Wege zur Mitverantwortung im Gesundheitswesen
Vorschläge zu einer strukturellen Umgestaltung auf assoziativer Grundlage

01.09.2002
Von
Udo Herrmannstorfer

Der folgende Text stellt eine Diskussionsgrundlage dar, die aus einer gut 10-jährigen Arbeit eines Kreises zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens hervorgeht. Ihm gehören Ärzte und Sozialwissenschaftler an. Maßgeblich haben R. Aden, R. Burkhardt, Karl-Reinhard Kummer und P. Meister mit ihren Korrekturvorschlägen zu diesem Papier beigetragen.

Die hier gemachten Vorschläge haben richtungsgebenden Charakter und bedürfen der weiteren Konkretisierung. Nach Meinung der Arbeitsgruppenmitglieder ist eine solche Neubesinnung gegenwärtig besonders notwendig, damit nicht Sachzwänge, Interessensvorteile oder politische Einflüsse zu einer unüberschaubaren Gemengelage führen, in der die zentralen Anliegen des Heilwesens verloren gehen. Die individuelle Verantwortung für Gesundheit und Krankheit muss ebenso gestärkt werden wie die zum Sozialausgleich führende Solidarität. Die gemachten Vorschläge orientieren sich an diesen beiden Kriterien, die auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen von Bedeutung sind. So könnte eine Diskussion des Gesundheitswesens Anstoss zu einer gesamtsozialen Neubesinnung geben.

1. Wie kann der Mensch seine individuelle Verantwortung wahrnehmen?

Im Zentrum eines zukünftigen Gesundheitswesens steht der mündige Mensch, der sich mit seinen Krankheiten auseinandersetzen muss und will. Als Patient leidet er an der Krankheit, er sucht und benötigt Behandlung, er muss innerlich und äusserlich am Gesundungsprozess mitwirken, er muss mit den Folgen der Krankheit und der Behandlung leben. Deshalb muss er als Bürger auch an den sozialen Vorgängen in dem ihn betreffenden Gesundheitswesen aktiv teilnehmen können.

Die Beziehung zwischen Patient und Arzt oder Therapeut entzieht sich weitgehend einer allgemeinen Beurteilung. Nur der Patient kann die Verantwortung für sich und seine Gesundheit übernehmen. Dieser Gesichtspunkt der Therapiefreiheit muss sich auch in den Organisationsformen des Gesundheitswesens wiederfinden können. Das "vertikale Ordnungsprinzip" allgemeiner gesetzlicher Regelungen ist dieser individuellen Differenzierung gegenüber immer weniger praktikabel und muss zunehmend durch Formen der horizontalen assoziativen Zusammenarbeit verantwortungsbewusster gleichberechtigter Bürger und Leistungserbringer ergänzt und ersetzt werden. Es wäre Aufgabe des Staates, diese Entwicklung zu mehr gelebter Verantwortung zuzulassen oder zu ermöglichen und damit gleichzeitig auch die Intimität des Gesundungsprozesses zu gewährleisten.

2. Individuelle Gestaltungsfreiheit und Solidarität müssen

gleichermaßen entwickelt werden

Das neben der individuellen Gestaltungsfreiheit auftretende zweite Grundprinzip ist der Solidar-Ausgleich aller: Krankheit hat auch soziale Auswirkungen; ihre Kostenfolgen beeinträchtigen die allgemeine Lebensführung der jeweils betroffenen Menschen. Wird die Belastung zu gross, so gehört es heute zu unserem sozialen Empfinden, solidarisch Hilfe und Ausgleich zu leisten. Deshalb müssen alle Bürger einen sozial fair verteilten finanziellen Beitrag aufbringen, damit jeder Bürger ärztliche und therapeutische Hilfe in ausreichendem Umfang in Anspruch nehmen kann, auch wenn sein Einkommen dazu nicht ausreicht. Von dieser solidarischen Ausgleichsleistung darf prinzipiell niemand ausgenommen werden. Dabei muss ein gesellschaftlicher Konsens gefunden werden, ab welcher Höhe die Krankheitsbelastungen in Bezug auf das Einkommen der Einzelnen unzumutbar hoch sind und deshalb solidarisch von der Gemeinschaft finanziell getragen werden (Das betrifft in besonderer Weise die "Großrisiken" wie Krankenhausaufenthalte, schwere dauerhafte Krankheiten usw.).

