

Welche Therapie hilft dem Gesundheitswesen?

Vor einer neuen Reform des Gesundheitswesens

Christoph Strawe

Über ein Dutzend immer neuer sogenannter Gesundheitsreformen seit 1976 haben letztlich die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens nicht lösen können. Wie die gegenwärtigen Streiks der Klinikärzte zeigen, wird im Gegenteil die Situation von Betroffenen als immer unerträglicher erlebt. Die Finanzierung der Medizin leidet daran, dass unter Bedingungen der Massenarbeitslosigkeit immer weniger Menschen in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen. Da die KV-Beiträge als Lohnzusatzkosten erhoben werden, entsteht ein Druck, sie einzufrieren oder gar zu senken, aus Gesichtspunkten heraus, die gegenüber den Aufgaben des Gesundheitswesens ganz sachfremd sind und stattdessen mit dem globalen Wettbewerb zusammenhängen. Außerdem sind Selbstständige und Beamte bei der Gesetzlichen Krankenversicherung außen vor. Jetzt will die große Koalition eine neue Reform auf den Weg bringen. Was haben wir zu erwarten? Schauen wir zunächst auf die Konzepte, die die Parteien im Bundestagswahlkampf vertreten haben.

Konzepte der Parteien im Wahlkampf

Die **Unionsparteien** propagierten ein Prämienmodell, (persönliche Gesundheitspauschale, „Kopfpauschale“). Die Ausgestaltung stellt bereits einen Unions-internen Kompromiss dar. Jeder Versicherte zahlt persönlich, unabhängig vom Einkommen 109 EUR monatlich, allerdings nicht mehr als 7% vom Arbeitnehmerbruttolohn. Aus den Arbeitgeberbeiträgen (die bei 6,5% der Bruttolöhne eingefroren werden) erhalten die Kassen nochmals 60 EUR je Versicherten, d.h. dass eine Gesamtprämie von 169 EUR pro (gesetzlich) Versicherten zustande kommt. Dadurch entfällt der sogenannte Risikostrukturausgleich, in dem in einem komplizierten Verfahren die Unterschiede bei den Kassen, die aus den unterschiedlichen Einkommen ihrer Versicherten herrühren, ausgeglichen werden. Der Kreis der Versicherten ändert sich nicht. Es bleibt beim Dualismus von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Die Finanzierung bleibt weitgehend auf Erwerbsarbeit basiert. Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder (auch die der privat Versicherten) soll über das Steuersystem finanziert werden. Ob mit 169 EUR der jetzige medizinische Qualitätsstandard haltbar sei, wurde in der Diskussion über die Vorschläge in Frage gestellt.

Die FDP schlug vor, die Gesetzliche KV abzuschaffen und eine Versicherungspflicht für die Grundrisiken einzuführen, wobei sich die Prämien individuell nach Risiko und Alter richten sollten, unabhängig vom Ein-

kommen der Versicherten. Wie auf diese Weise noch eine solidarische Finanzierung möglich sein soll, bleibt schleierhaft, auch wenn von staatlichen Transfers an diejenigen die Rede ist, die die Prämie nicht aufbringen können. Der bisherige Arbeitgeberbeitrag soll als Lohn ausbezahlt werden. Die gesetzlichen Kassen sollen in private Kassen umgewandelt werden.

Rot-Grün: Die SPD forderte eine Bürgerversicherung. In diese sollen nach einer längeren Übergangszeit auch die Beamten, Selbstständigen usw. einbezogen werden. Bei den Beiträgen sollen neben dem Lohn auch Kapitaleinkünfte herangezogen werden. Ähnlich die Grünen, die auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung einbeziehen wollten. Entgegen Vorschlägen aus den eigenen Reihen hielt Rot-Grün allerdings an einer Limitierung der Solidarität durch eine Beitragsbemessungsgrenze fest. Gute Verdienere hätten nach wie vor nicht entsprechend mehr bezahlt. Der Solidarausgleich ergibt sich aus der Einkommensabhängigkeit der Beiträge: wer wenig verdient, zahlt auch wenig. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollen weiter hälftig beitragen. Sowohl gesetzliche als auch private Krankenkassen sollen einen Bürgerversicherungstarif anbieten können.

