ÄRZTETAG 2003

Gesundheit im Abseits?

Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag

Dokumentation

Erzbistum Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag 2

Prof. Dr. med. Eggert Beleites

Ökonomische Indikation versus medizinische Indikation – eine Gefährdung des Heilungsauftrages? 6

Prof. Dr. theol. Stephan Ernst

Was dürfen Kranke kosten? Kriteriensuche aus theologisch-ethischer Sicht 15

Hildegard Müller MdB

Gesundheitsreform 2003 – erst der Anfang 28

Biographische Hinweise zu den Referenten 36

Dokumentationen der Ärztetagung 37

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat

Hauptabteilung Pastorale Dienste

Redaktion: Dr. Werner Sosna

Domplatz 3

33098 Paderborn

Gesundheit im Abseits?
Vom Einfluss der Ökonomie
auf den ärztlichen Heilungsauftrag

Eröffnungsworte

von Erzbischof Hans-Josef Becker

Vor gut einem Jahr begrüßte ich Sie von dieser Stelle aus noch im Amt des Diözesanadministrators - heute heiße ich Sie als neuer Erzbischof von Paderborn zu unserer diesjährigen Ärztetagung »herzlich willkommen«! Es ist mir eine besondere Freude, dieser Tagung auch weiterhin den hohen Stellenwert für unser Erzbistum garantieren zu können, den sie während der Zeit von Erzbischof Kardinal Degenhardt schon innehatte. Denn es ist offensichtlich, dass die fortschreitende Komplexität unserer gesellschaftlichen Lebensräume den Aufbau gemeinsamer Perspektiven vielerorts erschwert. Zugleich ist es eine unabdingbare Notwendigkeit, auf solche Perspektiven hin zu arbeiten. Daher begrüße ich dieses traditionsreiche interdisziplinäre Forum, das den Dialog zwischen den in der medizinischen Praxis stehenden Ärzten, den in gesellschaftlicher Verantwortung handelnden Politikern und die von unserem christlichen Menschenbild her motivierte Ethik befürwort. Ich sehe hier die sozialethische Verantwortung der Kirche, sich den Fragen und Herausforderungen der konkreten gesellschaftlichen Situation zu stellen und sich an der Suche nach Lösungsansätzen zu beteiligen. Es muss für uns alle nachvollziehbar werden, welche Entwicklungen ethisch verantwortungsvoll bejaht und von hier her erst ihre gesellschaftliche Legitimität erfahren - weil sie dem Menschen dienen und ihn in Gesundheit und Krankheit in seinem Selbstwert zu stützen bereit sind. Die deutsche Bischofskonferenz, hier die Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und die Kommission für caritative Fragen, hat diesen Aspekt mit Nachdruck formuliert: »Voraussetzung und ständiger Begleiter für die Neuordnung des Gesundheitssystems ist die Auseinandersetzung mit der Frage, was menschlich, sozial, ethisch verantwortungsvoll, gerecht und kostenbewusst ist.«[1]

[1] Die deutschen Bischöfe, Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen, Kommission für caritative Fragen: Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem (Nr. 27), Mai 2003 , S. 26

Ein solcher Gedanke als ethisches Postulat der Kirche mag manchem anachronistisch erscheinen, da die öffentliche Diskussion schon längst angefangen hat, Grundwerte des menschlichen Lebens zur Disposition zu stellen. Ich betrachte diese Entwicklungen mit großer Sorge, denn sie bergen die Gefahr, dass die Achtung vor dem menschlichen Leben in allen Phasen seiner Entwicklung zur Disposition gestellt werden kann. Oft ist es nur ein kleiner Schritt, um von dieser Position aus weitere, bislang nicht beachtete Fallgruppen ausfindig zu machen und ihnen ein Risiko für eine gesellschaftliche Belastung zu unterstellen. Es lässt sich heute schon fragen: Wer wird morgen dazu gehören?

Im Blick auf das Thema unserer heutigen Tagung möchte ich an dieser Stelle wenigstens kurz auf die beiden Kriterien Personalität und Solidarität eingehen: »Im Zentrum aller Bemühungen des Gesundheitssystems und auch aller Überlegungen zu seiner Reform muss die Sorge um den kranken Menschen stehen. Seine Versorgung mit Gesundheitsleistungen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft ist sicherzustellen. Dabei muss das Gesundheitssystem im Fall einer Gefährdung durch Krankheit die Würde des Menschen, die auf seiner Personalität beruht, bewahren. Es muss seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichern und ihn vor Verarmung und Not durch die finanziellen Folgen einer Behandlung schützen.«[2]

Dabei wissen wir, dass die Sicherung eines solchen Standards durch die Gesundheitsversorgung unter den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen im Kern eine Frage des Geldes ist. Die ökonomischen Zwänge sind unübersehbar. Und so ist die Debatte in den zurückliegenden Monaten und Jahren über Reform und neue Modelle der Gesundheitsversorgung in unserem Land unausweichlich ökonomischer Natur. Gesundheit - genauer: die Wiederherstellung dieser Gesundheit - ist im Blick auf Diagnose und Therapie ein Kostenfaktor. Während die medizinische Versorgung heute eine Qualität in Diagnose und Therapie erreicht hat, die früheren Generationen unvorstellbar schien, führt diese Situation zugleich in das Dilemma der Finanzierbarkeit der damit verbundenen ärztlichen Leistungen. Es ist offensichtlich: Die enormen medizintechnischen Erfindungen zum Wohle des Patienten haben - im strengen Sinne des Wortes - ihren Preis. Die knapper werdenden Ressourcen werfen ihre Schatten auch auf die alltäglichen medizinischen Versorgungsprozesse.
Umso dringender gilt die besondere Sorge der Kirche jenen, »die in Gefahr sind, aus dem solidarischen Gesundheitssystem ganz heraus zu fallen und

[2] Ebd., S.8

ausgeschlossen zu werden. Zum Zeugnis für Gott, dessen besondere Aufmerksamkeit den Schwachen und Ausgeschlossenen gilt, gehört es für die Christen und die Kirche, gerade jenen gegenüber solidarisch zu sein, die nur wenig oder nichts zur Solidargemeinschaft beizutragen haben[3].

Die gesellschaftliche Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens hat gezeigt, dass der in ökonomischer Hinsicht notwendige Zwang zum Sparen aber auch gravierende Auswirkungen auf das Verhältnis Arzt - Patient haben kann. Der erst vor wenigen Monaten geäußerte Hinweis auf eine mögliche Einschränkung der Gesundheitsversorgung für alte Menschen verdeutlicht, wie schnell ethisch unverantwortliche Grenzziehungen vorgenommen werden.

Es erinnert an jene Situation bei manchen japanischen Bergvölkern, in der die alt und gebrechlich gewordenen Eltern das Haus ihrer Kinder verlassen mussten und sich selbst dem Hungertod überantworteten, um der Familie nicht mehr zur Last zu fallen und so das Überleben der übrigen Familienmitglieder zu ermöglichen[4]. Doch es ist gerade die Ethik, die uns darauf hinweist, dass kulturelle, soziale, medizinische und technische Entwicklungen hier ihren Beitrag zu leisten haben, um solche unmenschliche Formen im Zusammenleben der Generationen obsolet zu machen. Wollen wir dahin wirklich zurück, Menschen im Sinne ihrer gesellschaftlichen und finanziellen Leistungsfähigkeit zu klassifizieren und ihr Daseinsrecht davon abhängig werden zu lassen? Natürlich wissen wir, dass die höhere Lebenserwartung zusammen mit dem medizinisch-technischen Fortschritt dazu führt, dass Leistungen länger und im steigenden Ausmaß in Anspruch genommen werden[5]. Aber soll diese Situation dazu führen, sich der notwendigen Unterstützung zu verweigern? Nein, denn es macht gerade die Humanität des Menschen aus, dass er sich nicht schlechthin gleichgültig gegen Not der Mitglieder in dieser Gesellschaft verhält, in der er selber lebt. Deshalb sind andere, menschendienlichere Antworten gefragt.

Vor vier Jahren hatte Prof. Römelt aus Erfurt eindringlich auf die Folgen eines solchen Perspektivenwechsels aufmerksam gemacht: »Wird der ökonomische Aspekt zur vorrangigen Perspektive des Gesundheits-

---

[3] Die deutschen Bischöfe, Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen, Kommission für caritative Fragen: Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem (Nr. 27), Mai 2003 , S. 11

[4] Zu diesem Beispiel vgl. Annemarie Pieper, Einführung in die Ethik, Basel 1994, S. 33

[5] Vgl. Udo Schneider, Kostenfalle Gesundheitswesen? Ökonomische Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitssicherung, in: zur debatte. Themen der katholischen Akademie in Bayern, Heft 4 / 2003

systems, ist es schwer zu verhindern, dass angesichts des unterschiedlichen Versorgungsaufwandes und variierender finanzieller Belastungen ... Vermeidungs- und Umgehungsstrategien die Oberhand gewinnen werden. Der Gedanke, wie komplizierte und schwierige finanzielle Belastungen vermieden werden können, wird zur Frage, wie man sich vor Patienten mit einer komplexen und ungünstigen Diagnose schützen kann.«[6]

Diese Überlegungen veranschaulichen, dass die Frage der Verteilungsgerechtigkeit nicht nur den Bereich kosten*günstige* oder kosten*ungünstige* Patientengruppe berührt, sondern über die hier zu treffende Entscheidung auch Einfluss auf das ärztliche Ethos nehmen kann. Vor diesem Hintergrund ist unser diesjähriges Thema gewählt worden:

Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag.

[6] Josef Römelt, Zu den kulturellen Rahmenbedingungen der gegenwärtigen Konflikte im Gesundheitswesen, in: Dokumentation der Ärztetagung des Erzbistums Paderborn 1999: Was ist uns der Mensch wert?, hier S. 5

Ökonomische Indikation versus medizinische Indikation – eine Gefährdung des Heilungsauftrages?

von Eggert Beleites

Lange Jahre schien die medizinische Versorgung in Deutschland fast grenzenlos zu sein. Sie war durch einen freien Zugang zum Versorgungssystem für alle gekennzeichnet. Weiterhin zeichnete sich das deutsche Gesundheitswesen durch eine bedarfsorientierte Finanzierung und durch kräftigen Zuwachs (Dialyse, Transplantationsmedizin oder Herzchirurgie) aus. Eine direkte finanzielle Steuerung fehlte und der medizinische Fortschritt diffundierte teilweise ungeprüft in das Versorgungsgeschehen hinein.

Die Zeiten haben sich geändert. Noch nie seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland gab es so deutliche und öffentlich diskutierte Zeichen für die Notwendigkeit einer völligen Umstrukturierung unserer Sozialsysteme. Erinnert sei hier nur an die Termini „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“. Diese Veränderungen werden sich mit Sicherheit noch mehr auf den ärztlichen Heilungsauftrag auswirken als es die bisherige Ökonomisierung des Gesundheitswesens bereits getan hat. Wir Ärzte werden künftig besonders darauf achten müssen, dass die Versorgung der Bevölkerung durch die vordergründige Betonung der Ökonomie nicht ungerechtfertigt schlechter wird.

Die zunehmende Ökonomisierung gefährdet allein deshalb unseren Heilungsauftrag, weil wir Ärzte zunehmend gezwungen werden, unsere Entscheidungen immer weniger nach medizinischen Kriterien auszurichten. So werden beispielsweise Klinikärzte zur Zeit von den Krankenhausverwaltungen geschult, wie die DRG´s, also die diagnosebezogenen Fallpauschalen, die es ab 2004 in den Krankenhäusern geben wird, optimal nach finanziellen Gesichtspunkten ausgenutzt werden können. Ziel dabei ist es, möglichst ökonomisch hochwertige und dazu noch viele relevante Diagnosen einzutragen. Protestieren die Ärzte, dann heißt es, wenn es nicht gelingt, das System sinnvoll auszunutzen, müsste wegen zu geringer Einkünfte Personal abgebaut werden und am Ende würden dadurch die Patienten noch schlechter versorgt werden.

