich sind. Mit der Frage des „Geldes“ steht zudem nicht nur das Gesundheitswesen, sondern der Sozialstaat insgesamt auf dem Prüfstand. Der Gesetzgeber ist heute in der Pflicht; aber mit Flickschustereien und damit, dass man ein Loch schließt, indem man ein anderes Loch aufmacht, ist die offenkundige Schwierigkeit nicht zu überwinden. Erforderlich sind Strukturreformen

Für die Bewertung einer Reform wie der Strukturfrage als solcher sind drei formale Kriterien zu nennen: 1. Transparenz, Offenlegung und zwar ehrlich; 2. Verlässlichkeit, Konstanz, dazu gehört auch die Beachtung inter-generationeller Gerechtigkeit; 3. Wahrnehmung und Berücksichtigung der Schwachen, Benachteiligten, Armen. Ohne Bestandsaufnahme und Diagnose ist Therapie nicht möglich.

Dazu kommen außerdem hinzu drei inhaltliche ethische Kriterien: 1. Gerechtigkeit, Fairness im Umgang mit knappen Ressourcen, 2. Eigenverantwortung, Selbstverantwortlichkeit, 3. Besonnenheit, Klugheit, „Maßhalten“ (griechisch *sophrosyne*). Alle drei Kriterien sind gleichermaßen zu beachten; man kann nicht nur ein Kriterium geltend machen. Gerechtigkeit ist freilich ein höchst schillernder Begriff, ein „Wieselwort“. Man kann darunter eine Ergebnissgerechtigkeit, Gleichheit der Ergebnisse, Chancengerechtigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Anspruchsgerechtigkeit, Leistungsgerechtigkeit und anders mehr verstehen. An dieser Stelle ist mitnichten eine Grundsatzdiskussion um Gerechtigkeit zu führen. Gerechtigkeit ist aber ein Indikator für eine einigermaßen faire und gleichmäßige Wahrnehmung der Bedürfnisse und Interessen *aller* Beteiligten. Dazu bedarf es fairer Spielregeln und deren Befolgung. Offenkundige Ungerechtigkeit zerstört nicht nur Solidarität, sondern kann sogar den gesellschaftlichen Frieden gefährden. Aber Gerechtigkeit allein genügt nicht. Die Teilnahme der Beteiligten ist

in Gestalt von Eigenverantwortung, Selbstbeteiligung und compliance in Anspruch zu nehmen. Die Subjekte selbst tragen auch Verantwortung für die eigene Gesundheit und Heilung. Und schließlich ist an die Klugheit, die Vernunft, die Besonnenheit aller am Gesundheitswesen Beteiligten zu appellieren. Klugheit gebietet Rücksichtnahme. Vernunft rät zu Selbstbeschränkung. Die Grundmentalität des Menschen ist es allerdings, sich wie an einem Buffett bei einer Einladung hemmungslos dran zu halten. Deshalb gebietet Klugheit, Vernunft, Missbrauch zu wehren und einen Rahmen für den Gebrauch vorzugeben.

Sie werden sagen, alles schön und gut, aber das war bislang gar nichts Theologisches. Das könnte auch jeder einsichtige und verantwortlich denkende Mensch fordern und empfehlen. Das ist richtig. Ob es deswegen untheologisch war und ist, will ich nicht erörtern. Kluge Interessenabwägung wird fragen: Was ist notwendig? Was ist in einem bestimmten Einzelfall nützlich? Was ist überflüssig? Was ist obsolet? Was kann ambulant, was muss stationär behandelt werden? Usw. Man wird also nicht blindlings darauf los handeln, sondern sachlich prüfen und Chancen – aber auch Risiken – abwägen und Behandlungsalternativen anhand von derartigen Fragen überprüfen. Bei solchen Abwägungsprozessen haben Theologie und Glaube kein Privileg und keinen Vorsprung im Vergleich zu humanen Erwägungen und der Orientierung an der Grundnorm der Menschenwürde.

Wohl aber hat der Theologe darüber hinaus an zweierlei zu erinnern: 1. an die Anfälligkeit, die Versuchlichkeit des Menschen. Die Gier, die immer alles haben will, ist ein uraltes menschliches Verhalten. Der Apostel Paulus spricht von Sünde als von der „Begierde“. Wo es viel Geld gibt, ist zudem auch die Versuchung groß. Auch ein „guter“ Arzt – im Sinne des medizinischen Könnens- , ist nicht immer und von selbst auch ein guter Mensch. Geld reizt zu Fehlverhalten an. 2. Die Endlichkeit des Menschen ist vorgegeben und entzieht sich letztlich menschlicher Verfügung. Geburt und Tod „machen“ wir nicht selbst; wir erfahren sie und sind dabei passiv. Damit sind Grenzen medizinischen Handelns angesprochen. Ist die bloße Erhaltung des physischen Lebens das Ziel der Medizin, die lediglich quantitative Verlängerung der Lebenszeit? Damit bin ich bei Themen wie Therapieverzicht, passive Sterbehilfe u.a. angelangt. Deshalb wäre, wenn wir nicht allein vom *biologischen* Leben, sondern vom *guten*, vom menschlichen Leben sprechen wollen, zum Schluss zu diskutieren, was eigentlich die *Ziele* der Medizin sind. Geld ist doch primär eine Frage der Mittel und nicht Selbstzweck. Die Frage, wozu wir leben, wie wir selbst unser Leben führen wollen, ist aber nicht mit „Geld“ zu beantworten. Oder am Ende doch? Geld oder Leben – ist der Sinn des Lebens das Geld und gibt Geld dem Leben sein Ziel und seinen Sinn? Und vermittelt Geld gar *ewiges* Leben? Zu prüfen ist, wie wir mit Geld umgehen. Gewiss: Unbestreitbar sind Notleidende zu unterstützen und ist Kranken zu helfen. Aber was ist wie und unter welchen Voraussetzungen unterstützungswürdig und sinnvoll– gerade auch in der Medizin und im Gesundheitswesen? Das sind Fragen, die eine Antwort verlangen, und auf welche die Politik keine Antwort hat und finden wird, wenn nicht in der öffentlichen Debatte dafür Aufmerksamkeit, Sensibilität und der Wille zur kritischen Erörterung bestehen und laut werden.