Weitergehende Vorschläge gab es zu dieser Zeit durchaus, sie wurden von den Parteien aber nicht aufgegriffen. Einige solcher Konzepte wurden in den vergangenen Jahren in dieser Zeitschrift vorgestellt.

Ich denke dabei an Michael Opielkas radikaleres Modell einer Bürgerversicherung, bei der jeder Bürger eine nicht-progressive „Sozialsteuer“ auf sein gesamtes zu versteuerndes Einkommen zahlen würde, „ohne Beitragsbemessungsgrenze und ohne Möglichkeit, diese ‚Sozialsteuer‘ gegen Negativeinkünfte zu verrechnen“. Nach Opielkas Berechnungen würden dann für die Krankenversicherung 7,5% ausreichen.* - Ich denke aber auch an die Vorschläge, das Gesundheitssystem in immer höherem Maße in eine Mehrwertsteuerartige Finanzierung einzubeziehen, die die Finanzierungsbasis verbreitern und von der Bindung an die Erwerbsarbeit lösen würde. Sie wäre zugleich durch Wettbewerbsneutralität gegenüber dem Druck der Globalisierung gefestigt. Aus den Mitteln, die durch einen solchen Sozialausgleich gewonnen würden, könnten die Kassen den jeweiligen Anteil für den einzelnen Versicherten zugewiesen bekommen. Dies könnte durchaus auch durch eine für alle Bürger bezahlte Gesundheitspauschale geschehen, die zu einem bedingungslosen Grundeinkommen ergänzend ausbezahlt wäre und die dann - anders als im Unionsmodell - als wirkliche Solidaritätspauschale wirken würde.

Das Lied vom Kompromiss

Dass die große Koalition derzeit bereits reif wäre für dergleichen Radikalreformen, darf mit gutem Grund bezweifelt werden. Was uns droht, ist ein Kompromiss - und zwar ein fauler. Für die Betroffenen könnte er teuer werden, wenn stimmt, was die Bildzeitung am 13.3. kolportierte und was Gesundheitsministerin Ulla

* Michael Opielka: Dreigliederung und Grundeinkommen. In: Rundbrief Dreigliederung, Heft 1/2205, www.sozialimpulse.de/pdf-Dateien/Hartz_IV.pdf

Schmidt prompt - es standen ja Landtagswahlen vor der Tür - entschieden dementieren ließ. Der dementierte Plan: Der bisherige Kassenbeitrag soll künftig dreigeteilt werden. Die Arbeitgeber zahlen wie bisher, die Arbeitnehmer zahlen 6-7% nicht nur vom Bruttolohn, sondern auch von anderen Einkünften. Die Beiträge werden künftig von den Finanzämtern eingezogen. Obendrauf kommt eine Gesundheitsprämie - Experten rechnen mit bis zu 30 EUR, der „Gesundheits-Soli“, den natürlich auch Rentner zahlen. Die Privatversicherungen sollen am Risikostrukturausgleich teilnehmen. Es ist in der Tat gut möglich, dass der endgültige Kompromiss noch einmal anders aussehen und mehr die Handschrift der CDU/CSU erkennen lassen wird. Ob er dann weniger faul sein würde, als jener, über den gerade spekuliert wird, darf bezweifelt werden.

Wie dichtete Kurt Tucholski?

Schließen wir nen kleinen Kompromiss!
Davon hat man keine Kümmeris.
Einerseits - und andererseits -
so ein Ding hat manchen Reiz ...
Sein Erfolg in Deutschland ist gewiss:
Schließen wir nen kleinen Kompromiss
(Aus: Tucholski: *Das Lied vom Kompromiss*)

Es wird Zeit, wirkliche Alternativen durchzusetzen. Der Debatte über solche Alternativen in der Zivilgesellschaft diene mein im Folgenden abgedruckter Beitrag bei einem Zukunftskongress im Stuttgarter Gewerkschaftshaus. Und das darauf folgende Interview mit dem Geschäftsführer der Paracelsus-Stiftung Gert-Rainer Pater zeigt, wie im Kleinen Veränderungen versucht werden können, allen Schwierigkeiten zum Trotz.