Es ist nun ein Widerspruch und der Bereitschaft zu solidarischem Verhalten abträglich, wenn die Art der Regelungen dieser Solidarpflicht zu erheblichen Einschränkungen der individuellen Therapiefreiheit führt. Wenn die Regelungen darin bestehen, dass man mit seinen Versicherungsprämien zwar alle Leistungen mitträgt, auch wenn man viele davon inhaltlich völlig ablehnt, während die selbst gewählte Behandlungsart nicht ausreichend berücksichtigt wird, dann werden sich Unmut und Fluchtbewegungen der Desintegration ausbreiten. Der Patient muss auch unter Anwendung des Sozialausgleichs wählen können, welche medizinische Behandlung er wünscht. Die Solidarregelungen müssen diese Gestaltungsfreiheit so weit als möglich berücksichtigen und integrieren statt sie aufzuheben.

Die Fürsorgepflicht des Staates besteht deshalb darin, Rahmenbedingungen für ein Gesundheitswesen zu schaffen, die gleichzeitig Pluralität und finanzielle Solidarität gewährleisten. Es ist die Pflicht des Staates, der die Glaubens- und Meinungsfreiheit gewährleisten muss, sich deshalb in medizinisch-inhaltlichen Fragen zurückzuhalten, zum Beispiel was "richtige" Medizin und "richtige" Behandlung sei. Jede weitere Eingrenzung bedeutet Vormundschaftlichkeit und damit Schwächung der Verantwortlichkeit des Patienten. In solchen Fällen wäre das Subsidiaritätsprinzip, zu dem sich alle Länder der europäischen Gemeinschaft deklamatorisch bekennen, in Erinnerung zu rufen. Im Kern heisst dies, dass die gesellschaftlich-staatlichen Massnahmen nur dort benötigt werden, wo die Eigenverantwortung der Beteiligten nachhaltig versagt.

Eine dabei auftauchende Problematik hindert viele Menschen daran, die Therapiefreiheit zuzulassen. Wer bewahrt kranke Menschen vor Scharlatanerie?

Diese Frage lässt sich heute so wenig mit Behandlungsvorschriften lösen wie die Frage, wie man verhindert, dass Menschen ungesund leben. Die Antwort liegt in zu bildenden oder weiterzubildenden regionalen Gremien, die im Grenzfall beraten, ob durch eine Therapieform eine reale Schädigung eines Menschen auftritt. Auch diejenige Frage, ob man Menschen davor bewahren kann, für "unsinnige" Produkte und Leistungen Geld auszugeben, ist gesellschaftlich nicht auf direktem Wege zu lösen, wenn man nicht unmittelbar in die persönliche Lebensführung eingreifen will, abgesehen von der schwierigen Frage, wer über "Unsinn" entscheiden soll. Die Scharlatanerie hat ja gerade dort ihren Boden, wo herkömmliche Behandlungsmethoden keinen oder keinen ausreichenden Erfolg mehr haben oder wo die Vertrauensgrundlage zwischen den Beteiligten gestört ist. Hier wird sich niemand davon abhalten lassen, auch nach dem letzten "Strohhalm" zu greifen. Es wird in Zukunft weniger auf die Regelungsvorschriften ankommen sondern darauf, ob und wie die Erbringer medizinischer Leistungen das Vertrauen der Bürger zurückgewinnen.

Die Frage, wieweit medizinische Leistungen in den Solidarausgleich einbezogen werden, ist davon getrennt zu sehen und darf die Behandlungsfreiheit nicht behindern. Umgekehrt besteht auch für diejenigen, die diese Freiheit in Anspruch nehmen, kein genereller Anspruch auf Solidarausgleichsleistungen. Weder Verbot noch Anspruch können das Problem lösen.

