

Zur Gesundung des Krankheitswesens ...**17.2.03**

Interview mit Udo Herrmannstorfer, Sozialwissenschaftler

Wird die Behandlung von Krankheiten in Zukunft noch bezahlbar sein? Wird der Kostendruck zum Verbot von Heilmethoden und -mitteln führen? Kann eine anthroposophisch erweiterte Heilkunst unter solchen Verhältnissen noch betrieben werden? Wenn selbst der ehemalige Gesundheitsminister Horst Seehofer zugibt „Alles ist falsch gelaufen“ (Welt am Sonntag 12.1.03), dann stellen sich erst recht die betroffenen Patienten, Versicherten und Bürger die Frage nach der Gesundung des Krankheitswesens. Grundlegende Reformen werden angemahnt, ein radikaler Kurswechsel wird gefordert; dennoch ist noch kein Vorschlag in Sicht, der geistig, sozial und gesundheitspolitisch befriedigt und als Vision dienen könnte, deren Verwirklichung anzustreben wäre.

Aus einem Arbeitskreis von Menschen aus dem anthroposophischen Heilwesen ist nun ein Arbeitspapier entstanden, mit dem in kurzer Form wesentliche Grundsätze neu zusammengefasst werden, an deren Leitlinien entlang die Bearbeitung der anstehenden Probleme erfolgen könnte. Für dieses Diskussionspapier zeichnet stellvertretend Udo Herrmannstorfer verantwortlich. Als Leiter des Institutes für zeitgemäße Wirtschafts- und Sozialgestaltung ist er sozialwissenschaftlich seit langem mit diesen Fragen beschäftigt; das von ihm mit entwickelte Qualitätsverfahren „Wege zur Qualität“ wird u.a. auch in Krankenhäusern eingesetzt.

Christine Pflug und Ralf Aden, Geschäftsführer der Hamburger Patientenvertretung Victor Thylmann Gesellschaft, führten mit ihm über die Eckpunkte der in dem Thesenpapier „Wege zur Mitverantwortung im Gesundheitswesen“ enthaltenen Vorschläge ein E-mail-Interview.

Sie haben im November vergangenen Jahres ein Diskussionspapier zur Gesundheitsreform veröffentlicht. Wie ist es entstanden und was hat Sie bewogen, damit jetzt an die Öffentlichkeit zu gehen?

Anlass zur Veröffentlichung ist der gegenwärtige Zustand des Gesundheitswesens und seine katastrophalen Prognosen. Die jetzt auftretenden Missstände sind zwar im Kern seit langem bekannt; lange Zeit meinte man aber, mit punktuellen reformerischen Maßnahmen den eingeschlagenen Weg retten zu können. Jetzt spricht selbst Horst Seehofer unter Einbezug seiner eigenen Politik von falschen Reparaturmaßnahmen, von zuviel Lenkung und Bürokratie, von falschen Kostenstrukturen und verschlechterten Versorgungsleistungen. Bei diesen Korrekturen haben viele mit der Zeit die wesentlichen Leitgedanken aus den Augen verloren, die dem Ganzen zu Grunde liegen. Deshalb jetzt dieses Papier. Es beinhaltet nicht einzelne Maßnahmen, sondern versucht eine Art Richtungsbestimmung, will Wegweiser sein.

Das Gesundheitswesen kennt viele Beteiligte, Ärzte, Therapeuten, Pflegende, aber auch Patienten, Bürger, Versicherte, Kostenträger usw. Soll es zu Lösungen kommen, die Zukunft haben, dann müssen sich diese verschiedenen Beteiligtegruppen einigen. Im Sozialpolitischen sind diese Gruppen oft in Standpunkten und Strukturen festgelegt und tun sich äußerst schwer mit einer sachgerechten Verständigung. Das war der Grund, warum sich seit vielen Jahren dieser unpolitische Arbeitskreis gebildet hat, in dem ein solches vertiefendes Erkenntnisgespräch auf der Grundlage realer Erfahrungen der Gesprächsteilnehmer geführt werden kann. Aus diesem Arbeitsklima heraus ist das Papier entstanden. Es wirkt wie ein Anfang, aber es gibt kaum einen Standpunkt, den wir im Laufe der Jahre nicht erwogen und geprüft

haben. Insofern ist es auch eine Frucht dieser Arbeit, die seit langem von dem Kinderarzt Dr. Karl-Reinhard Kummer aus Karlsruhe geleitet wird.