Ein weiteres Beispiel für das Wirken ökonomischer Zwänge sei aus meiner eigenen Arbeit als Hals-Nasen-Ohren-Arzt genannt. Wenn wir heutzutage einen Kehlkopftumor mit dem Laserstrahl über den Mund operieren, ohne dabei den Hals von außen aufschneiden zu müssen, dann stellt dies für die Patienten einen großen Gewinn gegenüber früheren Methoden dar. Allerdings besteht dabei auch immer die Gefahr postoperativer Verschwellung mit folgender Atemnot oder einer Nachblutung mit Erstickungsgefahr. Diesen Gefahren begegnet man am einfachsten mit einem Luftröhrenschnitt. Die Patienten bitten selbstverständlich immer wieder darum, auf die Tracheotomie zu verzichten. Meist kommen wir den Patienten entgegen, aber nur mit großer Sorge und besonderen Vorkehrungen für die Überwachung. Nach Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen bekommen wir für eine Kehlkopftumoroperation ohne Tracheotomie ca. 2000 Euro und für eine mit Tracheotomie (sie ist in Australien Indikator für Intensivmedizin und die ist eben sehr teuer) ca.10 000 Euro. Wofür wird man sich entscheiden, zumal die Tracheotomie medizinisch durchaus vertretbar ist?

Nun ist es aber nicht so, dass die Ökonomie erst in den letzten Jahren Einzug in unser Medizinsystem gefunden hat. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt schon lange. Nach dem Sozialgesetzbuch V, Paragraph 12, heißt es: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Konkret bedeutet dies, dass Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, Versicherte nicht beanspruchen dürfen, Leistungserbringer nicht bewirken und Krankenkassen nicht bewilligen dürfen. Bisher konnten Ärzte und Patienten mit diesem Gebot gut leben, angesichts der Lage im Gesundheitswesen wird es immer schwieriger werden.

Probleme im deutschen Gesundheitswesen

Ohne Frage hat Deutschland heute erhebliche finanzielle Probleme im Gesundheitswesen, die ihren Grund sowohl in weniger werdenden Einnahmen als auch in zunehmenden Ausgaben haben: So sinken die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die negative Grundlohnsummenentwicklung. Immer wieder musste in den vergangenen Jahren das Gesundheitsministerium verkünden, dass im jeweils letzten Quartal die Einnahmen im GKV-Bereich zurückgegangen sind. Wegen der hohen Arbeitslosigkeit und der bereits genannten ungünstigen Grundlohnsummenentwicklung, an die die Beitragshöhe gekoppelt ist, nehmen die Kassen einfach zu wenig ein.

Da die moderne Medizin ständig neue Möglichkeiten erfindet und bereit hält, steigen die dafür erforderlichen Ausgaben. Medizinentwicklung schreitet ständig fort und kennt keine Grenzen, weil wir alle maximal an Weiterentwicklung interessiert sind, nämlich an rascher und möglichst vollständiger Gesundung. Bedarf und Bedürfnis folgen zudem immer der Quantitäts- und Qualitätssteigerung des Leistungsangebotes. Zu den Medizininnovationen kommt gleichfalls die heutige höhere Lebenserwartung der Menschen, die - so erfreulich sie ist - zu mehr Ausgaben im Gesundheitssystem führt.

Insbesondere die Diskrepanz von Einnahmen und Ausgaben hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass unser Gesundheitssystem zu einer Dauerbaustelle geworden ist. Schon mehrere Gesundheitsministerinnen bzw. –minister haben sich in ihrer Amtszeit um die Sanierung des Systems bemüht. Die dabei immer wieder grundsätzlich diskutierten Reparaturmaßnahmen sind schnell genannt: Dies ist die Vermehrung der Einahmen durch Beitragserhöhungen, durch die Einführung bzw. Erhöhung der Zuzahlungen sowie durch die Verbreiterung der Einnahmenbasis. Andere Maßnahmen zielen auf die Senkung der Ausgaben ab.

Möglichkeiten zur Lösung der Ausgabenprobleme

Die Senkung der Ausgaben ist generell auf vier Wegen möglich, nämlich mit

1. Sparen durch **Abbau von Verschwendung**,
2. Zentralisation und Automatisierung – **Rationalisierung**,
3. Mehr **Wettbewerb**,
4. Begrenzung des Leistungsangebots - **Rationierung.**

1. Sparen durch Abbau von Verschwendung

Sparen kann man durch sorgsameren Umgang mit Gesundheitsleistungen und Leistungsanforderungen sowie durch eine Reduzierung von Doppeluntersuchungen. Dass Doppeluntersuchungen aus Honorargründen der Regelfall sind, bleibt eine unbewiesene Behauptung. Verstöße im Einzelfall müssen abgestellt werden, wesentliche Einsparungen wird man dadurch nicht erreichen. Darüber hinaus können Doppeluntersuchungen manchmal sehr sinnvoll sein!

Eine weitere Sparmassnahme liegt im Verzicht auf so genannte unnötige Leistungen. Unnötige Maßnahmen könnten prinzipiell über eine Festlegung dessen, was "medizinisch notwendig ist", aus der solidarischen Finanzierung herausgenommen werden. Nur ist eine Definition von "medizinisch

notwendig" oder "nicht notwendig" ausgesprochen problematisch, ganz besonders, da solche Kriterien generell gelten und den sich ständig wandelnden Erkenntnissen angepasst werden müssten. "Medizinisch notwendig" oder "nicht notwendig" ist auch sehr vom individuellen Empfinden sowohl des Arztes, als auch des Patienten abhängig.

Zudem ist eine Verordnung der billigsten, d.h. gerade eben noch vertretbaren Präparate denkbar. In welchem Umfang dadurch gespart werden kann, ist ebenso fraglich wie die Wirksamkeit der geplanten gesetzlichen Regelungen gegen die so genannte Verschwendung. Eine Verordnung, die sich in erster Linie nach Preis und nicht nach medizinischen Gesichtspunkten richtet, ist aufwendig für die Ärzte, unbefriedigend für die Patienten und aus der Sicht der Pharmaindustrie kontraproduktiv für die Entwicklung.

Auch eine Reduzierung der Haftpflichtproblematik gehört in den Katalog der Sparmaßnahmen. Die ausufernde Haftpflicht trägt wesentlich zur medizinisch nicht indizierten Ausweitung von Leistungen (so genannte Defensivmedizin) bei. Dagegen sind noch keine wirksamen Regelungen formuliert worden.

2. Sparen durch Rationalisierung

Rationalisierung in der Medizin bedeutet wie in der Industrie die Zentralisation und Automatisierung von Arbeitsabläufen. D.h.
- die Einrichtung großer, auch ambulanter Gesundheitszentren,
- die stärkere Konzentration der Krankenhäuser sowie
- der Ausbau von überregionalen Diagnostik- und Therapiezentren.

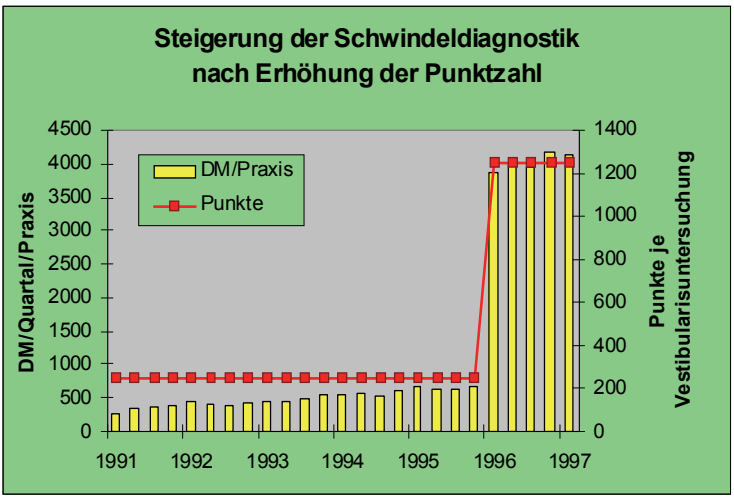
Gerade das will die Bevölkerung aber nicht. Sie möchte wohnortnahe und individuelle Zuwendung.

Eine konsequente Rationalisierung steht übrigens bei genauer Betrachtung dem Ruf nach dem Vorrang ambulanter vor stationärer Medizin aus Kostengründen entgegen, denn die verbreitete Annahme, ambulante Medizin sei automatisch billiger als stationäre, ist falsch. Ambulant heißt zunächst einmal nichts weiter als Dezentralisation:
Denn eine Visite bei acht Patienten in nur einem Zimmer wird immer preiswerter sein als acht einzelne Hausbesuche. Ambulant ist sicher angenehm und wünschenswert, bedeutet aber auch Verlagerung von Arbeit auf den Endverbraucher, auf den Patienten und seine soziale Umgebung: Reinigung, Pflege, Ernährung, Zuwendung und ähnliches werden sozusagen „kostenlos“ von den Angehörigen übernommen, dadurch kann ein Teil der sehr hohen Krankenhausbettkosten „gespart“ werden.

Die unmittelbar für die Solidargemeinschaft anfallenden Kosten werden zwar so vermindert, gesamtgesellschaftlich gesehen werden die Kosten durch die Verlagerung in den ambulanten Bereich aber nicht reduziert.
Zu bedenken ist auch, dass man eine zuwendungsintensive Betreuung, die immer vehementer gefordert wird, nicht automatisieren und zentralisieren kann! Die Zuwendungsmedizin entzieht sich der Rationalisierung. Grundsätzlich ist natürlich davon auszugehen, dass in einem so großen Wirtschaftzweig, wie ihn die Medizin darstellt, immer wieder Rationalisierung möglich sein wird, doch wird sich der Spareffekt in Grenzen halten.

3. Mehr Wettbewerb

Ärzte müssen schon immer marktwirtschaftlich agieren, um das Überleben ihrer Praxis oder des Krankenhauses zu sichern. Ein gutes Beispiel hierfür ist die 1996 innerhalb eines Quartals registrierte sprunghafte Zunahme der Indikation zu Gleichgewichtsprüfungen in den ambulanten Praxen. Vom 4. Quartal 1995 zum 1. Quartal 1996 stieg die durchschnittliche Zahl der durchgeführten Gleichgewichtsprüfungen / Praxis von 25 auf 120. Es war kurz zuvor für diese Diagnostik eine deutliche, sicher auch sehr berechtigte Verbesserung der Honorierung beschlossen worden. Der Zusammenhang von Ökonomie und ärztlichem Heilungsauftrag war hier eklatant. Es kam prompt zu einer Ausweitung ärztlicher Leistungen. Der Begriff von „notwendig“ wurde offensichtlich weiter gefasst.



Auch wenn marktwirtschaftliches Denken im Gesundheitssystem notwendig ist, unterscheidet sich dieses generell von anderen Marktstrukturen.

Auf dem Gesundheitsmarkt gibt es, sieht man von den individuellen Gesundheitsleistungen ab, zwischen Anbietern und Nachfragern, also Kunden, nicht nur den Preis als Regulierungsinstrument, sondern gleichfalls Staat und Kassen als regulierende Größen, die in das Marktgeschehen eingreifen und über Art, Menge und Qualität der Leistung mit bestimmen können. Darüber hinaus ist unser Gesundheitssystem solidarisch finanziert und das Konsumgut Gesundheit ist nur begrenzt beeinflussbar und frei wählbar wie beispielsweise eine Kaffeesorte. Dies ist der entscheidende Grund dafür, dass unser Gesundheitswesen eben nicht nach rein marktwirtschaftlichen Kriterien ausrichtet werden sollte und der Slogan „mehr Wettbewerb“ eben nicht verfängt. Eine reine marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitswesens wäre schlichtweg eine Katastrophe, weil eben dann nur noch das angeboten wird, was häufig nachgefragt wird und womit viel Geld zu verdienen ist. Therapie und Diagnostik seltener Krankheiten würde es dann nicht mehr geben. Dies zeigt sich teilweise heute schon in der Pharmabranche, die rein marktwirtschaftlich funktioniert. Denken wir nur an die aus Kostengründen unterlassenen Testungen vieler Medikamente für den Einsatz bei Kindern.

