

Wege zur Mitverantwortung im Gesundheitswesen

Vorschläge zu einer strukturellen Umgestaltung auf assoziativer Grundlage

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, K.-R. 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 GESTALTUNGS-FREIHEIT 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 zurückhalten, zum Beispiel was „richtige“ Medizin und „richtige“ Behandlung sei. Jede weitere Eingrenzung bedeutet Vormundschafflichkeit 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 per-

sönliche 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 „Strohalm“ zu greifen. Es wird in Zukunft weniger auf die Regelungsvorschriften ankommen, sondern vielmehr 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 Aus-

IN DER AGENDA 2010 VORGESEHENE VERÄNDERUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

Erklärte Ziele sind eine „höhere Qualität der medizinischen Behandlung, mehr Wettbewerb, mehr Transparenz, mehr Effizienz und mehr Patientensouveränität“. Genannt werden folgende Punkte:

- Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, Einzelverträge mit Ärzten abzuschließen, kein Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen mehr; Erleichterung der Fusion von Krankenkassen und Ausbau der Qualitätssicherung.
- Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird überarbeitet. Ausgrenzung des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung, Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen (Mutterchaftsgeld), Erhöhung der Tabaksteuer um einen Euro je Packung
- Hausarztprinzip; Bonus für Patienten, die den Hausarzt als Lotsen durch das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen - ansonsten höhere Zuzahlungen, Praxisgebühr bei Facharztbesuch ohne Überweisung, elektronischer Patientenausweis und elektronische Patientenakte bis 2006, Verpflichtung aller Ärzte zur Fortbildung, Schaffung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“
- Krankenhäuser sollen an der ambulanten Versorgung teilnehmen, Einführung der sogenannten Patientenquittung, Bonusregelungen für Patienten, die an Präventionsmaßnahmen teilnehmen, Einsetzung eines Patientenbeauftragten, Zulassung von Internet-Apotheken.

Ende Mai hat die Bundesregierung einen entsprechenden Gesetzentwurf beschlossen, der Mitte Juni ins Parlament eingebracht werden soll, das Gesetz soll dann am 1.1. 04 in Kraft treten und zu einer Senkung des Kassenbeitrags um mindestens 1 Prozent führen, eine weitere Senkung auf 13 Prozent oder darunter wird angestrebt.

Quelle: <http://www.bundesregierung.de/basisattribute,-482912/Gesundheitsreform.htm>

gaben keine Notwendigkeit zu schwerwiegenden solidaritätsorientierten Eingriffen, da die Entscheidungen in der vollen Verantwortung der Menschen liegen - und, wie man heute erkennt, auch liegen müssen. 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 Lebenshaltungssituation 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 ge-

eignete 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 liegenden Bereich des Solidarausgleichs ist der Patient für die Aufwendungen nachweislich. Auch dies hat mit Verantwortungsbewusstsein zu tun und führt ganz nebenbei zu einer Verteilung des administrativen Aufwandes auf die vielen Schultern der Beteiligten. Eine 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 initiativ freiwillige Solidaritätsgemeinschaften gebildet werden, - als Zusatzversicherung, als Patientenkollektive usw. Eine zusätzliche öffentliche Regelungsnotwendigkeit entsteht an dieser Stelle nicht.

KONTROVERSE BEI DEN UNIONSPARTEIEN ÜBER DIE REFORM DES GESUNDHEITSWESENS

Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion und frühere Gesundheitsminister Horst Seehofer sprach von einer „Privatisierungssorgie“, bei der man nicht mitmachen dürfe. Die Reformvorschläge, die vor allem von Wirtschaftsverbänden, aber auch aus Teilen der Union gemacht würden, entlasteten die Besserverdienenden und belasteten die sozial Schwachen. Zur Reform des Gesundheitssystems schlug Seehofer eine sogenannte Bürgerversicherung vor, in die alle unabhängig vom Einkommen einzahlen sollten. Besserverdienende, Selbstständige, Beamte und auch Politiker dürften sich nicht länger der Solidargemeinschaft entziehen.