Vortrag von Dr. med. H. Hüneburg

"Zwei-Klassen-Medizin" Dies ist der Kampfbegriff, mit dem sich die gesellschaftlichen Gruppierungen

Parteien, Verbände, Organisationen - wechselseitig attackieren. Bei genauerem Hinsehen stellt der Betrachter jedoch fest, dass die Entrüstung unangebracht ist, dass die Politik der letzten Jahrzehnte, uns bereits in die Zwei-Klassen-Medizin und die Rationierung hineingebracht hat. Wir müssen es zur Kenntnis nehmen: Es gibt deutliche Zeichen für eine Klassenmedizin, wenngleich sie verdeckt stattfindet. Hinweise dafür sind:

a) Arzneimittelverordnungen:

Teure neuere Arzneimittel werden häufiger bei Privatpatienten verordnet als bei Patienten der GKV. Bei Alzheimer Demenz erhalten Privatpatienten doppelt so häufig wie Patienten der GKV die teuren Acetylcholinesterasehemmer. Moderne Migränemittel (Tryptane) erhalten 4 x mehr Privatpatienten als GKV-Patienten. Retardierte Opiat- Schmerzmittel werden bei Patienten der GKV oft durch die billigeren sofort wirkenden ersetzt, obwohl dies nicht dem Wissensstand entspricht und zudem ein Suchtverhalten fördern kann.

Die Ursache:

Jeder Arzt erhält ein "Quartals-Budget" für Arzneimittel, das von Fachgruppe zu Fachgruppe, von Bundesland zu Bundesland variiert und das z.B. 7,00 DM / Quartal bei einem Orthopäden, für Rentner 8,60 DM oder z.B. 80,00 DM bei Internisten sein kann. Die Verordnung eines Schmerzmittels für 10 Tage kann bereits den Rahmen sprengen, oder die Diabetes Behandlung, die leicht 800,- DM statt 80,- DM kostet.

Nicht nur bei Privatpatienten fällt es dem Arzt leichter, bedarfsgerecht zu verordnen. Für Sozialhilfeempfänger darf er auch unbudgetiert verordnen. Nur nicht für GKV-Patienten. "Budgetierung führt auf Dauer zur Rationierung". Diese Aussage der Gesundheitsministerin lässt uns hinterfragen, was "auf Dauer" bedeutet. Budgetierung gibt es seit mehr als zehn Jahren!

Die sektorale Budgetierung soll aufgehoben werden. Schön. Am globalen Budget führt jedoch kein Weg vorbei, solange das Dogma der Beitragssatzstabilität erhalten bleibt,

b) Wartezeiten:

Ist das Diagnostik-Budget des Röntgenarztes erschöpft, so wird er den nächsten überwiesenen Patienten nur röntgen können, wenn er die Kosten selber trägt. Viele Ärzte entscheiden sich dafür, im Sinne ihrer Patienten. Bald geht das nicht mehr. Daraus ergeben sich Wartezeiten, bis z.B. das nächste Quartal mit dem nächsten Budget beginnt.

Auch in der operativen Medizin entstehen z.T. Wartezeiten für GKV- Patienten, da Krankenhäuser Privatpatienten dringend brauchen, um Verluste aus der Behandlung von

c) Diagnostik.

Bei stationären GKV-Patienten muss die gesamte Diagnostik aus dem tagesgleichen Pflegesatz oder aus der Fallpauschale bezahlt werden. Der Privatpatient übernimmt diese Kosten selber. Sie belasten das Krankenhausbudget nicht. Es ist verständlich, dass die diagnostische Freiheit und die Sicherheit beim Privatpatienten größer ist.

Der Schweizer Sozialethiker Riccardo Bonfranchi überzeichnete vor einigen Jahren die Situation. Er sagte: "Wer zahlen kann, wird auch noch in Zukunft gesund bleiben dürfen. Wer aber nicht zahlen kann, stirbt früher".

Insgesamt gibt es zahlreiche Berichte, dass sinnvolle und erforderliche Behandlungs- und Diagnosemaßnahmen aus wirtschaftlichen Gründen nicht oder nicht zeitgerecht zum Einsatz kommen. Es steht außer Frage, dass Gesundheitsleistungen seit Jahren rationiert sind. Das ist politisch gewollt, aber nicht öffentlich eingestanden. Wenn das Dogma der Beitragsstabilität weiter bestehen soll, dann müssen die Leistungen weiter rationiert werden:

Unser Ziel sollte es sein, mit der Rationierung human umzugehen, so der Politologe und Autor Professor Dr. Walter Krämer. Nicht das "Ob" sondern das "Wie" der Rationierung stehe jetzt zur Debatte. "Jetzt", das war am 27.11.1992.

"Kostenexplosion", das ist ein weiterer Begriff, der unkritisch fortgeschrieben wird, auch wenn Besser- informierte wissen, dass die Gesundheitskosten gemessen am BIP seit Jahren weitgehend stabil sind. Der CDU - Politiker Heiner Geißler schuf diesen Begriff bereits 1974, wohlfeil wird er immer wieder bemüht, um abzulenken von den wirklichen Ursachen der "leeren Kassen", nämlich den zu niedrigen Einnahmen. Dies gesteht jetzt auch die Gesundheits- und Sozialministerin, die kürzlich von "massiven Einnahmeeinbrüchen" sprach.

Immer mehr Arbeitslose und Rentner, die nicht in das solidarisch finanzierte System einzahlen, sondern 6 mal mehr "entnehmen" als jüngere Menschen, belasten die Krankenversicherung. Das ist Ausdruck unseres gesellschaftlichen Umbaus durch niedrige Geburtenziffern und längere Lebenserwartung. Die Menschen werden älter trotz ihrer Erkrankungen, da sie besser behandelt werden können.

Nicht der medizinische Bedarf, sondern das wirtschaftliche Interesse der Krankenkassen in ihrer Einnahmemisere und deren Ursachen in der Bevölkerungs- und Arbeitsmarktentwicklung entscheiden über den Umfang medizinischer Behandlungsmöglichkeit.

Wir sind Opfer unseres eigenen Erfolges geworden.

Der medizinische Fortschritt als Haupt- Kostentreiber produziert weitere Kosten. Wir haben z.B. mehr Nierenkranke als andere Länder, weil die Dialyse so gut ist und die Patienten nicht so früh sterben wie anderswo.

Welche Zukunft hat unser Solidarsystem?