4. Sparen durch Begrenzung des Leistungsangebotes (Rationierung)

Sparen kann man auch dadurch, in dem man das Leistungsangebot begrenzt und von Leistungsausweitung und Medizinentwicklung absieht. Aber diese Option wird von der Bevölkerung abgelehnt, weil sie ein sehr hohes Interesse an leistungsstarker Medizin hat. Solch ein Weg dürfte deshalb politisch kaum durchsetzbar sein. Eines der spektakulärsten Beispiele aus der letzten Zeit dafür waren die Aussagen des Vorsitzenden der Jungen Union, Philipp Missfelder. Missfelder hatte geäußert: „Ich halte nichts davon, wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekommen. Früher sind die Leute auch auf Krücken gelaufen.“ Damals ging ein Schrei des Entsetzens durch unser Land.
Leistungseinschränkungen im Sinne eines schmerzlichen Vorenthaltens dringend notwendiger medizinischer Maßnahmen (Rationierungen im engeren Sinn) werden zwar immer wieder heimlich versucht, sind bisher glücklicherweise kaum toleriert worden.

Da durch die Abschaffung von sog. Verschwendung nur wenig gespart werden kann, Rationalisierung im Gesundheitswesen immer nur sehr begrenzt möglich sein wird und der medizinische Fortschritt sich nicht

aufhalten lässt, wird die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben trotz aller Kostendämpfungsmaßnahmen weiter auseinander gehen. Vor diesen Fakten sollten wir alle die Augen nicht verschließen.

Die sich aus diesem Dilemma ergebende Kardinalfrage für das künftige Gesundheitssystem lautet: "Was will und sollte sich unsere Bevölkerung bezüglich der solidarisch finanzierten Medizin zukünftig leisten?"

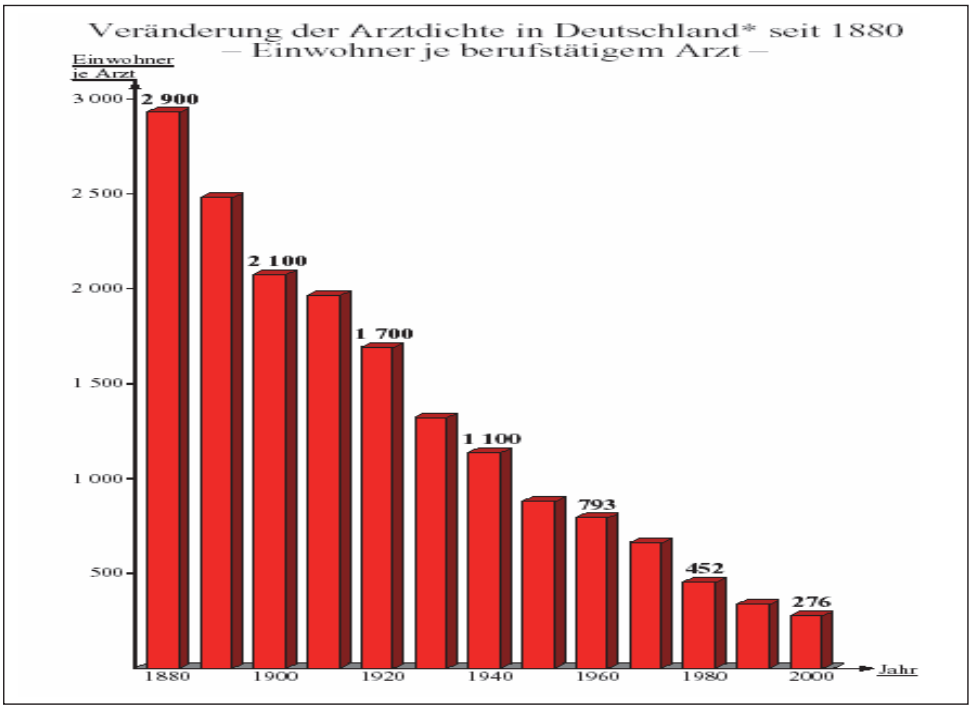
Die Antwort auf diese Frage muss von Politikern gegeben werden. Manche geben schnell eine Antwort darauf. Sie lautet: "Grundversorgung solidarisch, alles andere durch Zusatzversicherung." Es bleibt dann aber immer das kaum zu lösende Problem, „Grundversorgung“ und „medizinisch notwendig“ sauber zu definieren. Dazu fehlen bislang alle Ansätze.

Spezielle Probleme im Gesundheitswesen

Ein Grundproblem hinsichtlich der Kosten im Gesundheitswesen besteht darin, dass eine höhere Qualität der Medizin durchschnittlich betrachtet nur zu einem höheren Anteil an Kranken bzw. diagnostizierten Krankheiten führt, für die dann eben auch eine Therapie bereitsteht. Zusammenfassend könnte man sagen: Weil die Medizin so gut ist, haben wir in Deutschland so große Probleme. Ein Beispiel ist der relativ übergangslose Wechsel vom Leben zum Tod in früheren Zeiten. Heute haben wir zwischen Leben und Tod häufig eine längere Zeit, in der die verschiedenen Maßnahmen von der Intensivmedizin bis zur PEG zur Lebenserhaltung eingesetzt werden.

Hinzu kommen weitere Probleme: dass man Zuwendung nicht rationalisieren kann, dass das Gesundheitssystem solidarisch finanziert wird, die höhere Lebenserwartung der Menschen und nicht zuletzt der um sich greifende Ärztemangel, der vor allem die ostdeutschen Bundesländer betrifft. So fehlen beispielsweise zur Zeit in Thüringen etwa 280 Krankenhausärztinnen und -ärzte und 172 Mediziner in der Niederlassung.

Schaut man jedoch auf die Gesamtentwicklung, so ist dieser Mangel gleichfalls wieder relativ, die Arztdichte hat sich seit dem vergangenen Jahrhundert massiv für das Arzt/Patientenverhältnis positiv entwickelt.
Musste 1980 ein Arzt noch 452 Patienten betreuen, so waren es im Jahr 2000 nur noch 276.



Allerdings, haben sich die Menschen eben erst einmal an das hohe Niveau in der Versorgung mit Ärzten gewöhnt, so ist es natürlich schwer, das Angebot wieder zurückzufahren.

Aber dem Medizinbetrieb sind gleichfalls natürliche Grenzen gesetzt. Ich denke hier nur an die Organtransplantation. Zur Zeit warten beispielsweise 50000 Europäer auf eine Transplantation. Organe stehen aber - das Vergabesystem ist europaweit organisiert – nur begrenzt zur Verfügung. Und mit Blick auf das Kostenproblem ist z.B. daran zu erinnern, dass 500 Herztransplantationen so viel kosten, wie der Jahresbetrieb von fünf 200-Betten-Kreiskrankenhäusern, die in dieser Zeit immerhin über 25000 Patienten in einem riesigen Einzugsgebiet versorgen können. Hier eine Priorisierung vornehmen zu wollen, ist natürlich schwierig.

Insgesamt ist zu sagen, dass es sich bei unserem Gesundheitswesen um ein hochkomplexes System handelt, welches sich nicht nur auf das Verhältnis von Angebot und Nachfrage medizinischer Leistungen beschränkt, sondern das von verschiedenen Seiten - Politik, Kassen, Patienten, national und transnational – in einer nicht immer geradlinig beeinflussbaren

Art und Weise gesteuert wird. Deshalb ist es so unendlich schwer, das System sinnvoll zu reformieren.

Weitere Reparaturmaßnahmen?
Die Politik hat auf die Probleme reagiert. Mit diagnosebezogenen Fallpauschalen, strukturierten Behandlungsprogrammen, der Ermöglichung des ambulanten Operierens, einer Praxisgebühr pro Erstbesuch eines Arztes pro Quartal – weitere Besuche sind nur nach Überweisung kostenfrei - und der Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel als Steuerungsinstrumenten will man die Diskrepanz von Einnahmen und Ausgaben in den Griff bekommen. Ob es funktioniert, muss sich noch zeigen!

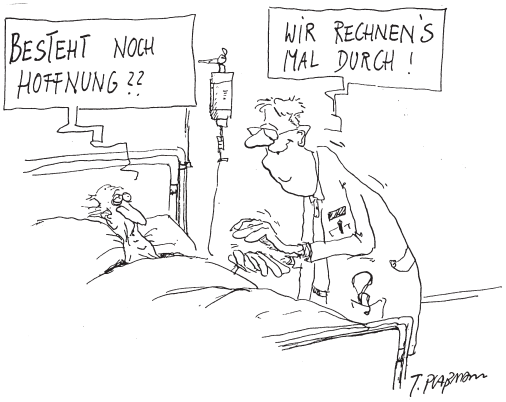
Wie gehen Ärzte mit den neuen ökonomischen Zwängen um?
Grundsätzlich ist zu sagen, medizinischer Diagnostik und Therapie sind immer gewisse Grenzen gesetzt. Zwischen den medizinischen Möglichkeiten und der tatsächlichen Therapie gibt es allein schon durch verschiedene Lebensstile, Kulturen und Religionen, sprich Weltanschauungen, Unterschiede. Auch müssen wir Ärzte uns sehr wohl hinsichtlich der therapeutischen Konsequenz fragen, was ist therapeutisch sinnvoll und was ist schlicht und einfach zu teuer für ein minimales Ergebnis.

Dazu verpflichtet uns allein schon unsere Berufsordnung. In ihr heißt es, der „Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“. Dies schließt eine Verpflichtung gegenüber der Gesamtheit der Versicherten ein, folglich auch ein pfleglicher Umgang mit den Versichertengeldern. Insofern mussten wir Ärzte schon immer daran denken, wirtschaftlich zu verordnen. Aber wenn es dazu kommen sollte, dass wir rationieren müssen, dass die Indikation allein von ökonomischen Kriterien abhängt, dann ist das eine unzumutbare Belastung für Ärzte und Patienten und eben eine Gefährdung des Heilungsauftrages. Auge in Auge mit den Patienten können wir nach Maßgabe der Berufsordnung und des SGB V nur das Beste für ihn wollen. Ansonsten wird das so wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient massiv gefährdet. Wenn es zur Rationierung kommen sollte, dann muss sie ex ante, transparent und nach gesellschaftlichem Konsens erfolgen.

Was dürfen Kranke kosten?
Kriteriensuche aus theologisch-ethischer Sicht

von Stephan Ernst

Meine Damen und Herren,
was dürfen Kranke kosten?



Thomas Plaßmann

Lassen Sie mich dieses ernste Thema heiter beginnen. Die Karikatur macht – denke ich – hinreichend das Missverhältnis von Ökonomie und Humanität in der Medizin deutlich, um das es auf unserer Tagung geht. Sie weist uns auf die ethische Problemlage hin, die uns heute beschäftigt. Werden künftig – unter der Voraussetzung der zunehmenden finanziellen Engpässe im Gesundheitswesen – medizinische Maßnahmen nur noch nach einem ökonomischen Kalkül von Kosten und Nutzen vergeben? Wird nicht bei denen gestrichen, bei denen anscheinend für die Gesellschaft am wenigsten Nutzen herausspringt – bei den alten und unheilbar kranken Menschen also? Und weiter: Wird nicht durch den Einfluss der ökonomischen Perspektive, durch die Notwendigkeit zu sparen, das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Arzt und Patient von Grund auf gestört und verkehrt? Wäre nicht auf die Frage unseres Patienten auf dem Bild eine ganz andere Antwort gefordert als teure medizinische Technik, die das Problem der Finanzierung und die Notwendigkeit des Kalküls überhaupt erst mit sich bringt oder verschärft?