Was sind Grundlagen eines solidarisch finanzierten modernen Gesundheitswesens? **

Christoph Strawe

Die regionale Situation des Gesundheitswesens wird durch globale Entwicklungen beeinflusst. Hier ist besonders das GATS-Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen der Welthandelsorganisation WTO von Bedeutung. Es steht für Bestrebungen, die das Gesundheitswesen am liebsten in einen einzigen Supermarkt umformen möchten, dessen Betreiber kräftig Kasse machen sollen. Auch die inländische Debatte um die Reform des Gesundheitssystems steht unter dem Vorzeichen der Anpassung an tatsächliche oder vermeintliche Zwänge der Globalisierung. Dabei wird mit Halb- und Unwahrheiten gearbeitet, wenn etwa pauschal von einer verheerenden „Kostenexplosion“ in diesem Bereich gesprochen wird.*** Zu Milchbuben-

** Es handelt sich um die überarbeitete Fassung des Einleitungsreferats zu einem Workshop, den der Autor bei einem Zukunftskongress von ver.di und Sozialem Netzwerk Stuttgart am 4. Juli 2003 im Stuttgarter Gewerkschaftshaus gehalten hat.

*** Gegen die These, die Ausgaben für die gesetzliche

Gerhard Kienle zur „Karzinomatose des sozialen Netzes“

„Die geistige Leistung des Arztes ist ... nicht formal, sondern nur individuell inhaltlich erfassbar; eine Honorierung kann nur durch individuelle Anerkennung erfolgen und nicht durch messbare Leistungen, die Ware sind. Durch die Gebührenordnung wird nicht der Geist - also die eigentliche ärztliche Leistung - erfasst, sondern die Waren - also manuelle oder technische Handlungen - ohne Rücksicht auf ihren Wert. ... Der Glaube, dass physisch messbare Waren Geist seien, führt zur Zerstörung des sozialen Zusammenhanges - und hier des sozialen Netzes im Gesundheitswesen. ... Hilfeleistung ist nicht bezahlbar, aber wirtschaftlich ermöglichbar. - Die Hybris staatlicher Verwaltung, mit administrativen Steuerungsmaßnahmen die Gesundheit der Bevölkerung sicherstellen zu wollen, indem ärztliche Tätigkeit als Rohmaterial in eine Gesundheitsfabrikationsmaschine gezwungen wird, kann nur Leid und Elend der Kranken erzeugen. Es gibt keine technische Bewältigung der Kostenexplosion oder Unwirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens durch administrative Kostendämpfungsmaßnahmen. Ohne Preisgabe des Machtanspruches über den menschlichen Geist können soziale Fragen nicht gelöst werden. Der Arzt sollte nach Maßgabe des Vertrauens der assoziativ gegliederten Bevölkerung wirtschaftlich angemessen freigestellt werden, wahrhaft ärztlich tätig zu sein.“

Gerhard Kienle: Die Karzinomatose des sozialen Netzes. „Münchener Medizinische Wochenschrift“ 1981, zit. n. Peter Selg (Hg.). Gerhard Kienle. Leben und Werk. Band 2. Ausgewählte Aufsätze und Vorträge. Dornach 2003: 226

Gerhard Kienle (1923 - 1983) war anthroposophischer Arzt, Neurologe, Gesundheitspolitiker und Wissenschaftstheoretiker. Er war Hauptbegründer des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke und der Universität Witten/Herdecke.

rechnungen führt diese Betrachtung auch deshalb, weil übersehen wird, dass den Ausgaben für das Gesundheitswesen die durch dessen Leistungen bewirkte Gesundheit und die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit von Menschen gegenübersteht. Gerade im Gesundheitswesen kann Sparen sehr teuer sein! Die Lösungen, die uns für dessen Krise angeboten werden, sind denn auch bisher der Qualität solcher „Analysen“ entsprechend ausgefallen: jede „Gesundheitsreform“ musste alsbald durch eine neue wiederum reformiert werden.