Es steht in der Tat auf dem Spiel. Die Basis, die Balance zwischen Einzahlung und Entnahme, stimmt seit langem nicht mehr. Der Arzt ist daher gezwungen nach den Vorgaben des Sozialrechtes "ausreichend und wirtschaftlich" zu behandeln. Von optimaler Behandlung ist schon lange keine Rede mehr. längst tobt der ideologische Streit: Die Union kritisiert, dass nur noch Sozialhilfeempfänger und Privatversicherte optimal medizinisch versorgt sind. Normalversicherte nicht. Rot-Grün pariert, Union und FDP wollten die Solidarversicherung abschaffen. Dann würden nur noch die Wohlhabenden richtig

behandelt. Nur die FDP traut sich verbal an echte Reformen, sie will das Gesundheitswesen dem freien Markt überlassen.

Aufgrund ihrer Situation muss und könnte sie das aber nicht durchsetzen- Eine ungefährliche Haltung.

Festgefressen in dieser Argumentation waren alle Regierungen der letzten Jahrzehnte unfähig, die nötigen "echten" Reformen zu entwickeln und durchzusetzen. Reformen tun weh, verärgern den Wähler. Eine Schreckensvorstellung für Politiker.

Was folgte?

Gebetsmühlenartig werden Dinge eingefordert:

- **mehr Eigenverantwortung**, z.B. mehr Information über Therapiekosten
- **mehr für die eigene Gesundheit tun**
- zu **sparen**, um den Politikern und den Kassen Luft für Reformen zu schaffen, die nicht kommen und
- mehr **Qualitätsstandards und Kontrollen** einzuführen, z.B. Behandlungsleitlinien und EBM

Stichwort Qualität:

Warum kommen englische, holländische, arabische Patienten zur Behandlung zu uns? Warum suchen Länder wie Großbritannien, Dänemark, Norwegen, Frankreich gerade Ärzte in Deutschland? Warum möchten deutsche Urlauber, und Deutsche, die dauerhaft im Süden leben, zur Behandlung nach Deutschland zurück?

Dabei geht es in Wirklichkeit nicht um mehr Qualität, sondern um weniger Ausgaben. Leitlinien und EBM drohen zu Instrumenten der Sparpolitik zu verkommen. Die Folge: Rigoroser Kostendruck auf Arztpraxen, Krankenhäuser und anderen Gesundheitseinrichtungen. Mensch, Wohlbefinden und Gesundheit werden ausschließlich aus wirtschaftlicher Sicht betrachtet. Das Menschenbild ist verändert: Betriebswirtschaft statt Zuwendung, Ökonomisierung statt Menschlichkeit.

Dies wird in der Aussage des Vorstandsvorsitzenden der AOK Rheinland Winfried Jacobs deutlich, der von den Ärzten Qualitätsstandards und Garantien einfordert, die denen der Automobilindustrie entsprechen.

Es fehlt die öffentliche Diskussion um die Zukunft des Gesundheitssystems, um die Erwartungen der Bürger und die Grenzen des Möglichen. Was sollte der Staat leisten? Welche Verantwortung trägt der Einzelne? Welche Fortschritte der Medizin sollten wem vorenthalten werden?

Beitrag von Frau Josefa Fenselau

Krankenschwester und Leiterin des PHV-Dialysezentrums Bonn

Menschen mit chronischem Nierenversagen können seit den 70 er Jahren mit den verschiedenen Verfahren behandelt werden.

Die Hämodialyse ist das am meisten eingesetzte Verfahren. Diese kranken Menschen können nun auf Grund der guten Entwicklung der Technik und der medizinischen Versorgung viele Jahre (bis über 30 Jahre) mit der ca. 3 wöchentlich stattfindenden Behandlung leben.

Waren früher die Dialysepatienten durchschnittlich 40 - 50 Jahre alt, so sind es heute durchschnittlich 65-75 jährige Menschen mit heiteren Zusatzerkrankungen die aber durch die Dialyse noch um viele Jahre länger leben können. Jüngere Patienten nehmen aktiv am sozialen Leben teil. Sie gehen arbeiten (zahlen also somit in die Krankenkasse ein) ziehen Kinder groß und versorgen Familie und Haushalt. Die Dialysezentren sollen wohnraumnah angesiedelt werden.

Was heißt es nun in unserer Gesellschaft chronisch krank zu sein?

Chronisch Krank

- ständige medizinische und pflegerische Hilfe bei der Dialyse - 3 x wöchentlich
- ständige Medikamenteneinnahme, Zuzahlung?
- Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- körperliche Schwäche
- Angewiesen auf Fahrdienst
- kaum Chancen einer beruflichen oder sozialen Rehabilitation

Patienten-Heimversorgung / Fenselau

Folie 1

Dialysepatienten benötigen ständig Hilfe, sei es dass sie Beschwerden durch ihre Nierenerkrankung, das Alter oder zusätzlicher Erkrankungen haben

Die Zuzahlung zu Rezepten und anderen Heilversorgungen ist nicht unerheblich. Chronisch Kranke werden ab dem 2. Jahr ihrer Erkrankung zwar von der Zuzahlung befreit, aber bis dahin fallen Kosten bis zu einigen 1000€ an.

Dialysepatienten müssen darauf achten dass sie bestimmte Nahrungsmittel nicht zu sich nehmen, dies bedeutet zwar keine Mehrkosten, aber gesellschaftliche Einschränkung. Essen auf Rädern käme da nicht in Frage.

Bis jetzt wird dem Patienten während der 4-5 stündigen Dialyse ein Essen gereicht, welches aber nicht in den „Sachleistungen der Kassen“ enthalten ist. Also wird man sich zukünftig überlegen ob das Geld für die Behandlung dann auch noch für ein Essen reicht.

Die Blutarmut, bedingt ist durch die Nierenerkrankung, bringt für die Menschen häufig körperlich Schwäche mit sich. Folge davon ist eine Einschränkung der Lebensaktivitäten.


Gerade die älteren Menschen sind auf den Fahrdienst zur und von der Dialyse angewiesen. Bei Zuzahlungspflicht ist auch da eine Zuzahlung zu leisten
Bei der aktuellen Arbeitsmarktsituation stellt kein Arbeitgeber einen Dialysepatienten ein. Also wird der noch arbeitsfähige Dialysepatient doch früh ins gesellschaftliche Abseits gedrängt.