3. Möglichkeiten der solidarischen Finanzierung

Damit stellt sich die Frage, in welcher Form sich Solidarität zur Geltung bringen lässt, ohne die Behandlungsfreiheit zu verunmöglichen.?

Wenn der Patient die Verantwortung für seine Gesundheit und ebenso seine Krankheit selbst übernimmt, dann gehören auch die Gesundheitskosten zunächst zu den Kosten der persönlichen Lebenshaltung. Der Übergang von gesundheitsfördernden und heilenden Lebensformen ist ja ein durchaus fliessender. In dem Umfang, in dem Krankheitskosten aus dem eigenen Einkommen bezahlt werden können, besteht wie bei den anderen Ausgaben keine Notwendigkeit zu schwerwiegenden solidaritätsorientierten Eingriffen., da die Entscheidungen in der vollen Verantwortung der Menschen liegt und, wie man heute erkennt, auch liegen muss. Dass die Aufwendungen für krankheitsbedingte Kosten die Lebensführung beeinflussen, ist unvermeidlich und gilt ja in gleichem Masse auch für Krankenversicherungsprämien.

Die Notwendigkeit der Solidarität entsteht erst in der nächsten Stufe. Wo das Einkommen zu gering ist bzw. wenn die Krankheitskosten den Erkrankten unverhältnismäßig stark belasten, greift dagegen 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 Solidaritätspflicht entsteht 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 auf den Kopf.) Ob dies in Form einer Grundversicherung geschieht, als Zusatzsteuer oder ob eine eigenständige Abgabe erhoben wird, muss hinterfragt und entschieden werden. Wesentlich ist hier die Ausrichtung in erster Linie an der Lebenshaltungsituation der Betroffenen und nicht an der Beurteilung der medizinischen Massnahmen. D.h. es kann sich somit nur um eine finanzielle Einkommenshilfe handeln, wenn die Belastungen bestimmte Einkommensrelationen überschreiten. Unterhalb der Wirksamkeit des Solidarausgleichs hat die individuelle Freiheit in der Wahl der Behandlung uneingeschränkte Priorität. Das heißt: der Staat muss geeignete Voraussetzungen schaffen, damit diese Freiheit in entsprechende Vertragsformen zwischen Bürgern untereinander und / oder mit Leistungserbringern umgesetzt werden kann.

Dagegen ist der Bereich, der zu Solidarleistungen führt, nicht ausschliesslich frei zu denken, sondern wird mit Grenzen leben müssen. So wie es eine Untergrenze der Einkommen gibt, ab der Ausgleichszahlungen fliessen, so wird es eine Obergrenze der Behandlungsaufwendungen geben, bis zu der Solidarleistungen ausgerichtet werden. Diese Obergrenze wird wiederum in entsprechenden Gremien beraten, festgelegt und verändert werden müssen. In dem zwischen den beiden Grenzen liegendem Bereich des Solidarausgleichs ist der Patient für die Aufwendungen nachweispflichtig. Auch dies hat mit Verantwortungsbewusstsein zu tun und führt ganz nebenbei zu einer Verteilung des administrativen Aufwandes auf die vielen Schultern der Beteiligten. Ein Beurteilung der medizinischen Verordnung ist nicht nötig, wenn eine Obergrenze existiert. Erst an dieser Grenze muss ein bewusstes Urteil herbeigeführt werden, ob und unter welchen Bedingungen diese Grenzen überschritten werden sollen.

Sowohl in dem Bereich der finanziellen Eigenverantwortung als auch in demjenigen, der jenseits der Solidaritätsgrenzen liegt, können intiativ freiwillige Solidaritätsgemeinschaften gebildet werden, ob als Zusatzversicherung oder als Patientenkollektive usw.. Eine zusätzliche öffentliche Regelungsnotwendigkeit entsteht an dieser Stelle nicht.