Was lässt sich zu all diesen Fragen, vor die uns die gegenwärtige Entwicklung im Gesundheitswesen stellt, aus ethischer oder gar aus christlich-ethischer Sicht sagen? Ich möchte im Folgenden nach Kriterien verantwortlichen Handelns in diesem Bereich suchen. Dabei lässt die

Komplexität des Themas keine systematische und detaillierte Abhandlung zu, sondern allenfalls einige Schlaglichter. Es kann allenfalls um Wegweisungen für die Urteilsbildung gehen. Dazu möchte ich in einem ersten Schritt das grundsätzliche Kriterium ethischer Beurteilung überhaupt benennen (1). In drei weiteren Schritten möchte ich dann einige zentrale Fragen diskutieren, vor die uns die Entwicklung im Gesundheitssystem stellt, nämlich: zur Frage nach Rationalisierung oder Rationierung (2), zur Frage nach Rationierung und gerechter Verteilung (3) und schließlich zu Entscheidungsregeln in der Situation knapper Mittel (4).

1. Grundkriterium ethischen Handelns

Beginnen wir also mit der Frage nach dem grundlegenden Kriterium verantwortlichen oder unverantwortlichen, ethisch guten oder schlechten Handelns überhaupt. Was macht eine Handlung im ethischen Sinne unverantwortlich und schlecht, was macht sie verantwortlich und gut?

Lassen Sie mich die Antwort an einem Beispiel deutlich machen, das bereits mit den Problemen des Gesundheitssystems zu tun hat: Eine Möglichkeit, das Problem der finanziellen Knappheit im Gesundheitssystem zu lösen, könnte darin bestehen, die Einnahmen zu erhöhen. Und die nahe liegende Lösung könnte darin bestehen, einfach die Krankenkassenbeiträge anzuheben. Allerdings würde dies voraussichtlich nicht nur zur Einschränkung der Kaufkraft, sondern auch zur Erhöhung der Lohnnebenkosten führen, damit aber das Problem der Arbeitslosigkeit verschärfen. Damit würden die Beitragszahler abnehmen und weitere Beitragserhöhungen wären notwendig. Ein solches Handeln wäre vielleicht gut gemeint, würde aber langfristig gesehen kontraproduktiv werden und wäre deshalb sozialethisch nicht verantwortbar. Aber auch bei der Alternative, der sog. „Bürgerversicherung“, die in Aussicht stellt, die Beiträge nicht nur stabil zu halten, sondern sogar zu senken, so dass eine belebende Wirkung für die Wirtschaft erwartet werden könnte, bleibt die Frage, ob dies wirklich eine *nachhaltige* Finanzierung gewährleisten kann, oder ob langfristig gesehen nicht am Ende doch wieder eine Knappheit der Mittel bleibt. Über die Prognosen wird derzeit gestritten. Aber das ist nicht unser Thema.

Ich möchte hier lediglich festhalten, dass solche Kontraproduktivität die grundlegende Struktur von Handlungen darstellt, die wir aus ethischer Sicht als schlecht und unverantwortlich bezeichnen. Also: Handlungen sind dann ethisch unverantwortlich und falsch, wenn sie *langfristig* gesehen und *im Ganzen* kontraproduktiv sind, wenn sie also das Ziel, das man mit ihnen erreichen möchte, *langfristig* und *im Ganzen* gerade nicht erreichen, sondern eher verringern oder zerstören.

Das Moment der Langfristigkeit ist dabei bereits klar geworden. Aber warum ist das „im Ganzen“ wichtig? Weil es sein kann, dass man mit seiner Handlung das angestrebte Ziel zwar *für sich* erreicht, es dabei aber gleichzeitig *im Ganzen* gesehen und damit auch für alle verringert oder zerstört. Ein Dieb etwa, der so stiehlt, dass er nicht erwischt wird, handelt zwar im Blick auf sich und sein Ziel, Geld zu besitzen, keineswegs kontraproduktiv, wohl aber im Blick auf das Gut „Eigentum“ im Ganzen. Eigentum im Ganzen wird durch solches Handeln nicht gefördert und garantiert, sondern in Frage gestellt und unsicher gemacht. Die universale Perspektive des „im Ganzen“ ist also entscheidend dafür, dass das nicht-kontraproduktive Handeln nicht nur Gerissenheit oder Schlauheit ist, sondern wirklich ethisch verantwortliches Handeln.

Und noch eine weitere Erläuterung: Das genannte Prinzip macht deutlich, dass sich die ethische Qualität einer Handlung nicht nach der subjektiven Absicht oder Gesinnung bemisst, sondern von den *tatsächlichen Folgen in der Wirklichkeit* abhängt. Man kann es noch so gut meinen und doch unverantwortlich handeln. Welche Handlungen im Einzelnen unverantwortlich sind, lässt sich dabei nicht im Vorhinein mit Sicherheit sagen und lässt sich auch nicht ein für alle Mal unveränderlich festlegen. Letztlich geht es immer darum, der Wirklichkeit gerecht zu werden und die Güter dieser Wirklichkeit möglichst umfassend zu fördern und zu schützen.

Dies mag zur Frage nach den grundsätzlichen Kriterien ethischen Handelns genügen. Kehren wir nun zu unserem Thema zurück und wenden uns einigen zentralen Fragen zu, vor die uns die gegenwärtige Entwicklung des Gesundheitssystems stellt.

2. Rationalisierung oder Rationierung?

Wenn die möglichen oder notwendigen medizinischen Maßnahmen die finanziellen Ressourcen übersteigen, dann legen sich Maßnahmen der *Rationalisierung* nahe, also solche Maßnahmen, die unnötig und uneffektiv ausgegebene Mittel einsparen und das Verhältnis der Kosten zum erzielten Nutzen verbessern. Wohlgemerkt, es geht nicht um *Rationierung*, also um tatsächlichen Vorenthalt bzw. die gelenkte Zuteilung von eigentlich notwendigen medizinischen Maßnahmen.[7] Solche unpopulären Maßnahmen

[7] *Elke Mack*, Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialethisches Problem, in: Ethik in der Medizin 13 (2001) 17-32, hier: 21, definiert „Rationierung“ wie folgt: „Rationierung im Gesundheitswesen ist die Zuteilung bzw. die Verteilung von knappen und begrenzt vorhandenen Gesundheitsgütern ebenso wie pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen unter der Bedingung, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot.“ – Das Problem der Rationierung im Gesundheitswesen wurde eingehend diskutiert in den beiden medizinisch-ethischen Fachorganen: Ethik in der Medizin 13 (2001) Heft 1-2; Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002) Heft 2.

werden – völlig zu Recht natürlich – möglichst lange hinausgeschoben. Es geht um Rationalisierung, und das heißt: Um auch weiterhin eine optimale patientenorientierte medizinische und pflegerische Versorgung aller aufrecht erhalten zu können, ist zu prüfen, wo sich im Gesundheitssystem Verbesserungen der Effektivität (was man tut) und Effizienz (wie man es tut) durchführen lassen, ohne dass das Qualitätsniveau der Versorgung gesenkt wird.

1. Von politischer Seite werden dazu eine ganze Reihe von Rationalisierungsmaßnahmen vorgeschlagen und umgesetzt. Diese Vorschläge sehen – kurz gesagt – vor, unter Beibehaltung eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems durch mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb für eine höhere Effizienz und damit für Einsparungen zu sorgen. Dabei sei darauf hingewiesen, dass auch die beiden großen Kirchen in Deutschland jüngst in entsprechenden Stellungnahmen zur Reform des Gesundheitswesens ähnliche Rationalisierungsmaßnahmen benannt und angemahnt haben.[8]

Konkret werden beispielsweise genannt: eine bessere Vernetzung von ambulanter und stationärer Behandlung, aber auch von Hausarzt und Fachärzten, die unnötige Mehrfachbehandlungen vermeiden lässt; keine unnötigen oder zu teuren Medikamente verschreiben; der Möglichkeit entgegensteuern, dass teure, gewinnbringende Therapien verordnet und vorgenommen werden, obwohl sie überhaupt nicht notwendig sind, während weniger lukrative Therapien unterbleiben; und schließlich: die Prophylaxe stärken. Ein Mittel der Steuerung ist dabei, das Setzen von finanziellen Anreizen (Eigenbeteiligung, Einsicht in die Rechnungen, Vorleistung ...), aber auch die Budgetierung, die Einführung der Fallpauschalen und der sog. DRGs (Diagnosis Related Groups). Dadurch sollen unnötige und unnötig lange Behandlungen vermieden werden, die Kräfte binden, die für andere Patienten eingesetzt werden könnten.

An solchen wirtschaftlichen Überlegungen zur Effizienz ist zunächst nichts Inhumanes – unserem Bild vom Anfang vielleicht zum Trotz. Die Anwendung ökonomischer Kategorien im Gesundheitswesen ist nicht an sich schon eine moralische Entgleisung. Im Gegenteil: Solche Rationalisierungsmaßnahmen sind aus ethischer Sicht – gerade um einer optimalen medizinischen Versorgung und damit auch um der Patienten willen –

[8] Die Deutschen Bischöfe: Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen, Nr. 27: Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem (Mai 2003), hg. von der Deutschen Bischofskonferenz. – Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Eine Stellungnahme des Rates der EKD, EKD-Text 74, September 2002.

dringend geboten. Es wäre unverantwortlich, Geld in ineffiziente Behandlungsmaßnahmen zu stecken, das an anderer Stelle fehlt.

2. Allerdings wird manchen Maßnahmen der Rationalisierung, insbesondere der Budgetierung, der Vorwurf gemacht, dass sie das Ziel, optimale gesundheitliche Versorgung für alle zu sichern, tatsächlich nicht erreichen, sondern untergraben, dass sie also kontraproduktiv werden. Die Fallpauschalen etwa seien zwar sinnvoll, insofern sie dazu führen, dass Liegezeiten verringert und damit Kapazitäten für mehr Patienten verfügbar sind. Sie seien sinnvoll, wenn sie dazu führen, die interne Organisation von Krankenhäusern oder Praxen effizienter und flexibler zu gestalten. Wenn sie jedoch aufgrund der immer beherrschender werdenden ökonomischen Perspektive und der immer stärker werdenden Konkurrenzsituation zu anderen Einrichtungen langfristig dazu führen, dass unzureichend behandelt wird, dass die menschliche Betreuung der Patienten, zu der auch wesentlich die Ressource Zeit gehört, auf der Strecke bleibt, dass es zu Abschiebungen von schwierigen Fällen (Gefahr der Risikoselektion) oder schließlich gar zu Stellenabbau etwa im Pflegebereich kommt und damit die ohnehin schon angespannte Personalsituation noch verschärft wird, wenn sie schließlich dazu führen, dass die Qualität der Versorgung abnimmt, dann wird faktisch das eigentlich angestrebte Ziel, nämlich eine optimale und patientenorientierte medizinische Versorgung für alle, untergraben. Die Absicht mag dann noch so gut sein, faktisch wird genau das Gegenteil erreicht. Dann aber sind sie aus ethischer Sicht nicht verantwortbar. Von politischer Seite wäre entsprechend darauf zu reagieren.

3. Ethisch problematisch ist aber noch ein weiterer Punkt: Wir sagten, dass die Budgetierung als Anreiz zur „Rationalisierung“ verstanden wird. Dennoch wird immer wieder auch darauf hingewiesen, dass es sich bei solchen Maßnahmen de facto bereits um „Rationierung“ handelt, freilich nicht um eine „explizite“ Rationierung, die auf der verordnenden Makroebene ausdrücklich vorgenommen, öffentlich diskutiert und verantwortet wird, sondern um eine „implizite“ Rationierung, die, ohne dass sie als solche deklariert wird, dennoch faktisch greift, vor allem auf der Mikroebene der einzelnen Einrichtung und schließlich des einzelnen Arztes. In diesem Zusammenhang ist auf ein Papier des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) hinzuweisen mit dem Titel „Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung

im Gesundheitswesen".[9] In diesem Papier wird eine Fülle von Formen der impliziten Rationierung mit entsprechenden Fallbeispielen aufgeführt, die heute schon aufgrund der Budgetierung stattfinden.

