

Grundwerte für die Zukunft des Gesundheitswesens

*Beiträge der Tagung vom 16. März 2001 in der
Fachklinik Heiligenfeld / Bad Kissingen*

**Joachim Galuska
Ralph Sandvoß
(Hrsg.)**



**Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg
2001**

Herausgeber

Dr. Joachim Galuska

Ärztlicher Direktor der Fachklinik Heiligenfeld
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Ralph Sandvoß

Leiter Marketing der Fachklinik Heiligenfeld
Diplom-Kaufmann
Diplom-Pädagoge

Redaktion und Layout: Ralph Sandvoß, Claudia Zieroff

Verlag / Druck /
Vertrieb:

Bibliotheks- und Informationssystem der
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
(BIS) – Verlag –
Postfach 25 41, 26015 Oldenburg
Tel.: 0441 / 798-2261, Fax: -4040
Internet: www.bis.uni-oldenburg.de
e-mail: verlag@bis.uni-oldenburg.de

Fachklinik Heiligenfeld
Psychotherapeutische Medizin – Psychosomatik,
Psychiatrie und Psychotherapie
Euerdorfer Strasse 4-6
97688 Bad Kissingen
Internet: www.heiligenfeld.de
E-Mail: info@heiligenfeld.de

ISBN 3-8142-0801-3

Grundwerte für die Zukunft des Gesundheitswesens

*Beiträge der Tagung vom 16. März 2001 in der
Fachklinik Heiligenfeld / Bad Kissingen*

**Joachim Galuska
Ralph Sandvoß
(Hrsg.)**



**Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg
2001**

Herausgeber

Dr. Joachim Galuska

Ärztlicher Direktor der Fachklinik Heiligenfeld
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Ralph Sandvoß

Leiter Marketing der Fachklinik Heiligenfeld
Diplom-Kaufmann
Diplom-Pädagoge

Redaktion und Layout: Ralph Sandvoß, Claudia Zieroff

Verlag / Druck /
Vertrieb:

Bibliotheks- und Informationssystem der
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
(BIS) – Verlag –
Postfach 25 41, 26015 Oldenburg
Tel.: 0441 / 798-2261, Fax: -4040
Internet: www.bis.uni-oldenburg.de
e-mail: verlag@bis.uni-oldenburg.de

Fachklinik Heiligenfeld
Psychotherapeutische Medizin – Psychosomatik,
Psychiatrie und Psychotherapie
Euerdorfer Strasse 4-6
97688 Bad Kissingen
Internet: www.heiligenfeld.de
E-Mail: info@heiligenfeld.de

ISBN 3-8142-0801-3

Editorial

So ist es erforderlich, dem anderen, den wir vielleicht auch manchmal nicht verstehen und der uns fremd bleibt, respektvoll zu begegnen und ihn ernst zu nehmen in seinem Entwurf des Lebens und in seinem Verstehen der Welt.

Die Diskussion über die Zukunft des Gesundheitswesens wird seit einigen Jahren vornehmlich mit ökonomischen Begriffen geführt. Kosten- und Effizienzkriterien bestimmen maßgeblich die Überlegungen sowohl bei der Suche nach tragfähigen Lösungen im gesamten Gesundheitssystem, bei der Suche nach Bestlösungen in der Organisation medizinischer Einrichtungen als auch bei der Auswahl und Bewertung medizinisch-therapeutischer Behandlungsmethoden und Technologien.

Nicht nur die Debatten um die Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung und die pragmatischen Konzepte einer „Evidenz-basierten Medizin“ (EBM) oder eines DRG-Systems („Diagnosis Related Groups“) machten dies deutlich. Das Spannungsfeld zwischen dem Anspruch auf medizinische Leistungen und ihrer Bezahlbarkeit stand im Zentrum der meisten Betrachtungen um die Gestaltung des Gesundheitswesens.

Diese gesundheitsökonomische Perspektive erscheint allerdings zu reduziert, um den Erfordernissen eines wirklich zukunftsfähigen Gesundheitssystems gerecht zu werden. Es wird eine Besinnung und ein Dialog über die Grundwerte unseres Gesundheitswesens wichtig, die wir in unserem Gesundheitswesen verwirklichen wollen. Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens benötigen wir dringend einen offenen gesellschaftlichen Diskurs, indem die wesentlichen Werte und Grundorientierungen der Betroffenen Berücksichtigung finden und in dem – auf Grundlage eben einer pluralistischen Betrachtungsweise – ein integrierendes, ganzheitliches Konzept entwickelt werden kann: ein menschenwürdiges, qualitativ gutes, von Solidarität getragenes und bezahlbares Gesundheitswesen.

Die vorliegende Tagungsdokumentation behandelt die „Grundwerte für die Zukunft des Gesundheitswesens“ aus unterschiedlicher Perspektive. Führende Vertreter aus Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesens legen in

ihren Beiträgen die Grundorientierungen ihres Handelns dar und zeigen Ansatzpunkte für die Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems.

Der Beitrag von **Dr. Joachim Galuska, Ärztlicher Direktor der Fachklinik Heiligenfeld** verdeutlicht zunächst das komplexe Wertesystem im Gesundheitswesen. Er zeigt damit einerseits die Gefahr des Zerfalls der Werteperspektiven auf, illustriert gleichzeitig auch Ansatzpunkte zu einem notwendigen integralen Bewusstsein und konstruktiven Dialog im Gesundheitswesen. **Dr. E. Fiedler, Vorsitzender des Vorstandes der BARMER Ersatzkasse** benennt alsdann die Voraussetzungen für eine solidarische Finanzierung des Gesundheitssystems und erinnert an die Grundwerte der sozialen Krankenversicherung.

Prof. Wilfried Belschner, Gesundheitspsychologe an der Universität Oldenburg stellt den Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt seiner Zukunftsperspektive und formuliert dazu seine anthropologische These: „Menschen wollen nicht gesund sein, sondern leben“.

Aus soziologischer Sicht erläutert **Prof. (em.) Horst Baier, Medizinsoziologe / Universität Konstanz** die bezeichnenden Begriffe des zu beobachtenden Wertewandels in der Gesellschaft („Gesundheit als Lebensqualität“; „Medizin zur Steigerung der Genussfähigkeit“) und leitet daraus die zukünftigen Anforderungen an eine neue – ökologische – Medizin ab.

Anhand der aktuellen Entwicklungen der Mikromedizin in Deutschland beschreibt **Prof. Dietrich Grönemeyer, Professor für Radiologie und Mikrotherapie / Universität Witten-Herdecke** den medizinisch-technischen Fortschritt, dessen Möglichkeiten und dessen Folgen. Seine Ausführungen machen einmal mehr die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit und der inhaltlichen Diskussion über Grundwerte des Gesundheitswesens deutlich.

Den Tenor der Tagungsveranstaltung fasst **Christa Stewens / Staatsministerium Bayern** in ihrem Beitrag zusammen: „Wir brauchen wieder eine am Menschen orientierte Gesundheitspolitik.“ Weniger Staat, keine Bevormundung der Leistungserbringer und der Versicherten und mehr Selbstverantwortung für alle Betroffenen waren ihre zentralen Forderungen.

Wir bedanken uns bei den Referenten für den offenen Dialog und ihren Beitrag für die gemeinsame Gestaltung eines menschengemäßen Gesundheitswesens.

*Joachim Galuska, Ärztlicher Direktor der Fachklinik Heiligenfeld
Ralph Sandvoß, Leiter Marketing der Fachklinik Heiligenfeld*

Inhaltsübersicht

	Seite
Referenten	11
Bilder zur Tagung	13
<hr/>	
Vorträge der Tagung	
Joachim Galuska <i>Wertedialog im Gesundheitswesen</i>	15
Eckart Fiedler <i>Grundwerte der sozialen Krankenversicherung</i>	31
Wilfried Belschner <i>Menschen wollen nicht gesund sein, sondern leben!</i> <i>Ein Plädoyer für eine Lebenskunst</i>	59
Dietrich Grönemeyer <i>Die Zukunft der Medizin</i>	83
Horst Baier <i>Gesundheit als Lebensqualität – Über den Werte- und Moralwandel des Gesundheitswesens im Zeichen des neuen Hedonismus</i>	93
Christa Stewens <i>Die Zukunft des Gesundheitswesens aus Sicht der Politik</i>	113
Joachim Galuska <i>Wer gestaltet die Zukunft unseres Gesundheitswesens?</i>	123
<hr/>	
Kurzbiographien der Referenten	127

Referenten

(Kurzbiographien im Anhang)

Horst Baier

emeritierter Professor für Soziologie an der Universität Konstanz und Arzt; Veröffentlichungen zur Sozialpolitik, zum Gesundheitswesen und zum Wertewandel z.B. Gesundheit als Lebensqualität

Wilfried Belschner

Professor für Psychologie an der Universität Oldenburg, Schwerpunkt Gesundheitspsychologie, wissenschaftlicher Beirat der Fachklinik Heiligenfeld mit Federführung der Behandlungsevaluation

Eckart Fiedler

Dr. med., Vorsitzender des Vorstands der BARMER Ersatzkasse

Joachim Galuska

Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor der Fachklinik Heiligenfeld

Dietrich Grönemeyer

Professor für Radiologie und Mikrotherapie an der Universität Witten-Herdecke, Vordenker für eine innovative Medizin und ein zukunftsorientiertes Gesundheitswesen, Autor von „Medizin in Deutschland“

Christa Stewens

Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit

Brigitte Wettengel (Moderation der Tagung)

Leiterin der Akademie des Deutschen Roten Kreuzes in Göttingen

„Grundwerte für die Zukunft des Gesundheitswesens“

Tagung vom 16. März
in der Fachklinik Heiligenfeld
Bad Kissingen



*Von links nach rechts:
Eckart Fiedler, Christa Stewens, Dietrich Grönemeyer, Fritz Lang
(Geschäftsführer Fachklinik Heiligenfeld), Joachim Galuska, Wilfried
Belschner, Brigitte Wettengel, Horst Baier*





Wertedialog im Gesundheitswesen

Joachim Galuska

Wir brauchen für die Zukunft unseres Gesundheitswesens eine Besinnung und einen Dialog über Grundwerte!

Die Gesundheitspolitik der letzten etwa 10 Jahre war vor allem darauf ausgerichtet gewesen, unser Gesundheitssystem bezahlbar zu erhalten. Das Ziel war, Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren und eine Beitragssatzstabilität bei gleicher oder steigender Qualität zu erhalten. Dies funktionierte mehr oder weniger, aber nur indem in kurzen Abständen immer neue Gesetze verabschiedet wurden, die weitere Einschnitte erzeugten, Korrekturen anbrachten oder Schlupflöcher stopfen sollten. In der Krankenhaus-Management-Szene fragt man sich mittlerweile, wie weit noch die Halbwertszeit einer Gesundheitsreform absinken wird. Inzwischen sind nicht einmal mehr mittelfristige Planungen, die für eine Weiterentwicklung von Strukturen im Gesundheitswesen notwendig wären, möglich, und man stellt sich allgemein darauf ein, dass wir in den nächsten Jahren in einer sich ständig verändernden Gesetzgebung leben werden. Wir müssen leider feststellen, dass in allen Veränderungen Gesundheitsreformen im Grunde kein emanzipatorischer Gehalt, kein innovativer Charakter, kein alternatives Anreizsystem enthalten war und vor allen Dingen keine grundlegenden Fragen gestellt, geschweige denn beantwortet wurden. Jede Gesundheitsreform, die hauptsächlich über Budgetierungen und dadurch verursachte Steuerungsformen aufgebaut ist, wie Qualitätssicherung, MDK-Kontrollen, vollständiges Fallpauschalensystem, Rahmenvereinbarungen, Leitlinienorientierung usw., verzögert nur eine grundlegende Problematik im Gesundheitswesen, der wir uns gemeinsam stellen müssen. Ich meine nicht, dass die einzelnen Elemente der Gesundheitsreformgesetze untauglich sind, sie werden in ihrer Gesamtheit nur nichts anderes als ein wenig Zeit gewinnen lassen. Unser Gesundheitssystem steuert unter der Vorgabe einer Beitragssatzstabilität zwangsläufig auf eine schwere Krise innerhalb der nächsten Jahre zu. Der medizinische und gesellschaftliche Fortschritt bewirken ja letztlich, dass die Bevölkerung

kränker wird, und dies nicht primär wegen der Nebenwirkungen der Medizin oder der vielen Schadstoffe, denen wir ausgesetzt sind, sondern weil kranke Menschen eben länger am Leben erhalten werden können und damit zusätzliche Gesundheitskosten verursachen. Bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung und einer sozialen Situation, in der wir bereit sind, Alten, Kranken, Behinderten eine ihrer Würde entsprechende auch medizinische Versorgung zukommen zu lassen, kommen wir bei einer immer teurer werdenden Medizin, die ständig neue und bessere diagnostische und therapeutische Verfahren hervorbringt, in ein gewaltiges Spannungsfeld hinein (Ulrich 2000). Denn wenn die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung stabil bleiben sollen, kann dies nur durch einen Verfall der Einkünfte der im Gesundheitswesen Tätigen realisiert werden. Und dieses geschieht bereits, zumal ja im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch verschiedene Mechanismen die Einnahmenseite relativ gesehen seit einiger Zeit sinkt. Dass die Kosten dieser gesellschaftlichen Entwicklung die Leistungserbringer nicht werden tragen wollen, ist evident. Dies muss zwangsläufig zu einer Leistungsverweigerung und zu einem Ausweichen in den privaten Sektor führen. Ich kenne einige Kollegen, die inzwischen ihre Zulassung als Vertragsärzte zurückgegeben haben und jetzt nur noch Privatpatienten behandeln. Das kann doch keine sinnvolle Entwicklung sein! Und für den Bereich der Krankenversicherung gilt Ähnliches. Dr. Eckart Fiedler schreibt in der BARMER-Zeitschrift (1/2001): *„Jung, gut situiert und gesund, das sind die bevorzugten Attribute von Versicherten, wie Krankenkassen sie sich heute wünschen, weil das System so sehr krankt, dass Krankenkassen sich die Versorgung Kranker bald nicht mehr leisten können.“* Das ist doch absurd! Und er schreibt weiter: *„Soziale Kälte ist unserer Gesellschaft unwürdig und entzöge ihr die Grundlagen eines menschlichen Miteinanders. Deshalb müssen die sozialen Systeme so zugeschnitten werden, dass sie das tun, was sie sollen: den Menschen Sicherheit geben.“*

Wir brauchen also nicht ständig neue Gesetze, sondern den Mut, grundsätzliche Fragen zu stellen. Ich meine Fragen danach, wie wir gesellschaftlich Gesundheit und Krankheit verstehen, wie wir das Verhältnis von Solidarität und Verantwortung sehen, wie viel Geld wir gesellschaftlich betrachtet und wie viel jeder einzelne für Gesundheit ausgeben möchte. Wie wollen wir mit den Grenzsituationen des Lebens, mit denen das Gesundheitswesen zu tun hat, umgehen, z.B. mit dem Sterben? Und wo wollen wir sterben? Oder mit dem Geborenwerden: Wollen wir wirklich zu 95 % im Krankenhaus geboren werden? Wie viel Gesundheitskompetenz wollen wir in unserer Bevöl-

kerung: Wollen wir wirklich als Kranke von Kostenträgern und Fachleuten bestimmt und hin- und hergeschoben werden? Wie ist es mit der Entscheidungsfreiheit für eine bestimmte Behandlungsform, beispielsweise bei einer Krebserkrankung oder einer schizophrenen Psychose? Wollen wir überhaupt den mündigen, kompetenten und informierten Patienten? Wenn ja, müssten wir nicht mit der Gesundheitserziehung schon in der Schule oder gar im Kindergarten anfangen?

Ich will nicht behaupten, diese Fragen alle beantworten zu können. Ich bin aber der Meinung, dass es dringend erforderlich ist, dass wir solche Fragen laut und deutlich stellen und gesellschaftlich diskutieren. Nur wenn wir in einen gesellschaftlichen Diskurs über die wesentlichen Werte und Grundorientierungen im Gesundheitswesen kommen, haben wir meines Erachtens eine Chance, Weichen zu stellen für ein menschenwürdiges, qualitativ gutes, von der Solidarität weitgehend getragenes und bezahlbares Gesundheitswesen. Das Gut Gesundheit ist vielleicht der höchste Wert, wie manche Umfragen zeigen. Veränderungen im Gesundheitswesen sollten daher behutsam geschehen und diesem Wert angemessen sein. Um beizutragen zu einem Bewusstsein für diesen Wert, richten wir diese Tagung aus. Wir tun dies, weil die Philosophie unserer Klinik und unseres Unternehmens darin besteht, immer wieder den Bezug zu den Wesensmerkmalen menschlichen Lebens und Seins herzustellen und aus der Verankerung in grundlegenden Werten humanistischer und spiritueller Art im medizinischen und wirtschaftlichen Feld zu handeln. Gerade weil wir die Komplexität der Wirklichkeit anerkennen und in einem ganzheitlichen Konzept zu integrieren versuchen, ist uns der Bezug auf das Wesentliche der menschlichen Lebensgestaltung und die Suche nach den Grundqualitäten genauso vertraut wie der Umgang mit den Eigenarten und Begrenzungen der Wirklichkeit (Galuska, 2000).

Grundwerte im Gesundheitswesen stehen im Kontext einer Reihe von aktuellen Themen, die darauf verweisen, dass der gegenwärtige Zeitgeist eine solche Bewegung entfaltet. Da wären zunächst einmal die Aktivitäten um die Patientenrechte zu nennen. Die Bundesärztekammer hat im März 1999 eine Charta der Patientenrechte entworfen. Die Gesundheitsminister-Konferenz der Länder hat im Juni 1999 eine Entschließung zu „Patientenrechten in Deutschland heute“ verabschiedet. In verschiedenen europäischen Ländern, insbesondere in Frankreich, Großbritannien, in den Niederlanden und in den Skandinavischen Ländern sind bereits Gesetze zu Patientenrechten oder

Erlasse verabschiedet worden. Im wesentlichen formulieren die diversen Patientenchartas

- das Recht auf Behandlung im Sinne einer qualifizierten Versorgung und Behandlung,
- das Recht auf Selbstbestimmung, insbesondere auf die freie Wahl des Arztes, des Krankenhauses oder der sonstigen medizinischen Einrichtung,
- das Recht auf Information, insbesondere auf Aufklärung, Dokumentation und Einsicht, Vertraulichkeit und Datenschutz und schließlich auch
- das Recht auf Schadenersatz bei Behandlungsfehlern.

Die Patientenrechte stehen im Kontext der Bemühungen um die Grundrechte. Im Dezember 2000 wurde in Nizza die Charta der Grundrechte der Europäischen Union feierlich proklamiert, deren Artikel 1 ähnlich wie im Deutschen Grundgesetz lautet: *„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen.“* Der Artikel 3 lautet: *„Jede Person hat das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit. Im Rahmen der Medizin und der Biologie muss insbesondere folgendes beachtet werden:*

- *die freie Einwilligung der betroffenen Person nach vorheriger Aufklärung entsprechend den gesetzlich festgelegten Modalitäten,*
- *das Verbot eugenischer Praktiken, insbesondere derjenigen, welche die Selektion von Personen zum Ziel haben,*
- *das Verbot, den menschlichen Körper und Teile davon als solche zur Erzielung von Gewinnen zu nutzen,*
- *das Verbot des reproduktiven Klonens von Menschen.“*

Der Artikel 35 lautet: *„Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen der Union wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“*

In diesem Zusammenhang möchte ich auch noch die Erklärung zum Weltethos (Küng und Kuschel, 1993) durch das Parlament der Weltreligionen vom September 1993 erwähnen, um die sich Hans Küng bemüht. Hier wurde versucht, aus den großen Religionen herauszuarbeiten, was trotz aller Verschiedenheiten gemeinsam ist, und zwar in Bezug auf menschliches Verhalten, sittliche Werte und moralische Grundüberzeugungen. Auch hier wird zunächst von den fundamentalen Menschenrechten, insbesondere der Menschenwürde ausgegangen und die Grundforderung formuliert: *„Jeder*

Mensch muss menschlich behandelt werden“. Sie wird auf die goldene Regel zugespitzt: „*Was Du nicht willst, das man Dir tut, das füg auch keinem anderen zu!*“

Und positiv ausgedrückt: „*Was Du willst, das man Dir tut, das tue auch den anderen.*“ Daneben werden jedoch, und das ist weitergehend, auch Menschenpflichten formuliert,

- die Verpflichtung auf eine Kultur der Gewaltlosigkeit und der Ehrfurcht vor allem Leben,
- die Verpflichtung auf eine Kultur der Solidarität und eine gerechte Wirtschaftsordnung,
- die Verpflichtung auf eine Kultur der Toleranz und ein Leben in Wahrhaftigkeit, und
- die Verpflichtung auf eine Kultur der Gleichberechtigung und die Partnerschaft von Mann und Frau.