Grünen-Chef Reinhard Bütikofer begrüßte die Forderungen Seehofers nach einer Bürgerversicherung. In der CDU, aber auch in der CSU stieß sein Votum indes auf heftige Ablehnung. Auch Bert Rürup, Vorsitzender der von der Regierung eingesetzten Kommission, äußerte sich negativ.

Die Union bekräftigte ihre von Seehofer kritisierten Vorschläge, wonach Patienten künftig zehn Prozent ihrer Arzt- und Klinikrechnung selbst zahlen und eine Sondersicherung für Zahnersatz abschließen sollen, den die Kassen künftig nicht mehr zahlen. Außerdem will die Union den Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel halbieren, was der Staatskasse jährlich 1,5 Mrd. Euro kosten würde - die Beitragszahler würden in derselben Höhe entlastet.

Quelle: www.n-tv.de, 17.6.03.

4. MEDIZINISCHE INFRA- STRUKTUR: 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 unter Umständen tief eingreift, sind die einzelnen Leistungen der Heilprozesse stark reglementiert und nicht allgemein zugänglich. 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 Zusammenarbeits-

formen 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 einsetzen 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die für die Aufrechterhaltung des Grundbetriebes notwendig sind. Dieser vorhaltende Infrastrukturgedanke könnte unter Umständen 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. (Vergleiche hierzu 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.

Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zum Gesetzentwurf der Regierung

Für eine differenzierte Bewertung der Vorschläge zur Gesundheitsreform hat sich ver.di-Bundesvorstandsmitglied Beate Eggert ausgesprochen. Sie begrüßte die Entlastung der Krankenkassen über die Tabaksteuer und den Verzicht auf das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen. Harte Kritik äußerte sie an dem Vorhaben der Bundesregierung, dass die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Krankengeldleistungen von über sieben Milliarden Euro alleine schultern sollen. Abgelehnt werden auch Beitragserhöhungen für Rentner, die dadurch eintreten, dass diese künftig den vollen Kassenbeitrag zahlen sollen. Positiv sieht ver.di dagegen u.a. auch die vorgesehene Lotsenfunktion des Hausarztes, die Erweiterung der ambulanten Versorgung an den Kliniken und den Versandhandel mit Medikamenten im Internet. Allerdings müsse eine Gefährdung flächendeckender Versorgung verhindert werden. Bonussysteme seien umstritten und dürften nicht dazu führen, dass einkommensschwächere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. Die vernünftige Inanspruchnahme von Fachärzten dürfe nicht durch Gebühren bürokratisiert werden; - höherer Zuzahlungen hätten keine Steuerungswirkung.

Quelle: http://www.verdi.de/0x0ac80f2b_0x000aa592

5. WIE KANN DAS GESUNDHEITSWESEN DEN ERFORDER- NISSEN 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 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 Vormundschaftsorgane, 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 not-

wendigen Verrechnungen wird wieder sichtbar werden. Insofern werden die Krankenkassen ebenfalls ihren Platz in den assoziativen regionalen Zusammenarbeitsorganen finden und dort ihre Anliegen einbringen können..

Kontaktadresse für eine Arbeit an Fragen der Reform des Gesundheitswesens: Dr. Karl-Reinhard Kummer, Kinderarzt - Posseltstr. 7 - D-76227 Karlsruhe, Telefon +49 721 - 9414990 - Telefax +49 721 - 9414991, E-Mail Kummer.Kinderarzt.Karlsruhe@t-online.de

Weiterführende Literatur:

Rainer Burkhardt: Neuorientierung des Gesundheitswesens. VAS-Verlag für akademische Schriften Frankfurt 2001, ISBN 3-8864-320-1

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

Udo Herrmannstorfer: Individualität und Staat. Verein für Anthroposophisches Heilwesen, Unterlengenhardt 1990

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, www.sozialimpulse.de/lhnnk.htm