Eine solche implizite Rationierung, die nicht als solche durchsichtig gemacht wird, scheint aber aus ethischer Sicht problematisch und unverantwortlich. Auch hier nämlich liegt die Struktur kontraproduktiven Handelns zu Grunde. Denn dadurch, dass man sich auf der Makroebene nicht zu klaren und für alle nachvollziehbaren Rationierungen entscheidet, die nach durchsichtigen und fair ausgehandelten Maßstäben erfolgen, wird die dennoch bestehende Notwendigkeit der Verteilung knapper Mittel auf die Mikroebene verschoben. Hier aber entstehen Entscheidungsnöte der einzelnen Ärzte und Entscheidungsträger, so dass es letztlich zu weit größerer Willkürlichkeit und damit Ungerechtigkeit kommt, als wenn die Rationierung von vornherein transparent gemacht wird.

Zudem wird das Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Arzt untergraben, wenn der Patient sich nicht sicher sein kann, dass der Arzt auf seiner Seite steht und alles, was möglich ist, zur Wiederherstellung seiner Gesundheit tut. In der Absicht also, den Schein der Gerechtigkeit möglichst lange aufrecht und den Konflikt möglichst lange fern zu halten, wird de facto mehr Ungerechtigkeit und letztlich mehr Konflikt produziert.

Das genannte Papier der Diakonie fasst diesen Sachverhalt präzise zusammen, wenn es hier heißt: Implizite Rationierung „ist ethisch problematisch, wenn sie dazu führt, dass Menschen gesundheitlich notwendige Leistungen vorenthalten werden, ohne dass darüber eine klare Entscheidung auf der Grundlage ethischer Kriterien stattgefunden hätte. Diese problematische Situation ist durch die Budgetierung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten. Aus ethischer Perspektive ist es erforderlich, auf implizite Rationierungsentscheidungen hinzuweisen und eine Klärung aufgrund allgemein anerkannter ethischer Grundsätze herbeizuführen."[10]

3. Rationierung und gerechte Verteilung

Damit aber ist ein weiterer Problemkreis in den Blick gekommen, dem wir uns jetzt zuwenden. Sind nämlich Rationierungsentscheidungen

[9] Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen, hg. vom Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), Positionen und Konzepte aus dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (11/00), Stuttgart 2000.

[10] Ebd., 4.

notwendig, ist die Frage, nach welchen ethischen Kriterien Einschränkungen vorgenommen werden sollen.

Spontan werden wir sagen: Solche Rationierungen sollten *gerecht* sein. Doch ist damit nicht viel gewonnen; denn was gerecht ist und was Gerechtigkeit überhaupt ist, ist in der Ethik selbst heftig umstritten. Versuchen wir deshalb, hier etwas Klarheit zu gewinnen. Ich möchte dazu drei Positionen zur Frage der Verteilungsgerechtigkeit vorstellen. Die Auffassung des Liberalismus, das Gesundheitssystem den Gesetzen des freien Marktes und der Tauschgerechtigkeit zu überlassen, soll hier unberücksichtigt bleiben.[11]

1. Eine erste Position zur Frage der Verteilung ist der sog. *Egalitarismus*.[12] Der Egalitarismus plädiert dafür, dass unter Verhältnissen, in denen nicht mehr alle notwendigen medizinischen Mittel finanzierbar sind, bestimmte Maßnahmen generell unterbleiben. Wenn schon gespart werden muss, sollen alle gleich behandelt werden. Wenn eine bestimmte Maßnahme nicht allen bereitgestellt werden kann, dann soll sie keiner bekommen.

Dagegen ist freilich einzuwenden, dass man mit der verordneten Gleichheit hinter dem möglichen Optimum medizinischer Versorgung zurückbleibt, ohne andererseits zu verhindern, dass es zu einer bevorzugenden Zweiklassen-Medizin kommt. Unter den Voraussetzungen des Egalitarismus nämlich ist davon auszugehen, dass sich die Reichen dennoch die versagten medizinischen Maßnahmen verschaffen, privat oder

---

[11] Eine erste Position ist die des Liberalismus. Sie sieht das einzig gerechte Verteilungsverfahren in den Gesetzen des freien Marktes, also in der Tauschgerechtigkeit. Solange nicht Übervorteilung, Manipulation, Zwang oder anderes Unrecht zu bestimmten Verteilungsmustern führen, seien diese gerecht, wie auch immer sie faktisch aussehen. Für das Gesundheitswesen heißt das: Wenn freie Menschen eine bestimmte Krankenversicherung abschließen oder auch nicht, Gesundheitsrisiken eingehen oder nicht, könne dies zwar zu unglücklicher, niemals aber zu ungerechter Unterversorgung von Patienten führen. Eine Modifizierung dieser Position sieht freilich vor, dass den sozial Schwachen staatliche Unterstützung für ihre Versicherung gegeben wird. – Ein Plädoyer für das Prinzip der Tauschgerechtigkeit im Gesundheitswesen findet sich etwa bei: *Otfried Höffe*, Medizin ohne Ethik?, Frankfurt am Main 2002, 202-241; *ders*., Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie, in: Deutsches Ärzteblatt (1998) B-174-B177.

Als Probleme dieser Position werden genannt: es ist fraglich, ob es wirklich zu einer qualitativ besseren Versorgung *aller* kommt; es entsteht Unsicherheit, ob man bei eventuell eintretender unzureichender Zahlungsfähigkeit medizinisch versorgt wird; das Prinzip des gleichen Zugangs wird relativiert; staatliche Unterstützungen würden ganze Schichten als „bedürftig“ definieren; und schließlich: die Versicherungen würden nicht mehr zur Solidarität gezwungen. Insgesamt scheint das Problem darin zu liegen, dass in einem solchen System das Gut „optimale medizinische Versorgung“ eben nicht „im ganzen“ gefördert wird, was aber zentrales Kennzeichen ethisch verantwortlichen Handelns ist, sondern vor allem für die bildungsstarken und zahlungskräftigen Mitglieder der Gesellschaft. – Vgl. zu dieser Kritik: *Dieter Birnbacher*, Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen, in: Angewandte Ethik und Medizin, hg. von G. Brudermüller, Würzburg 1999, 119-136, vor allem 126f.

[12] Vgl. etwa *Wolfgang Kersting*, Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung, in: Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, hg. von T. Gutmann und V. H. Schmidt, Velbrück 2002, 41-89.

im Ausland. Hier wird also durch die Weise, wie man eine gerechte Verteilung verwirklichen will, faktisch Ungleichheit erzielt.[13]

Eine Spielart des Egalitarismus besteht darin, dass man – in einem Gedankenexperiment – jedem Menschen für seine Lebensstrecke das gleiche Budget zur Verfügung stellt, das er nach eigenem Ermessen verteilen kann.[14] Die Vertreter dieser Position sind der Auffassung, dass die Menschen, wenn sie sich „hinter dem Schleier des Nichtwissens", also ohne den Verlauf ihres tatsächlichen Lebens zu kennen, entscheiden müssten, ihre medizinische Versorgung vor allem in die Jugend und die mittleren Jahre verlegen und im Alter eher sparen würden. Dies dient auch als Argument für eine Altersrationierung.

Dagegen spricht aber, dass in dem Moment, wo bestimmte Altergruppen aus der solidarischen Grundversorgung herausgenommen würde, sich die Menschen für ihr Alter – ab einer bestimmten Altersgrenze also – privat versichern müssten. Damit aber würden im Alter soziale Ungleichheit u.U. auch im Blick auf notwendige medizinische Maßnahmen entstehen, so dass auch hier aus dem Versuch einer gerechten, d.h. gleichen Verteilung faktisch Ungleichheit entstehen würde.

2. Eine andere, zweite Position ist die des Utilitarismus.[15] Der Utilitarismus geht von der Vorstellung aus, Handlungen seien dann ethisch richtig, wenn sie dazu beitragen, das größtmögliche Glück der größtmöglichen Zahl der Mitglieder der Gesellschaft zu erreichen. Es geht um *Maximierung des Gesamtnutzens* bzw. des *Durchschnittsnutzens*. Angewendet auf das Gesundheitssystem bedeutet das, dass es um eine Maximierung des Gesamt- bzw. Durchschnittsnutzens in der medizinischen Versorgung geht. Dazu aber sind im Konkurrenzfall solche Maßnahmen vorzuziehen, bei denen die Relation von Kosten und Nutzen günstiger ist. Bei der Bemessung des Nutzens spielt dabei etwa eine Rolle, ob durch eine Maßnahme ein längeres oder ein kürzeres Leben gerettet bzw. leidfreier gestaltet werden kann. Auch geht es darum, bei wem eine medizinische Maßnahme ein höheres Maß an Lebensqualität ermöglicht. Im Zusammenhang damit steht der Versuch, Lebensqualität quantitativ messbar zu machen. Die bekannteste Methode ist die Errechnung sog.

---

[13] Vgl. dazu *Anton Leist*, Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung, in: Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, a.a.O., 155-177, hier: 165.

[14] Vgl. dazu *Norman Daniels*, Am I my parents' keeper? An essay on justice between the young and the old. Oxford Univ. Press, New York Oxford 1988.

[15] Eine durch die Einführung von Praxisnormen gemilderte Form des Utilitarismus findet sich etwa bei: *Dieter Birnbacher*, Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen. Eine utilitaristische Perspektive, in: Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, a.a.O., 91-109.

QUALYs (quality adjusted life years). In dieser Sicht kann es dann auch hier dazu kommen, dass im Konkurrenzfall medizinische Maßnahmen eher an jüngere als an ältere Menschen vergeben werden, dass es also zu Altersrationierungen kommt.

Gegen diese Position spricht, dass hinter der Höherbewertung eines jungen Lebens, das noch mehr Lebensjahre vor sich hat, gegenüber einem alten Menschen, der die meiste Zeit seines Lebens bereits gelebt hat, ein Maßstab der äußeren vergleichenden Bewertung steht, der ethisch problematisch ist. Letztlich nämlich besteht dieser Maßstab im Nutzen der betreffenden Menschen für die Gesellschaft, genauer für ihren Arbeits- und Wirtschaftsprozess. Damit aber wird der einzelne instrumentalisiert und nicht als in sich unbedingt wertvoll geachtet, wie es nicht nur in der Tradition christlicher Soziallehre immer wieder angemahnt wird, sondern wie es auch im Rahmen der aufklärerischen philosophischen Ethik etwa bei Kant unmissverständlich gefordert wird. Die Unbedingtheit der Würde jedes einzelnen Menschen und seines Lebens wird damit nicht geachtet.

Das Problem des Utilitarismus besteht letztlich darin, dass er lediglich die Maximierung des *kollektiven Gesamt*nutzens im Blick hat, nicht aber auf eine faire Verteilung auf die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft achtet. Demgegenüber bedeutet aber, das Gut der medizinischen Versorgung *im Ganzen* zu fördern, was wir ja als Kriterium ethischen Handelns zu Anfang angeführt hatten, dass zugleich auch *die Teilhabe aller einzelnen* an diesem Gut – auch langfristig gesehen – ermöglicht wird.

3. Was ist nun die Alternative zu den beiden bisherigen Positionen? Ich möchte dazu als drittes die Theorie der Gerechtigkeit als Fairness anführen, wie sie der amerikanische Ethiker John Rawls[16] in der Auseinandersetzung mit dem Utilitarismus entwickelt hat. Wie erläutert Rawls das, was Gerechtigkeit ausmacht?