Als Arzt möchte ich in diesem Themenfeld schließlich auch noch kurz aus der Berufsordnung für die Bayerischen Ärzte zitieren: „*Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. ... Ich werde jedem Menschenleben, von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.*“

Es ist nun schon einiges an Grundwerten angeklungen, Werten, die zum Teil sogar Rechtscharakter zugesprochen bekommen: Die Menschenwürde, Menschlichkeit, Selbstbestimmung, Respekt vor dem Leben, Toleranz, Solidarität usw.

Was ist eigentlich ein Grundwert? Wir haben hier zwei Wortfelder zu betrachten: „Grund“ und „Wert“. Grund in diesem Zusammenhang bedeutet soviel wie fundamental, grundlegend und steht im Wortumfeld von Grundbedürfnis, Grundfragen, Grundrechten, Grundordnungen, Grundprinzipien, Grundsätzen und eben Grundwerten. Wert hat nach Müller und Halder (1971) zwei Dimensionen: eine subjektive Eigenschaft, die geschätzt, wertgeschätzt, erstrebt wird, der subjektive Wert von etwas, der empfunden wird; und eine objektive Eigenschaft, die die Begründung für eine gerechtfertigte Schätzung ergibt, der objektive Wert einer Sache etwa, der sich schließlich auch in einem Zahlenwert, einem Messwert oder einem Kaufpreis, einem Marktwert ausdrückt. Und weiter schreiben sie: „*Alles Seiende ist in dem*

Grade wertvoll, als es sein Wesen verwirklicht.“ Als Grundwert könnte man also einen wesentlichen Wert bezeichnen, als menschlichen Grundwert einen Wert, der auf das Wesen der Menschen bezogen ist. Der zentralste Grundwert, der letztlich auch alle Ethik begründet, ist Güte, Gutheit. Das allgemeinere Wort „Wert“ spielt erst ab der Philosophie des 19. Jahrhunderts eine Rolle (Müller und Halder, 1971). Auf die Suche nach dem höchsten Gut, dem Summum Bonum, werde ich noch zurückkommen. Wert hat also etwas zu tun mit wertschätzen, wertachten (was übrigens laut Duden veraltet ist), mit bewerten, Werturteile fällen, abwerten, mit dem Wertvollen, wie z. B. Wertarbeit, also modern ausgedrückt Qualität, aber auch mit dem Wertlosen oder gar dem Unwert, dem Unwerten. Schließlich möchte ich noch den Eigenwert erwähnen, den Selbstwert, das für die Psyche so entscheidende Selbstwertgefühl, und die Wertfreiheit, die die Dinge so sieht, wie sie eben sind.

Werte werden empfunden, gespürt. Sie leiten unser Handeln bewusst oder unbewusst. Ein Wertebewusstsein in seiner Komplexität entwickelt sich jedoch erst im Laufe des Lebens. Menschlichkeit etwa nach der Maxime, anderen nicht zu schaden, sondern fürsorglich mit Ihnen umzugehen, entwickelt sich erst, z. B. bei einem Kind. Es setzt die Fähigkeit zur Empathie, das Einfühlungsvermögen voraus. Dies ist auch in der moralischen Entwicklung zu erkennen, und zwar sowohl bei dem einzelnen, als auch in der Entwicklung der Kulturen. Moralisches Empfinden wird immer mehr verinnerlicht. Zunächst bedarf es äußerer Regeln, Gesetze und Autorität, an denen der einzelne sich orientiert. Dann mit zunehmender Einfühlungsfähigkeit, Selbstreflexionsfähigkeit und Vernunft orientieren wir unser Handeln an unseren inneren Maßstäben. Kohlberg nennt dies die Entwicklung von der egoistischen präkonventionellen Moral, über die konformistische konventionelle Moral, hin zur gewissenhaften postkonventionellen Moral (nach Wilber, 1996). Diese post-konventionelle Haltung bewegt sich im Raum eines universalen Pluralismus, sie entwickelt Werte-Hierarchien und Werte-Systeme und geht mit ihren Wandlungen um. In einer pluralistischen Gesellschaft braucht es Raum für die unterschiedlichen Grade des Wertebewusstseins und für die unterschiedlichen Schwerpunkte. In Zeiten des Wertewandels, wie gegenwärtig, können neue Wertordnungen entstehen, mit der Gefahr des Rückfalls in primitivere Systeme und der Möglichkeit des Fortschritts hin zu weiteren umfassenderen und gleichzeitig tiefer verankerteren Strukturen. In solchen Zeiten mag es nützlich sein, sich auf einige Grundstrukturen zu besinnen, einige Grundprinzipien, die auch in unserer Werteordnung zu

erkennen sind. Zu diesem Zweck möchte ich Ihnen Ken Wilbers Vier-Quadranten-Modell erläutern und es auf das Gesundheitswesen anwenden.

Ken Wilber ist ein zeitgenössischer amerikanischer Philosoph, der sich mit der individuellen Entwicklung des Menschen und der kulturellen Entwicklung der Menschheit beschäftigt hat und versucht hat, Grundprinzipien, Grundzüge darin zu erkennen. Neben einem Stufenmodell für die Entwicklung des menschlichen Bewusstseins, in dem er unter anderem die Kohlberg'sche Theorie der moralischen Entwicklung mit einbezieht, konzipierte er ein Modell der Wirklichkeit, das aus vier Perspektiven oder vier Quadranten besteht (Wilber, 1996). Jedes Phänomen, sei es ein Atom, ein Planet, ein Mensch, ein Gedanke, oder eben beispielsweise auch ein Wert, ist in zwei Dimensionen betrachtbar.

Es hat eine Innenseite und eine Außenseite. Die Außenseite ist das objektiv Beobachtbare, das Messbare, das empirisch Nachweisbare, das Sichtbare, also in einer gewissen Weise die Oberfläche. Es ist das, was die Physik, die Biologie, aber auch die Verhaltenswissenschaften untersuchen. Die Innenseite ist das Subjektive, das Erlebte, das Empfundene, das Bewusstsein, in diesem Sinne die Tiefe. Es ist das, was Philosophie, Tiefenpsychologie, Religionen untersuchen. Es bezieht sich aber auch auf die Intention eines Moleküls, die Autonomie einer Zelle usw.

Außerdem kann jedes Phänomen in seiner Individualität oder in seiner Kollektivität betrachtet werden. Individuell ist jedes Phänomen eben ein Einzelphänomen, selbstständig, kohärent, auf Eigenständigkeit bedacht. Es wird also als Einzelwesen, wie z. B. eine einzelne Person betrachtet. Gleichzeitig ist jedes Phänomen Teil eines größeren Ganzen, partizipiert am größeren Ganzen, ist Ausdruck eines größeren Ganzen, hat also eine soziale und verbundene Dimension, wie es die Kultur – oder die Systemtheorien beschreiben.

Aus den beiden komplementären Paaren subjektiv-objektiv und individuell-kollektiv ergeben sich also vier Perspektiven, vier Quadranten. Für jeden Quadranten können wir typische Denker und Forscher, ja sogar typische Wissenschaften finden. Für jeden Quadranten gibt es eigene Beschreibungen der Gesetze, eigene Wahrheitskriterien usw. Bezogen auf uns Menschen finden wir also folgende vier Quadranten (Abb. 1):

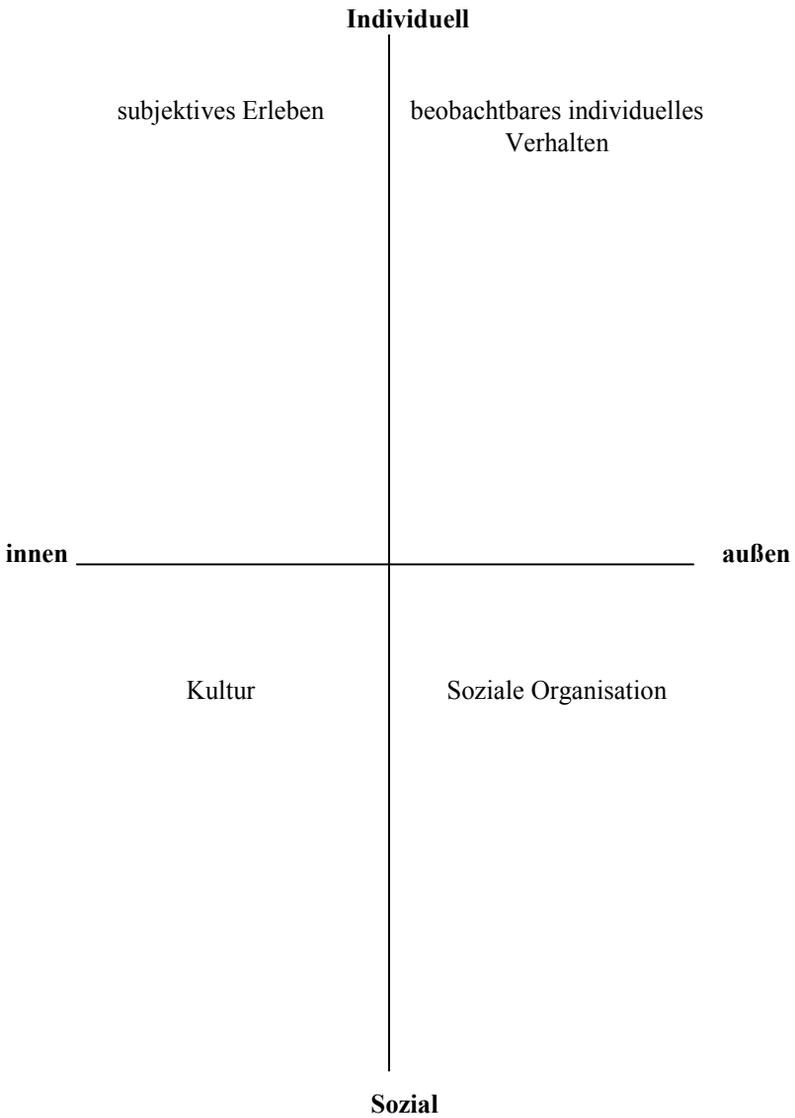


Abbildung 1

- 1) Die individuelle subjektive Welt, also das subjektive Erleben des Einzelnen.
- 2) Das beobachtbare individuelle Verhalten von Menschen und ihre physische Erscheinung.
- 3) Die subjektive soziale Seite, also die Beziehung von uns Menschen, die schließlich die Kultur ausmachen.
- 4) Das soziale System, die soziale und gesellschaftliche Organisation unseres Lebens.

Wenn wir nun dieses Modell auf Werte anwenden (und uns bildhaft in der Vier-Quadranten-Abbildung vorstellen), so kommen wir zu folgendem Wertesystem (s. u. Abb. 2):

Links oben finden wir die persönlich-ideellen Werte, wie Menschenwürde, Glück, Freiheit, Lust oder Selbstverwirklichung, um einige der gegenwärtig höchsten Werte dieses Bereiches herauszugreifen.

Rechts oben finden wir die persönlichen materiellen Werte, wie Besitz, Geld, Reichtum, Macht, Erfolg und Information.

Links unten sind die sozial-kulturellen Werte angesiedelt, wie Liebe, familiäre und freundschaftliche Bezüge, Frieden, Gerechtigkeit, Toleranz und gegenseitiger Respekt, Gleichberechtigung oder Ehrfurcht vor der Natur.

Rechts unten sind Beispiele der uns wohlbekannten gesellschaftlichen Nutzwerte angesiedelt, die Ausdruck unserer sozialen Organisation sind, wie gesellschaftlicher Wohlstand und Reichtum, ökonomisches Wachstum und speziell beispielsweise der Shareholder value, soziale Sicherheit, sozialer Ausgleich und Demokratie.

Auf diese Weise haben wir ein komplexes Wertesystem, das wir nun mit Grundwerten für das Gesundheitswesen füllen können. Es entsteht so ein gewisses Ordnungssystem auch von einigen der schon benannten Werte (s. u. Abb. 3).

Was die subjektiven persönlichen Werte betrifft, so finden wir also links oben (in der Quadranten-Abbildung) die Menschenwürde, das persönliche gesunde Leben, ein würdiges Sterben, Heilung, Leidlinderung, subjektive Lebensqualität und Selbstbestimmung. Man könnte für diesen Quadranten etwa als Leitwert Humanität benennen.



Abbildung 2: Wertesystem

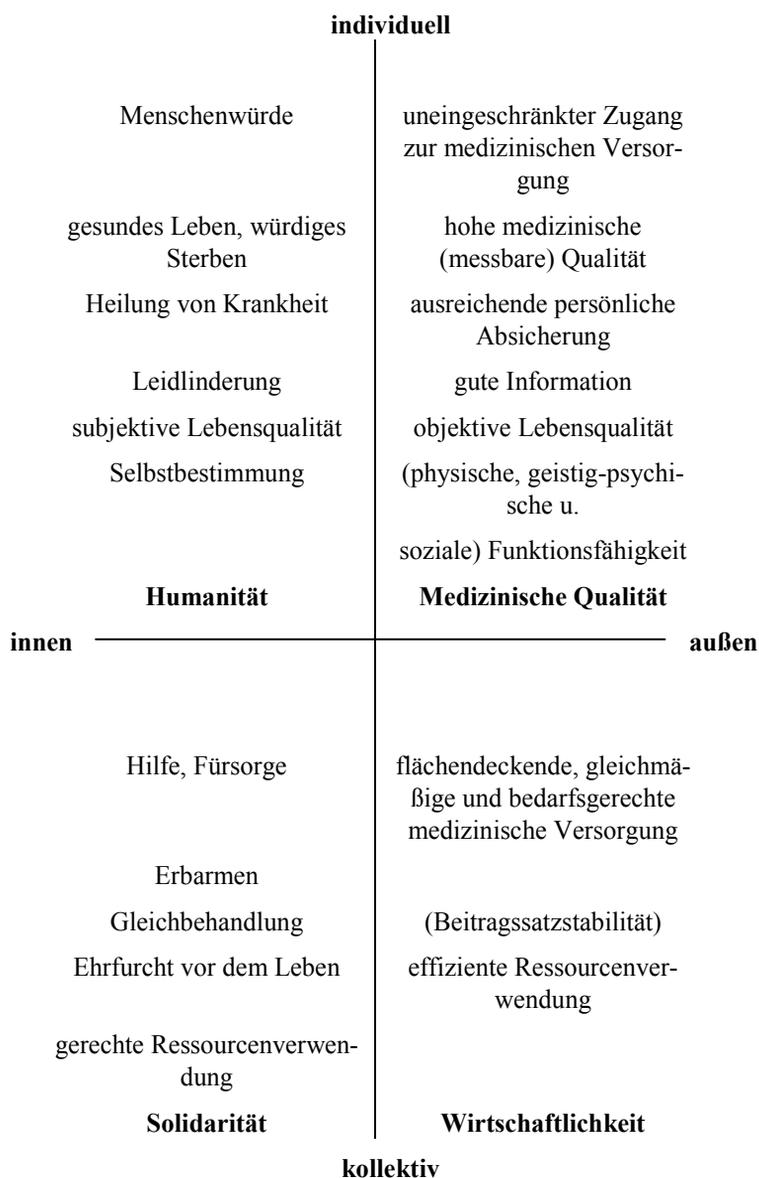


Abbildung 3: Grundwerte im Gesundheitswesen

Die persönlichen Nutzwerte, bezogen auf das Gesundheitswesen, könnten sein: uneingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung, eine hohe medizinische Qualität, eine ausreichende persönliche Absicherung, gute Information, die zur Steigerung der objektiven Lebensqualität und der persönlichen Funktionsfähigkeit führen. Den Leitwert könnte man als die medizinische Qualität, auch im Sinne der Versorgungsqualität, bezeichnen.

Die sozial-kulturellen Werte im Gesundheitswesen beziehen sich natürlich auf Hilfe und Fürsorge, zu nennen sind auch Erbarmen, Gleichbehandlung, Ehrfurcht vor dem Leben und gerechte Ressourcenverwendung. Der Charakter dieser Werte wird vielleicht durch den Leitwert Solidarität am besten beschrieben.

Der gesellschaftliche Nutzen des Gesundheitswesens könnte sich etwa orientieren an den Werten einer flächendeckenden, gleichmäßigen und bedarfsgerechten Versorgung und einer effizienten Ressourcenverwendung. Die Beitragssatzstabilität ist zwar kein Grundwert, ich habe sie aber hinzugeschrieben, um ihren Platz zu kennzeichnen. Leitwert dieses Quadranten ist wohl die Wirtschaftlichkeit.

Natürlich ist dieses Schema nicht vollständig. Einige der angeführten Werte können in Frage gestellt werden, andere wären zu ergänzen. Mir kommt es jedoch gegenwärtig nicht auf das Detail an, sondern auf die Perspektiven. Diese vier Quadranten sind fundamentale Perspektiven des menschlichen Lebens. Sie sind sozusagen der gemeinsame Schatz der Menschheit. Das menschliche Leben ist differenzierter und komplexer geworden. Um damit gut und vernünftig umgehen zu können, ist es erforderlich, zunächst einmal diese vier grundlegenden Perspektiven anzuerkennen, die etwa bezogen auf das Gesundheitswesen mit ganz unterschiedlichen Werten zusammenhängen. Diese Anerkennung erst ermöglicht ein echtes ganzheitliches Verständnis der Wirklichkeit. Der Schweizer Philosoph Jean Gebser (1986) nannte diese Weltansicht integral.

Angesichts der Herausforderung zu solcher Komplexität stehen wir einigen Gefahren gegenüber. Die naheliegendste Gefahr besteht darin, einen dieser Quadranten oder gar nur einen Teil dieses Quadranten zu verabsolutieren. Dies würde bedeuten, einen Leitwert oder gar nur einen Grundwert in den Rang des Höchsten und Dominanten zu erheben (siehe z.B. Beitragssatzstabilität). Die Folge wäre ein Reduktionismus, ein verkürztes Verständnis der Wirklichkeit, das andere Qualitäten und Perspektiven missachtet. Und mit der Missachtung der gesamten linken und inneren Seite und der damit ver-

bundenen Werte von Humanität und Solidarität, müssen wir gegenwärtig leben, wenn die Wirtschaftlichkeit oder die technische medizinische Qualität die beherrschenden Werte für unser Gesundheitswesen werden. Diese Verkürzungsmöglichkeit, die Identifizierung etwa mit einer Perspektive trägt den Charakter des Dogmatischen und Fundamentalistischen. Dies grenzt aus, dominiert, missachtet, verachtet. Dies ist der Schatten der Einseitigkeit, des Parteiischen, der Polarisierung. Ein integraler Standpunkt basiert auf Anerkennung, auf Respekt, auf Innehalten und Wirkenlassen, nicht auf Hauruck-Reformen.

Eine weitere wesentliche Gefahr, in der wir gesellschaftlich und nicht nur im Gesundheitswesen stehen, ist die des Zerfalls der Werteperspektiven. Menschen, die mit einzelnen dieser Perspektiven identifiziert sind, haben oft gar keinen Kontakt mit Menschen, die andere Perspektiven vertreten. Ich finde es beispielsweise erstaunlich, wie völlig unbeeinflusst die Ethik-Diskussion in der Organmedizin ist von Beiträgen der ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten (rechts oben und links oben im Quadrantenmodell), oder wie etwa mancher Medizinischer Dienst oder Vertreter eines Kostenträgers nur noch (kollektiv betrachtete) Regelbehandlungsdauern oder Gesamtbudgets vor Augen hat, während der einzelne Patient in seinem Ringen um Heilung möglicherweise jedes Verständnis für die Kosten seiner Behandlung außer Acht lässt. In der tagtäglichen Wirklichkeit einer Klinik ist dies manchmal nicht mehr zu vermitteln. Wie bewerten wir das Selbstbestimmungsrecht eines kranken Menschen, der sich eine bestimmte Behandlung oder eine bestimmte Einrichtung dafür auswählt und aus dem Kalkül einer Versorgungssteuerung durch den Verwaltungsakt eines Rentenversicherungsträgers gegen seinen Willen wo anders hingeschickt wird. Das Problem hierbei ist nicht allein die Dominanz eines Grundwertes über einen anderen, sondern das mangelnde Verständnis füreinander, der Zerfall der Perspektiven. Dies sind meines Erachtens die beiden größten Gefahren im Umgang mit den Grundwerten im Gesundheitswesen: die dogmatische Reduktion auf einzelne Grundwerte und der Zerfall der Werteperspektiven.