Obwohl alle Sachkosten in den nächsten Jahren steigern werden, haben die Kassen die Vergütung der Dialyse neu geregelt und reduzieren diese Schrittweise weiter.

Neuordnung der Dialysesachleistungen

- Einführung der „Wochenpauschale“
ab 1.1.2003 550€, ab 1.1.2004 520€
- Keine Unterscheidung wie oft dialysiert werden muß
- Arzt-Patienten-Relation ist definiert
- Arztqualifikation ist nachzuweisen -
Pflegerqualifikation nicht
- Keine Unterscheidung wie groß der
pflegerische Aufwand ist

Patienten-Hemodialyse / Peritonealdialyse



Folie 2


Im Sozialgesetzbuch ist die Organisation der Dialyse zwar gesetzlich geregelt worden. Ein Arzt darf nur eine bestimmte Anzahl von Patienten betreuen ansonsten muss er einen weiteren Mediziner angestellt haben. Die baulichen Voraussetzungen und die technischen Einrichtungen sind geregelt. Der Gesetzgeber hat aber nicht die Pflege geregelt. Hier kann in Zukunft der Arzt mit Hilfskräften oder sogar Hausfrauen behandeln.

Ein Kassenvertreter hat die Äußerung getroffen, dass es keinen Nachweis dafür gibt, dass durch eine bessere Pflege die Überlebensrate der Dialysepatienten sich verbessert würde.

Schlimmeres verhindern...

- Für die Durchführung der Behandlung
bestehen keine Qualitätskriterien mit
Ergebnisnachweis
- Zeit zur Beratung und Information?
- Anleitung zur Selbstbehandlung?
- Zeit für persönliche und soziale Gespräche?
- Zeit für Vorsorgeuntersuchungen?

Patienten-Hemodialyse / Peritonealdialyse



Folie 3

Wenn ich die Handwerker ins Haus bestelle, werde ich seine Leistungen prüfen und ihn nach erfolgreicher Reparatur bezahlen.


Wenn aber ein Dialysepatient behandelt wird, wird diese Behandlung von den Kassen bezahlt ohne zu prüfen wie gut oder schlecht die Behandlung ist. Eine längere Dialyse mit besserem Material sind wissenschaftlich nachgewiesen die Langzeitschäden geringer. In Amerika muss der Arzt den Nachweis der Dialysequalität liefern, dort fordert sie der Patient ein, da er einen hohen Kosteneigenanteil zahlen muss.

Ausreichend gut geschultes Personal ist in der Lage den Patienten angemessen zu beraten. Ihn anzuleiten zur Blutdruckmessung, zur richtigen Ernährung und zur richtigen Medikamenteneinnahme erfordern Zeit. Ein gut behandelter Patient hat mehr Lebensqualität. Ein gut behandelter Dialysepatient wird weniger Krankenhausaufenthalte haben. Verlagerung in die Krankenhäuser. Wenn die Dialysequalität sinkt, steigen die Folgeerkrankungen. Beispiele: kein Essen mehr an der Dialyse / keine Zeit für psycho-soziale Betreuung.

Pflegende haben gelernt die ihnen anvertrauten Patienten zu betreuen, Sie zu begleiten aber ihnen wird mit den nun immer weniger zur Verfügung stehenden Mitteln es nicht möglich gemacht ihre Leistungen zu erbringen.

Befürchtungen für die Zukunft

- Medizinisch notwendige zusätzliche Dialysebehandlungen werden nicht durchgeführt
- schlechtere Dialysebehandlung dadurch Verschlechterung der Folgeerkrankungen Bluthochdruck, Blutarmut usw.
- Weitere Personaleinsparungen und Verschlechterung der pflegerischen Leistung

Patienten-Heimerversorgung / Fensleben 

Folie 4

In immer kürzerer Zeit müssen mit weniger Schwestern und Pflegern die Dialysen durchgeführt werden. Die Arbeitsverdichtung wird zu lasten der Menschlichkeit. Dies führt unweigerlich zur Unzufriedenheit bei den Pflegenden. Sie können sich nicht mehr mit ihrem ethischen Berufsvorstellungen identifizieren Die Konsequenz ist, dass gerade engagierte motivierte Schwestern und Pfleger ihren Beruf aufgeben. Pflegenotstand wird dann wieder das Ergebnis sein.

Vortrag Dr. Bruns

Vorbemerkung:

Die im Vortrag eingebundenen Folien finden Sie im Anschluss an den Vortragstext. Nicht alle Folien kamen zum Einsatz.

Vortrag:

Folie 1

Die Sozialversicherungen haben in Deutschland schon eine sehr lange Geschichte. Wie man auf der Folie sieht sind die Krankenversicherungssysteme schon seit 1883 implementiert. Damals, noch als Sozialversicherungsvereine, waren sie im Grunde genommen dazu da, die Risiken von Gesundheit sozial abzufedern, so dass man durch Krankheit nicht gleich in eine fatale Situation gerät.

Andere Versicherungssysteme sind in Deutschland nachgezogen: die Unfallversicherung, die Rentenversicherung, die Arbeitslosenversicherung und in den letzten Jahren die Pflegeversicherung, die mehr oder weniger durch Auslagerung aus der Krankenversicherung entstanden ist. Getragen wurde anfänglich diese Versicherungsidee durch den Gedanken der Solidarität. Dieser Grundgedanke ist mittlerweile nicht mehr Haupttriebfeder. Vielmehr ist die Solidarität inzwischen eine verordnete Solidarität geworden und verliert etwas von dem, was ursprünglich als hoher generationsübergreifender Wert dahinter stand.

Folie 2

Die Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Aufgabe, das „Risiko Gesundheit“ abzufangen. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind durch entsprechende Vorgaben etwa 90% der Bevölkerung aufgefangen. Die Größenordnungen in Bezug zu einer sog. Zwei-Klassen-Medizin stimmt insofern, als dass die große Masse in der gesetzlichen Krankenversicherung (90%) angesiedelt sind – hier werden sehr viel Opfer gebracht. Die anderen 10 % könnte man als die "Privilegierten" bezeichnen. Dies passt in das klassische Klischee, dass die Reichen Privilegierten wenige sind und die anderen die Masse bilden. Das Prinzip der Solidarität besteht darin, dass Gesunde für Kranke, Junge für Alte und auch Reiche für Arme eintreten.