4. Medizinische Infrastruktur: Vorhalten statt Amortisieren

Das Gesundheitswesen ist kein freier Markt! Bei Krankheit steht es einem Menschen nicht frei, ob er an einem Marktgeschehen teilnehmen will oder nicht; er wird ohne bewusste Absicht krank. Da der

Umgang mit Gesundheit und vor allem Krankheit in die konstitutionellen Grundlagen der Menschen u.U. tief eingreift, sind die einzelnen Leistungen der Heilprozesse stark reglementiert und nicht allgemein zugängig. Deshalb lassen sich auch nicht die Regeln der freien Märkte auf diesen Sektor übertragen. Die steigende Komplexität lässt sich zwischenzeitlich auch nicht mehr inhaltlich regulieren, wie die gewaltige Bürokratie verdeutlicht, deren Vorhandensein gegenwärtig so stark beklagt wird. Statt zum freien Markt zurückzukehren, müssen endlich assoziative Zusammenarbeitsformen zwischen den am Gesundheitswesen Beteiligten ausgebildet werden.

Eine der weiteren Folgerungen aus diesem Tatbestand betrifft den Infrastrukturcharakter wesentlicher Teile des Gesundheitswesens. Die Möglichkeit, medizinische Leistungen jederzeit im akuten Krankheitsfall einzusetzen zu können, setzt voraus, dass eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Infrastruktur bereits vor Eintritt des Nachfragefalles vorhanden ist. Es gibt nun viele Gründe, diese Vorhaltekosten in der Medizin nicht in die direkte betriebswirtschaftliche Preisbildung der beanspruchten Leistungen einzubeziehen. Eine aus öffentlichen Mitteln oder erhobenen Beiträgen finanzierte Infrastruktur muss nur erhalten, nicht aber auch amortisiert werden. Damit entfällt vor allem das falsche Signal für eine vorsätzliche Leistungsausweitung: die Anzahl von Fällen d.h. Untersuchungen, Verordnungen, Operationen, Behandlungen usw. muss nicht entsprechend gesteigert werden, um eine bessere Wirtschaftlichkeit zu erzielen. Die beste Einsparung ist nicht dann erreicht, wenn die Einzelleistung durch häufige Anwendung extrem verbilligt wird, sondern wenn die Struktur nicht gebraucht wird. Eine gute Feuerwehr misst man nicht an der Zunahme der Brände.

Die Beanspruchung bzw. die Auslastung der Infrastruktur kann periodisch extern /regional überprüft und bei Bedarf angepasst werden.

Der Infrastrukturgedanke gilt vor allem für Krankenhäuser und ähnliche Einrichtungen. Infrastrukturelle Vorhaltekosten sollten nicht nur Gebäude und Geräte, umfassen, sondern auch diejenigen Mitarbeitereinkommen, die für die Aufrechthaltung des Grundbetriebes notwendig sind. Dieser vorhaltende Infrastrukturgedanke könnte u.U. auch auf weitere Bereiche der Medizin ausgedehnt werden, z.B. auf freischaffende Ärzte, Therapeuten oder Ambulatorien usw.

Für die Finanzierung der infrastrukturellen Vorhaltekosten sollte eine nachhaltige Lösung gefunden werden. Eine mehrwertsteuerartige Finanzierung würde die Exportpreise nicht belasten und wäre damit international wettbewerbsneutral. (zum "Sozialausgleich": Herrmannstorfer et al. 1999).

Wird die Finanzierung der Infrastruktur auf diese Weise geregelt, vermindern sich die direkt zugerechneten Behandlungskosten für den Bürger; der fehlende wirtschaftliche Zwang zur Nutzung würde durch den Wegfall unnötiger Leistungen auch die gesamte Solidargemeinschaft entlasten

5. Wie kann das Gesundheitswesen den Erfordernissen vor Ort gerecht werden?

Die bedarfsgerechte patientennahe Einrichtung des Gesundheitswesens verlangt sowohl einen regionalen Aufbau als auch entsprechend gestaltete regionale Organe der mitverantwortlichen und verbindlichen Zusammenarbeit. In solchen Assoziationen der Zusammenarbeit könnten Bürger und Leistungserbringer gemeinsam den Bedarf und den möglichen Umfang an Infrastruktur ermitteln, urteilend begleiten und über die zu erwartenden Kosten von Sacheinrichtungen und Menschen beraten und beschließen. Wesentliche Aufgabe dieses Gremiums ist es zudem, die Preisverhältnisse so zu beeinflussen, dass die Leistungen von den Bürgern bezahlt und die Bedürfnisse der Leistungserbringer gedeckt werden können. Sollen bürokratische Regelungen nicht weiter erfolglos um sich greifen, dann muss schleunigst mit den Bilde- und Lernprozessen solcher Organe begonnen werden.