Wir brauchen ein komplexes Wertesystem und eine innere Grundhaltung, die fähig ist, dies zu handhaben. Jean Gebser (1986) nennt diese erforderliche Grundhaltung a-perspektivisch. Bezogen auf das Modell von Ken Wilber wäre es beispielsweise unsere Position, wenn wir auf diese Perspektiven (s.o. Abbildung 3) schauen. Wir sehen diese Perspektiven mit den entsprechenden Leit-Grundwerten vor uns, aber wir sind nicht identifiziert mit

ihnen. Wir können Perspektiven einnehmen, wir können aber auch in der Position des Betrachters bleiben. Die Position des Betrachters ist a-perspektivisch, nicht gebunden an eine Perspektive, frei von jeder einzelnen Perspektive. Wir können die Wirklichkeit nicht anders als durch diese Perspektiven betrachten. Wir schaffen und konstruieren unsere gesellschaftliche Welt, auch die unseres Gesundheitswesens mit Hilfe dieser Perspektiven. Wie können wir dem Ganzen gerecht werden? Woher wissen wir, welches die richtige oder angemessene Perspektive ist? Dazu wollen wir die a-perspektive Haltung noch etwas genauer betrachten. Bezogen auf die Werte ist sie wertefrei, aber nicht im konventionellen Sinne „wertfrei“. Sie ist werteerkennend, wertewahrnehmend, den Wert von Werten überhaupt spürend, den Wert der Werteperspektiven erkennend. Die a-perspektivische Haltung ist damit verankert im Wesen des Menschseins. Sie erkennt, dass Werte wahrzunehmen, sich an Werten zu orientieren, Werte fühlen, erkennen und konstruieren zu können, eben eine Eigenschaft, eine Eigenart des menschlichen Wesens ist, genauso eine Eigenart, wie die Bewusstwerdung, das Erkenntnisvermögen, das Verbundensein mit anderen Menschen und die innere Freiheit Eigenarten des Menschseins sind. Sie ermöglicht somit eine Wahrnehmung der natürlichen Ordnung, der Grundordnung des Seins und ist selbst Ausdruck dieser. Die a-perspektivische wesensverankerte Haltung ist damit ein echter Standort für eine wirklich integrierende ganzheitliche Position. Erst von hier aus kann gewichtet werden, kann zwischen den Standpunkten und Perspektiven ausgetauscht werden, ohne fundamentalistisch zu sein. Erst hier ist ein echter Pluralismus möglich, ein echter Dialog möglich.

Die Voraussetzungen für einen Dialog sind grundsätzlich:

- 1) Die Anerkennung des anderen, der Respekt für ihn und die Wertschätzung seiner Position. Dies würde, bezogen auf unser Modell bedeuten, die Anerkennung der vier Quadranten, der vier Perspektiven.
- 2) Die Fähigkeit und die Bereitschaft, sich in den anderen hineinzuversetzen, sich einzudenken und hineinzu fühlen und ihn zu verstehen, damit also der Perspektivwechsel.
- 3) Das Innehalten und Sichverankern auf einer Ebene, die wir gemeinsam teilen, vielleicht der existenziellen Ebene unseres menschlichen Wesens. Dieses Innehalten ist auch ein inneres Stillwerden, eine Art Meditation, die uns mit den Kräften unserer Intuition in Verbindung bringt; denn das Gewichten, das Entwickeln eines guten und angemessenen Wertegefü-

ges wird intuitiv geschehen, intuitiv im Sinne einer klaren aufgeklärten offenen Haltung, nicht sentimental, aber auch nicht rationalistisch.

Das Summum Bonum, das absolut höchste Gut, gibt es in einer pluralistischen Gesellschaft nicht für alle Menschen oder alle Situationen, sondern wir benötigen zunächst einmal ein Gleichgewicht der Wertesysteme, eine Balance. Wir brauchen auch Priorisierungen und bemühen uns darum, wie etwa die zentrale Ethik-Kommission der Bundesärzteschaft (2000) verdeutlicht hat. Aber diese Priorisierungen können nicht zu einer eindimensionalen Rangreihe aller medizinischen Verfahren in einer Gesellschaft führen, wie es in Oregon (USA) versucht wurde, sondern sie werden vielschichtig sein müssen, sie werden sowohl die Menschlichkeit, als auch die Solidarität, als auch die medizinische Qualität und die Wirtschaftlichkeit eines Gesundheitswesens beachten müssen.

Wir sind also überzeugt davon, dass ein gesellschaftlicher Dialog erforderlich ist. Daher haben wir Referenten eingeladen, die zwar in einer Perspektive durchaus kompetent und verankert sind, gleichzeitig aber auch offen für andere sind, das Wertvolle der anderen Positionen sehen können, zu Perspektivwechseln bereit sind und daher aus unserer Sicht Vorreiter eines integralen Bewusstseins im Gesundheitswesen sind. Und ein solches Bewusstsein ist gekennzeichnet durch die Bereitschaft zur Mitverantwortung. Für die individuelle Lebensführung jedes einzelnen braucht jeder einzelne den Respekt für seine Selbstbestimmung über eben sein persönliches Leben, das er schließlich selbst verantwortet, was lediglich da seine Grenze findet, wo die Selbstbestimmungsfähigkeit und Selbstverantwortungsfähigkeit verlorengegangen oder noch gar nicht entwickelt ist. Wenn wir aber mitwirken an der gesellschaftlichen Entwicklung, wenn wir sogar mitwirken an der Evolution, wie wir Mediziner es inzwischen sogar auf der biologischen Ebene tun können, dann tragen wir Mitverantwortung für diesen Prozess. Dann ist es notwendig, sich darauf zu besinnen, wer wir überhaupt als Menschen sind, welche Wesensmerkmale wir besitzen und welche genügend wertvoll sind, dass wir sie dann auch der Evolution auf diesem Planeten so aufprägen, dass das Leben nicht zerstört wird, sondern von der Schönheit und Güte unseres Wesens aufblüht und erstrahlt.

Literatur

- Fiedler, E. (2001). Editorial, BARMER – Das aktuelle Gesundheitsmagazin, 1/2001.
- Galuska, J. (2000). Ziele stationärer Psychotherapie aus ganzheitlicher Sicht. In: W. Belschner & P. Gottwald (Hrsg.), Gesundheit und Spiritualität. Oldenburg: BIS. 149-157.
- Gebser, J. (1986). Ursprung und Gegenwart. Gesamtausgabe Bd. II. Schaffhausen: Novalis.
- Küng, H., Kuschel, K.J. (Hrsg.) (1993). Erklärung zum Weltethos. München: Piper.
- Müller, M., Halder, A. (Hrsg.) (1971). Kleines philosophisches Wörterbuch. Freiburg: Herder.
- Ulrich, U. (2000). Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: Was sind die treibenden Faktoren? Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2000, 5, 163-172.
- Wilber, K. (1996). Eros, Kosmos, Logos. Frankfurt/M: Krüger.
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission). Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Deutsches Ärzteblatt 97, 2000, 786-792.

Zukunft des Gesundheitswesens

Grundwerte der sozialen Krankenversicherung

Eckart Fiedler

Ich bedanke mich herzlich, dass Sie mich heute eingeladen haben. Ich bin nicht zum ersten Mal hier und freue mich, dass wir uns wieder einmal sehen und dass es Ihrer Klinik gut geht. Das wünsche ich Ihnen ganz besonders auch für die Zukunft, denn wir werden anhand der Grundwerte, die wir jetzt im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu diskutieren haben, erkennen, dass dort eine enorme Verschiebung stattfindet die tatsächlich viele immaterielle Werte, die Sie hier in Ihrem Tableau markiert haben, mittelfristig bedrohen.

Ich will meinen Vortrag bewußt mit einem Zitat von Helmut Schmidt beginnen, der ja unverdächtig ist, die CDU / CSU zu loben.

Wertewandel

"Das Konzept der sozialen Marktwirtschaft war ein frühes Verdienst der CDU/CSU. Es erscheint heute bedroht, nicht zuletzt durch die technologische und ökonomische Globalisierung.

Heute besteht die Gefahr eines sozial rücksichtslosen Raubtier-Kapitalismus. Der Wohlfahrtsstaat ist die bisher letzte große kulturelle Leistung der (West-) Europäer. Wer ihn untergehen ließe, der würde massenpsychologisch die politischen Grundlagen der Demokratie gefährden."

Alt-Bundeskanzler Helmut Schmidt
in: DIE ZEIT vom 30.03.2000



Er streicht heraus, dass es der Verdienst der CDU / CSU war, das Konzept der sozialen Marktwirtschaft entwickelt zu haben, dessen unverzichtbarer Teil eben auch die soziale Krankenversicherung ist. Er sagt, dass wir unter dem Eindruck von Globalisierung und Privatisierung sowie der daraus resultierenden Lohnnebenkostendiskussion die Gefahr eines sich rücksichtslos entwickelnden Raubtier-Kapitalismus hätten.

Das stimmt mit Ihrer Aussage, dass sich in Zeiten des Wertewandels, wie wir sie gegenwärtig durchmachen, Werteordnungen nur mit der Gefahr des Rückfalls in primitivere Systeme entwickeln. Das unterstreicht die Worte von Helmut Schmidt ganz deutlich. Was er hier sozusagen an die Wand malt, ist der Abbau des sozialen Gefüges. Wenn wir das jetzt hinterfragen, dann müssen wir uns als erstes Klarheit darüber verschaffen, was eigentlich die tragenden Grundwerte in der gesetzlichen Krankenversicherung sind und über diese will ich hier kurz informieren.

Grundwerte der GKV

- 1. Solidarische Finanzierung** als Bollwerk gegen eine Zwei-Klassen-Medizin:
 Einheitlicher Versicherungsschutz unabhängig von sozialem Status, Alter, Geschlecht oder Familienstand
- 2. Wirtschaftlichkeitsgebot** als Ausfluss solidarischer Finanzierung
- 3. Sachleistungssystem** zur Realisierung von Wirtschaftlichkeit
- 4. Gliederung** als Ausdruck des Wunsches für eine wettbewerbliche Orientierung
- 5. Selbstverwaltung** als eigenverantwortliches Handeln aus Sicht der Betroffenen



Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Folie: 1

Bei den Grundwerten steht die **solidarische Finanzierung** im Vordergrund. Die solidarische Finanzierung ist letztlich das Bollwerk gegen eine Zwei-Klassen-Medizin, weil sie im Grunde genommen eine Umverteilung bewirkt in Richtung des – ich will es mal ganz verkürzt ausdrücken – sozial Bedürfti-

geren. Ziel ist es, durch die Umverteilung einen einheitlichen Schutz im Krankheitsfalle für jeden zu gewährleisten. Wenn wir dies aber wollen, müssen wir das mit dem zweiten Grundwert verknüpfen, den Sie zu Recht in den Vordergrund geschoben haben – auch vor der Beitragssatzstabilität – der **Wirtschaftlichkeit**. Wenn ich umverteile und jemand mehr geben muss, weil er mehr hat, dann kann ich ihm nicht zumuten, dass damit Unwirtschaftliches und Überflüssiges finanziert wird. Die Leistungen müssen wirtschaftlich, angemessen, und zweckmäßig sein. Das wiederum kann ich in unserem System der gesetzlichen Krankenkassen nicht in Kostenerstattungssystemen realisieren. Bei der Komplexität dessen, was Wirtschaftlichkeit heißt – ich komme gleich zu einem Beispiel – kann dies meines Erachtens nur in direkten Verträgen der Kostenträger mit den Leistungserbringern realisiert werden, wie es ein **Sachleistungssystem** macht. Und damit dieses optimal läuft, gibt es die **Gliederung**, die natürlich per se deutlich macht, dass es Unterschiede geben muss, denn sonst macht eine Gliederung keinen Sinn. Die Gliederung ermöglicht wiederum den Wettbewerb im Sinne – ja in welchem Sinne, darüber müssen wir reden. Wettbewerb in einer solidarisch finanzierten sozialen Krankenversicherung ist eine sehr schwierige Frage.

Und dann schließlich gibt es noch einen Grundwert, den man nicht vergessen sollte. Das ist die **Selbstverwaltung**, also das Primat, das diejenigen, die von den Regelungen betroffen sind, diese auch primär selbst treffen sollten. In diesem Falle heißt das ohne direkte Beteiligung des Staates und dies halte ich durchaus für richtig. Diejenigen, die ansonsten hierüber bestimmen würden, wären von den Regelungen überhaupt nicht betroffen, nämlich die Beamten.

Die Grundfrage, die sich jetzt bei diesen Werten stellt ist: Sind sie noch nötig? Sie werden in unserer Gesellschaft immer mehr in Frage gestellt. Ist sozialer Ausgleich in unserer heutigen Zeit noch nötig?

Ich beziehe mich jetzt auf eine Studie der Caritas, die im letzten Jahr vorgestellt wurde, und da sehen Sie, dass 2,8 Mio. Deutsche verdeckt unterhalb der Sozialhilfeschwelle leben (Siehe Abbildung unten). 1 Mio. Menschen leben sogar trotz Arbeit darunter. Daneben gibt es 2,5 Mio. offizielle Sozialhilfeempfänger. Das macht in meinen Augen deutlich, dass wir Solidarität genauso wie früher oder mehr denn je brauchen, auch als Garant des sozialen Ziels in unserem Lande. Ich glaube, man muss immer dazusetzen, dass in den letzten Jahrzehnten – mit doch permanentem Rückgang in der Wirtschaft –

Entwicklungen nur möglich waren, weil wir soziale Sicherungssysteme hatten, die den sozialen Frieden in unserem Land gewährleistet haben.

Warum braucht unsere Gesellschaft Solidarität in der GKV

- Das untere Drittel der Gesellschaft teilt sich 0,5 % des Geldvermögens (West Ø 1.100 DM pro Person)
- Die untersten 10 % der Haushalte haben Ø 11.000 DM Schulden
- 10 % der Bevölkerung haben fast die Hälfte des gesamten Geldvermögens gespart (West Ø 280.000 DM pro Person)
- 2,8 Mio. Deutsche leben verdeckt unterhalb der Sozialhilfeschwelle; 1 Mio. Menschen leben trotz Arbeit und Einkommen unterhalb der Sozialhilfeschwelle
- Daneben gibt es 2,5 Millionen offizielle Sozialhilfeempfänger

Caritas-Studie, vorgestellt Freiburg 05.01.2000, Untersuchung 1996



Folie: 1

Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Solidarische Finanzierung

§ 3 SGB V

Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.



Folie: 1

Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

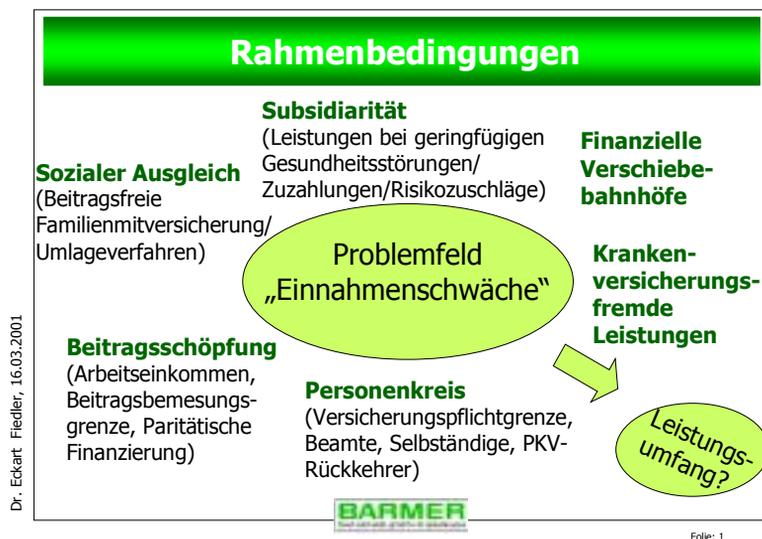
Wenn wir uns die solidarische Finanzierung ansehen, dann ist sie logischerweise abhängig vom Arbeitseinkommen. Sie basiert nur auf dem Arbeitseinkommen und nicht auf Kapitaleinkommen anderer Art. Die Arbeitseinkünfte werden paritätisch eingebracht vom Arbeitnehmer auf der einen Seite und dem Arbeitgeber auf der anderen Seite bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze, die derzeit bei 6 450 DM liegt. Wenn jemand 2 000 DM monatliches Arbeitseinkommen hat, dann sind das also derzeit rund 280 DM Krankenversicherungsbeitrag. Davon zahlt jeder die Hälfte; wenn es 5 000 DM sind, dann zahlt jeder zur Hälfte 700 DM. Wenn einer mehr hat, dann müssen also beide Seiten mehr geben. Da liegt genau das Problem der Bedrohung von außen, dass natürlich von Seiten der Arbeitgeber moniert wird, dass durch den Versicherungsbeitrag die Lohnnebenkosten zu hoch seien. Deshalb sei die deutsche Wirtschaft im internationalen Vergleich nicht wettbewerbsfähig und das könne so nicht weitergehen. Deshalb müsse der Leistungsumfang abgebaut werden. Dieses ist hier von mir ganz schwarz / weiß gemalt, es skizziert aber den Hintergrund der heftigen Diskussion, die wir zunehmend erleben.

Dabei wird eines verkannt, worauf Herr Galuska hingewiesen hat: Wir haben ein zunehmendes Einnahmeproblem in der gesetzlichen Krankenversicherung, weil die Beitragsschöpfung allein nur auf dem Arbeitseinkommen basiert. Der Vorwurf, den man immer wieder hört, es würden 10,4 % unseres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit ausgegeben und damit seien wir im internationalen Vergleich deutlich Spitzenreiter hinter den USA, mag zwar stimmen, trifft aber völlig am Kern der Sache vorbei. Wenn ich hier eine Zahl nennen darf, dann ist es die Zahl, die wir ausgeben im Rahmen unserer gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtsystem. Wenn die Menschen freiwillig mehr ausgeben wollen, tun sie es. Was entscheidend ist, ist deshalb die Größe, die ich in einem Pflichtsystem ausgeben und das sehen sie hier.



Wir haben im Jahr 1975 58,2 Milliarden DM im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegeben. Das wären Leistungsausgaben in Höhe von 5,67 % bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt. Im Jahr 1999 haben wir 200,8 Milliarden DM ausgegeben – teurer Anstieg – aber bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt sind es auch nur 5,83 %, ein ganz toleranter Anstieg. Darin verbirgt sich die Aussage, dass sich die Leistungsausgaben relativ parallel zum Bruttoinlandsprodukt entwickelt haben – in den alten Bundesländern. Wir dürfen die neuen Bundesländer nicht dazunehmen. Das zeigt was derzeit geleistet wird im Bereich des Gesundheitswesens, das parallel viel neue Arbeitsplätze geschaffen hat. An sich ist das eine sehr erstaunliche Entwicklung, die allerdings zunehmend Probleme aufweist, weil das Arbeitseinkommen stagniert. Vereinfacht ausgedrückt wächst es leicht, aber deutlich unterproportionaler als das Bruttoinlandsprodukt. Sie wissen, das Problem teilt sich auch in Lohnquote und Gewinnquote. Die Lohnquote hängt jetzt seit Jahren hinter der Gewinnquote zurück. Das ist auch der Grund, warum der durchschnittliche Beitrag in der Krankenversicherung trotz relativ konstanter Ausgabenanteile am Bruttoinlandsprodukt gestiegen ist und zwar deutlich von damals 1975 10,5 Beitragspunkte auf heute 13,5. Das ist der Hintergrund und darauf muss eine Antwort gefunden werden, die

natürlich auch jetzt im Zusammenhang mit der Belastung unserer Wirtschaft steht. Da geht es um das Problemfeld der Einnahmenseite der GKV.



Da stimmen wir völlig überein, denn so kann es nicht laufen, da muss etwas passieren, zumal schon allein – wie Sie immer wieder sehen – zwei Bereiche uns immer wieder große Sorgen machen. Das sind einmal krankenversicherungsfremde Leistungen, die wir finanzieren und die Politik beschließt. Das andere sind die finanziellen Verschiebebahnhöfe, die auch die Politik beschließt und deren Kosten wir ebenfalls tragen.

Die Rentenreform, die jetzt beschlossen ist, ich will mich dazu im Moment überhaupt nicht äußern, entzieht im Ergebnis der Krankenversicherung Beitragseinnahmen bis zum Jahre 2010, in einer Größenordnung von 9 Milliarden Mark. Und auch die, sie werden sich erinnern, Beschlüsse des letzten Jahres, z.B. die Absenkung der Beitragszahlung für Arbeitslosenhilfempfangener und einige andere Regelungen, entziehen dieses Jahr 2,5 Milliarden DM. Deshalb haben wir Schwierigkeiten, die es sonst gar nicht mehr gäbe. Das betrifft die gesamte GKV und das ist um Gottes Willen kein BARMER-Problem, obwohl wir auch damit kämpfen, denn wir versuchen

eine gute Versorgung zu realisieren und werden mit ganz anderen Endsolidarisierungstendenzen konfrontiert.