Folie 3

Das stimmt nicht mehr ganz, da wir in der Krankenversicherung ein Finanzierungskonzept kennen, das den Erwerbtslohn als Grundlage kennt. Vom Lohn werden die Beiträge abgezogen. Die Erwerbtsgrenze, bis zu der dies prozentual umgesetzt wird, ist festgelegt (neue Grenze: 3725 Euro). Wer darüber hinaus verdient, wird nicht mehr prozentual, sondern mit einem Maximalbetrag belastet. Also gibt es auch in der solidarischen Krankenversicherung eine Zwei-Klassen-Medizin. Die Grenzziehung ist dort zu finden, wo die prozentuale Belastung nicht mehr greift.

Die s.g. paritätische Finanzierung ist letztendlich aus der Geschichte der Sozial- und Krankenversicherung entstanden. Die Arbeitnehmer hatten in Anfängen der Krankenversicherung ein Eigeninteresse daran, dass ihre Leistungs- und Arbeitsfähigkeit positiv gewertet wird und dafür gesorgt werden sollte, diese zu erhalten. Im sog. Umlageverfahren zahlt nicht jeder Einzelne persönlich sein Geld an die Krankenkassen, es wird vielmehr direkt von Seiten des Arbeitgebers an die Krankenversicherungen weitergegeben (umgelagert).

Folie 6

Die Krankenkasse hat nicht die Möglichkeit, als Instrument des gesamten Sozialwesens auf der Ebene des Individuums zu denken. Der Staat sieht vor, dass ihm zum einen über die

Steuer des Einzelnen Geld zufließt, das er für öffentliche Ausgaben einsetzt (Sozialhilfe, Straßenbau ...). Die Krankenkasse verfährt nicht anders. Sie erhebt die Beiträge auf der Basis gesetzlicher Grundlagen (verordnete Solidarität). Die Krankenkasse soll darüber die Krankenversorgung finanzieren.

Folie 7 und 8

Mit diesen Beiträgen kann die Krankenkasse gestalterisch umgehen, indem sie mit den Anbietern im Gesundheitswesen innerhalb dieses Selbstverwaltungsstruktes für eine Optimierung der Versorgung der Kranken sorgt (stationärer, ambulanter und rehabilitativer Bereich). An dieser Stelle kommt erneut der Staat ins Spiel: er legt die Spielregeln fest, gestaltet die Sozialgesetzgebung und beeinflusst damit das Zusammenwirken von Krankenkasse und Anbietern im Gesundheitswesen.

Folie 9

Das stattliche Handeln im Zusammenhang mit der Beitragssatzstabilität ist ein Beispiel dafür.

Dann wurde den Kassen der Wettbewerb verordnet. In Deutschland haben wir ca. 400 Kassen deren Leistungen zu etwa 98% vergleichbar sind – d.h. dieser Wettbewerb ist virtueller Art und findet eigentlich in den versorgungsrelevanten Aspekten auf Seiten der Krankenkassen nicht statt. Es gibt sicherlich das Krankenhaus "A", das im Gegenüber zum Krankenhaus "B" über seine Leistungen konkurriert. Krankenkasse im Wettbewerb ist so etwas wie eine Luftbuchung, die als solches keine wichtige Wirkung erzeugt.

Eine Ausnahme ist die Frage des Beitragssatzes. Über den Beitragssatz werden gewisse Risiken abgedeckt und der Versicherte nutzt hier sein Wahlrecht. Für den Versicherten gilt hier eine Art Aktienmentalität – wo ich am meisten für meinen Beitrag herausbekomme, da gehe ich hin. Für das Gesamtsystem gedacht ist dies jedoch fatal, da jeder Versicherte, der mit seinem Beitrag von einer etwas teureren zu einer billigeren Krankenversicherung wechselt, dem Gesamtsystem, dem Solidarsystem Finanzkraft entzieht. Die individuelle Ersparnis stellt für das Gesamtsystem in der Summe eine Reduktion des zur Verfügung stehenden Gesamtfinanzvolumens dar.

Der Wettbewerb der Krankenkassen macht auf der anderen Seite keinen Sinn. Wenn eine Kasse sich beispielsweise vorrangig um „teure Patienten“ (Dialyse / Bluter ..) kümmern würde, so würden diese Patienten selbstverständlich dorthin wechseln. Doch der notwendige „Risikomix“ der Krankenkasse würde sich an dieser Stelle fatal verändern, bei ihr blieben dann nämlich auch die Kosten für diese Versicherten. Krankenkassen haben sich deshalb auch nie in einen Versorgungswettbewerb begeben – sie würden an den Risiken zugrunde gehen.

Wir haben – und dies ist eine Schizophrenie des Systems - die Geschäftsführerhaftung der Krankenkassen, indem nach formalen Vorgaben die Kasse selbst die Kontrolle darüber vorzunehmen hat, dass niemand etwas bekommt, was ihm nicht zusteht. Welcher Arzt würde eine Gewährleistungshaftung für Dinge übernehmen, die er selber beurteilen kann? Der Geschäftsführer einer großen Krankenkasse über 8 Mio. Versicherte muss dies tun. Das System einer sinnvollen Nutzung der Beiträge wird durch diese Art der Rollenverteilung deutlich beeinflusst.

Folie 4

Mit dieser Folie möchte ich noch einmal zeigen: wir haben die politisch-ökonomische Vorgabe der Beitragssatzstabilität. Diese Vorgabe ist für alle eigentlich bindend: für die Patienten, für die Kassen, und das trifft auch die Leistungsanbieter.

Wie aber ist die praktische Auswirkung? Wir reden über Rationierung, Rationalisierung, über Fehl- und Unterversorgung – dies sind häufig verwandte Vokabeln, die unter dem

Schutzmantel für die Politik verwendet werden, dem System die Lösung der gerechten und sinnvollen Mittelverteilung zu überlassen. Das Selbstverwaltungssystem ist das beste, was der Politik passieren kann – sie kann es zwar beeinflussen, hat aber nicht selber die Verantwortung dafür zu übernehmen. Die Frage, ob Frau Schmitt wieder Gesundheitsministerin werden sollte, wurde entscheidend daran festgemacht, dass sie es nicht geschafft hatte, in den letzten Monaten vor der Wahl die Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Es ging nicht um eine von ihr gestaltete gute oder schlechte Politik – die Beitragssatzstabilität war das ausschlaggebende Faktum in den Debatten.