Gewiss gibt es Verkrustungen und Bürokratie im Gesundheitswesen. Aber es muss bezweifelt werden, dass die Kommerzialisierung hierfür ein Heilmittel darstellt. So wenig wie wir eine Staatsmedizin und staatsmedizinische Planwirtschaft brauchen, so wenig brauchen wir ein kommerzialisiertes Gesundheitswesen. Der Marktfundamentalismus ist schon in der eigentlichen ökonomischen Sphäre ein Problem. Im Gesundheits-

Krankenversicherung hätten sich in den Jahren von 1970 bis 2000 verzehnfacht, macht Harald Klimenta folgende, die Zahlen bereinigende Rechnung auf: 1970: 25 Mrd. DM - 2000: 250 Mrd. DM. 1) Inflation 160 % (Faktor 2,6). 2) Wachstum 96 % (Faktor 1,96 - Lohnsteigerungen in selben Umfang). 3) Wiedervereinigung (schlagartig mehr Versicherte) +15 %. 4) Innovationen zwischen 1970 und 1975 (Lohnfortzahlung...) +57 % -> Steigerung um $2,6 \cdot 1,96 \cdot 1,57 \cdot 1,15 = \text{Faktor } 9,2$. -> Restgröße von ca. 10 % ist gesamte Kostensteigerung zwischen 1975 und 2000 [0,38% p.a.] (Harald Klimenta: Attac-Vortrag Gesundheit, www.attac-netzwerk.de)

wesen ist „Markt“ schlicht eine Fiktion: Der Patient ist kein Kunde, der im Vollbesitz seiner Kräfte zwischen Angeboten wählt. Und es wäre absurd, eine Umsatzsteigerung im Bereich der Blinddarmoperationen erreichen zu wollen. Wir haben es daher mit Versuchen zu tun, künstlich und gewaltsam marktanaloge Verhältnisse herbeizuführen.*

Drei Grundelemente eines modernen Gesundheitswesens

Ein modernes Gesundheitswesen beruht notwendig auf den gleichen Grundlagen, die für ein modernes Gemeinwesen überhaupt konstitutiv sind und die in den Menschenrechten formuliert sind. Die Menschenrechte umfassen gleichzeitig Freiheits-, Gleichheits- und Sozialrechte. Individuelle Freiheit, demokratische Gleichheit und Solidarität gehören menschenrechtlich betrachtet zusammen; sie müssen jeweils in Balance gebracht und dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.

Für das Gesundheitswesen heißt das: 1. Wir brauchen Therapiefreiheit, Methodenpluralismus und die Anerkennung der Mündigkeit des Patienten. 2. Der demokratische Staat hat das gleiche Recht jedes Menschen auf Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu gewährleisten. 3. Eine solidarische Finanzierung der notwendigen gesundheitlichen Versorgung muss dem Einzelnen durch Krankheit bedingte unzumutbare finanzielle Belastungen abnehmen. - Dass dies kein Gegensatz zu sparsamer Mittelverwendung darstellt, versteht sich von selbst. Der Gesichtspunkt der Sparsamkeit ist aber kein Freibrief, um Menschenrechte je nach Kassenlage zu relativieren.

Entwicklungen, wie sie im GATS-Abkommen zum Ausdruck kommen, richten sich gegen alle drei konstitutiven Elemente eines modernen Gesundheitswesens: 1. Sie führen zu einer Erosion der solidarischen Finanzierung. 2. Sie verunmöglichen dem Staat, das Recht auf gleichen Zugang zu gleichwertiger medizinischer Versorgung zu gewährleisten. 3. Sie gefährden - was nicht übersehen werden darf - auch Methodenpluralismus und Therapiefreiheit, indem sie die Macht des pharmazeutisch-industriellen Komplexes stärken.

Während alle Erhebungen immer wieder zeigen, dass Patientinnen und Patienten das ganze Spektrum der Therapierichtungen in Anspruch nehmen möchten (also auch die besonderen Therapierichtungen wie die Phytotherapie, Homöopathie und anthroposophische Medizin), würde eine noch stärkere Rolle der großen Konzerne im Gesundheitswesen entscheidend dazu beitragen, dass immer mehr nur das verordnet wird, was die großen Pharmaunternehmen und der wissenschaftliche Mainstream für richtig halten. Auch müsste die fortschreitende Kommerzialisierung die Beziehung zwischen Arzt und Patient beschädigen. Wenn der Arzt, anstatt eine „individuelle Beziehungsdienstleistung“ zu erbringen, ein „Produkt“ verkauft und der Patient hinter jeder therapeutischen Maßnahme ein bestimmtes

* Einsichten, die in der ökonomischen Wissenschaft bisher vertreten wurden - dass es sich nämlich bei den Gesundheitsleistungen um sogenannte „meritorische Güter“ handelt, deren Zur-Verfügung-Stellung vom Staat gefördert werden sollte - gelten dabei offenbar nicht mehr viel.