Das Ziel einer solchen Neujustierung der Beitragsschöpfung – die Anfang der nächsten Legislaturperiode zu diskutieren sein wird – muss es doch sein, die Solidarität zwischen Jung und Alt zu festigen. Ohne Anpassungen würde die junge Generation überfordert, die im Grunde genommen aller Erfahrung nach primär auf Arbeitseinkommen angewiesen ist und davon volle Beiträge zu zahlen hat. Indirekt subventionieren sie damit die Älteren, die nicht nur Arbeitseinkommen, sondern auch Kapitaleinkünfte haben, die nicht mit Beiträgen belegt werden. Darüber muss man reden, ob dies im Zusammenhang mit der Solidarität zwischen Jung und Alt auf Dauer so praktiziert werden darf und ob ich damit nicht Verdruss schaffe bei den Jungen und ich damit den Verbund zunehmend auflöse. Ich will das Problem jetzt hier an der Stelle nicht weiter vertiefen, nur deutlich machen: Dort liegt eines der großen Probleme, um den Grundwert sozialer Ausgleich für die mittelfristige Zukunft zu stabilisieren.

Wirtschaftlichkeitsgebot

§ 12 SGB V

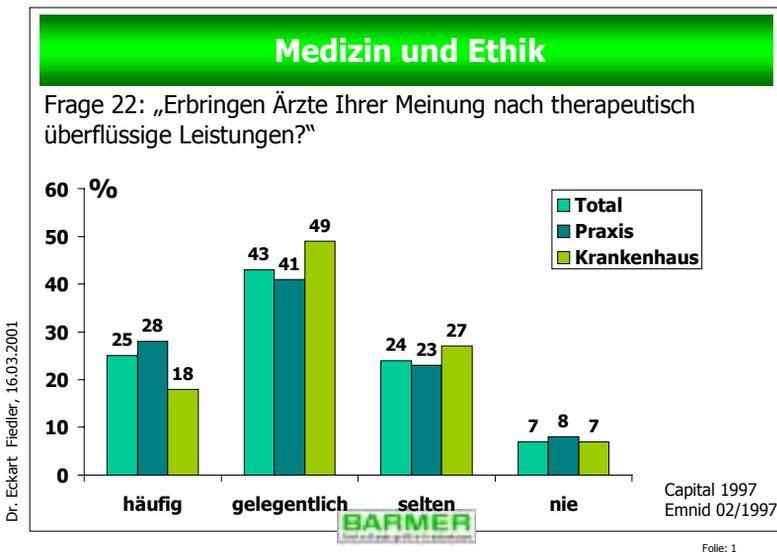
(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

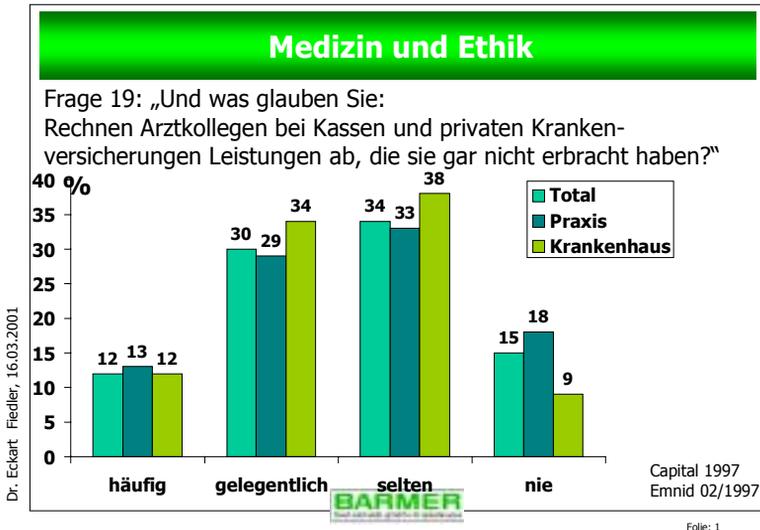


Ich möchte aber nochmals zurückkommen zu dem zweiten Grundwert, nämlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist bekannt

und fordert ausreichende, zweckmäßige und zugleich wirtschaftliche Leistungen. Leistungen, die nicht notwendig oder wirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und Krankenkassen nicht bewilligen. Jede Seite verstößt dagegen, die eine mehr, die andere weniger. Aber es ist ein Gebot und ein Grundwert den unsere soziale Krankenversicherung darstellt, denn wenn es nicht eingehalten wird, dann steigen die Ausgaben und belasten dann womöglich zu Unrecht auch den Beitragszahler und die Arbeitgeber und das kann man ihnen nicht zumuten.

Da möchte ich auch auf einen Punkt hinweisen, denn ich habe hier die Ergebnisse einer Umfrage der Zeitschrift Capital, die schon einige Zeit zurückliegt, aber sie ist nach wie vor aufschlussreich. Sie zeigt das Ergebnis der Frage: „Erbringen Ärzte Ihrer Meinung nach therapeutisch überflüssige Leistungen?“ Diese Umfrage wurde unter Ärzten gemacht und nicht in der Bevölkerung. Es haben gesagt: 25 % der Befragten häufig, 43 % gelegentlich, 24 % selten und 7 % nie, d. h. also, es wird deutlich gesagt: „Ja, wir erbringen überflüssige Leistungen, d. h. wir verstoßen damit natürlich gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.“





Die nächste Befragung ist noch aufschlussreicher, denn es wurde gefragt: „Was glauben Sie: Rechnen Arztkollegen bei Kassen und privaten Krankenversicherungen Leistungen ab, die sie gar nicht erbracht haben?“ Da haben immerhin noch 12 % gesagt häufig, 30 % gelegentlich, 34 % selten und nur 15 % nie. Das ist natürlich eine erschreckende Bilanz, die das Problem Medizin, Ethik und Moral im ärztlichen Berufsstand unter dem Eindruck des hippokratischen Eides, den ich jetzt gar nicht weiter hinterfragen will, aufwirft. Ich weiß unter welchem Druck die Ärzteschaft steht – es zeigt mir aber, dass wir nicht nur den Grundwert „Solidarität“ sehen müssen, sondern auch den Grundwert der Wirtschaftlichkeit. Er muss stärker berücksichtigt werden, um die Balance zu erhalten zwischen den Einnahmen, die wir wirklich brauchen, um das Wirtschaftliche zu finanzieren und der Leistungsfähigkeit der Beitragszahler.

Wie schwierig dieses ist, will ich Ihnen jetzt mal an dem heißdiskutierten Bereich Arzneimittel zeigen. Wir können täglich über Arzneimittelbudgets etc. lesen – welche Folgen es hat und welche Ängste es bei den Patienten auslöst. Das ist eine Frage des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, der dann seinen Ausfluss finden muss im Budget. Budgets hat jeder für sich im Großen wie im Kleinen – auch selbst wenn wir sozusagen keinen Grundsatz der Beitragssatzstabilität hätten; ich muss vorher kalkulieren können, um den

Haushalt danach auszurichten. Zumindest muss ich wissen, wie viel Beitragseinnahmen brauche ich eigentlich. Die Aspekte der Arzneimittelversorgung sind hier in kurzen Eckwerten gezeigt.

Was heißt Wirtschaftlichkeit?

Aspekte für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung

- 1. Medizinisches Bedürfnis:** Genaue Indikationsstellung
- 2. Qualität:** Wirksamkeit im Sinne des Status der Zulassung / Zusammensetzung / Unbedenklichkeit im Sinne Risiko-Nutzen-Verhältnisses
- 3. Therapeutischer Nutzen:** Kosten-Nutzen-Verhältnis / Darreichungsform / Dosierung
- 4. Preiswürdigkeit:** Festbeträge / Generika / Reimporte
- 5. Verordnungsausschlüsse:** Negativlisten / Arzneimittelrichtlinien


Wirtschaftlichkeitsprüfung /-beratung



Dr. Eckart Fedler, 16.03.2001

Folie: 1

Was heißt eigentlich Wirtschaftlichkeit bei einer rationellen Verordnungsweise, d. h.:

- 1) Ich muss natürlich eine klare Indikationsstellung haben.
- 2) Ich muss mir im Klaren sein, wie ich die Qualität abzuhandeln habe. Als Arzt kenne ich die Auseinandersetzungen, die ich früher selbst geführt habe mit der pharmazeutischen Industrie, um die Objektivität der Informationen. Also eine unglaublich schwere Herausforderung.
- 3) Ich muss etwas über den therapeutischen Nutzen wissen, um auf die Frage zu antworten: Mit welchen Dosierungsformen oder auch Packungsgrößen steige ich ein?
- 4) Ich muss über die Preiswürdigkeit entscheiden: Inwieweit gibt es die Möglichkeit der Generika? Gleichzeitig muss ich die Frage der Verordnungsausschlüsse beachten.

Wenn Sie sich das jetzt mal ansehen: Wir haben im Zeitraum 8/99 bis 7/2000 die Verordnungen, die zu Lasten der Barmer getätigt worden sind, das sind

65 Mio. Verordnungen gewesen, ausgewertet. Wir haben festgestellt, dass z.B. allein bei den Generika noch ein Sparpotential von über 200 Mio. DM schlummert.

Der zweite Punkt ist die konsequente Beachtung der Arzneimittelrichtlinien. Da geht es einmal um ausgeschlossene Arzneimittel wie Vitamine und Anabolika und auch um die Frage von eingeschränkt verordnungsfähigen Arzneimitteln, z. B. dass erst andere Therapien eingesetzt werden müssen, bevor ich ein Arzneimittel in einer gewissen Richtung verordnen darf, z. B. eine Diät als ersten Therapieschritt. Da könnte man weitere 100 Mio. DM einsparen.

Ein ganz wichtiger Punkt sind die Schritttinnovationen. Das sind Präparate, die einen im Grunde genommen identischen Wirkstoff aufweisen – in leichten Molekülvariationen – die aber nur von marginal klinischer Relevanz sind, wie es auch die Pharmakologen immer wieder unterstreichen. Es handelt sich um Nachahmerprodukte, die in der Regel nicht besser, aber immer teurer sind. Es sind Produkte, wo man natürlich auch sehr leicht dazu verführt wird – ich darf es mal so ausdrücken – sie einzusetzen. Im Grunde aber sind die althergekommenen Originalpräparate absolut ok.

Auch hier wäre eine enorme Summe zu sparen:

- fraglich wirksame Arzneimittel 200 Mio. DM
- Einsparpotential gesamt 800 Mio. DM

Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

**Wirtschaftlichkeitsreserven
in der Arzneimittelversorgung**

- 1. Generika rund 200 - 240 Mio. DM**
- 2. Konsequente Beachtung der Arzneimittelrichtlinien
ca. 100 Mio. DM**
- 3. Schrittinnovationen (Me-too Präparate)
ca. 260 - 320 Mio. DM**
- 4. Fraglich wirksame Arzneimittel ca. 200 Mio. DM**

➔ Einsparpotential rund 800 Mio. DM

Quelle: BARMER-Analyse von 65 Mio. Verordnungen
im Zeitraum von 08/99 bis 07/00



Folie: 1

Das ist natürlich Theorie, darüber bin ich mir absolut im Klaren, aber man sieht, dass hier noch Ansätze im Sinne der Wirtschaftlichkeit da sind. Durch eine gezielte Aufklärung und Therapieberatung könnte dem Arzt eine große Hilfe gegeben werden, hier gezielter im Sinne von mehr Wirtschaftlichkeit zu verordnen.

Trotz allem kann man aber auch das Kompliment machen an die Ärzteseite, dass sie sich im Grunde sehr bemühen in Richtung von mehr Wirtschaftlichkeit.

Das Ziel, und damit kommen wir zum Grundwert Gliederung des Wettbewerbs, darf in einer sozialen Krankenversicherung natürlich nicht Risikoselektion sein. Es muss darauf ausgerichtet sein, gerade mit dem Geld, das wir als Pflichtversicherung einnehmen, eine maximale Effizienz zu erzielen. D. h. es ist nicht unser Ziel als gesetzliche Krankenkasse dadurch, dass wir versuchen Steine unter Wasser gegen Feuer zu versichern, einen hohen Profit oder Gewinn zu machen. Wir machen überhaupt keine Gewinne. Keine gesetzliche Krankenkasse darf Gewinne machen, sondern es ist unser Ziel, die Beiträge über den Wettbewerb wirtschaftlich einzusetzen.

Wettbewerbliche Orientierung

Zielrichtung des Wettbewerbs:

Optimierung der Wirtschaftlichkeit im Sinne von hoher Effizienz in der medizinischen Versorgung

- Instrumente im Sinne dieses Wettbewerbs:

- **Vertragshandeln**
- **Versorgungsmanagement**
- **Kostenmanagement**



Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Folie: 1

Die Instrumente, wie Sie sie hier sehen, hören sich gut an, sind aber dennoch sehr eng begrenzt und das will ich Ihnen an einem Beispiel zeigen: Wir bewegen uns in dem Wettbewerb, den wir innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen führen, in diesem Dreieck.



Da sind einmal die Organisationsrechte, die unterschiedlich sind. Z. B. dürfen sich nur die Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen neu gründen oder öffnen und bei nächster Gelegenheit, wenn sie fusionieren, wieder schließen. Sie haben Vorteile, die man jetzt im Sinne einer gezielten „Risikoselektion“ geschickt einsetzen kann. Warum Risikoselektion werde ich gleich zeigen.

Das zweite ist die Wahlfreiheit der Versicherten und das dritte ist der Finanzausgleich innerhalb der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung der den Fachkern Risikostrukturausgleich in sich trägt. Und ich möchte hier nochmal in Erinnerung rufen: Als der Gesetzgeber diesen Rahmen schuf, das war 1992 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG), hatte man vor Augen, man will die Wahlfreiheit. Innerhalb der GKV sollte auch ein Versicherter in hohem Alter ohne Nachteile von einer Kasse in die andere wechseln können, z. B. wenn er chronisch krank ist und von einem besseren Versorgungsmanagement in einer anderen Krankenkasse gehört hat. Das war das Ziel.

Dabei sollte die Wahlfreiheit begleitet werden durch gleiche Wettbewerbschancen und Verhinderung einer Risikoselektion und es sollte zugleich eine Verringerung der Beitragsspanne und die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven erreicht werden. Das Programm hört sich gut an, die Realität

sieht leider doch deutlich anders aus. Und zwar in erster Linie, weil der Risikostrukturausgleich einen ganz schwierigen Geburtsfehler hat.

Ziel: Wettbewerb durch RSA und Wahlfreiheit

- 1. Sicherung gleicher Wettbewerbschancen der Kassen und Verhinderung von ineffizienter Risikoselektion**
Die Wirtschaftlichkeit und nicht die Versichertenstruktur soll die Wettbewerbsposition einer Kasse bestimmen
- 2. Wahlmöglichkeit der Versicherten bis ins hohe Alter**
Chronisch Kranke suchen sich die Kasse mit dem besten Versorgungsmanagement
- 3. Verringerung der Beitragssatzspanne in der GKV**
die aus einer unterschiedlichen Risikostruktur der Versicherten resultiert
- 4. Mobilisierung von Rationalisierungsreserven**
durch kassenbezogenen Wettbewerb um mehr Wirtschaftlichkeit



Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Folie: 1

Ich will versuchen, Sie in aller Kürze in dieses Thema einzuführen, das ist einfach das Grundverständnis für die Diskussion, die derzeit heftig in der Öffentlichkeit läuft und auch in der Fachöffentlichkeit über die Reform des Risikostrukturausgleichs. Was läuft eigentlich falsch?

RSA-Funktionsweise

1. Einnahmenausgleich

Für 92 Prozent aller GKV-Ausgaben (ausgleichsfähige Leistungen, ohne Verwaltungskosten und Satzungsleistungen) wird ein GKV-durchschnittlicher Beitragssatz ermittelt.

Dieser sogenannte Ausgleichsbedarfssatz wird 2001 bei 12,83 Beitragssatz-%-Punkte liegen. Diesen Wert muss jede Kasse in den Ausgleichstopf zahlen: Wer vorzugsweise "Gutverdiener" versichert, zahlt mehr, Kassen mit geringerem Grundlohn zahlen weniger Finanzvolumen ein.



Folie: 1

Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Sie sehen dieser Finanzausgleich beschränkt sich auf 92 % der GKV-Ausgaben. Nicht ausgleichsfähig sind Verwaltungskosten und Satzungsleistungen. Satzungsleistungen sind Kosten, über die jede Kasse selbst bestimmen kann. Verwaltungskosten sind bewusst außen vor. 92 % der Leistungsausgaben sind ausgleichsfähig. Es wird festgestellt, auf der Grundlage der Arbeitseinkommen aller in der GKV-Versicherten, welchen Beitragssatz man im Durchschnitt erheben müsste, um diese GKV-Leistungen zu finanzieren. Das nennt man Ausgleichsbedarfssatz. 12,83 Beitragssatzprozentpunkte müsste man heute einnehmen, um diese ausgleichsfähigen Leistungen bezahlen zu können. Und wenn Sie dann mit etwa einem Prozentpunkt für Satzungsleistungen und Verwaltungsleistungen rechnen, dann kommen Sie etwa auf den Durchschnitt von 13,8 % Krankenversicherungsbeitrag, den wir heute oder für dieses Jahr für die GKV auf der Grundlage der neuesten Zahlen des Schätzerkreises erwarten. Die 12,8 % muss jede Kasse einzahlen: Hat sie gutverdienende Mitglieder zahlt sie mehr, hat sie schlechtverdienende Mitglieder zahlt sie weniger in diesen Topf ein, um da einen Einnahmenausgleich zu schaffen.

Die zweite Seite ist der Ausgabenausgleich. Hier werden für alle Versicherten eines Jahrgangs – getrennt nach Männern und Frauen – die Gesamtausga-

ben in der GKV berechnet. Das Beispiel zeigt dies für die 40jährigen Männer. Die Gesamtausgaben von 794 Mio. DM werden durch die Gesamtzahl aller in der GKV versicherten 40jährigen Männer dividiert, das sind 396 203 Männer. Dies ergibt einen Pro-Kopf-Betrag von 2 004 DM. Und das wird für jede sogenannte „Alters- und Geschlechtskohorte“ von 1-99 gemacht. Und der Betrag, der da hinten steht, den kriegt jede gesetzliche Krankenkassen für jeden 40jährigen Mann gutgeschrieben.

RSA-Funktionsweise

2. Ausgabenausgleich

Ermittlung der GKV-durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versichertem für jeden Jahrgang getrennt nach Männern und Frauen.

Beispiel (West):

Gesamtausgaben	:	Gesamtzahl	=	Ø Kopfbetrag
aller in der GKV versicherten 40-jährigen Männer im Jahr 1999		aller in der GKV versicherten 40-jährigen Männer im Jahr 1999		für 40-jährige Männer im Jahr 1999 (Beitragsbedarf)
794 Mio. DM		396.203		2.004,08 DM

Jede Kasse erhält für jeden 40-jährigen Mann eine Gutschrift in Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben von 2.004,08 DM pro Jahr.

Dieser RSA-Gutschrift stehen ihre tatsächlichen Leistungsausgaben gegenüber.



Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Die Tatsache ist nun: Haben sie die Gesunden, machen sie ein tolles Einnahmegeschäft und dann können sie den Beitragssatz deutlich unter den GKV-Durchschnitt senken. Haben sie die primär Kranken, kommen sie mit dem Durchschnittsbetrag nicht hin, sondern sie liegen jetzt deutlich über dem Durchschnitt der GKV. Stellen Sie sich vor, Sie hätten eine Klinikfinanzierung gemacht, wo es für jeden Patienten die gleichen Pauschale gäbe – logisch was passieren würde – alle wollten sie Blinddarm oder Gallen-OP haben, aber keiner mehr eine Operation am offenen Herzen. So ähnlich ist es derzeit in der GKV mit der Folge, dass die Beitragssatzposition, die wir haben, bei unserer Spanne nicht Ausdruck von Managementfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit ist, sondern Ausdruck des Verhältnisses von gesunden zu

kranken Versicherten. Wie ist die Morbiditätsmischung, wie ist der Anteil an kranken oder gesunden Versicherten?

RSA-Funktionsweise

3. Konsequenz

Für Krankenkassen, die mehr kranke Menschen versichern, reichen die Gutschriften nicht, da sie weit darüber liegende Ausgaben haben. Sie liegen dadurch im Beitragssatz über dem Durchschnitt.

Eine Krankenkasse mit überproportional vielen **gesunden** Mitgliedern hat geringere Ausgaben, als sie Gutschriften aus dem RSA erhält; sie kann ihren Beitragssatz unter den GKV-Durchschnitt senken.

Überdurchschnittliche Krankheitskosten belasten die einzelne Krankenkasse.
Entscheidend für die Beitragssatzposition ist das Verhältnis von gesunden zu kranken Versicherten.