Folie 5 und 10

Was geben wir in unserem Land für die Gesundheit aus? Am Bruttosozialprodukt gemessen sind nur noch die USA besser als wir. Aber was bedeutet dies? Ob es zuviel oder zu wenig ist kann letztendlich niemand adjustieren. Es bleibt das Faktum: wir geben sehr viel für Gesundheit aus.

Folie 11

Diese Folie zeigt einen Überblick über die gesamten Versicherungssysteme im Gesundheitswesen. Innerhalb dieses Systems wurden im Jahr 2001 216,6 Mrd. Euro ausgegeben. Der größte Anteil davon wird mit 55,9 % von der GKV (Gesetzlichen Krankenversicherung) eingebracht, die PKV (Private Krankenversicherungsträger) schlagen nur mit nur mit 7,6 % zu Buche. Der mit 11 % angegebene Anteil der „Privaten Haushalte“ betrifft dabei die Zuzahlungen, Kuren, Ausgaben für Gesundheit, die vom Statistischen Bundesamt aufgenommen werden können. Dies an dieser Stelle zur Illustration dessen, was wir für unsere Gesundheit ausgeben.

Folie 14

Ich hatte Ihnen deutlich gemacht, was der Staat mit den Steuern macht – er entlastet sich in Richtung der entsprechenden Krankenkassen (dafür gibt es Nachweise, die ich Ihnen nachher aufführe) d.h. für den Staat, für die Politik bedeutet es: die Steuern sinken – für die KK bedeutet das, dass die Beiträge steigen

Folie 13

Wir haben über die letzten Jahre insgesamt eine sinkende Steuerquote in Deutschland und eine diametral steigende Sozialabgabenquote. Für die Steuern ist der Staat zuständig, für die Kranken- und Sozialversicherungen sind andere Kassen zuständig. Ich will damit sagen: der Staat entlastet sich zuungunsten der Krankenversicherung.

Folie 15

Diese Folie zeigt einige Beispiele, die deutlich machen, wie in den Jahren 2000 / 2001 gesetzliche Regelungen dazu geführt haben (die Neuregelung der Arbeitslosenhilfe wurde verändert und führte dazu, dass weniger Beiträge in die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung kamen: 1,2 Mrd. DM) Es wurden eine Vielzahl von Belastung in Richtung der gesetzlichen Krankenversicherung verschoben: 5,31 Mrd. DM – durch das Kostendämpfungsgesetz 2,6 Mrd. DM.

Folie 16

Die Krankenkassenbeiträge steigen auch durch die Überalterung der Bevölkerung oder wegen des medizinischen Fortschritts – dies sind aber eher unwesentliche Faktoren, sie steigen vor allem (in den letzten 6 Jahren waren es etwa 50 Mrd. DM) durch sachfremde Leistungen, die in die GKV gebracht worden sind. Hätten wir diese Summe heute zur Verfügung, gäbe es das heutige Beitragsproblem nicht. Die Krankenversicherung als Gesamtgemeinschaft ist hier durchaus als Opfer zu bezeichnen. Wann ist die Grenze erreicht ? Wann wacht der durch den Beitrag betroffene Einzelne auf und ruft nach Veränderung? Wann wird diese Opportunitätsgrenze erreicht sein? Bei 16%, 18% oder

bei 20 % ? Im Augenblick scheint es noch nicht soweit zu sein. Es wird aber sicherlich eine neue Unruhe entstehen aus ökonomischen Gründen.

Folie 17

Die unterschiedlichen Beteiligten im System Gesundheitswesen wurden bereits angedeutet:

1. Die Krankenkassen müssen sich mit diesem Beitrag beschäftigen.
2. Die Anbieter, bei denen es um ihre persönlichen Einkommen geht
3. Die Patienten, denen es um Leistungen geht (vielleicht auch um die Beiträge)

Alle haben unterschiedliche Interessen.

1. Die Krankenkassen haben die Solidarität der Mitglieder umzusetzen - sie haben auf Gerechtigkeit zu achten
2. Die Anbieter haben die Optimierung in eigener Sache zum Ziel
3. Der Patient hat das Interesse, die Versorgung für sich zu optimieren – nicht mehr in solidarischer Grundgesinnung, sondern eher nur für sich selbst.

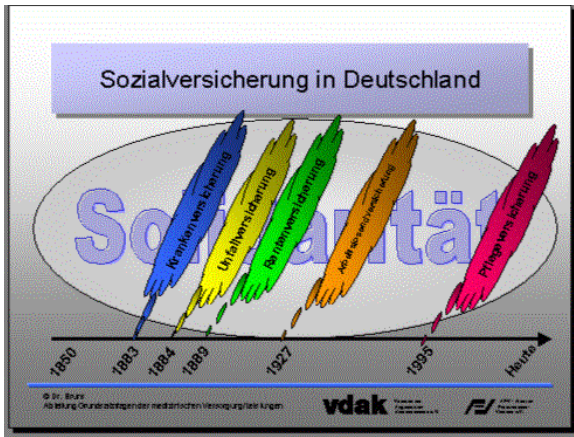
Folie 18

Diese Folie ist sehr abstrakt, versucht aber den Bogen zu dem zu spannen, was die Geschichte der Sozialversicherungswesen gewesen ist. In den Anfängen des Sozialversicherungswesens und auch der Krankenversicherung wurden Hochrisikoerkrankungen abgesichert.