Wie schätzen Sie die momentane Situation des Gesundheitswesens ein? Müssen grundlegende Reformen durchgeführt werden, bei denen Ihr Konzept eine Alternative wäre, oder schleppt sich der Status quo noch eine Weile dahin?

Bevor wir auf die Probleme der inneren Struktur des Gesundheitswesens kommen, möchte ich doch auch einige allgemeine Bemerkungen über die gesellschaftliche Einbettung dieses Bereiches machen. Es werden z.B. Grenzwerte postuliert und pausenlos kommuniziert, die dann zum Maßstab des Volksempfindens und damit auch der Politik mutieren. Wer aber sagt z.B. dass 14 % Krankenversicherungsbeitrag zu viel oder gar „unmöglich“ oder „unverantwortlich“ sind? Der Aufwand für den Umgang mit Krankheiten und Gesunderhaltung, den jeder von uns heute von der Kindheit an bis ins immer höher werdende Alter leisten muss, will und dank der Solidaritätswerke auch kann, ist doch ein Ausdruck von Lebensqualität und nicht von deren Beeinträchtigung. *Sonst müsste jemand einen Weg zeigen können, die Krankheiten selbst abzuschaffen; solange dies aber nicht geschieht, ist die Krankheit ein Bestandteil des menschlichen Lebens und der pflegerische und heilende Umgang mit ihr ein menschlicher Wert.* Die Diskussion wäre schon viel einfacher, wenn es nur um den sachgerechten Umgang mit den finanziellen Mitteln ginge und nicht die dauernde Illusion im Raume stände, man könne sie einfach einsparen.

Eine zweite ständig wiederholte aber ebenfalls unwahre Behauptung wird landauf und landab verkündet: Wir könnten uns die 14 % Krankenkassenbeitrag wettbewerbswirtschaftlich nicht länger mehr erlauben. In einer früheren Publikation, die ich mit Prof. Spehl und Dr. Strawe veröffentlichte, wurde gezeigt, dass es jederzeit steuer- und finanztechnisch möglich wäre, die Sozialausgaben international wettbewerbsneutral zu finanzieren. Damit wäre dieses Argument an sich hinfällig und könnte nicht vorgeschoben werden, den Abbau sozialer Leistungen durch den Staat zu fordern.

Welche Interessengruppen sind denn nach Ihrer Wahrnehmung vor allem zu Ausgleichszahlungen und damit zu grundlegenden Reformen unwillig?

Die Unwilligkeit ist bei allen beteiligten Gruppen vorherrschend, weil man sich wenig Mühe macht, den sozialen Fortschritt zu verstehen. Die *Leistungserbringer* müssen begreifen, dass bei garantierten Leistungsentgelten Einkommen oder Gewinne und Kosten keine allein betriebswirtschaftlichen Entscheidungen mehr sind, sondern der sozialen Diskussion bedürfen. Das verlangt wesentlich mehr Transparenz statt des ständigen Versteckspiels. Die *Leistungsempfänger* müssen lernen, dass man Gesundwerden nicht einkaufen kann, schon gar nicht mit Mengenrabatt, Preisdruck und Skonto.