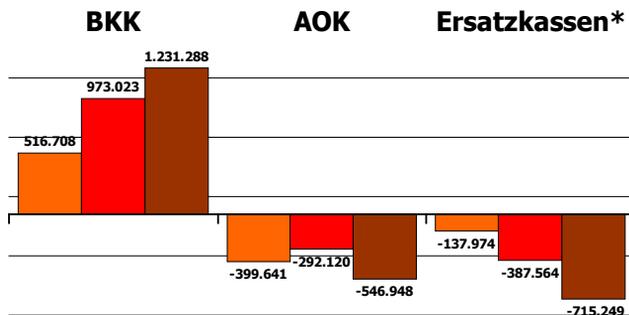


Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Folie: 1

Mitgliederentwicklung

in den letzten 3 Jahren bis 2000



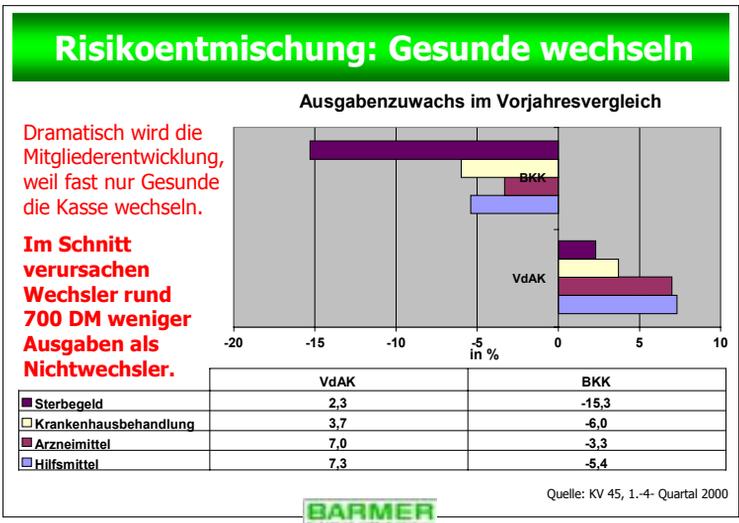
* VdAK und AEV



Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Folie: 1

Wenn wir uns die Entwicklung ansehen, dann haben wir eine deutliche Mitgliederwanderbewegung in der GKV in den letzten Jahren. Sie sehen, sie bewegt sich ganz in Richtung Betriebskrankenkassen. Es ist eine Mitgliederbewegung in Richtung offener und auch entsprechend billiger Betriebskrankenkassen. Sie müssen eines wissen, dass von der Wahlfreiheit Kranke fast überhaupt nicht Gebrauch machen, sondern einseitig Gesunde. Es liegt ein Gutachten vor, dass 0,06 % der Wechsler chronisch Kranke sind, d.h. von 1,3 Mio. der Mitglieder, die jetzt zum Jahreswechsel die Krankenkasse gewechselt haben, waren lediglich 740 chronisch krank, der Rest waren eben die primär Gesunden. Der Verlust geht zu Lasten – jetzt auch stärker wieder der AOK, besonders aber auch der Ersatzkassen, weil sie immer ein Klientel versichert haben, das Wahlfreiheit kannte und gewählt hat, ja das sich in die Ersatzkassen eingewählt hat. Die Aussage, die ich eben gemacht habe, in Richtung Risikomischung gesund / krank belegen folgende Zahlen, die Frau Gesundheitsministerin Schmidt letzte Woche vorgestellt hat. Die Werte hier unten sind von besonderer Bedeutung:



Das heißt, wenn sie da noch die altgestandenen Betriebskrankenkassen wegnehmen und sich auf die neu errichteten konzentrieren, dann hätten sie dort Entwicklungen von -50 bis -60 % und bei den Alt-Betriebskrankenkassen

hätten sie eine Gleichentwicklung wie bei den Ersatzkassen oder bei den Ortskrankenkassen.

D.h. wir haben ein Problem der Risikoentmischung und das ist eben ein Element, das die Grundwerte unserer sozialen Krankenversicherung bedroht, weil der Risikostrukturausgleich Kassen mit vorrangig Gesunden durch die gleich hohen Gutschriften begünstigt und weil nur die Gesunden von dem Angebot Gebrauch machen, in billige Betriebskrankenkassen zu wechseln, die auch nur deshalb billig sein können, weil sie wissen, dass nur Gesunde zu ihnen kommen. Das ist genau das Szenario, vor dem wir derzeit stehen und das im Grunde genommen das Versicherungsprinzip in Frage stellt, nämlich eine ausgewogene Mischung zwischen gesund und krank.

Die Folge ist, dass das Gesundheitswesen dringend benötigte Finanzmittel verliert. Wir haben nicht nur das Problem der Einnahmeschwäche, sondern wenn jemand von einer Kasse wechselt, die meinetwegen 13,3 % hat, in eine die 11,9 % hat, dann ist weniger Beitrag da. Dieser geringere Beitrag fehlt im Gesamttopf der GKV. Wenn Sie das umrechnen auf 1,3 Mio. Wechsler, dann sind das rund 1,7 Milliarden DM, die durch diese Wechsler in diesem Jahr dem Gesundheitswesen weniger zur Verfügung stehen. Das betont natürlich jetzt auch und gerade die Versorgung der chronisch Kranken. Und da liegt das ganz große Problem, das ich sehe, warum die GKV zunehmend in ein schwieriges Image gerät auf der Wettbewerbsposition gegenüber den privaten Krankenkassen. Und deshalb lassen Sie mich zum Abschluss kurz einen Blick darauf werfen, wie das heute geschieht und in Bezug setzen zu den Grundwerten einer sozialen Krankenversicherung.

Wir sind nicht für Gesunde da, sondern für die Kranken, die uns brauchen. Was muss also geschehen, damit das, was unser Auftrag ist, auch optimal geleistet werden kann. Natürlich gelten dafür immer die Bedingungen von Wirtschaftlichkeit und, und, und – keine Frage. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir Wettbewerb, aber es muss vor allem ein Wettbewerb sein um die Verbesserung der Versorgung der chronisch Kranken, weil dahinter eine unglaubliche – wie ich meine – Chance liegt, gerade auch für die mittelfristige Stabilität unserer sozialen Krankenversicherung.

**Gefahren für die Grundwerte
der sozialen Krankenversicherung**

- 1. Der RSA begünstigt Kassen mit vorrangig Gesunden**
- 2. Tatsächlich wechseln fast nur Gesunde in "Billig-BKK'n"**
(Nur 0,06 Prozent der Chroniker wechseln)
- 3. Versicherungsprinzip wird in Frage gestellt**
(Gefahr: Kassen für Gesunde und Kassen für Kranke)
- 4. Das Gesundheitswesen verliert dringend benötigte Finanzmittel**
- 5. Gefahr der Unterversorgung chronisch Kranker**



Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Folie: 1

Und dazu bedarf es eines Schrittes, den Experten schon länger fordern. Man sollte besondere Disease-Management-Programme für chronisch Kranke einführen. Der Hintergrund dieses Vorschlages ist, dass wir zu deren Versorgung heute viel Geld ausgeben, aber im internationalen Vergleich die Versorgungsergebnisse nicht gerade berauschend sind. Und das liegt in erster Linie an Strukturschwächen in unserer Versorgung, der fehlenden Vernetzung, dem noch sehr stark ausgeprägten Einzelkämpfertum, das wir auch schon in der niedergelassenen Ärzteschaft – zwischen Hausärzten auf der einen und Fachärzten auf der anderen Seite – kennen.

Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Stärkung der GKV-Grundwerte

Anforderungen an eine RSA-Reform

- 1. Risikoselektion "Gesund" finanziell unattraktiv machen**
(Einseitige Konzentration "guter" Risiken in "Schein"-BKK'n eindämmen)
- 2. Wettbewerb um eine bessere medizinische Versorgung insbesondere der chronisch Kranken fördern**

Lösungsansatz:
➔ Disease Management Programme für chronisch Kranke



Folie: 1

Es ist die Frage eben auch des Problems der Pflichtwahl, der Fortbildung und anderer Fragen, die im internationalen Vergleich zunächst Deutschland nicht als Spitzenreiter erscheinen lassen. Daraus resultiert der Vorschlag, dass man gerade die Versorgung der chronisch Kranken durch eine integrative Versorgung verbessern sollte. Dies sollte dergestalt geschehen, dass man Disease-Management-Programme auf der Grundlage von evidenz-basierter Medizin anbietet. In den Programmen könnte man die Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen genau definieren und den Behandlungsverlauf dokumentieren, damit er jederzeit kontrollfähig ist. Die Programme müssten offiziell zertifiziert werden und die Ergebnisse immer wieder vorgelegt werden, um nicht zu sagen: Da bietet hier irgend jemand eine scheinbare Qualität an, die nichts bringt. Es muss gesichert sein, dass es hier immer qualitätskontrolliert läuft. Der Qualitätssicherung dient indirekt auch die freiwillige Einschreibung der Versicherten. Sie ist die Voraussetzung, damit man das Geld, was man für die Betreuung der chronisch Kranken aufwendet, auch aus dem Risikostrukturausgleich voll erstattet bekommt. Die Freiwilligkeit ist außerdem Voraussetzung, dass meine Daten versichertenbezogen zusammengeführt werden können und dies wiederum ist die Voraussetzung dafür, ein Disease-Management-Programm überhaupt durchführen zu können.

Disease-Management-Programme (DMP)

Ausgangslage: Nachweislich Defizite in der medizinischen Versorgung.
Sehr hohe Aufwendungen führen nur zu durchschnittlichen Ergebnissen.

Ziel: Die Versorgung chronisch Kranker durch integrative Konzepte verbessern

Lösung:

- Eigene RSA-Gutschriften für chronisch Kranke, die sich freiwillig in qualitätsgesicherte DMP einschreiben. Das setzt ein attraktives Kassenangebot voraus.
- Qualitätssicherung durch Akkreditierung und regelmäßige Re-Akkreditierung der Programme (standardisierte Dokumentation)
- Definition überprüfbarer Einschreibekriterien
- Auswahl DMP-fähiger Krankheiten



Folie: 1

Hier noch einmal die Grundprämissen für die Auswahl der Krankheiten, die hierfür in Frage kommen:

Disease-Management-Programme (DMP)

Voraussetzungen für DMP-fähige Krankheiten

- **Hohe Krankheitshäufigkeit** (Prävalenz) und Morbidität/Mortalität
- Chronischer Verlauf mit **definierten Krankheitsstadien**
- **Hohe Krankheitskosten** bei bekannter Kostenstruktur
- **Evidenz-basierte Therapiestandards** (Messbarkeit ökonomischer Ergebnisse)
- **Varianz in der Versorgung** (Die Behandlungsmethoden weichen heute deutlich voneinander ab)

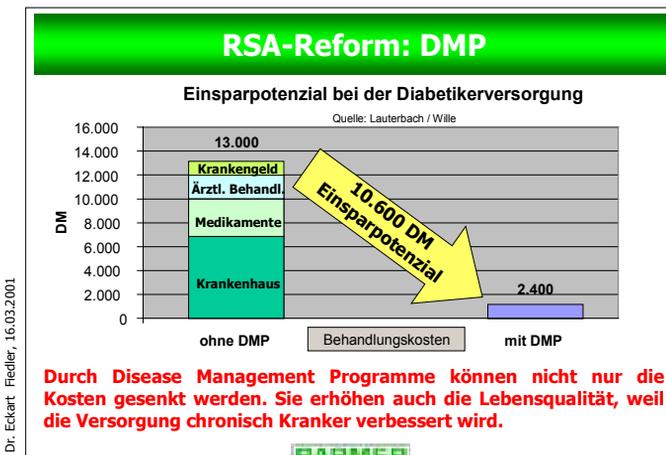
➔ **Hohes Potenzial zur Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität**



Es muss sich nämlich um chronische Erkrankungen oder Krankheiten handeln, die eine hohe Krankheitshäufigkeit haben, einen definierten Krankheitsverlauf. Ich kann nicht einfach von vorne bis hinten steuernd eingreifen, sondern ich muss genau an der Passage eingreifen, wo ich im Grunde vermeide, dass der Patient zum Hochrisiko wird. Das berühmte Beispiel ist der Diabetiker der dialysepflichtig wird, erblindet oder dessen Fuß amputiert wird. Genau das muss ich verhindern. Es müssen natürlich hohe Krankheitskosten dahinterstehen, sonst würde sich der gesamte Aufwand nicht lohnen. Es müssen evidenz-basierte Therapiestandards da sein und heute auch in der Versorgung eine erhebliche Varianz da sein. Wenn ich Einheitlichkeit in den Versorgungsstandards hätte, wäre das gut.

Unter diesen Bedingungen haben die Gutachter sieben Krankheitsbilder definiert, für die sozusagen ein solches Disease-Management-Programm in Frage kommt. Insgesamt sind von diesen sieben Krankheiten 25 % der Bevölkerung betroffen. Es wäre durch eine bessere Versorgung dieses Klientels wichtig, gerade den degenerativen Verlauf dieser Krankheiten zu stoppen. Die Chronifizierung können wir nicht rückgängig machen, aber stoppen im Sinne der weiteren Verschlimmerung und damit eben vor allen Dingen Lebensqualität erhöhen, aber auch mittelfristig Versorgungskosten stabilisieren.

Das Ergebnis wäre in meinen Augen, dass über eine solche Reform das Geld wesentlich zielgerechter verteilt werden könnte als heute, es würde vor allen Dingen das aktive Bemühen um mehr Qualität belohnen.



**DMP
Ergebnisse und Chancen**

- 1. Zielgerechtere Verteilung der RSA-Gelder
(aktives Bemühen um eine bessere medizinische Versorgung wird belohnt)**
- 2. Qualitätswettbewerb zur Steigerung der Effizienz der medizinischen Versorgung chronisch Kranker** (leitliniengestützte Medizin):
Teure Folgeerkrankungen und Komplikationen werden vermieden
- 3. Abbau von Rationierungsängsten der Patienten**
- 4. Schub für die integrierte Versorgung** (§ 140 a-h SGB V)
- 5. Anreize für Leistungserbringer**
- 6. Stabilisierung des GKV-Systems**
(mittelfristige Kostendämpfung)
- 7. Mittelfristig Senkung des RSA-Volumens**



Dr. Eckart Fiedler, 16.03.2001

Folie: 1

Das ist der Mangel des Risikopools, der ja auch diskutiert wird. Risikopool heißt nur, ich kriege für diejenigen, die viel kosten, viel Geld, aber ich nehme keinen Einfluss auf die Kosten über die Versorgungsqualität. Das ist die Schwäche. Durch Disease-Management-Programme löse ich einen Qualitätswettbewerb aus. Ich nehme damit auch den Menschen einen Teil der Rationierungsängste. Ich habe die Chance, die neuen Vorgaben einer integrierten Versorgung hier zum Tragen kommen zu lassen, was mir auch die Chance bietet, mich von dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität in diesen Versorgungsformen zu lösen. Das sieht das Gesetz so vor. Das ist natürlich auch ein Anreiz dann für die Leistungserbringerseite, denn über eines sind wir uns im klaren: Eine höhere Art von Anschubfinanzierung wird mittelfristig durch eine optimierte Versorgung der chronisch Kranken wieder voll zur Stabilisierung des Systems beitragen. Im Sinne der Außenwirkung, die heute die GKV nicht immer in einem ganz positiven Lichte stehen lässt, wird eine solche Reform die Grundwerte unserer sozialen Krankenversicherung enorm stärken.

Abschließend noch einen Satz aus Johannes Rau jüngster Rede in Potsdam, wo er auch noch einmal darauf hingewiesen hat, welche Werte es letztlich zu verteidigen gilt in der derzeitigen Auseinandersetzung.

Wertewandel

**"Die sozial gebändigte Marktwirtschaft entspricht unserer abendländischen Tradition, die auf den Werten Freiheit und Subsidiarität, Verantwortung und Solidarität, Toleranz und Pluralismus beruht. Wenn man sich heute in der Welt umschaut, so zeigt sich deutlich, dass das ‚europäische Modell des Sozialstaates‘ besser als andere der Notwendigkeit entspricht, die Menschen ins Zentrum des Entwicklungsprozesses zu stellen (...)
Die kalte Logik des Marktes in allen gesellschaftlichen Bereichen kann höchstens zur Ellenbogenmentalität, zum ‚survival of the fittest‘, zum Sozialdarwinismus führen."**

Bundespräsident Dr. Johannes Rau

"Europas Beitrag zur Gestaltung einer globalisierten Welt"
am 31. Januar 2001 in Potsdam



Im Grunde genommen ist dies ein ganz dringender Appell an unsere Politiker, an die gesetzgebenden Körperschaften, dafür Sorge zu tragen, dass letztlich unsere soziale Krankenversicherung auch das zukünftig leisten kann, was sie muss: Nämlich das an Krankheitsschutz zu bieten, was eben wirtschaftlich angemessen und zweckmäßig ist. Ich hoffe sehr, dass die Politik die Kraft hat, diese Entscheidungen so zu treffen und wenn sie die jüngsten Äußerungen dazu gehört haben kann man sagen, die Einsichten sind gewachsen, allerdings überzeugen mich die Lösungskonzepte noch nicht.

Menschen wollen nicht gesund sein, sondern leben!

Ein Plädoyer für eine Lebenskunst

Wilfried Belschner

Der Veranstalter dieser Tagung hat mir als Referent zwei Vorgaben gemacht:

- In meinem Beitrag zur Zukunft des Gesundheitswesens solle ich mich nicht gebunden sehen durch das, was kurzfristig möglich und machbar sein könnte. Ich könne vielmehr einen Freiraum für neue Ideen wahrnehmen. Es ist also erlaubt, *undenkbare Gedanken* zu veröffentlichen.
- In meinem Beitrag solle ich mich dazu äußern, welche Grundwerte mir persönlich am Herzen liegen würden.

Diese beiden Chancen will ich gerne aufgreifen. Dabei bin ich in dem Wilberschen Modell der vier Quadranten dem Oben-Links-Quadranten zugeordnet (Wilber 1996, 161). Die aus diesen Vorgaben resultierende Aufgabenstellung lässt sich mit den folgenden Fragen umschreiben:

- Welche Annahmen, welche Ideen könnten im Mittelpunkt eines Konzeptes für ein zukünftiges Gesundheitswesen stehen? Oder:
- Von welchen anderen Basisannahmen her könnte ein zukünftiges Gesundheitswesen entworfen werden? Oder:
- Von welchem Menschenbild her wollen wir zukünftig das Gesundheitswesen als eine soziale Verabredung (Konstruktion) konzipieren?

1 Der Mensch als Mängelwesen vs. fortwährender Schöpfungsakt

Wesentliche Kategorien des derzeitigen Gesundheitswesens sind die Begriffe *Störung*, *Defizit* und *Krankheit*. Mit diesen Begriffen werden Abweichungen von Normen belegt. In dem Augenblick, in dem ein Sachverhalt durch normative Festlegungen entsteht, haben wir es mit einem sozialen Sachverhalt zu tun. Kurz gefasst können wir deshalb sagen:

Krankheit ist eine soziale, kulturelle Erfindung (Belschner 1973, 51; Lenzen 1996).

Bemerkenswert ist nun vor allem, dass es sich bei den Begriffen Störung, Defizit und Krankheit um kulturell geschaffene Sachverhalte handelt, die einen negativen Bedeutungshof haben: sie gelten als unerwünscht und unheilvoll; sie verweisen auf einen gravierenden Mangel, der verändert werden soll und zwar in Richtung des kulturell postulierten normativen Standards. Beispiel: Die Körpertemperatur des Menschen soll in der Regel dem Standard von 36,6 Grad Celsius entsprechen.