ökonomisches Interesse vermuten muss - was ist dann der hippokratische Eid noch wert?

Zum notwendigen Methodenpluralismus

Die Notwendigkeit des Methodenpluralismus ergibt sich vor allem daraus, dass Gesundheit und Krankheit Fragen sind, bei denen die individuelle Lebenseinstellung und das Weltbild des Einzelnen eine wesentliche Rolle spielen. Das gilt für die Haltung des einzelnen Patienten zu seiner Krankheit wie für die Ermittlung individueller Krankheitsursachen durch den Arzt. Ist Krankheit eine bloße Betriebsstörung einer Maschine Mensch? Wer das so sieht, wird vielfach andere Therapien wählen als jemand, der davon ausgeht, dass viele Krankheiten nur ganzheitlich vor dem Hintergrund des betroffenen einzigartigen Menschen verständlich werden und deshalb ein und dieselbe Krankheit (Symptom) unter Umständen bei verschiedenen Menschen unterschiedliche Heilmethoden erfordert.* Wer glaubt, dass die Welt letztlich nur aus kleinen „Materieklotzchen“ und ihren Wechselwirkungen besteht, wird geneigt sein, einen Heilerfolg durch Homöopathie für eine Einbildung zu erklären, wenn im Medikament aufgrund der Verdünnung solche „Klotzchen“ nicht mehr nachweisbar sind. In einer modernen Gesellschaft darf jedoch niemand seine Weltansicht anderen aufzwingen. Der moderne Staat muss weltanschaulich neutral sein, hat daher auch nicht darüber zu befinden, was die „richtige Medizin“ ist.

Die Solidarfinanzierung des Gesundheitswesens ist eine historische Errungenschaft, die es zu verteidigen gilt. Solidarität bedeutet, dass es nicht von den Portemonnaieverhältnissen abhängig sein darf, ob man seinen Bedarf an Leistungen des Gesundheitssystems geltend machen kann oder nicht. Andernfalls geraten wir immer mehr in eine Zweiklassenmedizin, in der die Solidarpflicht auf ein Minimum begrenzt wäre, und wo man den Menschen den Sozialstatus am Zahnersatz ansehen könnte.

Wirkliche Solidarität ist unvereinbar mit Entmündigung

Zugleich muss man sich immer wieder klarmachen, dass der Träger des Bedarfs an Leistungen des Gesundheitswesens der mündige Patient ist. Wenn nicht Solidarität zu Lasten der Freiheit gehen soll, muss er sein entscheidendes Wort mitsprechen. Durch die Ausgestaltung der Solidarfinanzierung darf keine Entmündigung stattfinden, darf die Therapiefreiheit nicht ausgehöhlt werden. So geht es zum Beispiel nicht an, dass Therapien, die von vielen Patientinnen und Patienten gewollt werden, aus eigener Tasche finanziert werden müssen, während diese Menschen gleichzeitig für Therapien mit zur Kasse gebeten werden, die sie selbst für problematisch halten. Das ist keine Solidarität, sondern nur eine weitere Variante von Zweiklassenmedizin!**

* Das schließt natürlich nicht aus, dass es z.B. in der Chirurgie einen bestimmten „Kanon“ ärztlicher Kunst gibt.

** Vgl., auch im Folgenden: Udo Herrmannstorfer, Wege zur Mitverantwortung im Gesundheitswesen. Vorschläge zu einer strukturellen Umgestaltung auf assoziativer Grundlage. In: Rundbrief Dreigliederung des sozialen Organismus, 14. Jg./Heft 2, Juni 2003, S. 18-22.