Das Durchschauen der Unwahrheit beider Behauptungen, „zu hohe Abgaben“ und „Behinderung der Wirtschaft“, ist deshalb so wichtig, weil sie alle gegenwärtigen Diskussionen von vornherein in eine bestimmte Richtung lenken, aus der man sich dann nicht mehr befreien kann. Beispiel: Herr Seehofer spricht von der Notwendigkeit, mehr auf das Prinzip Selbstbestimmung, eigene Verantwortung und Entscheidungsfreiheit zu setzen. Trotzdem landet das Ganze bei der Vorstellung, die größere

Verantwortung würde zu mehr Wettbewerb führen, diese wieder zu mehr Preisdruck und dieser wieder zu einer Verbilligung des Gesundheitswesens. *Solange diese Gefangenschaft der Denkweisen besteht, so lange wird das Durchwursteln andauern.* Das gegenwärtige Problem ist noch nicht einmal dieser unbefriedigende Status quo allein, sondern die Folgen, die die darauf beruhenden Denkweisen im medizinischen Bereich auslösen und zu Standardisierungen und Reglementierungen führen, wie z.B. an der Schulmedizin orientierte Behandlungsleitlinien, Kostenpauschalen in Krankenhäusern usw., was zu Lasten der Patienten geht. Unser Papier will einen Beitrag dazu leisten, diesen Zustand des status quo zu beenden und zwar durch das Aufzeigen konkreter Richtungsänderungen.

Welches sind die wegweisenden Eckpunkte Ihrer Veröffentlichung?

Es sind vor allem vier Schwerpunkte, die wir ansprechen.

1. Erstens betonen wir die *beiden Grundwerte eines modernen Gesundheitswesens: Eigenverantwortung und Solidarität*, die Eigenverantwortung des Menschen für seine Krankheit und die solidarische Mithilfe bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen. Es müssen Regelungen entwickelt werden, dass nicht der eine Wert zu Lasten des anderen geht. Also: Solidarregelungen wie z.B. in der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen nicht zur Beseitigung oder Unterdrückung der Therapiefreiheit führen und umgekehrt darf individuelle Entscheidungsfreiheit nicht zu einer grenzenlosen Selbstbedienung innerhalb der Sozialwerke führen.
2. In welchem konkreten Verhältnis Eigenverantwortung und Solidarität treten sollten, machen wir von den mit einer Krankheit verbundenen Kostenbelastungen abhängig. Wir unterscheiden mehrere Verantwortungsstufen. Die Behandlung leichter Erkrankungen ließe sich aus dem eigenen Einkommen bezahlen; ist man durch einen längeren Krankenhausaufenthalt finanziell unverhältnismäßig hoch belastet (Großrisiko), ist hingegen solidarische Hilfe vonnöten. Für einen Sozialhilfeempfänger z.B. kann das Großrisiko schon bei kleineren Beträgen beginnen.
3. In einem dritten Schwerpunkt befassen wir uns mit der medizinischen Infrastruktur, den für die medizinische Versorgung notwendigen Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen, den erforderlichen Gebäuden, Geräten usw. Wir plädieren dafür, sie aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren, statt sie - nach dem gegenwärtigen politischen Trend - in das freie Spiel der Marktkräfte zu entlassen. Mit der öffentlichen Finanzierung entfielen das falsche Signal zur vorsätzlichen Leistungsausweitung, die Anzahl der Untersuchungen, Behandlungen usw. müsste nicht gesteigert werden, um eine bessere Wirtschaftlichkeit zu erreichen.
4. Eine Neuordnung des Gesundheitswesens in der angedeuteten Richtung bedarf der Mitwirkung aller am Gesundheitswesen Beteiligten. D.h.: In die Beratungs- und Entscheidungsprozesse müssen auch die „Betroffenen“, die Patienten/Versicherten/Bürger einbezogen werden. Gegenwärtig entscheiden z.B. Ärzte- und Krankenkassenvertreter ganz allein darüber, welche Leistungen auf Chipkarte in Anspruch genommen werden dürfen und welche nicht. Dass eine assoziative Zusammenarbeit gleichberechtigter Bürger und Leistungserbringer patientennah auf regionaler Ebene erfolgen sollte, versteht sich von selbst.