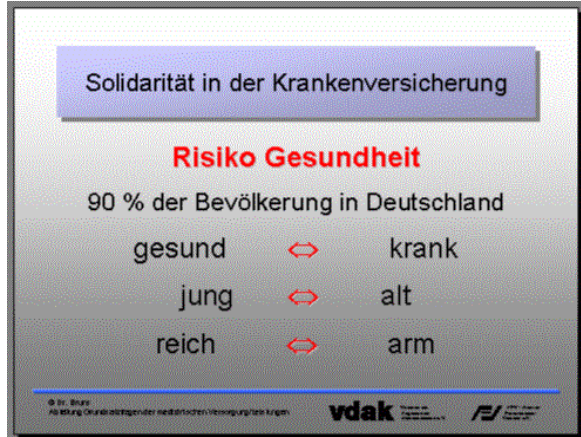
Wir beobachten einen schleichenden Prozess über die Jahre, in dem wir über die GKV auch „Befindlichkeitsstörungen“ absichern. D.h., wir haben viele neue Lasten in unser System aufgenommen. Hier sind nicht die Dialysepatienten gemeint, sondern Leistungen im Bereich von Befindlichkeitsstörungen (Wellness). Es kommt auf Seiten der Versicherten da und dort die Frage auf: bin ich bereit, für Befindlichkeitsstörungen meines Nachbarn meinen Beitrag zu leisten? Die Einstiegsschwelle in das System der Krankenversicherung wird der Bereich sein müssen, worüber verstärkt nachzudenken ist. Wir reden natürlich auch über die Rationierung in Schwerkrankenbereichen (Dialyse / Transplantation) – aber an dieser Stelle liegt nicht das Potential zu sparen. Das eigentliche Sparpotential liegt eher in den unteren Bereichen der Folie. Hier muss selbstkritisch auch auf Seiten der Beitragszahler über eine Entlastung des Gesamtsystems nachgedacht werden, was auch eine Veränderung des Systems zur Folge hätte.

(nicht autorisierte Tonbandmitschrift - red. bearbeitet von H.-B. Hagedorn)