Ein erstes Fazit:

Der Mensch wird im derzeitigen Gesundheitswesen in zweifacher Weise aufgefasst:

- 1) Der Mensch wird konzipiert als ein Mängelwesen, das wartungs- und reparatur-bedürftig ist. Als solches „ist“ es im Rahmen eines marktwirtschaftlichen Systems hoch willkommen. Denn als Mängelwesen bietet es die Chance, die Praxen und Kliniken als Werkstätten für Wartung und Reparatur maximal auszulasten. Der Mensch *ist* (im Sinne einer sozialen Wirklichkeit) somit ökonomisch anschlussfähig. D.h., er bietet Anlässe für die Schaffung der Arbeitsplätze von professionellem Personal, für die Konstruktion von diagnostischen und therapeutischen Geräten, für deren Wartung und forschende Weiterentwicklung, für die Produktion von Betriebsmitteln („Medikamente“) für die Wartung und Reparatur des Menschen, für den Bau und die Einrichtung von Gebäuden für eben diese Wartungs- und Reparatur-Anlässe (Praxen, Kliniken), für die Verwaltung der zirkulierenden Mittel in diesem System („Krankenkassen“, „Kassenärztliche Vereinigung“) etc.
- 2) Der Mensch wird konzipiert als Anlass zur Optimierung. Er scheint für die Anliegen dieser Epoche und für deren effektive Bearbeitung ungeeignet geworden zu sein. Es lässt sich nur noch die traurige Diagnose stellen: er ist – in einem materiellen Sinn – antiquiert (Günter Anders, 1985, meinte mit seinem Buchtitel *Die Antiquiertheit des Menschen* die psychologische Antiquiertheit – so wie es auch der Untertitel *Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution* ausweist). Der gegenwärtige Mensch scheint nicht mehr geeignet, um mit den Anforderungen des modernen Alltags zurecht zu kommen, z.B. mit dem Druck der Beschleunigung des Alltags und der Verdichtung der Arbeit, der mate-

riellen Ungesicherheit der Existenz, der Gleichgültigkeit in sozialen Beziehungen, der Vielzahl von artifiziellen chemischen Agenzien in Nahrung, Luft und Wasser. Er bedarf also dringend der *Modernisierung*. Für dieses up date ist er eigentlich nichts anderes als ein Rohmaterial, das nach den zeitgemäßen, der Ökonomie verpflichteten Standards optimiert werden muss. Jacques Attali sprach in der Vorwegnahme dieser Entwicklungen bereits 1981 treffend von der *kannibalischen Ordnung*. – Auch hier ist der Mensch wieder ökonomisch anschlussfähig. Welche gigantische Aufgabe, welche ungeheure Verlockung: 6 bis 7 bis 8 Milliarden Menschen bedürfen der Optimierung! Welch ein weiter Markt an Screening-Prozeduren, beispielsweise hinsichtlich der genetischen Ausstattung bei den bereits vorhandenen Menschen! Welch ein riesiger und zugleich langfristiger Markt an Screening-Prozeduren hinsichtlich der genetischen Ausstattung für all die noch zu gebärenden Menschen! Eine neue Maxime wird eingerichtet werden: Die genetische Ausstattung des Menschen wird zukünftig kontrolliert (und möglicher Weise zertifiziert) sein müssen – es wird zukünftig vermutlich als unverantwortlich gelten, ja eventuell sogar illegal sein, die genetische Ausstattung eines potentiellen Menschen dem Zufall überlassen zu wollen – denn es entspricht nicht dem ökonomischen Kalkül. Es wird heißen: „Wer soll für die ökonomischen **Lasten** eines behinderten Kindes aufkommen?“

(Vergleiche dazu die Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik, z.B. in den Beiträgen von J.-D. Hoppe, Präsident der BÄK, (FAZ 19.2.2001) und U. Montgomery, Präsident der ÄK Hamburg (FAZ 22.2.2001). – In diesen Bezugsrahmen sind die Versprechungen des Human-Genom-Projektes (Erkennung und Veränderung von „Krankheitsgenen“, Belschner 2000c) und der Neuropsychologie (z.B. Behebung von schwerwiegenden Erkrankungen wie Alzheimer oder Parkinson) einzuordnen (kritisch dazu: Laucken 2001).

Gibt es zu dieser Basisannahme des Gesundheitswesens eine Alternative? Ich möchte Ihnen die folgende **These** anbieten.

Durch jeden Menschen will etwas in die Welt gebracht werden, und zwar etwas Einzigartiges, Einmaliges und Vollkommenes in Form einer zeitlich befristeten Biografie. Dieses Einzigartige ist ein Experiment des Kosmos. Der Kosmos erkundet und realisiert sich in seinem evolutiven Potential. Es geschieht somit fortwährend Schöpfung – die Schöpfung ist nicht aufzufassen als ein Akt, der in den biblischen sieben Tagen abgeschlossen wurde. Wir sind die Schöpfung: in jeder unserer Handlungen realisiert und manifes-

tiert sich aktuell die Schöpfung. Das kosmische Potential realisiert sich nur durch uns, nur hier und heute in dieser irdischen Wirklichkeit. Es kann sich nur in uns vermitteln. Es gilt also, das in uns vorhandene Potential zu erkennen und es in die Welt zu bringen, d.h. es in konkreten Lebensvollzügen auszuformen, es zu verwirklichen. Der klassische philosophische Satz „*Erkenne dich selbst*“ bekommt hier seine Bedeutung. Ich kann ihn übersetzen in die Frage:

Was will durch mich mit diesem Leben in die Welt gebracht werden?

Übung (1)

Stellen Sie sich bitte für eine Minute die Frage: *Was will durch mich in die Welt gebracht werden?*

Eine Antwort könnte beispielsweise lauten:

„Mein Lebensthema ist die soziale Innovation. Es geht um das Aufspüren von antinomischen kulturellen Mustern (i.e. kulturellen Selbstverständlichkeiten), bei denen die (nach meinem jeweils aktuellen kulturell und individuell geprägten Verständnis) positive Funktion an Wert / Bedeutung verloren hat und die deshalb – in herkömmlicher Beurteilung – eher Leid denn Nutzen erzeugen. Hier will ich – wissend um den antinomischen Charakter aller sozialen Prozesse – gemeinsam mit anderen Menschen neue, kreative, human-ökologische Entwürfe erfinden und installieren, d.h. als soziale Wirklichkeit etablieren.“

Unsere Existenz hat also einen je individuellen Sinn, einen unhintergehbaren Sinn, – nämlich dieses spezifische kosmische Experiment in der an ein Individuum gebundenen Existenz zu verwirklichen (Jäger 1991, 2000). *„Als Menschen sind wir eine ganz individuelle Struktur des Urprinzips, unverwechselbar und einmalig ... Er (Gott, das Urprinzip, W.B.) erklingt als diese ganz individuelle Struktur meiner Person. Er verwirklicht sich in diesem personalen Sein.“* (Jäger 1995, 26) Unsere Biografie ist ein Projekt, in dem sich diese spezifische Sehnsucht des Lebens gegen alle Widerstände als Lebensgeschichte manifestieren will. Dieser Sachverhalt verweist auf den nicht zu überbietenden Wert eines Menschen: er ist in der gerade SO beschaffenen, einzigartigen Individualität seines Da-Seins ohne jede Einschränkung wertvoll und würdig und vollkommen.

Übung (2)

Versuchen Sie bitte, sich in Ihrem Organismus gewahr zu werden, dass es nur Sie in dieser einzigartigen, unwiederholbaren Weise im Kosmos gibt. Spüren Sie dem bitte für einige Sekunden nach ...

Machen Sie nun bitte eine kleine Handbewegung ... Werden Sie sich vielleicht des folgenden Faktums gewahr: Die Art und Weise, wie Sie diese eine Handbewegung in die Welt gebracht haben, wird nur ein einziges Mal im Kosmos geschehen. Jede neue Handbewegung wird sich von der voraus gegangenen unterscheiden!

Ein zweites Fazit:

Das Da-Sein des Menschen ist nicht per se veränderungswürdig; es ist nicht grundsätzlich ein Anlass zur Verbesserung und es ist kein Anlass zur Optimierung nach unseren menschlichen Standards. Wenn wir der je aktuelle Schöpfungsakt sind, so sind wir eben nicht zum Objekt unserer Grandiositätsphantasie geeignet, es sei unser Auftrag, eine zweite, verbesserte Auflage des Menschen zu erschaffen.

Das an den Menschen gebundene kosmische Potential WILL sich manifestieren. Unsere kulturelle und professionelle Aufgabe ist es, Kontexte zu schaffen, in denen diese Manifestation *möglicher* wird. Der Komparativ *möglicher* meint: Es geht um die Schaffung von Räumen, in denen sich die Sehnsucht des Lebens nach sich selbst (Gibran 1989) erfüllen kann. Es geht um eine Ökologie der Ermöglichung, um die Architektur von sozialen Gemeinwesen, die dieses „In-die-Welt-Bringen“ einer Existenz unterstützen.

Die von mir eben skizzierte Perspektive betont also nicht einen negativen Sachverhalt (= „Krankheit, Störung, Defizit“). Im Vordergrund steht vielmehr eine ungemein positive Aufgabe: Es geht um ein schöpferisches Geschehen, um kreative Entfaltung, um die Erschaffung von Vielfalt. Die neue Perspektive hebt sich somit von der Basisannahme des derzeitigen Gesundheitswesens („Der Mensch ist ein Mängelwesen und Objekt für die Veränderung von negativ bewerteten Normabweichungen“) radikal ab.

Wenn ich für die alternative **Perspektive des In-die-Welt-Bringens** nach einer institutionellen Umsetzung suche, dann fällt mir hierfür der Begriff der *Existenz-Gründungs-Agentur* ein. Ich greife hier einen Begriff auf, der zur Zeit in ökonomischen und politischen Kreisen rege propagiert wird (im

Sinne eines gesellschaftlichen *Rucks* bzw. *Aufbruchs*). Angesprochen wird hier ein Mentalitätswandel: Die Menschen dieses Landes sollen sich nicht länger als Individuen wahrnehmen, die in ihrem Arbeitsleben als abhängig Beschäftigte ihr Einkommen erwerben, sondern sie sollen als eigenständige Unternehmer an wirtschaftlichen Austausch-Prozessen teilnehmen. Um diesen Mentalitätswandel einzuleiten und zu beschleunigen, werden von der Arbeitsverwaltung, der IHK, den Hochschulen etc. in großem Umfang Seminare für Existenzgründer angeboten oder sogar Agenturen eingerichtet, die auf eine solche berufliche Tätigkeit vorbereiten (vgl. in Oldenburg: EFA = Existenzgründungsagentur für Frauen).

In der hier skizzierten alternativen Perspektive der Existenz-Gründungs-Agentur kommen den Professionellen neue, andere Aufgaben zu: Sie werden zu Hebammen und zu Entwicklungshelfern für das, was da mittels der Biografie eines Menschen in die Welt gebracht werden will. Dieses Projekt der Gestaltung einer Lebensgeschichte braucht Unterstützung UND es braucht Widerstände, um Impulse und Anreize für den Schöpfungsprozess zu erhalten.

Was bedeutet diese Position für den Begriff Krankheit? *Krankheit* wird in diesem Bezugsrahmen zu einem Indikator. Krankheit bedeutet in dem alternativen Bezugsrahmen: Die aktuelle Biografie ist nicht in Übereinstimmung mit dem originären Projekt des In-die-Welt-Bringens. Die Person hat sich an einem vermeintlichen Ort des Wohlbefindens eingerichtet (Belschner 1995). Dieser Ort ist jedoch nicht identisch mit dem Ort, der sich in Übereinstimmung mit ihrem spezifischen Lebensthema befindet. Die Person muss also – wenn wir es mit einer antiken Metapher bezeichnen – zu einer *Heldenreise* aufbrechen. Sie muss – wie beispielsweise Odysseus – ihr Leben riskieren, um **ihre** Bestimmung, **ihre** Aufgabe, **ihr** Lebensthema zu erkennen.

Die hier vorgebrachte These soll nicht im Sinne einer unversöhnlichen Feindschaft gegenüber der Medizin missverstanden werden. Die von der Medizin entwickelten Interventionen werden in vielen Fällen zur unmittelbaren Lebenserhaltung notwendig und unverzichtbar sein. Es geht also um den Entwurf einer komplementären Sichtweise, in der die skizzierte Perspektive des In-die-Welt-Bringens und die Perspektive der materiellen Lebenserhaltung in eine ausgewogene und angemessene Balance gebracht werden.

Das menschliche Leben lässt sich mit der initiatorischen Reise eines Helden oder einer Heldin vergleichen (Feinstein & Krippner 1987; Halifax 1983, 17f.; Harner 1986; Orban 1991; Scharfetter 1983). Das antike Modell dafür

ist Homers „Bericht“ über die Reise des Odysseus (Homer 1979). Die Reise des Helden beschreibt eine Transformation: Die Person kehrt nicht als die gleiche von der Reise zurück. Auf ihrer Reise wird sie in lebensbedrohliche Gefahr geraten. In den existentiellen Grenzsituationen wird sie scheitern können und – hinsichtlich ihrer bisherigen Gewissheiten – umkommen müssen, d.h. die bisherige Ausformung ihres Ich wird „sterben“ müssen (Belschner 1995).

Das Leben ist somit stets auf Leben und Tod risikobehaftet, sowohl in der materiellen wie in der symbolischen Bedeutung. Diesen Sachverhalt anzuerkennen, widerspricht unserer modernen Mentalität: Wir wollen Leiden und Tod aus unserem Leben ausschließen (Gronemeyer 1993).

An der Heldenreise ist aber immer der ganze Mensch und nicht ein isoliertes Organ beteiligt. Es wird oft hilfreich sein, einen kundigen Begleiter zu engagieren: Diese *Begleitung* ist m.E. die zukünftige Aufgabe solcher Professioneller wie Arzt, Psychotherapeut, Körpertherapeut, Kunsttherapeut etc.

Die *Klinik* wird zu einem Ort mit den folgenden Funktionen:

- Sie ist der Ort, an dem der Held sich ausschließlich, unter weniger Ablenkung seiner Reise auf Leben und Tod widmen kann.
- Sie ist der Ort, der ihm der Erkenntnis seiner Aufgabe, seiner Lebens-thematik näher bringen kann.
- Sie ist der Ort, an dem ihm die soziale Gemeinschaft das Privileg einrichtet, die erforderlichen neuen Werkzeuge erwerben oder die vorhandenen Werkzeuge zu polieren, um sich angemessener in die Welt zu bringen.
- Die Klinik wird damit zum *Auszeit-Haus*, in dem die bisherigen Lebensstrategien überprüft und möglicher Weise revidiert werden. Die kundigen professionellen Begleiter haben die Aufgabe, den Bewusstseinsraum verfügbar zu machen, in dem die Entdeckung der Lebensthematik und das Erlernen der effektiven Handlungsstrategien für deren effiziente Umsetzung im Projekt der individuellen Biografie erfolgen kann.

Soviel zur ersten Basisannahme eines neuen Gesundheitswesens.

2 Die Grundqualitäten der menschlichen Existenz

Ich will die zweite Basisannahme mit einer Erfahrung einleiten, die ich vor einigen Jahren in einem Lehrprojekt machte. Der Leitende Arzt der Station für Schwerst-Schädelhirnverletzte des Ev. Krankenhauses Oldenburg,

Dr. Andreas Zieger, fragte an, ob wir in einem kooperativen Projekt für seine Station ein Freizeitangebot entwickeln könnten. Eine Gruppe von Studierenden ließ sich gewinnen. In einem kreativen Prozess sammelten wir mögliche Aktivitäten, ohne vorher die Station besucht zu haben. Mit dieser absichtsvoll gewählten naiven Vorgehensweise konnten wir testen, welche Phantasien über die dort anzutreffenden Menschen für uns handlungsleitend sind. Als wir dann die Station besuchten, kam es für die Studierenden zu einem tief wirkenden Schock: die vorab gesammelten Aktivitäten setzten Fertigkeiten des Sprechens, des Verstehens, des Bewegens etc. voraus, mit denen auf dieser Station in der Regel überhaupt nicht zu rechnen war. Bei den meisten der Patienten war z.B. absehbar, dass sie nie wieder arbeitsfähig werden würden. Hart formuliert: sie waren „Ausschuss“. Die Frage, die sich nun unübersehbar und unübergebar stellte, lautete:

Worauf kommt es unverzichtbar in der Begegnung mit anderen Menschen an, wenn ich sie auf einem Wegstück ihrer Reise begleiten darf?

Wir kamen zu einem Satz von Werten, die in der Begegnung als Bewusstseinsraum von den Professionellen verfügbar gemacht werden. Ich spreche von *Grundqualitäten* der menschlichen Existenz.

Grundqualitäten menschlicher Existenz

Personale Ebene:

- In dieser Welt bin ich willkommen.
- Ich kann in Würde in dieser Welt leben.
- In dieser Welt gibt es Platz für mich.
- Ich gebe mir die Ehre, von Augenblick zu Augenblick zu leben.
- Ich bin ein Geschenk für diese Welt, ich kann einfach da-sein ...

Transpersonale Ebene:

- Ich bin eingebettet in einen kosmischen Zusammenhang, der über mich hinausweist.
- Ich bin teilhaftig einer Wirklichkeit, in der die Trennung von mir und dem Ganzen aufgehoben ist.
- Ich bin teilhaftig Einer Wirklichkeit, die unverletzlich ist.
- Ich erfahre die Qualität der Stille, Weite, Reinheit, Liebe, Mitte ...

Diese Grundqualitäten der menschlichen Existenz siedeln wir – in Übereinstimmung mit Scharfetter (1997) – auf zwei Bewusstseins-Ebenen an, die sich empirisch als relevant für die Gesundheit und Heilung von Patienten in stationären Klinikaufenthalten erwiesen haben (Belschner 2000d). Transpersonal meint dabei, dass wir uns nicht nur in unserem alltäglichen Bewusstsein erfahren können. Zu unserem Lebensvollzug gehören vielmehr unabdingbar und unverzichtbar auch Erfahrungsmöglichkeiten, in denen wir eines größeren Ganzen teilhaftig werden (Böhme 1985, James 1997).

Übung (3):

Ein Beispiel zur Veranschaulichung: Wenn Sie mögen, lassen Sie in Ihrer Vorstellung einen Sonnenaufgang oder einen Sonnenuntergang auftauchen ... Vielleicht möchten Sie in dieses Geschehen vollkommen versinken.

Die hier getroffene Unterscheidung von personaler und transpersonalen Bewusstseins-Ebene ist – wie unsere Studien zeigen (Belschner & Galuska 1999, Belschner, Bantelmann & Galuska 2000) – ökonomisch bedeutsam. Ein Klinik-Konzept, das beide Bewusstseins-Ebenen anspricht, wird bessere Behandlungsergebnisse erzielen.

Kommen wir zu dem Projekt der *Rekreation* zurück. Die Grundqualitäten der menschlichen Existenz waren also die Basis für die Begegnung mit den Patienten. Zur Vorbereitung erhielten die Studierenden ein Training, in dem geklärt wurde,

- ob sie diese Grundqualitäten für sich wahrnehmen und als Qualität ihrer Bewusstheit erspüren können,
- mit welchen Situationen ihrer Biografie diese Grundqualitäten als Erfahrung verknüpft sind,
- zu welchen dieser Grundqualitäten sie keinen Zugang haben etc..

Die Qualifikation der Professionellen bestand also darin, einen Raum des Bewusstseins zu schaffen. Dieser Bewusstseinsraum zeichnet sich durch die spezifischen Merkmale der Grundqualitäten aus (z.B. Ehre, Würde). Ein Begegnungs-Kontext, der durch diese Grundqualitäten aufgeladen wird, wird zu einem *heilenden Kontext*. In ihm erleben sich Menschen als verstanden, als ernstgenommen, als wertgeschätzt. All dies sind basale, unverzichtbare – und auch ökonomisch relevante – Anforderungen für den Aufbau und die Pflege von Beziehungen in einem zukünftigen Gesundheitswesen.

In diesem Bezugsrahmen ist die Forderung nach einer evidenzbasierten Medizin und darin die Unterscheidung von pragmatischer Evidenz und kommunikativer Evidenz zu diskutieren (Belschner 2000b).

Soviel zur zweiten Basisannahme eines neuen Gesundheitswesens.

3 Was kann das Gesundheitswesen wirklich versprechen? Das Rundum-Sorglos-Paket (Leidensfreiheit, unbegrenzte Lebensspanne, Verantwortungsdelegation, Ausrottung von Krankheiten ...) ? Oder Anleitung zur Selbstbehandlungs-Kompetenz

Ich möchte den nächsten Abschnitt mit einer kleinen Begebenheit einleiten. Wir laden im Rahmen des *Kontaktstudiums Qigong* an der Universität Oldenburg seit Jahren regelmäßig chinesische Ärztinnen und Ärzte als Referenten ein. Vor einigen Jahren haben wir praktizierenden Ärzten angeboten, einige ihrer Patienten Dr. Zhao Lianting (Qigong-Klinik Beidaihe) vorzustellen. Dabei ereignete sich die folgende Episode. Dr. Zhao untersuchte den Puls, die Zunge, das Antlitz und die Hand einer Frau. Er wendete dann auf der Basis seiner Diagnosestellung bei ihr Akupunktur an, zog nach einer Weile wieder die Nadeln und zeigte ihr anschließend eine sehr einfache Qigong-Übung. Er wiederholte diese Übung mit ihr einige Male, bis sie der Frau geläufig war und sagte dann zu ihr: *„Diese Übung machen Sie bitte täglich zwei Mal für jeweils 20 Minuten. Voraussichtlich in etwa drei Wochen könnte eine Wirkung wahrnehmbar werden.“* Die mimische Reaktion der Frau war ungläubiges Staunen, geradezu Entsetzen über die eben geäußerte Zumutung (siehe Anmerkung 1).