Lassen Sie uns aus der Fülle der Vorschläge die beiden Grundwerte Eigenverantwortung und Solidarität näher betrachten. Wie sollte Solidarität im Gesundheitswesen konkret erfolgen?

Wir haben das wie folgt beschrieben: „Wo das Einkommen zu gering ist bzw. wenn die Krankheitskosten den Erkrankten unverhältnismäßig belasten, greift der Sozialausgleich in Form von Zahlungen einer solidarischen Krankheits-Ausgleichskasse. Die für diese Solidarzahlungen notwendigen Gelder müssen in Form einer gesellschaftlichen Umlage erhoben werden, an der alle Bürger ohne Ausnahme teilnehmen. Die Solidarpflicht entsteht dabei aus der Tatsache des Mitbürgertums, deshalb ist das Argument, dass jemand befreit wird, weil er keine Solidarleistungen benötigt oder beansprucht, im Grundsatz falsch und dreht den Tatbestand vollständig auf den Kopf.“

Ihre Einnahmen erhält die Solidarkasse also von allen Bürgern. Ihre Ausgaben sollen nicht länger mehr als kostenlose Leistungen auf Chipkarte, sondern durch Kosterstattung erfolgen. Was ist dazu der Hintergrund?

Es gilt, die Therapiefreiheit zu sichern, und zwar auf allen Verantwortungsstufen. Wir leben ja in einer Zeit, wo es gerade in den zentralen Fragen des Menschseins – und Krankheit bzw. Gesundheit sind eine der zentralen Fragen - keine verbindlichen Anschauungsgrundlagen mehr gibt. Das Bild vom Menschen reicht vom Geschöpf Gottes bis zum darwinistischen Erfolgsmodell eines Affen, vom Zusammenklang von Geist, Seele und Leib bis zur wandelnden chemischen Fabrik. Es ist doch deutlich, dass daraus kein allgemeines medizinisch-therapeutisches Verhalten mehr allgemein verbindlich abzuleiten ist. Dieser Pluralismus menschlicher Auffassungen ist auch verfassungsmäßig garantiert. In der allgemeinen Ökonomie hat man daraus die Konsequenzen gezogen: Dort entscheidet jeder Marktteilnehmer völlig autonom, wofür er sein Geld ausgibt, auch wenn es der nächste für Unsinn oder Verschwendung hält. Im Gesundheitsbereich dagegen wird noch immer für den Solidarbereich (für die gesetzliche wie private Krankenversicherung) eine Inhaltsdiskussion geführt, innerhalb derer die einen den anderen vorschreiben möchten, was für sie gut ist. Diese vormundschaftliche Medizin der gesellschaftlichen Mitbestimmung findet ihre wichtigste Stütze in dem Argument, dass schließlich doch alle mitbezahlen müssten. Das ist ein Missbrauch des Solidarprinzips und in der Gewährung von Sachleistungen liegt ihre Kontrolle. Durch die von uns vorgesehene finanzielle Hilfe hingegen, wird die freie Therapiewahl gewährleistet.

Wenn wir nun auf die Eigenverantwortung schauen. Sind wir als Patienten und „potentiellen“ Patienten nicht zunehmend mehr gefordert, uns zu engagieren?

Es muss in viel stärkerem Masse als bisher das Mitwirkungsprinzip zum Tragen kommen. Es ist ja auch medizinisch so, dass immer mehr erkannt wird, dass ein Patient nicht einfach nur ein passiver Medizinschlucker ist, sondern den Heilungsprozess und noch mehr den Gesunderhaltungsprozess selbst leisten oder mitleisten muss. Damit wird deutlich, dass die Medizin gerade vor der *Aufgabe* der Individualisierung steht entgegen der jetzt vorherrschenden Generalisierung. Das wird allerdings nur zum Leben kommen, wenn Bürger bzw. Patienten solche Verhältnisse aktiv und eigenverantwortlich mit aufbauen können, in denen sie ihre Anliegen wieder finden. Nicht mehr Markt und damit mehr Druck, aber auch nicht eine flächendeckende Planung des Gesundheitswesens mit dem, was „man“ für das Beste hält, sondern mehr verantwortliche Zusammenarbeit in gemeinsamen Aufgabenstellungen ist die Antwort auf das Ernstnehmen mündiger Menschen.