Leider haben wir es heute durchaus mit Tendenzen zu solcher Entmündigung zu tun. Das Einfallstor dafür sind hauptsächlich die Abgrenzungsfragen der Finanzierung. Gewiss: Krankheits- und Gesundheitsfragen betreffen das gesamte Leben. Wenn wir alles, was mit der Gesunderhaltung zusammenhängt, durch die Allgemeinheit finanzieren würden, würde das letztlich bedeuten, dass auch Urlaub, ökologische Nahrung und Wellness-Pakete aller Art auf Krankenschein erhältlich sein müssten. Es macht also Sinn, die Solidarfinanzierung auf den ärztlich festzustellenden Krankheitsfall und die direkte medizinische Prävention zu beschränken. Hingegen führt es zu bürokratischer Fremdbestimmung, wenn über die Erstattungsfähigkeit und -höhe einzelner Medikamente und Therapien in das Gesundheitswesen eingegriffen wird.***

Solche Eingriffe haben zudem zu einem höchst fragwürdigen Abrechnungssystem geführt, das ungesunde Anreize zur Mengensteigerung schafft. Diese versucht man dann wieder durch eine „Deckelung“ der Arzthonorare und ähnliche Maßnahmen zu konterkarieren. Ein derartiges Abrechnungssystem benachteiligt nachweislich die „sprechende Medizin“, die individuelle Zuwendung zum Patienten. Durch das Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups) im Krankenhausbereich werden solche uniformierenden Tendenzen noch verstärkt. Vorzuziehen sind Honorierungsverfahren, mit denen nicht Einzelleistungen vergütet werden, sondern Ärztinnen und Ärzten das Einkommen zur Verfügung gestellt wird, dass ihnen ihre Tätigkeit ermöglicht. Dann können sie sich wieder auf ihre eigentliche Aufgabe konzentrieren und werden von Bürokratie entlastet.****

Fragen der Ausgestaltung der Finanzierung

Ganz generell bedarf die Frage, wie die Solidarfinanzierung ausgestaltet werden soll und wie die Grenzen richtig gezogen werden, stärkerer Aufmerksamkeit als bisher. Wir müssen uns dabei von Klischees freimachen. Muss zum Beispiel Versicherungspflicht notwendig als Pflichtversicherung ausgestaltet sein? Braucht die Versicherung der großen Risiken andere Gestaltungen als die der kleinen? Ist es länger vertretbar, ganze Bevölkerungsgruppen aus der Solidarfinanzierung auszuklammern? Gibt es eine Form der Finanzierung des Gesundheitswesens, die weniger anfällig ist gegenüber dem globalen Wettbewerbsdruck?

Und ist die Debatte über die „Kosten“ des Gesundheitswesens nicht überhaupt viel zu pauschal? - Ein modernes Gesundheitswesen braucht eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Infrastruktur, die schon vor der akuten Nachfrage da sein muss. Wir können hier von Vorhaltung und Vorhaltekosten sprechen. Wir brauchen gute Krankenhäuser für die Krankheitsfälle so wie wir eine gute Feuerwehr für den Brandfall vorhalten müssen. Wenn die Feuerwehr nicht täglich ausrücken muss, ist das keinesfalls eine wirtschaftliche Katastrophe, obwohl selbstverständlich die statistische Häufigkeit

*** Aus dem gleichen Grund sind auch sogenannte Positivlisten abzulehnen.

**** Zu diesem Ergebnis kommt z.B. auch die Securita-Krankenversicherung in Punkt 3 ihres Sieben-Punkte-Programms zur Reform des Gesundheitswesens (vgl. Rundbrief Dreigliederung, Heft 2/2003, S. 22).

von Bränden sehr wohl eine Rolle für den Umfang der Vorhaltung spielen muss. Solche Vorhaltekosten in die betriebswirtschaftliche Einzelkalkulation einzubeziehen, führt zu fatalen Ergebnissen: Entweder wird mehr gemacht als medizinisch nötig - man muss die Einrichtung ja „auslasten“ - oder es wird weniger gemacht - obwohl eine Einrichtung notwendig wäre, wird sie wegen „ungenügender Auslastung“ geschlossen.*

Regionale Zusammenarbeitsformen im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen darf, wie wir gesehen haben, nicht den Marktkräften überantwortet werden. Die Komplexität der Vorgänge und der hohe Individualisierungsbedarf in diesem Bereich lassen aber auch bürokratische Steuerung nicht länger zu. Zwischen rein marktlicher und bürokratischer Regelung gibt es einen dritten Regelungstyp, den man als kooperativ oder assoziativ bezeichnen kann: Die Betroffenen verabreden untereinander, was sie für nötig halten, und arbeiten bei der Umsetzung des als sinnvoll Akzeptierten zusammen. Keiner erteilt Weisungen, Verbindlichkeit entsteht durch Absprachen.