Ich will mit dieser Episode die folgende These einführen:

In dem derzeitigen Gesundheitswesen werden die Kunden auf eine Reihe von Versprechen hin sozialisiert. Ich zähle dazu vier Versprechen auf:

- Es sei möglich, die Lebensspanne immer weiter auszudehnen. Potentiell sei der Prozess des Alterns und des Sterbens aufhebbar (Gronemeyer 1993). Erlauben Sie die Frage: Wollen Sie 500 oder 10.000 Jahre alt werden?
- Schwere chronische Krankheiten wie Alzheimer oder Parkinson seien beherrschbar. Als Folge der Entschlüsselung des Genoms werde es möglich

sein, das jeweils verantwortliche sog. „Krankheitsgen“ zu identifizieren und dann geeignete Therapien zu designen (Ommen 1998).

- Krankheiten seien materielle Defekte, die mit medizinischen Methoden, die am Patienten vorzunehmen sind, behebbar seien (Gassen 1998).
- Mediziner wissen, welche Symptomatik als Leiden zu beurteilen ist (Degener 2000).

Diese Versprechen im Sinne eines *Rundum-Sorglos-Paketes* haben eine zweifache destruktive Wirkungen:

- 1) Sie wirken *entmündigend* auf die Kunden des Gesundheitswesens (Illich 1979, 1995).
- 2) Sie wirken nicht nur im Sinne der Stabilisierung des derzeitigen Gesundheitssystems, sondern sie saugen – wie ein schwarzes Loch in den Galaxien – immer weitere Lebensbereiche in das Gesundheitswesen hinein, um sie systemimmanent als Anlässe für medizinisches Handeln zu interpretieren. Die Versprechen führen also zu einer fortschreitenden *Medikalisierung* des menschlichen Lebens.

Gibt es zu diesen Versprechen Alternativen? Ich will drei Maßnahmen ansprechen.

1) Die Entwicklung von Selbstbehandlungs-Kompetenz als Grundwert anerkennen

Die oben skizzierte Episode verweist auf die Notwendigkeit, die Entwicklung einer Mentalität zu fördern, die die Selbstbehandlung anerkennt und sie konsequent fördert. Ich will Ihnen dazu das Beispiel einer guten Praxis schildern. In der schon angesprochenen Klinik in Beidaihe wurden Erkrankungen mit hoher Priorität mit dem Verfahren Qigong behandelt. Dies bedeutete für die Klienten, dass sie täglich 6 bis 7 Stunden Qigong üben. Es ist eindrucksvoll, über das Klinikgelände zu gehen: überall stehen oder sitzen kleinere oder größere Grüppchen, die für sich oder zusammen mit einer kompetenten Person üben. *Qigong Yangsheng* bedeutet Übungen zur Pflege des Lebens. Die Patienten lernen, dass es auf ihre eigene Tätigkeit, ihre eigene Willenskraft, ihre eigene Anstrengung, ihre eigene Verpflichtung ankommt. Sie lernen auch, keine andere Person kann für sie die Krankheit und die Schmerzen beseitigen oder wegnehmen. In dem Übungsprozess werden sie immer wieder und mit aller Deutlichkeit darauf zurückgeführt, dass nur ihr eigenes Handeln Besserung, Gesundung und Heilung bewirken kann.

Den Aufbau einer solchen Mentalität der *Selbstbehandlungs-Kompetenz*, die nicht als ein Verlust oder als eine Zumutung, sondern als Bereicherung, als Befreiung und als Zugewinn wahrgenommen wird, halte ich für eine zentrale Aufgabe, die sogar in dem jetzigen Gesundheitswesen zu handhaben wäre. In unserem Qigong-Projekt machen wir jedenfalls ausgesprochen ermutigende Erfahrungen (Belschner 1998b).

Beispiel: Nach einem Training mit dem sog. Herz-Qigong konnte bei einem männlichen Patienten der seit vielen Jahren implantierte Herzschrittmacher auf die Stand by-Funktion eingestellt werden.

2) Die Entwicklung von Systemkompetenz

In den vergangenen zwei Jahren haben wir vom Bundesministerium für Gesundheit die wissenschaftliche Begleitung einer *Patientenberatungsstelle* übertragen bekommen (Belschner, Gräser, Hellmann, Kaspar, Scheibler & Schlüter 2000). Ich will hier nur ein Ergebnis ansprechen. Da das deutsche Gesundheitswesen in seinen Zuständigkeiten sehr zersplittert ist, wird es immer wieder vorkommen, dass ein Patient quasi zwischen den Mahlsteinen der verschiedenen Kostenträgern zerrieben wird. Ich halte es deshalb für erforderlich, dass die potentiellen Nutzer des Systems Gesundheitswesen die erforderlichen Kompetenzen erwerben, um angemessen und wirkungsvoll mit diesem gesellschaftlichen Subsystem umgehen zu können. Diese Fertigkeit nenne ich *Systemkompetenz Gesundheitswesen*.

Die Entwicklung der **System-Kompetenzen** kann *antizipierend* geschehen oder *ad hoc* quasi als (möglicherweise schmerzliches) Lernen am eigenen Fall erfolgen. Angesichts der zu prognostizierenden Veränderungen im Gesundheitswesen (z.B. Verstärkung der ökonomischen und marktwirtschaftlichen Orientierung, zunehmender Einfluss der Informationstechnologie) ist es notwendig, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen in die Lage versetzt werden, dass sie gleich kundig für *Verhandlungssituationen* sind – was nicht die Expertise von Professionellen für spezifische Sachverhalte aufhebt. Angesprochen wird hier also eine *kommunikative, auf Dialog angelegte Kompetenz*, die kennzeichnend sein wird für die Gestaltung des zukünftigen Gesundheitswesens (Belschner, Schlüter & Lampe 1998).

Beispiel: In der klinischen Praxis ergeben sich eine Vielzahl von schwierigen, als belastend angesehenen Situationen. Es handelt sich etwa um mit die Mitteilung einer schlimmen Diagnose, die Notwendigkeit eines radikalen Eingriffs, die Konfrontation mit einem unangemessenen Lebensstil. Es han-

delt sich aber auch um das Abwägen zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, um die Mitteilung der Grenzen hilfreichen medizinischen Handelns. In der Regel wird erwartet, dass die professionelle Seite diese Angelegenheit kompetent meistert. Und wir alle kennen Episoden, in denen dies – aus welchen nachvollziehbaren Gründen auch immer – nicht gelang.

„Gehen Sie schon mal ins Sprechzimmer. Sie haben Krebs. Ich muss eben noch zum Mittagessen.“ (Aussage eines Arztes in der Klinik einer Großstadt zum Patienten im Vorübergehen)

Ein pragmatischer Vorschlag könnte z.B. darin bestehen, Trainings einzurichten, an denen wir alle als potentielle Nutzer des Gesundheitswesens uns auf den Umgang mit solch schwierigen Situationen vorbereiten könnten. Wir wären diesen Situationen nicht mehr naiv und unvorbereitet ausgeliefert, sondern würden einige grundlegende Handlungsmuster als Wahlmöglichkeit kennen.

3) Die Machtfrage: Wer vertritt die Interessen der Patienten wirkungsvoll?

Die Punkte 1 und 2 sind noch auf einer individuellen Ebene anzusiedeln: die Individuen sind aufgefordert zu lernen. Ich habe gelernt, dass jede soziale Problemlösung immer die institutionelle Ebene berücksichtigen muss (Mehrebenenmodell, Belschner & Kaiser 1995). Wie kann also eine wirksame Vertretung der Kunden des Gesundheitswesens aussehen? Wie könnte sie organisiert werden? Die BSE-Krise hat z.B. überdeutlich gemacht, dass die sogenannte Verbraucherseite bislang nicht in genügendem Umfang ernst genommen wurde. Dies gilt m.E. auch für den Bereich der gesundheitlichen Belange.

Man könnte hier einwenden, die Krankenkassen seien bereits die Anwälte der Kunden / Nutzer / Verbraucher im Gesundheitswesen. In meiner Wahrnehmung wird von den Krankenkassen die Rolle der Kunden zu fürsorglich und das heißt entmündigend interpretiert.

Meine Forderung ließe sich folgendermaßen umreißen:

Wir brauchen zukünftig Bildungsstätten für den kompetenten Umgang mit dem gesellschaftlichen Subsystem Gesundheitswesen: Eine solche

Bildungsstätte nenne ich **Kompetenz-Zentrum**. Es hat zwei komplementäre Aufgaben:

- 1) Es fördert Menschen bezüglich der Entwicklung der eigenen Gesundheit in Selbstbestimmung (wie dies schon in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung beschrieben wird; WHO 1986) und
- 2) Es fördert sie vor allem in Bezug auf den wirksamen Umgang mit dem komplexen Subsystem Gesundheitswesen.

Die **Vorteile** einer solchen Perspektive und des Organisationsmodells „Kompetenzzentrum“ sind leicht erkennbar:

- Der Tätigkeit eines Kompetenzzentrums würde ein Menschenbild zugrunde gelegt werden können, das den Ansprüchen und Erfordernissen des 21. Jahrhunderts genügt. Es wäre das **Menschenbild des Souveräns**, nicht länger des hilfsbedürftigen Menschen, der versorgt oder verwaltet werden muss. Mit diesem Menschenbild wären auch all die Ansätze zu vereinbaren, die unter dem Stichwort *Gesundheitsförderung* seit der Verabschiedung der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986) vorgestellt und weiterentwickelt wurden (z.B. Geiger & Kreuter 1997; Kickbusch 2000; Rosenbrock, Kühn & Köhler 1994).
- Mit der Einrichtung eines Kompetenzzentrums würde auch (endlich) ein Perspektivenwechsel möglich werden, nämlich von einer pathogenetischen Perspektive hin zu einer *salutogenetischen Perspektive*, wie sie zumindest seit den Arbeiten von Aaron Antonovsky ab dem Jahre 1979 vorgeschlagen wurde und wie sie seitdem zur Kenntnis gelangen kann (Antonovsky 1997; siehe dazu die Expertise von Bengel, Strittmatter & Willmann 1998). Mit der salutogenetischen Perspektive werden Gesundheit und Krankheit entsprechend dem Lebensweisen-Konzept der WHO zu Ereignissen, die grundsätzlich und unabweisbar in einem sozialen Kontext stattfinden. Damit wird es möglich, eine Gesundheits-Bildung für den Souverän verständlich zu machen, in der Gesundheit und Krankheit sich auf die gesamte Lebensführung beziehen und Krankheiten nicht auf isolierte und isolierbare Störungen reduziert werden.
- Dieser Perspektiven-Wechsel ist wiederum Voraussetzung für einen Wandel in der Mentalität der Nutzer des Gesundheitswesens: Angesichts der als „Kostenexplosion“ bezeichneten Zunahme der Aufwendungen im Gesundheitswesen ist es erforderlich geworden, die bei den Nutzern auch anzutreffende, zuweilen regressive *Versorgungs-Mentalität* oder die als clever angesehene *Ausbeutungs-Mentalität* („Ich habe soviel eingezahlt,

dann will ich auch den mir zustehenden Betrag wieder heraushaben!“) in Frage zu stellen. Erwartet und gefordert wird heute im Gesundheitswesen eine *Souveränitäts-Mentalität*: Menschen sollen und wollen (!) sich begreifen als erwachsene Bürger und Bürgerinnen, die sich in kompetenter Weise in einem Labyrinth von Einrichtungen, Zielsetzungen und Angeboten bewegen. Sie sollen und wollen sich aus der Position des zu versorgenden Patienten lösen. Hier ist also eine Abkehr vom Rundumsorglos-Paket intendiert.

- Aus diesen Hinweisen wird erkennbar, dass ein solches Kompetenzzentrum nicht als *Patienten-Beratungsstelle* bezeichnet werden sollte. Angesichts der sich andeutenden tiefgreifenden Veränderungen im Gesundheitswesen (z.B. die Grundversorgung wird über Beiträge zur Krankenkasse abgegolten, alle übrigen darüber hinausgehenden medizinischen und psychotherapeutischen Dienstleistungen werden in privatwirtschaftlichen Regelungen abgerechnet), muss der Nutzer / Konsument / Inanspruchnehmer / Kunde das Geflecht von Motivationen auf der Anbieterseite wahrnehmen und mit seinen Bedürfnissen (z.B. nach Lebensqualität) und finanziellen Möglichkeiten balancieren. Die alleinige *Rolle des Patienten* ist in einem derart strukturierten Feld vermutlich überholt und antiquiert; erforderlich sind dann Fertigkeiten, die einen Menschen zu einem kompetenten Verhandlungspartner werden lassen. Die Bezeichnung **Kompetenzzentrum** ist dem hier vertretenen Anliegen angemessener.
- Mit der Einrichtung von Kompetenzzentren wird eine **intermediäre Einrichtung** geschaffen, die in der Lage sein kann, *neuartige Beziehungsangebote* zwischen den souveränen Bürgerinnen und Bürgern und dem Gesundheitswesen vorzuschlagen und im Handeln zu erproben („*Erprobungsregelung*“) (Belschner 1994).

Hier wird deutlich, dass es bei der Entwicklung eines zeitgemäßen Gesundheitswesens um die *Einführung von sozialen und humanen Innovationen* und nicht nur um technischen Fortschritt geht. Die Einführung sozialer Innovationen ist stets als ein Prozess der Änderung von Bewusstseinshaltungen zu begreifen. Insofern wird mit all den bekannten Widerständen zu rechnen sein. Soziale Innovationen erfordern den Verstoß gegen die Erwartung (1) des unverzüglichen Greifens der neuen Ideen, (2) des sofort feststellbaren Outputs, (3) der unmittelbaren Messbarkeit der ökonomischen Effekte. Intermediäre Einrichtungen brauchen deshalb für den Erfolg Akteure mit langem Atem, sozialem Mut und der Bereitschaft, sich als ganze Person zu riskieren.

- Für die Finanzierung solcher Kompetenz-Zentren können intelligente Lösungen entwickelt werden (siehe z.B. Belschner 2000b).

4 Was wirkt? Die Frage nach dem heilenden Wirkstoff

Ich will diesen Abschnitt einleiten mit dem überraschenden Ergebnis einer Untersuchung von Walach & Maidhof (1999). Es handelt sich dabei um die Metaanalyse von Studien zur Placebo-Wirkung. Aufgenommen wurden solche Studien, bei denen die Untersuchungsdauer mindestens 12 Wochen umfasste. In die Metaanalyse wurden ein weites Diagnosespektrum einbezogen: es wurden Patienten mit den Diagnosen affektive Störungen, Panikstörungen, Persönlichkeitsstörung, Dementia, rheumatische Arthritis, Schmerz und Krebs sowohl unter der Bedingung Verum wie unter der Bedingung Placebo behandelt. Das hier wesentliche Ergebnis findet sich bezüglich der Patienten mit affektiven Störungen: Eine Verbesserung ließ sich bei 65 % der mit dem Verum behandelten Patienten (N = 1.170) finden, jedoch auch bei 46 % der mit dem Placebo behandelten Patienten (N = 689). Das heißt, 71 Prozent der Medikamenten-Wirkung wurde auch mittels Placebo erreicht! (Walach & Maidhof 1999, 329)

Diese Metaanalyse sollte uns veranlassen, ernsthaft und gewissenhaft die Frage nach dem wirksamen Agens in Gesundungsprozessen und Heilungsverläufen zu stellen. Gesundung und Heilung scheinen wesentlich von zwischenmenschlichen Prozessen abhängig zu sein. Welche Schlussfolgerungen sind daraus zu ziehen? Ich will vier Formulierungen vorschlagen.

- Die Professionellen im Gesundheitswesen müssten Experten für das Erleben und die Gestaltung von Beziehungen sein.
- Ihre kommunikative Kompetenz müsste zu den entscheidenden Kriterien für den *Erfolg* ihrer Ausbildung zählen.
- In Beziehungen geht es um den Austausch von *Bedeutungen* (Walach 2000): Die an einer Beziehung beteiligten Personen interpretieren ihre eigene Lebenssituation und die der anderen Person (siehe auch Laucken 2001). Dabei können Ereignisse auftreten, die wir mit solchen Begriffen belegen wie „sich tief verstanden fühlen“, „miteinander in Einklang sein“ („Resonanz“), „sich angenommen erleben“, „sich bedingungslos geliebt erleben“.
- Der Austausch von Bedeutungen entspricht dem Aufbau von Bewusstseinszuständen. Sie können dann eine heilende Wirkung entfalten, wenn

sich die aktivierten Bewusstseinszustände von Patient und professioneller Person in einem für die Lebenssituation des Patienten konstruktiven Muster treffen (= miteinander in Resonanz gelangen) und dieses Muster anregen. Ein *Beispiel* mag diesen Sachverhalt verdeutlichen. Ein Patient begreift sich und seinen somatischen Zustand als eine tödliche Bedrohung. Er misst sich auf Grund der ihm mitgeteilten Diagnose und der Erläuterungen nur noch eine sehr begrenzte Zeitspanne zu. Er befindet sich angesichts dieser für ihn bedeutsamen Wirklichkeit in einem Zustand hoher Erregung. In ihm sind einerseits die generellen Bewusstseins-Muster *Sterben, Tod, Angst, Panik* und ein individuum-spezifisches Bewusstseinsmuster wie z.B. „*Ich bin als Kind zum Sterben unbarmherzig ausgesetzt worden*“ wesentlich stärker aktiviert als die generellen Bewusstseinsmuster *Genesung, Zukunft, Leben* und das individuum-spezifische Bewusstseinsmuster „*Ich bin angenommen in dieser Welt*“. Andererseits ist diese letztere Klasse von konstruktiven Bewusstseins-Mustern aber auch bis in ihre tiefsten Tiefen als Hoffnung angesprochen. Kann nun ein Therapeut beide Klassen von Bewusstseins-Mustern bei sich authentisch aufrufen und in den konstruktiven Bewusstseins-Mustern zeitstabil verweilen, so wird eine resonante, unmittelbare, direkte Bewusstseins-Erfahrung auf Seiten des Patienten möglich werden. Der Patient erfährt unmittelbar und transverbal die in seiner Lebenssituation neue Qualität, z.B. „*Angenommensein in dieser Welt*“. Von der Erfahrung dieser transverbalen Bewusstseinsqualität wird die gesundende und heilende Wirkung ausgehen können. Im weiteren Verlauf der Behandlung wird die direkte, transverbale Erfahrung zu übersetzen sein in die für uns üblichen kommunikativen Modalitäten des Darüber-Sprechens. Dieser Prozess des Übersetzens kann durch die nonverbalen Ausdrucksmodi des kreativen Gestaltens wie z.B. Malen, Arbeit am Tonfeld, Pantomime, tanzendes Bewegen etc. erleichtert werden.

Der heilende Wirkstoff ist in diesem Konzept die Resonanz in einem „Bewusstseinsfeld“ / „Bewusstseinsraum“. Es handelt sich somit nicht um einen materiellen Wirkstoff. Mit dem eben formulierten Ansatz ist die Placebo-Wirkung verstehbar.

In einer provokativen Kurzform könnte ich hinsichtlich der Gestaltung eines zukünftigen Gesundheitswesens sagen:

Die Güte eines medizinischen Professionellen ermisst sich an dem Ausmaß, in dem sie oder er Placebo-Effekte erzeugen kann.

5 Ehrfurcht vor dem Leben und die Verborgenheit der Gesundheit

In einem letzten Punkt will ich auf einen Satz von Albert Schweitzer zu sprechen kommen, der mich seit einer Reihe von Jahren begleitet. Es ist der Satz:

„Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will.“
(Schweitzer 1974, GW Bd. 1, 169)

Für Schweitzer konzentrierte sich in diesem Satz eine lange, außerordentlich quälende und krisenhafte Suche nach der Grunderfahrung, die das ganze Leben durchwirkt. Die für ihn außerordentlich tiefgreifende, mystische Erfahrung machte er, als er 1915 tagelang auf dem Fluss Ogowe wegen eines Krankenbesuchs unterwegs war. Als sie am Abend durch eine Herde Nilpferde fuhren, tauchte urplötzlich das Wort „Ehrfurcht vor dem Leben“ vor ihm auf. Die unmittelbare Erfahrung der Achtung des Lebens bestimmte sein Tun, gab seinem Handeln die Orientierung. Für mich ist dieser Satz zu einem lieb gewonnenen Freund geworden.

Zu diesem Satz gibt es eine Version, die ich im Titel meines Referates angesprochen haben. Dort steht: *„Menschen wollen nicht gesund sein, sondern leben!“* Ich beziehe mich dabei auf einen Aufsatz des Philosophen Hans-Georg Gadamer mit dem Titel *„Über die Verborgenheit der Gesundheit“* (1993). Er vertritt darin die These, dass wir *„vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren.“* (1993, 144) In dieser Lebendigkeit verbirgt sich die Gesundheit. Wir sprechen also nicht über Gesundheit, solange wir Lust auf Leben haben, solange das Leben sozusagen aus uns herausquillt. Erst wenn wir unsere Lebensmöglichkeiten und deren Vollzug gefährdet sehen, dann taucht Gesundheit als eine eigene Kategorie auf.