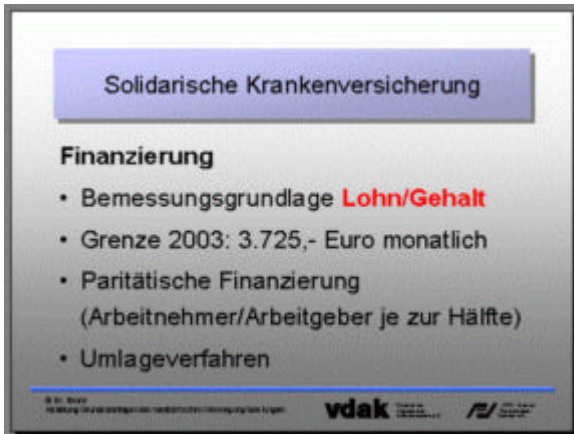
Folien Dr. Bruns



Folie 1



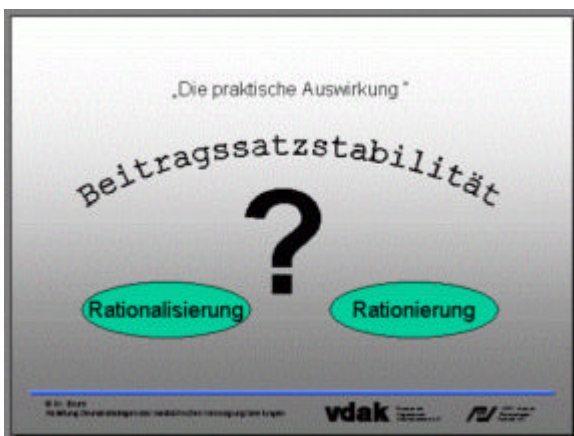
Folie 2



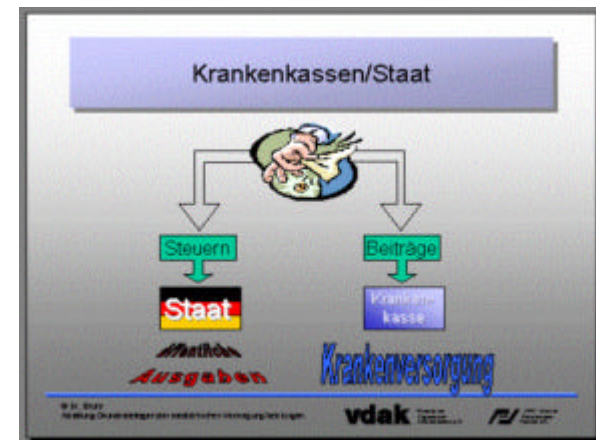
Folie 3



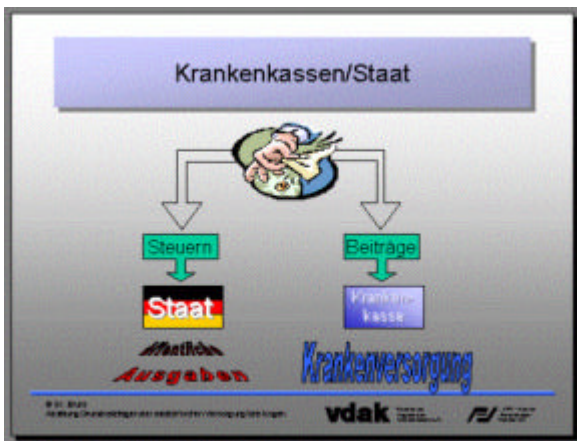
Folie 4



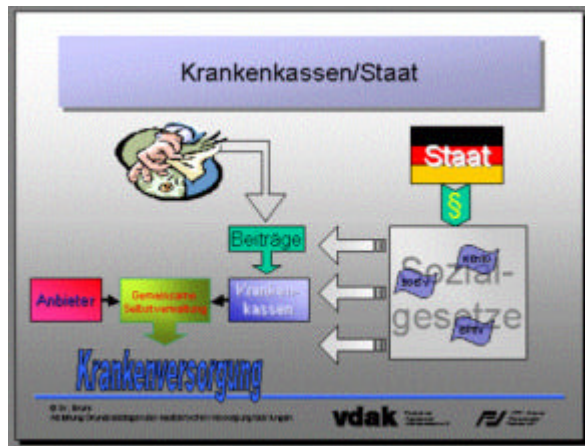
Folie 5



Folie 6



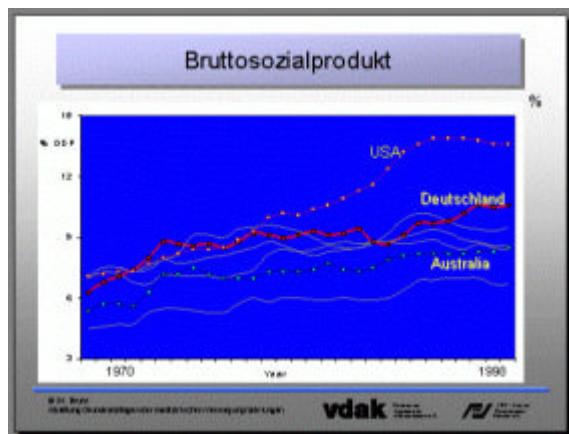
Folie 7



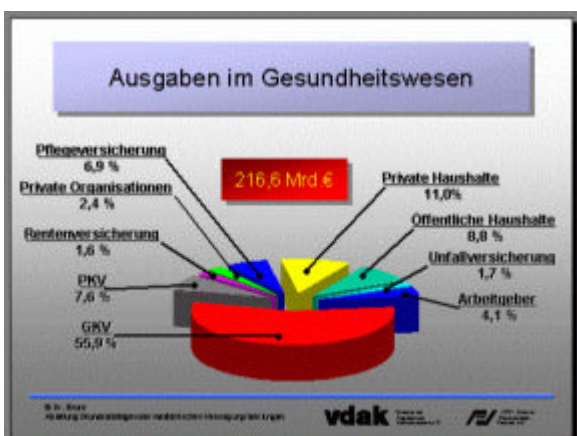
Folie 8

- ### Beispiele für Sozialgesetze
- **Beitragssatzstabilität**
 - **Wettbewerb der Krankenkassen**
 - Ca. 400 Krankenkassen
 - 98% der Leistungen gleich
 - **Krankenkassen-Wahlrecht**
 - Wettbewerb um schlechte Risiken
 - reiner Beitragswettbewerb (Solidarität)
 - entzieht dem „System“ Geld
 - **KK-Geschäftsführerhaftung**

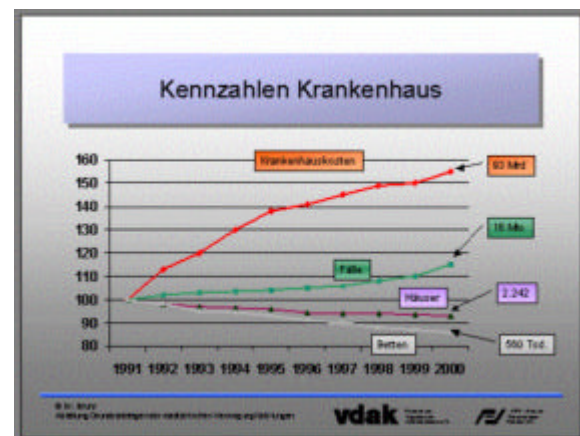
Folie 9



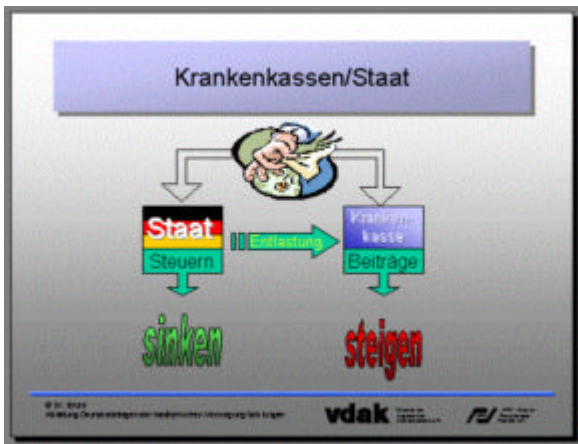
Folie 10



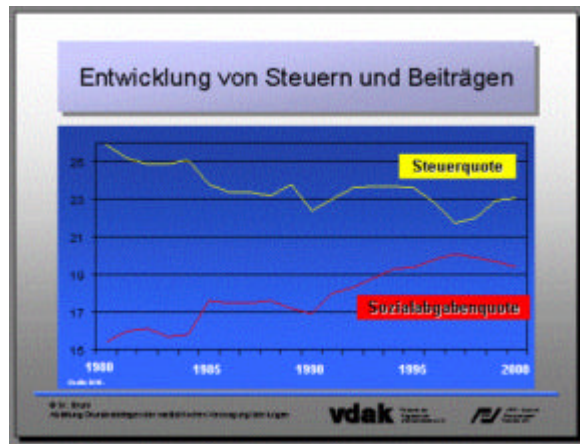
Folie 11



Folie 12



Folie 13



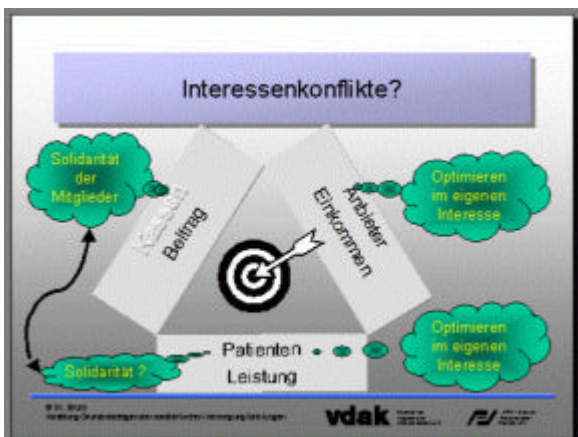
Folie 14

- ### Verschiebebahnhöfe 2001 nach 2002
- Neuregelung der Renten **1,25 Mrd DM**
 - Arbeitslosenhilfe **1,2 Mrd DM**
 - Krankengeld Einmalzahlung **0,80 Mrd DM**
 - Rentenreform **0,50 Mrd DM**
 - Reha-Reform **0,5 Mrd DM**
 - KV-Beiträge Sozialhilfe **0,26 Mrd DM**
 - sonstige **0,80 Mrd DM**
 - Insgesamt: **5,31 Mrd DM**
- © Dr. Bodo Hilbig/Statistik der Bundesagentur für Arbeit vdak

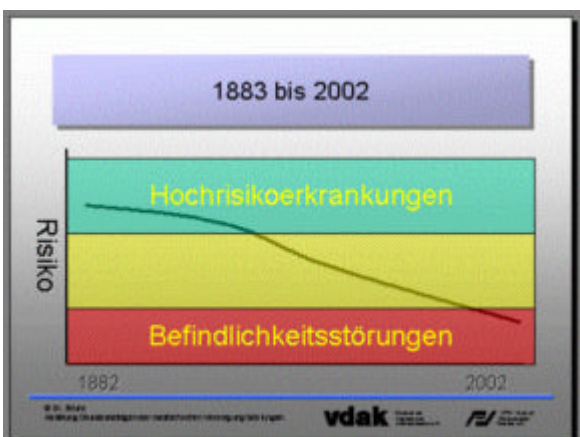
Folie 15



Folie 16



Folie 17



Folie 18