Für ihn sind solche Grundstrukturen der Gesellschaft gerecht, auf die sich alle Mitglieder der Gesellschaft in einem fiktiven Urzustand einigen würden, in dem sie unter dem sog. „Schleier des Nichtwissens“, also ohne zu wissen, welche Position sie später einmal in der Gesellschaft einnehmen werden, Regeln des gesellschaftlichen Zusammenlebens festlegen. Für unsere Frage zentral ist dabei das so genannte „Unterschiedsprinzip“, auf das sich nach Rawls die Menschen in diesem Urzustand einigen würden.[17] Dieses Unterschiedsprinzip besagt, dass eine gerechte Grundstruktur der

[16] Vgl. dazu *John Rawls*, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt am Main 1996.

[17] Vgl. zum Unterschiedsprinzip: *John Rawls*, a.a.O., 96-98.

Gesellschaft zwar soziale Unterschiede zulassen kann, aber nur dann, wenn die Besserstellung und die Erhöhung des Nutzens der Privilegierten und Reichen nicht zugleich zu einer Schlechterstellung und zum Nachteil der am schlechtesten Gestellten und Armen geht, sondern deren Situation unbeeinflusst lässt oder sogar langfristig bessert.[18]

Angewendet auf eine gerechte Gestaltung des Gesundheitssystems bedeutet dies, dass es zwar Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung geben kann, dass aber eine Besserstellung der Reichen nur dann als gerecht gelten kann, wenn sie zugleich die Versorgung der Benachteiligten nicht verschlechtert, sondern ebenfalls eher verbessert. Ein solcher Ansatz lässt sich konkret durch eine gestufte Krankenversicherung realisieren, in der zunächst eine medizinische Grundversorgung solidarisch für alle gewährleistet sein muss, während zusätzliche, nicht-notwendige medizinische Leistungen durch eine private Zusatzversicherung abzudecken sind. Gemäß dem Unterschiedsprinzip muss aber noch präzisiert werden: Eine Privatfinanzierung muss zwar bei knappen finanziellen Ressourcen eingeführt werden, aber sie sollte nur soweit eingeführt werden, wie dies für die Sicherung einer optimalen Gesundheitsversorgung im Ganzen notwendig ist. Der Bereich der solidarisch finanzierten medizinischen Versorgung sollte also so groß wie möglich sein. Der Vorwurf einer die Reichen bevorzugenden Zwei-Klassen-Medizin wird dabei um so weniger treffen, „je mehr deutlich wird, dass unter dem Druck begrenzter Ressourcen eine elementare Absicherung der Gesundheit aller unter Gleichheitsgrundsätzen nur dann geleistet werden kann, wenn die zwar wünschenswerten, aber nicht notwendigen Anteile einer medizinischen Versorgung nur vermittels einer gewissen Eigenbeteiligung der jeweils Betroffenen erreichbar sind.“[19]

4. Mit diesem Verteilungsprinzip ist freilich das Problem noch nicht ganz gelöst. Es bleibt die Frage, was als „medizinisch notwendig“ gelten kann und was nicht. Dabei scheint es – um nur kurz die Richtung anzudeuten – ungeeignet zu sein, von einem Krankheits- oder Gesundheitsbegriff auszugehen, der – wie der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation – am subjektiven Wohlbefinden, an der subjektiv empfundenen Lebensqualität orientiert ist. Geeigneter erscheint demgegenüber ein anthropologisch gefüllter Begriff von Krankheit bzw. Gesundheit. Krankheit könnte

[18] Zugrunde liegt das aus der Ökonomie bekannte sog. Pareto-Prinzip. Nach diesem Prinzip ist eine Verteilung dann pareto-besser, wenn es mindestens eine Person gibt, die sie vorzieht, und wenn es keine Person gibt, die eine andere Verteilung vorzieht.

[19] *Franz Noichl*, Medizin und die begrenzten Ressourcen. Ethische Überlegungen zum Problem der Rationierung im Gesundheitswesen, in: Salzburger Theologische Zeitschrift 5 (2001) 179f.

hier verstanden werden als all das, was die Partizipationsfähigkeit eines Menschen an der Rechtsgemeinschaft einschränkt. Ausgehend von einem solchen Begriff könnte es grundsätzlich möglich sein, eine Prioritätenliste des medizinisch Notwendigen zu erarbeiten.[20]

4. Entscheidungsregeln in der Situation knapper Mittel

Wir haben damit Kriterien für eine gerechte Verteilung in der Situation knapper Mittel angedeutet. Es bleibt freilich die Frage, wie in der Zwischenzeit, in der die Verteilungsfrage oft den Ärzten und Entscheidungsträgern vor Ort überlassen bleibt, mit diesem Problem umgegangen werden kann. Gibt es ethische Vorzugsregeln, an denen man sich in der Situation knapper Mittel orientieren kann?

Ich meine, dass man auch hier von dem Prinzip der Nicht-Kontraproduktivität ausgehen kann: Man darf das Gut, das man eigentlich erreichen möchte, nicht so verwirklichen wollen, dass man es langfristig und im Ganzen mindert oder gar zerstört. Anders gesagt: Die Schäden und negativen Nebenwirkungen, die immer auch mit jeder Handlung verbunden sind, müssen in einem angemessenen, *proportionierten* Verhältnis zum beabsichtigten Wert stehen. Was ergibt sich daraus für die Frage der Verteilung in Knappheitssituationen? Ich möchte versuchen, einige Regeln zu verdeutlichen. Am besten geht das an Extremsituationen, wobei nicht der Anspruch erhoben werden soll, dass sich damit alle Dilemmata lösen lassen.

1. In einer Situation, in der es etwa mehr vom Tod bedrohte Patienten gibt als Ressourcen, um sie zu behandeln, wäre es kontraproduktiv, dennoch alle behandeln zu wollen. Wenn man anfangen würde, mit den knappen Medikamenten oder Geräten alle gleich versorgen zu wollen, würde man keinem gerecht, und am Ende würden mehr sterben, als wenn man sich von vornherein nur auf einen Teil konzentriert. Dasselbe gilt übrigens auch im Blick auf die Haushaltung mit den eigenen Kräften. Wer ohne Rücksicht auf die eigenen physischen Grenzen helfen möchte, wird am Ende möglicherweise weniger helfen können, als wenn er Pausen macht. Es ist also grundsätzlich zu akzeptieren, dass es Situationen geben kann, in denen man notwendig selektieren muss. Dann ist es zwar tragisch und man mag daran leiden, dass man nicht jedes Leben retten kann. Aber man

[20] Vgl. auch dazu *Franz Noichl*, a.a.O., 177-179. Noichl greift für diesen Krankheitsbegriff zurück auf: *Jean François Malherbe*, Medizinische Ethik, Würzburg 1990, 126-150. – Vgl. außerdem zur weiteren Erläuterung: *Franz Noichl*, Heil durch Medizin? Moraltheologische Überlegungen zur Normativität des Gesundheitsbegriffs, in Zeitschrift für Medizinische Ethik 47 (2001) 71-81.

kann nicht – wie es etwa im Rahmen der evangelischen Ethik geschieht – von einer ethischen Schuld in jedem Fall sprechen.

2. Doch nach welchen Kriterien soll man solche Selektionsentscheidungen treffen? Wichtig scheint mir, dass ethisch verantwortliches Handeln in den allerwenigsten Fällen darin besteht, den Königsweg des allein Guten zu gehen. In den meisten Fällen geht es darum, die Schäden und Übel möglichst gering zu halten. Es kann sogar durchaus Situationen geben, in denen es ethisch geboten ist, bestimmte Schäden oder Übel zu verursachen, dann nämlich, wenn es dafür einen *entsprechenden* Grund gibt. Eine Amputation etwa bedeutet immer ein Übel, aber sie kann notwendig und sogar ethisch geboten sein, wenn sie der einzige Weg ist, das Leben eines Menschen zu retten.

Was lässt sich von hier aus im Blick auf Situationen sagen, in denen selektiert werden muss? Was kann ein *entsprechender* Grund dafür sein, ein Leben nicht zu retten? Hier gilt, dass ein entsprechender Grund, das Leben des einen dem eines anderen vorzuziehen, allein der Grund sein kann, dass nur so der Wert „Leben“ nachhaltiger und im Ganzen gefördert wird. Als Kriterium der Selektion kommt deshalb weder Schönheit, Intelligenz oder moralische Güte des Patienten in Frage noch deren Alter oder finanzielle Verhältnisse. Vorzugsgründe können primär lediglich die höhere Aussicht auf Lebensrettung sein, wobei hier die Kriterien der „Erfolgsaussichten“ und der „Dringlichkeit“ eine zentrale Rolle spielen. Die Einschätzung der Aussichten und der Risiken eines Eingriffs ist dabei keine ethische Frage, sondern eine medizinische Sachfrage ist. Hier muss geklärt werden, welche Maßnahmen von der Sache her zielführend und welche kontraproduktiv sind. In diesem Zusammenhang und unter dieser Perspektive *kann* dann natürlich auch das Alter ein medizinisch bedeutsamer und damit entscheidungsrelevanter Risikofaktor sein.

3. Aber spielen nicht doch auch außermedizinische Umstände bei Vorzugsentscheidungen eine Rolle? Was ist etwa im Fall, in dem lediglich ein Dialysegerät für zwei Patienten zur Verfügung steht, wobei – theoretisch angenommen – die gleichen medizinischen Erfolgsaussichten und Risiken bestehen, der eine aber um die 30 ist und Familie hat, während der andere etwa 75 Jahre alt ist und keine Verwandten mehr hat. Wird man sich hier nicht ganz intuitiv für den Jüngeren mit Familie entscheiden? Zur Legitimierung dieser Intuition ließe sich sagen, dass sich die Entscheidung für den 30-jährigen weniger am Alter als solchem orientiert als daran, dass mit der Entscheidung für ihn nicht nur sein eigenes Leben gerettet wird, sondern auch noch eine Reihe weiterer unmittelbar damit

zusammenhängender gravierender Übel oder Schäden für die daran hängende Familie vermieden wird.

Zu fragen wäre bei Selektionsentscheidungen auch nach dem, welche Maßnahmen noch „sinnvoll“ erscheinen. Muss man wirklich auch bei älteren Patienten alles, was möglich ist, anwenden oder ist nicht eine ganz anders geartete Begleitung gefragt als die durch Apparate? Bei solchen Entscheidungen wäre danach zu gehen, wodurch die Möglichkeiten des Lebensvollzuges des Patienten tatsächlich erhöht und optimiert werden und wodurch dies nicht mehr geschieht bzw. diese Möglichkeiten sogar verschlechtert werden.

Wichtig scheint mir aber auch zu sein, dass viele Knappheitsentscheidungen dieser Art oft unter Zeitdruck gefällt werden müssen. Dies führt zwar immer wieder auch zu Fehlentscheidungen. Andererseits aber wäre es weit unverantwortlicher, erst solange zu überlegen, bis die beste und sicherste Lösung gefunden ist. Dann könnte es für eine Behandlung bereits zu spät und im schlimmsten Fall der Patient tot sein.

Schließen möchte ich mit dem Fazit, dass es ethisch bedenklich erscheint, wenn Ärzte und Entscheidungsträger vor Ort überhaupt in solche oder ähnliche Situation der Rationierungsentscheidungen gebracht werden, dadurch nämlich, dass auf der Makroebene am Dogma festgehalten wird, es dürfe nur Rationalisierung geben, faktisch implizit vorkommende Rationierungen aber nicht transparent gemacht werden.

Gesundheitsreform 2003
- erst der Anfang

von Hildegard Müller

Die Anforderungen an eine Reform des Gesundheitssystems sind nicht nur allein aus den aktuellen Strukturkrisen heraus zu definieren. Wir erleben in diesen Tagen, dass der mit großer Mühsal erreichte Kompromiss scheinbar nicht zu den erwartenden Beitragsreduzierungen führt. Die Krankenkassen haben jetzt ihre Defizite zum Ende des Jahres hin offenbart. Nach einem harten Ringen zwischen Gesundheitsminister und Krankenkassensachverständigenkommission zeichnet sich ab, dass leider schon durch das bestehende Gesetz die aktuell prognostizierte Beitragsreduzierung nicht erreicht werden kann. Das alles hat aber noch nichts mit den Herausforderungen des Gesundheitssystems an die Zukunft zu tun.