Zwischen den Regionen muss es eine faire Verteilung der Mittel stattfinden, so dass die einzelnen Regionen bedarfsgerechte, aber durchaus unterschiedliche Anteile aus den Infrastrukturmitteln

erhalten. Die regionalen Budgets sind jährlich zu überprüfen.

Diese Organe könnten auch in einem weiteren Schritt die Budgets einer solidarischen Ausgleichskasse verantworten. In den Regionen würden zu diesem Zweck Geschäftsstellen eingerichtet, deren Aufgabe allein in der Abwicklung des Solidaritätsausgleichs liegt. Die Regionalität ist gleichzeitig auch das Mittel, die komplizierten Verhältnisse des Gesundheitswesens durch die realen Zusammenarbeitsbegegnungen erlebbar zu halten und damit bewusst beurteilbar und gestaltbar zu machen.

6. Solidareinrichtung Krankenkasse und die therapeutische Gestaltungsfreiheit

Das Bekenntnis zum Solidarausgleich und zum Solidarbeitrag ist kein Blankoscheck für die gegenwärtige Krankenkassenorganisation. Es wird immer wieder vergessen: dass die Krankenkassen als Solidareinrichtungen allein der Lebenssicherung dienen, wenn unverhältnismäßig hohe Krankheitskosten die Einkommen übermässig belasten. Je mehr die Solidaritätseinrichtung Krankenkasse die medizinische Versorgung inhaltlich mitbestimmt, umso stärker erdrückt die Solidarpflicht die individuelle Verantwortung für Gesundheit und Krankheit. Aus Hilfsorganen würden Vormundschaftorgane, aus den Verantwortung suchenden Menschen würden Antragsteller.

Mit wachsender Mitverantwortung der Patienten und der anderen Beteiligten werden die Krankenkassen von ihrer gesundheitspolitischen Aufgabe entlastet und ihre eigentliche Rolle als Dienstleister im Geldstrom der notwendigen Verrechnungen wird wieder sichtbar werden. Insofern werden die Krankenkassen ebenfalls ihren Platz in den assoziativen regionalen Zusammenarbeitsorganen finden und dort ihre Anliegen einbringen können..

Udo Herrmannstorfer
Institut für zeitgemässe Wirtschafts- und Sozialgestaltung
Brosiweg 10
CH-4143 Dornach

Weiterführende Literatur

Rainer Burkhardt: Neuorientierung des Gesundheitswesens. VAS-Verlag für akademische Schriften Frankfurt 2001, ISBN 3-88864-320-1.

Rainer Burkhardt, Peter Meister, Klaus Fischer: Assoziationen im Gesundheitswesen, in: Leber, S.: Die wirtschaftlichen Assoziationen. Stuttgart 1987.

Udo Herrmannstorfer: Goethes Märchen. Rundbrief Dreigliederung des sozialen Organismus, H.4, Dez. 1996.

Udo Herrmannstorfer, Harald Spehl, Christoph Strawe: Umfinanzierung der Lohnnebenkosten durch einen verbrauchsorientierten Sozialausgleich. Rundbrief Dreigliederung des sozialen Organismus, H.1, März 1999.

Karl-Reinhard Kummer: Der mündige Patient. Verein für Anthroposophisches Heilwesen. Bad Liebenzell 1998.

Rudolf Steiner: Die Kernpunkte der sozialen Frage. Dornach (Schweiz) 1961.

Quelle: Gleichnamiger Aufsatz unter http://www.heilwesen.de/wege.htm, mit freundlicher Genehmigung des Vereins für Anthroposophisches Heilwesen e.V.

Arbeit unterstützen