* Wenn die Einkommen der Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen, die für Aufrechterhaltung des Betriebes notwendig sind, als Vorhaltekosten eingestuft würden, würden die direkt zuzurechnenden Behandlungskosten erheblich reduziert. Die generelle Beanspruchung bzw. Auslastung der Infrastruktur kann periodisch überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Vgl. Rainer Burkhardt: Zur Neuorientierung des Gesundheitswesens, Frankfurt/M 2001.

Eine derartige bedarfsgerechte patientennahe Einrichtung des Gesundheitswesens bedarf des regionalen Aufbaus.** Nur so wird eine Bewusstseinsbildung über die jeweilige Versorgungssituation möglich. Wir brauchen runde Tische, an denen Patientenvertreter, die Ärzte, Krankenschwestern, Therapeuten, die Vertreter der Kassen usw. beteiligt sind. Selbstverständlich gehört auch der Staat als Partner an diesen runden Tisch. Eine derartige dezentrale Gestaltung dürfte zugleich effizienter sein als jede Bürokratie oder ein künstlicher Gesundheitsmarkt. Sie ist mit dem Solidarprinzip voll vereinbar, wenn zwischen den Regionen ein Strukturausgleich stattfindet. Und letztlich sind runde Tische dieser Art auch ein Ort, an dem durch Interessenausgleich auf angemessene Preis- und Einkommensverhältnisse im Gesundheitswesen hingearbeitet werden könnte.

Mitverantwortung aller

Wir brauchen die Mitverantwortung aller im Gesundheitswesen. Verantwortung wird allerdings heute oft falsch definiert. Verantwortung heißt nicht, alle Risiken auf den einzelnen zurückzuwälzen, sondern dem einzelnen zu ermöglichen, selbstbestimmt, initiativreich und mittragend an einem solidarischen Gesundheitswesen beteiligt zu sein. Die Reform des Gesundheitswesens ist keine isolierte Frage. Es geht letztlich um die Gesundung des sozialen Lebensgefüges. Denn ungesunde soziale Verhältnisse machen krank.

** Vgl. hierzu Udo Herrmannstorfer, Wege zur Mitverantwortung, a.a.O.; Rainer Burkhardt: a.a.O.

Rainer Burkhardt: Neuorientierung des Gesundheitswesens, Band II

Die Schrift enthält Konkretisierungen des vom Verfasser im Jahre 2001 veröffentlichten skizzenhaften Konzepts für das Gesundheitswesen. Ausgehend von der gegenwärtigen Situation in Deutschland versucht Burkhardt zu zeigen, wie mit Aussicht auf Erfolg ein Ziel angegangen werden kann, das auch über die Bundesrepublik hinaus weitestgehend aus dem Blick geraten ist: Größtmögliche therapeutische Freiheit vor Ort bei umfassend solidarischer Finanzierung. Als grundlegende Voraussetzungen dafür diskutiert der Verfasser eine regionale Steuerung durch die Betroffenen, den Rückzug der gesetzlichen Krankenversicherung auf große Risiken und Finanzierungsfragen. Ein Buch, an dem niemand vorbeigehen kann, dem es ernst ist mit der Gesundung des Gesundheitswesens, ganz gleich, wieweit er mit einzelnen Thesen des Verfassers übereinstimmt. Rainer Burkhardt, Jahrgang 1940, war seit 1972 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke und daneben auch in deutschen und europäischen Dachverbänden der besonderen Therapierichtungen tätig. Zahlreiche Veröffentlichungen.

Rainer Burkhardt: Neuorientierung des Gesundheitswesens. II Konkretisierungen. VAS-Verlag für akademische Schriften Frankfurt 2005. ISBN 3-88864-398-8, 240 Seiten, 17,80 EUR (Band I 2001 im gleichen Verlag, ISBN 3-88864-320-1)