So wären nach unseren Vorschlägen in den regionalen assoziativen Organen alle am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen vertreten: Bürger/Patientenvertreter, Ärzte, Pflegende und weitere Leistungserbringer und die Krankenkassen. Sie ermitteln gemeinsam z.B. den Bedarf und den möglichen Umfang an Infrastruktur. Für die Bürger-/Patientenvertreter werden zunehmend Lern- und Qualifizierungsprozesse erforderlich, um gestaltungs-, beratungs- und entscheidungsfähig zu werden.

Führt nicht die angestrebte freie Therapiewahl zu einer Explosion der Kosten, die dann keiner mehr bezahlen kann? Überfordern wir damit nicht die Solidari-tätsbereitschaft?

Gerade deshalb haben wir ja die Verantwortungsstufen eingeführt. Wenn der Patient Verantwortung für seine Gesundheit und Krankheit übernimmt, zählen auf einer ersten Stufe die Gesundheitskosten zu den Kosten der persönlichen Lebenshaltung. Erst ab einer bestimmten Einkommens-Belastungsrelation wird die solidarische Ausgleichskasse helfen, zu deren Finanzierung wir alle Mitglieder der Gesellschaft hinzu bitten möchten. Es sei noch einmal daran erinnert, dass das Krankenkassenwesen seine Wurzeln in der Einkommenshilfe (z.B. in Form der Kostenerstattung) hat und nicht in der medizinischen Bevormundung der Versicherten durch Sachleistungen. In dem Bereich der finanziellen Eigenverantwortung, der unterhalb des Solidarbereiches liegt, ist die Bildung freiwilliger Solidaritätsgemeinschaften denkbar, wie z.B. der Samarita- oder Artabana-Gruppen, in denen Menschen schon jetzt in überschaubarer Gruppengröße den solidarischen Umgang mit Gesundheit und Krankheit üben. Auch wird der Solidarbereich nach oben hin eine Begrenzung finden müssen, die fallweise variieren kann. Ein Beispiel kann die unverhältnismäßig große Beanspruchung aller möglichen medizinischen Leistungen sein. Fragen der jeweiligen Grenz-ziehung, die viele ethische Fragestellungen berühren, liegen dann in der Obhut der assoziativen Organe.

Also von einer beliebigen Anspruchsautomatik kann keine Rede sein, deshalb sprechen wir von Verantwortungsstufen.

Ich möchte zum Schluss noch einmal darauf hinweisen, dass die Lösung der anstehenden Probleme nur in dem Maße gelingen kann, wie der Mut zu (Denk-) Richtungsänderungen um sich greift und Gestaltungsräume eröffnet werden, in denen das jeweils angemessene Ins- Verhältnis-Setzen von Eigenverantwortung und So-lidarität praktisch erprobt werden kann. Und es bedarf der mutigen Bürger und Pati-enten und der anderen Beteiligten an dem Gesundheitswesen, die diese Räume dann auch gestalterisch ergreifen.

Dieses Interview wurde veröffentlicht in:

- Ausgabe März 2003 des *hinweis* (Veranstaltungskalender von Einrichtungen auf anthroposophischer Grundlage im Raum Hamburg)
- Ausgabe Juni 2003 von *Trigonal* (Veranstaltungskalender für das Rhein-Main Gebiet)
- Ausgaben August 2003 von *Trigonal Stuttgart* und *Triolog*