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

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

7-PUNKTE-PROGRAMM DER SECURVITA

Zur securvita-Unternehmensgruppe gehört eine gesetzliche und eine private Versicherung. Die Securvita setzt sich gegen jede Diskriminierung der sogenannten besonderen Therapieweisen (Homöopathie, anthroposophische Medizin, Naturheilkunde) ein. Kürzlich wurde ein 7-Punkte-Programm zur Reform des Gesundheitswesens vorgelegt. Darin wird die starre Abgrenzung gesetzlicher und privater Krankenversicherung als heute so nicht mehr haltbar bezeichnet: „Wir sollten von den positiven Beispielen der europäischen Länder lernen und an den Aufbau eines sozialen Gesundheitssystems herangehen, das den kranken Menschen die Solidarleistungen zur Verfügung stellt, die sie wirklich brauchen. Ein System, das zwischen Ethik und Profit die Mitmenschlichkeit verteidigt und der Geldgier einzelner Gruppen endlich Grenzen setzt. Gesundheit ist keine Ware. Ein soziales Gesundheitswesen ist das Rückgrat der Zivilgesellschaft und Antrieb für ein gesundes gesellschaftliches Miteinander. Ein dynamisches Netzwerk in sozialer Verantwortung - das ist das Leitbild für ein modernes Gesundheitswesen.“

1. Individuelle Selbstverantwortung und gesellschaftliche Solidarität: [...] Ein modernes und soziales Gesundheitssystem lässt sich weder auf reine Privatvorsorge noch auf Planwirtschaft aufbauen. An einem künftigen System mit einer sozialen Pflichtversicherung für die Regelversorgung und mit individuellen Wahlmöglichkeiten für die zusätzliche medizinische Versorgung führt kein Weg vorbei. Die Bürger und Versicherten wollen an ihrer Gesundheitsversorgung aktiv beteiligt sein und sie wehren sich dagegen, dass in Gesundheitsfragen über sie entschieden wird. [...] Die Träger der solidarisch finanzierten „Gesundheitsversicherung“ erhalten zusammen mit den ärztlichen Körperschaften einen gemeinsamen Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsversorgung. Zugleich muss ihnen die Möglichkeit eröffnet werden, vertragliche Regelungen mit medizinischen Versorgungsnetzen zu vereinbaren und Zusatzleistungen für ihre Versicherten zu gestalten. [...]

2. Moderne Heilkunst und Wissenschaftlichkeit: Die vorhandenen Strukturen begünstigen eine wissenschaftlich antiquierte und dogmatisch verengte Sichtweise zu Gesundheit und Krankheit. [...] Gesetzliche Gleichbehandlung und dadurch die Förderung eines gleichberechtigten Miteinanders von Schulmedizin, anerkannten Naturheilverfahren, Psychotherapie, Sozialmedizin und anderen bewährten Therapierichtungen [...]

3. Einführung von Pauschalhonoraren für Ärztinnen und Ärzte: [...] Ärzte müssen sich zwangsläufig zu viel um ihre Abrechnungen kümmern und zu wenig um ihre Patienten. Medizinische Entscheidungen sind mit der Höhe der eigenen Einnahmen verknüpft. Dieses Honorarsystem bedingt eine systemische Korruption und beschädigt die Qualität und die soziale Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. In den Krankenhäusern dominiert nach wie vor eine leistungshemmende Hierarchie. [...] Ärztinnen und Ärzte sollten ein angemessenes Pauschalhonorar erhalten, das sich an der aufgewendeten Betreuungszeit ausrichtet. [...] Zeithonorare geben Ärztinnen und Ärzten wieder den Freiraum, ihrer eigentlichen Profession nachzugehen und sich um die Gesundheit ihrer Patienten ganzheitlich zu kümmern.

Weitere Punkte: 4. Verursacherprinzip konsequent umsetzen, 5. Stärkung der Patientenrechte und der unabhängigen Patientenberatung, 6. Stärkung des Hausarztprinzips und individuelles Case-Management, 7. Gesundheitsförderung und soziale Verantwortung

Quelle: http://www.securvita.de/pkv_akt/pdf/7-Punkte-021121.pdf