Seit 30 Jahren, und das ist einer der Hauptpunkte, fehlen diesem Land Kinder. Wir können und müssen intensiv darüber diskutieren, wie wir dazu kommen, dass Kinder in Deutschland nicht das größte Armutsrisiko sind, wie wir die Rahmenbedingungen verbessern. Ich bin sehr froh, dass die CDU jetzt durch Vorlage eines Steuerkonzeptes und eines Sozialreformkonzeptes hier eine geschlossene Hilfestellung gerade für Familien anbieten kann. Nur die Kinder, die in den letzten 30 Jahren nicht geboren worden sind, können nicht mehr geboren werden. Systeme, die im Umlagesystem arbeiten, haben dann strukturelle Schwierigkeiten, wenn ihnen schlichtweg der Nachwuchs fehlt. So war es eigentlich immer falsch, von einem Zweigenerationenvertrag zu sprechen, sondern wir brauchen eigentlich einen Dreigenerationenvertrag und müssen auch dafür sorgen, dass Kinder ausreichend nachwachsen.

Der nächste strukturelle Problemfall der sozialen Sicherungssysteme ist die Frage der veränderten Erwerbstätigkeit. Wir haben uns in Deutschland der Nachkriegsjahre für ein Modell entschieden, das sehr eng an die abhängige Beschäftigung gekoppelt ist. Das war früher der Normarbeitsweg der Menschen. Es war keine Seltenheit, dass ein Arbeitnehmer 45 Jahre bei einem Unternehmen beschäftigt war. Wenn wir jetzt über die Systemfortschreibung nachdenken, müssen wir uns fragen, ob dieses Modell

überhaupt noch die tragbare Basis für die Zukunft sein kann. Denn durch abhängige Beschäftigung wird nur noch 40 % des Volkseinkommens erworben.

Hier gibt es also einen fundamentalen Wandel in der Einkommensstruktur der Bevölkerung. Es gibt Zeiten von selbstständiger Tätigkeit und nicht-selbstständiger Tätigkeit, es gibt Zeiten von Weiterbildung, die in Zukunft immer noch wichtiger werden, es gibt Zeiten aber auch, in denen man nicht nur aus abhängiger Beschäftigung sein Einkommen regeneriert, sondern zunehmend breite Teile der Bevölkerung aus anderen Einkommensarten Gelder bekommen. Diese sind jedoch bei Sozialsystemen, die visuell an die Abhängigenbeschäftigung gekoppelt sind, nicht ausreichend in den Sozialausgleich eingebunden.

Dazu kommt: wir gehen zu spät in den Beruf hinein und wir gehen zu früh aus dem Beruf heraus. Wer also glaubt, dass er einen immer länger werdenden Zeitraum, in dem man Unterstützung aus dem Transfersystem braucht, mit immer weniger Arbeit finanzieren kann, der geht offensichtlich einen falschen Weg. Das durchschnittliche Eintrittsalter in den Beruf liegt heute bei über 20 Jahren. Auch wenn wir eine intensive Bildungsdiskussion führen, müssen wir darüber sprechen, ob Kinder in Deutschland wirklich erst mit 6,7 Jahren im Schnitt eingeschult werden sollen und ob wir wirklich 13 Jahre bis zum Abitur brauchen. Vielleicht können wir unsere Studienzeiten auch mit Trimestern organisieren, um die Ausbildungszeit zu verkürzen und dadurch junge Menschen auch im internationalen Vergleich konkurrenzfähig zu halten, indem wir sie schneller durch ein qualitativ hochwertiges Bildungssystem in den Beruf hineinführen.

Auf der anderen Seite war der Weg der Frühverrentung ein Verschiebebahnhof, der letztendlich nicht nur nicht mehr Arbeitsplätze gebracht hat, sondern auch dazu geführt hat, dass die Sozialkassen mit sozialfremden Ausgaben im erheblichen Maße belastet worden sind. Der durchschnittliche Renteneintritt in der Bundesrepublik Deutschland liegt mittlerweile bei 59 Jahren. Das ist erheblich zu früh und belastet die Transfersysteme in einem nie gekannten Maße.

Wir sind aufgefordert, uns gesellschaftlich darüber zu unterhalten, wie wir diese neu hinzugekommene Lebensphase auch im Sinne der Gesellschaft viel stärker einbinden können. Wir haben heute eine sehr aktive Phase nach dem Ende der formalen Berufstätigkeit bis ins hohe Alter, in dem dann die Pflege hinzukommt.

Ein weiterer Faktor ist natürlich der medizinisch-technische Fortschritt, der etwa die Hälfte der prognostizierten Beitragssatzsteigerungen auch abfedern wird und wenn, das muss die Maßgabe für christlich-motiviertes Handeln sein, jeder in Zukunft am medizinisch-technischen Fortschritt auch teilhaben kann. Dann müssen wir uns auch damit auseinandersetzen, wie wir diese erwartete Kostensteigerung auch adaptieren können, d. h. es geht nicht darum, mit 85 Jahren die Hüfte nicht mehr zu bekommen. Ganz davon abgesehen, dass das schon gesundheitstechnisch ein furchtbar schlechtes Beispiel ist, weil eine sinnvolle Hüftoperation natürlich eine Menge von Folgekosten reduzieren kann. Das heißt ganz konkret: was medizinisch möglich ist, darf nicht an Altersgrenzen scheitern!

Wenn wir das aber als Maßstab aufrechterhalten wollen und auf der anderen Seite nicht die Probleme vor der Realität verschließen wollen, sind wir heute dringendst zum Handeln gezwungen. Wir hätten das schon seit 20 Jahren tun können, da die Demographiezahlen mit einem Blick bis auf die Nachkommastelle abgeschätzt werden konnten. Es werden sich auch Sachverständige irren. Die Demographiezahlen waren eigentlich die, die immer am genauesten prognostiziert worden sind. Das heißt: wir dürfen nicht mehr die Realitäten schön färben, wenn uns die Lösungen zu schwierig erscheinen. Das haben wir in der Vergangenheit leider immer gemacht. Wenn man geglaubt hat, eine richtige Idee sei politisch und gesellschaftlich nicht durchsetzbar, dann wurde wieder nur ein bisschen am System geflickt. Diese Zeiten sind vorbei.

Vor dieser Herausforderung hat die Herzogkommission einen fundamentalen Wechsel in der Finanzierung und Organisation des Gesundheitssystem vorgeschlagen. Denn das Krankheitsrisiko hat erst einmal nichts damit zu tun, dass man abhängig beschäftigt ist oder nicht. Sie raten deshalb zu einer Abkopplung des Gesundheitssystems von der Finanzierung über die reine abhängige Beschäftigung. Wir haben in Deutschland über 90 %, die Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung sind. Und dieses System weist Probleme auf.

Diejenigen, die deshalb eine Bürgerversicherung vorschlagen und bereit sind, letztendliche alle in ein gesetzliches Zwangssystem hereinzuführen, die ignorieren meines Erachtens das System und die Grundfinanzierung. Das Problem ist: man hat 9 Leute, die in einen rostigen Eimer Wasser hineinkippen und man glaubt, dass es besser wird, wenn es 10 Leute sind. Deshalb muss die Struktur geändert werden und nicht nur die Finanzierungsart.

Die Herzogkommission schlägt vor, den notwendigen Sozialausgleich in Zukunft über das Steuersystem zu rechtfertigen. Das geht nur mit dem Vorschlag einer geschlossenen Steuerreform. Friedrich Merz hat zum Beispiel sehr hohe Freibeträge für jedes Familienmitglied vorgeschlagen, so dass z. B. eine vierköpfige Familie in Zukunft erst ab 32.000 € Einkommen steuerpflichtig wird. Ich glaube, dass wir hier eine erhebliche Entlastung der Familien durchführen können. Zudem würden auch die ganzen Ausnahmetatbestände abgeschafft werden, weil die Einkommensarten zusammengefasst werden und wir damit über ein einfaches und transparentes System verfügen könnten.

Ich habe zwar in meinem Studium den Schwerpunkt Prüfung und Besteuerung gehabt, fühle mich aber heute nicht in der Lage, auch nur halbwegs meine Steuererklärung selber zu machen. Es kann also nicht sein, dass sich diejenigen, die sich im System bestens auskennen, am Ende weniger zahlen, als diejenigen, die eigentlich wirtschaftlich auf schwächeren Beinen stehen. Es ist eine Grundfrage, ob es uns jetzt gelingt, in der notwendigen Reformdiskussion auch eine Einsicht dafür zu bekommen, dass wir, wenn wir die Steuersätze herunternehmen möchten, auch gleichzeitig die ganzen Ausnahmetatbestände abschaffen müssen. Im ersten Schritt ist immer jeder für eine Reduzierung der Steuersätze. Aber wenn es dann an die Streichung der Ausnahmetatbestände geht, dann kommt jeder und sagt: aber in dem Bereich ist das jetzt wohl ganz dringend nötig und da können wir das nicht machen...!

Wir schlagen vor, dass in Zukunft jeder erst einmal unabhängig von seinem Einkommen eine versicherungsmathematische berechnete Prämie von 180 € für die Absicherung seines Gesundheitsrisikos bezahlt. Dazu kommen 20 € als Alterungsrückstellung, die wie bei einer Privatversicherung für die Zukunft des Einzelnen weggelegt werden sollen. So ließe sich verhindern, dass die Beitragssätze in Zukunft dramatisch ansteigen.

Wir sagen gleichzeitig, dass der Arbeitgeberbeitrag auf den heutigen Stand bei 6,5 % eingefroren und in Zukunft ausgezahlt werden soll. Das ist eine der großen Geschichten der Bundesrepublik Deutschland: Die paritätische Finanzierung ist ja nichts anderes als vorenthaltener Lohn. Wir wollen, dass dieser Beitrag an die Arbeitnehmer auch direkt ausgezahlt wird. Gleichzeitig sagen wir, es soll in der Umstellung in der Gesamtsumme keiner schlechter gestellt werden, als im Vorfeld. Keiner soll mehr in der Umstellung als heute für seine Gesundheit aufwenden, also 14,3 % als durchschnittlicher Versicherungsbeitrag. Dort, wo jemand mit einer Prämie

von 200 € dann über den Prozentsatz kommt, wollen wir direkt aus dem Steuersystem heraus Gelder für die Finanzierung ansetzen.

Das hört sich erst einmal sehr kompliziert an. Und es bleibt die Frage, warum der Ausgleich aus dem System herausgenommen werden muss? Ein realistischer Blick auf unsere gesellschaftliche Situation gibt uns die unvermeidbare Antwort: Wir haben immer weniger Menschen, die sich mit ihrer solidarischen Finanzierung und ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit an diesem System beteiligen. Deshalb glaube ich, dass dieser Vorschlag geeignet ist, jeden von uns zur solidarischen Teilhabe an der Finanzierung der künftigen Gesundheitskosten heranzuziehen.

Zugleich sollen die Kinder beitragsfrei mitversichert bleiben. Wir sehen eine Prämie von etwa 90 € pro Kind vor, die dafür notwendig ist. Der Ausgleich für die Kinder sollte aber nicht nur aus der Versichertengemeinschaft kommen, denn dann wird er wesentlich von den Familien selbst finanziert. Denn es sind überproportional die Familien, die in eine gesetzliche Krankenversicherung eingebunden sind. Wir schlagen vor, auch diesen Ausgleich, der für Kinder notwendig ist, aus dem Steuersystem direkt über die Kindergeldkasse vorzunehmen.

Also eine vollständig neue Struktur der Finanzierung, die attestiert, dass das Krankheitsrisiko nicht mehr mit der abhängigen Beschäftigung zu tun hat. Wenn dadurch der Faktor Arbeit wesentlich entlastet wird, wird das auch dazu führen, dass wir international wieder wettbewerbsfähige Löhne bekommen, was die Grundvoraussetzung für wirtschaftliches Wachstum ist. Wenn wir keine Mittel und Wege finden, in diesem Land wieder Wachstum zu regenerieren und nicht nur von der Verteilung des vorhandenen Mangels zu sprechen, dann werden ohnehin angesichts der demographischen Entwicklung in unserem Land alle Finanzierungen in Zukunft äußerst schwierig. Also müssen wir alles tun, damit die Arbeit in Deutschland bezahlbar bleibt, Unternehmen auch hier produzieren und ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nachkommen. Das setzt voraus, dass wir den Lohn nicht weiter mit zu vielen sachfremden Kosten belasten.

Mit Blick auf die Tarifvertragsparteien ist zu sagen: 51 % der Lohnnebenkosten sind freiwillige tarifliche Leistungen. Es ist deshalb zwar richtig, dass die Politik ihre „Hausaufgaben“ im Bereich der sozialen Sicherungssysteme machen muss, ich möchte aber auch auf die Verantwortung der Tarifpartnerschaft hinweisen. Es kann nicht sein – wenn ich beispielsweise an die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall denke, die die Union 1996 unter Schmerzen verändert hatte -, dass sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer nach der damaligen Gesetzesänderung darauf einigten,

diese freiwillig weiterzuzahlen. Hier muss auch von Seiten der Tarifvertragsparteien nachvollzogen werden, was die Politik an gesetzlichen Rahmenbedingungen verändert.

Ich will ja nicht in die Tarifautonomie eingreifen, aber mancher kluger Ratschlag, der von Gewerkschaften und Arbeitnehmerverbänden kommt, muss auch mal mit dem Blick auf die eigene Verantwortung hin beantwortet werden. Die ganze Neuordnung der Finanzierung benötigt Strukturreformen - gerade im Gesundheitssystem. Ich bin ein leidenschaftlicher Anhänger der Umstellung vom Dachleistungsprinzip auf das Kostenerstattungsprinzip. In der Bundesrepublik herrscht zur Zeit ein System, wo Sie einmal einzahlen und - im Vergleich gesprochen - ansonsten solange Freibier trinken können im Gesundheitssystem, wie Sie möchten. Über 60 % aller Versicherten im Gesundheitssystem sind von Zuzahlungen befreit. Das führt dazu, dass sie erstens überhaupt kein Bewusstsein haben für die durch die Arztbesuche entstehenden Kosten. Und weil nur relativ wenige Versicherte mit Selbstbeteiligung betroffen sind, besteht auch nur relativ geringes Interesse daran, die Kosten einigermaßen im Griff zu halten.

Um hier Transparenz und Kostenbewusstsein zu schaffen und um verantwortliches Handeln stärker einzubeziehen, brauchen wir dringend eine Kostenerstattung. Dieser Weg wäre mit einer prozentualen Selbstbeteiligung zu realisieren, die dem Bürger die Möglichkeit gibt, zu erkennen, was an medizinischen Untersuchungen notwendig ist oder vielleicht auch selbsttätig behandelbar ist.

Jeder hat seine eigenen Fälle. Ich war letztens mit einer Angina beim HNO-Arzt und man schlug mir dann eine Computertomographie vor, um ganz sicher zu sein, dass das nichts Chronisches sei. Das ist ein Beispiel. Aber wenn ich selber nicht weiß, was die Computertomographie für Kosten verursacht, dann habe ich kein Interesse daran nachzufragen, ob diese Form der Untersuchung jetzt schon notwendig ist oder ob das auch mit anderen Mittel geht. Es gibt vieler solcher Einzelbeispiele. Ein Nachfragen der Patienten in diesem Bereich stellt m.E. kein Problem dar, sondern trägt vielmehr dazu bei, die Partnerschaft zwischen Arzt und Patient weiter zu stärken.

Die große Frage steht im Raum: Wird in Zukunft auch alles aus dem Leistungskatalog bezahlt werden können? Oder reduziert sich die gesetzliche Krankenversicherung unter diesen Bedingungen auf einen Grundleistungskatalog? Bei der Beantwortung dieser Frage ist die Politik auf die Mithilfe der Ärzteschaft angewiesen. Hier stehen sich zwei Schulen gegenüber: Die einen sehen kein Problem darin, bestimmte Leistungen zu

identifizieren, die man aus dem Leistungskatalog herausnehmen kann; die anderen machen demgegenüber auf die großen Abgrenzungsprobleme aufmerksam.

Ist der Leistungskatalog so genau in Grund- und Wahlleistungen aufteilbar? Wir sind uns sehr schnell einig, wenn es um bestimmte Zusatzbehandlungen geht, um den Ausschluss von bestimmten Zuzahlungen, um Einzimmer-Behandlung im Krankenhaus usw... Aber die Frage bleibt, ob man einen bestimmten Leistungskatalog insgesamt aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausnehmen kann. Die Union hatte beim Gesundheitsmodernisierungsgesetz vorgeschlagen, das mit dem Bereich der Zahnmedizin zu tun. Ein klar abgrenzbarer Leistungsbereich würde signalisieren, dass ein eigenverantwortliches Handeln des Patienten auch direkten Einfluss auf die Kostensituation hat.

Es ist mir nachhaltig nicht erklärbar, warum Kinder in skandinavischen Ländern unter 7 Jahren kariesfrei sind, während das in der Bundesrepublik nicht gelingt. Das hat schlicht auch in der Hauptsache etwas mit Zahnhygiene zu tun. Es müssen also Anreize gesetzt werden, damit jeder weiß, dass er seine Prämie reduzieren oder in einem vernünftigen Maßstab halten kann, wenn er eigenverantwortlich auf seine Gesundheit achtet.

Sie stehen ja auch vor der Verabschiedung eines Präventionsgesetzes. Auch hier sind wir auf die Mithilfe von Ihnen angewiesen. Was sind präventive Maßnahmen, die unabdingbar notwendig sind? Was muss in den Katalog mit hinein genommen werden? Wo ist aber auch hier der Bereich, wo die Kostenübernahme schwierig wird und die Eigenverantwortung auch stärker greifen zu lassen.

Neben den Finanzierungsfragen sind die Strukturfragen zu klären, von denen ich nur einiges andeuten konnte. Ich habe mich leidenschaftlich dafür eingesetzt im jetzigen Gesundheitsreformkompromiss, dass die Freiberuflichkeit der Ärzte erhalten wird. Natürlich können Ärzte sich in einem Ärztehaus zusammenschließen. Das bleibt aber ihrer eigenen persönlichen und wirtschaftlichen Entscheidung überlassen. Ich halte aber nichts von einer Zwangsanstellung von Ärzten oder einer Zwangszuleitung zu Ärzten hin. Stattdessen möchte ich den eigenverantwortlichen Patienten stärken.

Gerade in der Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Medizin werden wir darüber nachdenken müssen. Es wird eine Mischung zu finden sein: wo kann bei den Gesundheitskosten intensiver Medizin durch bestimmte Apparate das Krankenhaus in die Versorgung mit eingebunden

werden. Und wo werden in Zukunft auch Kapazitäten im Krankenhaus vernünftig abzubauen sein. Natürlich schaut jetzt jeder noch schnell, dass er seine Fachabteilungen möglich breit aufstellt, damit er dann argumentieren kann: wir haben aber das gesamte Angebot! Da dürfen wir die Frage stellen, ob und wie wir die Bildung von Kompetenzzentren auch im Krankenhausbereich in Zukunft miteinander diskutieren können.

Ich bin sehr zuversichtlich, dass die Union diese neue Reform der Finanzierung auf ihrem Bundesparteitag beschließen wird. Ich halte es nicht für gerechter, weil jeder mit seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit herangezogen wird, sondern ich glaube, dass dies auch ein entscheidender Motor sein wird für mehr Wachstum in unserem Land.

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Bischofsvikar für Priesterfortbildung und Mitglied der Kommission IV (Geistliche Berufe und Kirchliche Dienste) und der Kommission IX (Publizistische Fragen) der Deutschen Bischofskonferenz. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn.

Eggert Beleites, Prof. Dr. med.

geboren 1939 in Halle/S.; Studium der Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; 1966 Promotion und bis 1970 Facharztausbildung in der Universitäts-HNO-Klinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena; 1986 Habilitation; seit 1990 Präsident der Landesärztekammer Thüringen; 1994 Professur für HNO-Heilkunde und Berufung zum Direktor der Universitäts-HNO-Klinik Jena. Vorsitzender des „Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen“ der Bundesärztekammer.

Stephan Ernst, Prof. Dr. theol.

geboren 1956 in Frankfurt am Main; Studium der Kath. Theologie, Philosophie, Pädagogik in Frankfurt/Main und Münster. Assistent am Lehrstuhl für Dogmatik der Universität Tübingen, 1986 Promotion und von 1987 bis 1999 Diözesanreferent für religiös-theologische Erwachsenenbildung im Erzbistum Paderborn. 1995 Habilitation und Privatdozent an der Universität Tübingen für das Fach Theologische Ethik. Seit 1999 Inhaber des Lehrstuhls für Moraltheologie an der Kath.-Theol. Fakultät der Universität Würzburg. Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.

Hildegard Müller, MdB

geboren 1967; Ausbildung zur Bankkauffrau und Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Abschluss Diplom-Kauffrau. Seit 1995 Abteilungsdirektorin bei der Dresdner Bank AG. Bis 1998 Vorsitzende der Wirtschaftswissenschaftlichen Gesellschaft Düsseldorf e.V. und von 1998-2002 Bundesvorsitzende der Jungen Union Deutschlands. Mitglied des Zentralkomitees der Deutschen Katholiken und des Parlamentarischen Beirats der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung. Seit Oktober 2002 Mitglied des Deutschen Bundestages.

Bisher erschienen:

1985 **Freiheit und Lebensengagement**

Beiträge von: Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main
Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen

1986 **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**

Beiträge von: Prof. DDr. H. Schipperges, Heidelberg
Prof. Dr. A. Auer, Tübingen

1987 **Heil und Heilung in der Medizin**

Beiträge von: Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg
Prof. DDr. E. Biser, München

1988 **Sucht – ein Alarmsignal**

Beiträge von: Dr. med. F. Böcker, Erlangen
Prof. Dr. J. Gründel, München

1989 **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**
Beiträge von: Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen
Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen

1990 **Wahrheit am Krankenbett**

Beiträge von: Prof. Dr. J. van de Loo, Münster
Prof. Dr. H. Kramer, Bochum

1991 **Medizinische Altersversorgung**
Beiträge von: PD Dr. A. Kruse, Heidelberg
Prof. Dr. J. Müller, Freiburg

1992 **„Mens sana in corpore sano" – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**

Beiträge von: Prof. DDr. A Görres, München
Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg

1993 **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**

Beiträge von: Dr. med. T. Kruse, Marburg
Dr. med. G. Markus, Paderborn
Prof. Dr. F. Furger, Münster
Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen

1994 **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? –**
Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin

Beiträge von: Prof. Dr. I. Oepen, Marburg
P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main

1995 **Angst als Grund von Krankheit**

Beiträge von: Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster
Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**

Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen
Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz
Sr. Ursula Bittner, Paderborn

1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**

Beiträge von: Günter Haaf
Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen

1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums"**

Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München
Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg

1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**

Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt
Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld

2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**

Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn
Bernward Büchner, Freiburg
Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel
Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn

2001 **Als Mensch beginnen - als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**

Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt
Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen
Christa Nickels MdB, Berlin
Prof. Dr. Ulrich Lüke, Aachen

2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**

Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster
Dr. Gerd Lütz, Köln

2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena
Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg
Hildegard Müller MdB, Berlin

Erzbistum
Paderborn

Herausgeber:
Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Domplatz 3 · 33098 Paderborn