Fazit

Ich will ein Fazit in zwei Punkten ziehen:

- Die in diesem Beitrag vorgestellten Basisannahmen könnten zur Grundlage einer Lebenspraxis werden, einer Lebenspraxis, die ich als Lebenskunst bezeichnen würde. Insofern habe ich ein Plädoyer für eines der möglichen Konzepte von Lebenskunst (Belschner 2001b, Schmid 2000) gehalten.

- Der Entwurf eines zukünftigen Gesundheitswesens ist zunächst eine Herausforderung hinsichtlich eines Wandels von kulturellen Basisannahmen. Solche Glaubenssätze sind fest verankert und haben sich anscheinend bewährt. Sie zu verlassen, ruft zwei emotionale Zustände auf: Ein solcher Schritt erzeugt einerseits Angst vor dem Ungewissen, vor Inkompetenz und vor Verlust der Kontrolle. Aber er eröffnet andererseits einen Raum für das kreative Gestalten unserer Wirklichkeit – und wer möchte sich das eigentlich entgehen lassen?

Anmerkung

1. Chinesische Ärztinnen und Ärzte geben an der Universität Oldenburg regelmäßig Kurse zu den Themen Qigong und chinesische Massage, die auf Wunsch auch auf spezifische Symptomatiken zentriert werden können. Informationen zu Kursen und Ausbildungsreisen nach China beim Verfasser.

Literatur

- Anders, G. (1985). Die Antiquiertheit des Menschen. Band 1: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution. München: Beck.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Attali, J. (1981). Die kannibalische Ordnung. Von der Magie zur Computermedizin. Frankfurt: Campus.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1998). Was erhält Menschen gesund? Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Belschner, W. (1973). Handlungsmodelle. In: Belschner, W., Hoffmann, M., Schott, F. & Schulze, Ch. Verhaltenstherapie in Erziehung und Unterricht. Stuttgart: Kohlhammer. 36-59.
- Belschner, W. (1993). Gesundheits- und krankheitsbezogene Handlungsorientierungen. In: Belschner, W. & Müller-Doohm, S., Junge Generationen zwischen Liebe und Bedrohung. Berlin: edition sigma. 143-193.
- Belschner, W. (1994). Förderung der Gesundheit als systemische Entwicklung – Arbeitsprogramm und Erfahrungen der WOHNWERKSTATT

- Oldenburg. In Stumm, B. & Trojan, A. (Hrsg.), *Gesundheit in der Stadt*. Frankfurt: Fischer. 227-245.
- Belschner, W. (1995). Gesundheitsförderung: Begegnungen mit Grenzsituationen. In Fichten, W. & Gottwald, P. (Hrsg.), *Helfen und Heilen in der Onkologie*. Oldenburg: BIS. 112-151.
- Belschner, W. (1998a). Salutogenese im Qigong – Entwicklung subjektiver Gesundheitskonzepte. In Hildenbrand, G., Geißler, M. & Stein, S. (Hrsg.), *Das Qi kultivieren – Die Lebenskraft nähren*. Uelzen: Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft. 116-130.
- Belschner, W. (1998b). Die Skala Transpersonales Vertrauen. Manual. Transpersonale Arbeitspapiere-Nummer 3. Universität Oldenburg, AE Gesundheits- und Klinische Psychologie. (siehe: Yeginer, A. (2000). *Forschungsinstrumente der Transpersonalen Psychologie*. Oldenburg: BIS.)
- Belschner, W. (2000a). *Integrale Gesundheit*. In: Belschner, W. & Gottwald, P. (Hrsg.), *Gesundheit und Spiritualität*. Oldenburg: BIS. 71-117.
- Belschner, W. (2000b). Empfehlungen zur Reform des Gesundheitswesens. In Belschner, W., Gräser, S., Hellmann, A., Kaspar, M., Scheibler, P. & Schlüter, M., *Unabhängige Patientenberatung Bremen. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung*. Oldenburg / Bonn: Bundesministerium für Gesundheit. 251-272.
- Belschner, W. (2000c). Qigong: Rezeption und Forschungsstrategie. In Belschner, W., Böltz, J. & Scheibler, P., *Entwickeln mit Qigong*. 5-11.
- Belschner, W. (2000d). Gottvertrauen – ist das heute noch modern? *Religion heute*, Nr. 44, 230-236.
- Belschner, W. (2001a). *Integrale Forschungsmethodik*. In: Belschner, W., Galuska, J., Walach, H. & Zundel, E. (Hrsg.), *Perspektiven transpersonaler Forschung*. Oldenburg: bis. 33-54.
- Belschner, W. (2001b). *Tun und Lassen – zwei komplementäre Lebensformen der Lebenskunst. Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, Heft 2 (im Druck)*.
- Belschner, W. (2001c). *Nonduale Erfahrung. Ein übersehener Wirkfaktor in der Psychotherapie und eine Skala zur Erfassung*. In: Belschner, W., Galuska, J., Walach, H. & Zundel, E. (Hrsg.), *Transpersonale Psychologie im Kontext*. Oldenburg: bis. (im Druck)

- Belschner, W. & Galuska, J. (1999). Empirie spiritueller Krisen – erste Ergebnisse aus dem Projekt RESCUE. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 5, 78-94.
- Belschner, W. & Kaiser, P. (1995). Darstellung eines Mehrebenenmodells primärer Prävention. In Filipp, S.-H. (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Beltz-PVU. 174-197.
- Belschner, W., Bantelmann, J. & Galuska, J. (2000). Transpersonales Vertrauen. Poster auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Jena.
- Belschner, W., Schlüter, M. & Lampe, L. (1998). Die sozialmedizinische Begutachtung von Frührentenantragstellern als kommunikativer und dialogischer Prozeß. Endbericht. Oldenburg: LVA Oldenburg-Bremen.
- Belschner, W., Gräser, S., Hellmann, A., Kaspar, M., Scheibler, P. & Schlüter, M. (2000). Unabhängige Patientenberatung Bremen. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Oldenburg / Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Böhme, G. (1985). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Feinstein, D. & Krippner, S. (1987). *Persönliche Mythologie*. Basel: Sphinx.
- Gadamer, H.G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Geiger, A. & Kreuter, H. (Hrsg.) (1997). *Handlungsfeld Gesundheitsförderung. 10 Jahre nach Ottawa*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Gibran, K. (1989). *Der Prophet*. Olten: Walter.
- Gronemeyer, M. (1993). *Leben als letzte Gelegenheit*. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- Halifax, (1983). *Schamanen, Zauberer, Medizinmänner, Heiler*. Frankfurt: Insel.
- Harner, M. (1986). *Der Weg des Schamanen*. Reinbek: Rowohlt.
- Homer (1979). *Odyssee*. Stuttgart: Reclam.
- Illich, I. (1979). *Entmündigung durch Experten*. Reinbek. Rowohlt.

- Illich, I. (1995). *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München: Beck.
- Jäger, W. (1991). *Suche nach dem Sinn des Lebens*. Petersberg: via nova.
- Jäger, W. (1995). *Mystik – Weltflucht oder Weltverantwortung? Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 1, 25-37.
- Jäger, W. (2000). *Die Welle ist das Meer*. Freiburg: Herder.
- James, W. (1902, 1997). *Die Vielfalt der religiösen Erfahrung*. Frankfurt: Insel.
- Kickbusch, I. (2000). *Zur gesellschaftlichen Funktion von Public Health*. In: GesundheitsAkademie Bremen (Hrsg.), *SALUTIVE*. Frankfurt: Mabuse. 17-27.
- Laucken, U. (2001). *Wissenschaftliche Denkformen, Sozialenpraxen und der Kampf um Ressourcen – demonstriert am Beispiel der Psychologie*. Berichte aus dem Institut zur Erforschung von Mensch-Umwelt-Beziehungen, Universität Oldenburg. Nr. 36.
- Lenzen, D. (1996). *Gesundheit und Krankheit als kulturelle Erfindungen*. In: Gesundheitsakademie Bremen & Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.), *Neue Provokationen zur Gesundheit*. Frankfurt: Mabuse. 91-108.
- Orban, P. (1991). *Die Reise des Helden*. Frankfurt: Fischer.
- Rosenbrock, R., Kühn, H. & Köhler, B.M. (1994). *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin: edition sigma.
- Scharfetter, Ch. (1983). *Der Schamane – Das Urbild des Therapeuten*. *Praxis Psychotherapie Psychosomatik*, 28, 81-89.
- Scharfetter, Ch. (1997). *Der spirituelle Weg und sein Gefahren*. Stuttgart: Enke.
- Schmid, W. (2000). *Schönes Leben?* Frankfurt: Suhrkamp.
- Schweitzer, A. (1974). *Gesammelte Werke*. Band 1. München.
- Walach, H. (2001). *Bausteine für ein spirituelles Welt- und Menschenbild*. (Unveröff. Manuskript, Uniklinikum Freiburg).
- Walach, H. & Maidhof, C. (1999). *Predicting the improvement rate in placebo-groups of clinical trails. A meta-analysis*.

Wilber, K. (1996). Eros, Kosmos, Logos. Frankfurt: Krüger.

WHO (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. In: Göpel, E. & Schneider-Wohlfahrt, U. (Hrsg.), Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt: Mabuse. 279-284.

Die Zukunft der Medizin

Dietrich H.W. Grönemeyer

Gesundheit, Medizin, Wissenschaft, Umwelt, Kultur, Zukunft:

Dies sind Themenfelder, die mir einzeln und auch in ihrem wechselseitigen Bezug seit langem am Herzen liegen – als Arzt, als Wissenschaftler und als gesundheitspolitisch engagiertem Bürger. Insofern freue ich mich sehr, dass ich heute die Möglichkeit habe, auf dieser Tagung über „Grundwerte für die Zukunft des Gesundheitswesens“ einige meiner grundsätzlichen Überlegungen zur Zukunft der Medizin – und der Gesundheit – vorzutragen.

Von besonderer Bedeutung für mich ist, dass es bei dieser Tagung zur Zukunft des Gesundheitswesens gerade nicht um ökonomische oder funktionale Fragen geht, sondern wieder die Inhalte im Mittelpunkt stehen. Genau diese Reduktion ist ja seit Monaten meine Kritik an der Diskussion, wie sie im Kontext der Gesundheitsreform geführt wurde und wird. Insofern halte ich auch die Konzeption dieser Veranstaltung, nämlich nicht zu einer weiteren Fachkonferenz zu Kosten und Einsparmöglichkeiten einzuladen, sondern zunächst einen interdisziplinären Austausch über die Frage der gesellschaftlichen Grundwerte zu führen, für richtig und habe deshalb meine Teilnahme gern zugesagt. Ich hoffe, dass entsprechende Impulse von hier ausgehen und weitergetragen werden.

Denn erst wenn uns die Inhalte einer künftigen Medizin wirklich klar sind – und dies vor allem mit Blick auf die großen Volkskrankheiten (Rücken, Gelenke, Herz / Kreislauf, Krebs, Rheuma, Diabetes, Allergien sowie Depression und Kopfschmerz) – können wir über konkrete Maßnahmen und Kosten zur Gestaltung dieser – unserer – Medizin der Zukunft sprechen. Ansonsten bleibt es bei der Durchsetzung allzu kurzfristig gedachter Maßnahmen – als ein Beispiel der jüngsten Zeit sei nur das Hin und Her um den Stellenwert der Rehabilitation genannt –, die dann zwangsläufig nur zu Verschlimmbesserungen führen können.

I.

Gleichwohl möchte ich an dieser Stelle zunächst einige grundsätzliche Aussagen zum Thema Kosten und Wirtschaftlichkeit machen, um den Gesamtkontext in diesem Diskurs zur Zukunft der Gesundheit im 21. Jahrhundert auszuloten.

Natürlich ist Gesundheit, ist Medizin teuer und produziert enorme Kosten. Aber gleichzeitig bedeutet Medizin auch das Vorhandensein von enormem Know-how und Potential. Im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland sind derzeit, inklusive der Pharmazie und Medizintechnik – denn zur modernen Medizin gehört die Medizintechnik wie die zwei Seiten einer Medaille – etwa 4,2 Millionen Menschen beschäftigt. Dieser Aspekt wird leider allzu häufig vergessen. Zwar wird auf der einen Seite ständig von den Problemen der IT-Branche oder der großen Bedeutung der Kfz-Industrie gesprochen. In der Kfz-Industrie gibt es 744 000 Beschäftigte. Um so bedauerlicher ist es also, dass andererseits ein Bereich, in dem etwa 12 Prozent der Berufstätigen in mehr als 800 verschiedenen Berufen beschäftigt sind, im wesentlichen nur im Kontext der Gesundheitsreformdiskussion wahrgenommen wird, und dann primär negativ. Kein Wunder, weil sich die eigentlich notwendige Diskussion zur Zukunft der Gesundheit zu einer eindimensionalen Negativdiskussion um Kosteneinspar-Argumente entwickelt hat.

Selbstverständlich sind sinnvolle Kosteneinsparpotentiale auszuloten und zu realisieren. Dies ist bisher nicht ausreichend konsequent geschehen. Zu diesen Versäumnissen kommt jedoch ein weiterer Aspekt hinzu: Das medizinische Wissen verdoppelt sich alle fünf Jahre – diese Beschleunigung wird sogar noch zunehmen durch die rasanten Entwicklungen im Bio- und Gentechnologiebereich. Für Ärzte gibt es ja eine Pflicht der Weiterbildung. Aber bisher gilt das nicht für die Entscheider im Gesundheitsbereich, so dass sich hier ein Know-how-Defizit verstetigt. Auch dieser Umstand ist in der Gesamtdiskussion mit zu berücksichtigen, denn leider werden immer noch veraltete Methoden von der Politik und den Krankenkassen propagiert und anstelle moderner und effektiver, schonender und gleichzeitig kostengünstigerer Verfahren eingesetzt. Und deshalb fordere ich nachdrücklich eine Weiterbildungspflicht für alle Entscheidung im Gesundheitswesen, seien es Politiker – bis hin zu Ministerämtern –, Krankenkassenvertreter u. a..

Zur Verdeutlichung zwei Beispiele aus dem Bereich der modernen, berührungsfreien Bildgebung:

Es gibt mittlerweile sehr effektive Verfahren zur Prävention von Herzinfarkten durch die katheterlose Darstellung (ultraschnelle Computertomographie) der Herzkranzgefäße mit Gefäßeinengungen. So können – und zwar allein mit diesem Verfahren – Mikro-Verkalkungen in den Gefäßwänden bereits Jahre oder sogar Jahrzehnte vor der krankhaften Schädigung sichtbar gemacht werden, also eine hervorragende Methode zur Vorbeugung und dem Einsatz gezielter Gesundheitsförderungsprogramme. Aber bis heute, zehn Jahre seit Einführung des Verfahrens, gibt es keine Abrechnungsziffern. Andererseits beklagen wir jährlich 90.000 Herzinfarkt-Tote und viele hunderttausend Herzerkrankungen.

Beispiel Rückenschmerzen, eine andere Volkskrankheit:

Deren Behandlung schlägt jährlich mit rund 20 Milliarden Mark bei den Krankenkassen und mit etwa 90 Milliarden Mark (1,5 Millionen Mannjahre pro Jahr) durch Arbeitsunfähigkeit bei der Wirtschaft zu Buche: Aber auch bei 100maligem Röntgen wird man beispielsweise keinen Bandscheibenvorfall erkennen – obgleich andererseits die modernen bildgebenden Verfahren wie die Computertomographie und Kernspintomographie überzeugende Möglichkeiten zur berührungsfreien Diagnose bieten. Ersteres wird jedoch von den Krankenkassen anstandslos quartalsweise bezahlt (übrigens zu fast 60 Prozent der größte Ausgabenblock mit Ultraschall bei der bildgebenden Diagnostik), die modernen Verfahren bis heute aber nur nach großer Überzeugungsarbeit.

Deshalb nochmals prinzipiell zu den Kosten: Es sind gerade nicht die innovativen medizintechnischen, sogenannten „HighTech“-Verfahren, wie beispielsweise die kernspintomographische Diagnostik oder Mikro-Operation der Bandscheiben unter computertomographischer Sicht, die die Kosten in die Höhe treiben. Der größte Kostenfaktor sind die fehlenden Gesamtkonzepte für eine interdisziplinär ausgerichtete Medizin, bei der alle, die für den Patienten Verantwortung tragen, im Team koordiniert zusammenwirken. Insofern ist, wie bereits gesagt, die kontinuierliche Weiterbildung nicht nur für Mediziner, sondern auch für alle Entscheidungsträger in der Politik und Gesundheitspolitik dringend erforderlich.

In diesem Kontext auch ein Wort zur Rolle des Hausarztes:

Einen ganz spezifischen und entscheidenden Beitrag bei der Gestaltung eines kostenbewussten, aber gleichzeitig qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems kann meiner Überzeugung nach der Hausarzt leisten. Dies bedeutet,

dass ein früher bewährtes System – der Hausarzt als wirkliche Bezugsperson – modernisiert wird und dieser im medizinisch-therapeutischen Netzwerk als Manager für die jeweils beste Versorgung und Betreuung des Patienten agiert: Familienarzt.

Aufgrund der unsachlichen Kostenspardiskussion und des hohen Kostendrucks ist der Hausarzt jedoch häufig darauf angewiesen, im Fließbandverfahren viele Patienten zu untersuchen. Neben einer systembedingten „Fünfminuten-Medizin“ besteht kaum Zeit für eine breite Weiterbildung, die notwendig wäre, damit er effektiv agieren kann: Der Hausarzt der Zukunft muss sich aber bestens auskennen im Netzwerk der Medizin. Er muss in der Lage sein, seine eigene Leistungsfähigkeit einzuschätzen und die spezifischen Ansätze der anderen Fachdisziplinen zu beurteilen. Er muss in der Lage sein, die neu entstehenden Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zu beurteilen, bis hin zur psychosozialen und naturheilkundlichen Medizin, ebenso wie in die Ökologie und Umweltmedizin.

Da der Hausarzt im zukünftigen Gesundheitssystem eine zentrale und tragende Rolle haben sollte, muss er von dem auf ihm lastenden maximalen Kostendruck entlastet werden. Weiterbildung sollte einerseits Pflicht sein, andererseits finanziell aber ermöglicht werden. Hierzu sollten die Krankenz- bzw. Sozialversicherungen spezielle Etats zur Verfügung stellen. Nur wenn der Hausarzt sich ständig weiterbildet und über umfangreiches Hintergrundwissen verfügt, kann er eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Hierzu bedarf es allerdings einer mehrjährigen Umstrukturierungs- und Weiterbildungszeit.

Ich möchte also einerseits den Blick zurück lenken auf die positiven Aspekte in unserem Gesundheitswesen, auf die vorzüglichen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten moderner Medizin, auf die vielen hochengagierten Menschen, die hier tagtäglich arbeiten, andererseits aber auch die wirtschaftspolitischen Aspekte betonen.

Erinnert sei an Herzkatheter, Ballondilatation, Endoskopie oder Mikrotherapie: Bei all diesen Entwicklungen „made in Germany“ wurden die Ergebnisse der Forschung – die Forscher selbst wurden häufig genug nicht ernst genommen oder gar lächerlich gemacht – später in den USA oder Japan vermarktet. Markantestes Beispiel aus der Vergangenheit: der Nobelpreisträger Werner Forßmann, der Erfinder des Herzkatheters, der sich mit diesem innovativen Projekt habilitieren wollte, dabei aber nur zu hören bekam: *„Man schiebt sich keine Fahrradspeichen ins Herz“* und *„Mit einem derart*

lächerlichen Kunststück habilitiert man sich vielleicht in einem Zirkus, aber nicht in einer ordentlichen deutschen Klinik“.

Übrigens ging vor kurzem die letzte europäische Firma, die Ballonkatheter herstellte, in amerikanische Hände über. Auch dies wurde hierzulande kaum registriert, obwohl der Kathetermarkt einen Umsatz von mehreren Milliarden Dollar jährlich ausmacht. Mittlerweile sind 43 Prozent aller medizintechnischen Firmen in Europa in amerikanischer Hand, und Spezialisten aus unserem Land werden kontinuierlich abgeworben, insbesondere nach USA. Das hier vorhandene Know-how wird international also durchaus beachtet und anerkannt – leider aber bei uns selbst zu wenig wahrgenommen, geschweige denn gezielt gefördert. Was nach wie vor fehlt, ist das langfristige, kontinuierliche Engagement von Politik und Industrie, das hier vorhandene Potential in marktfähige Produkte umzusetzen. Damit gehen Arbeitsplätze, Investitionen, Hochschulförderung, aber auch Steuereinnahmen und Gewinne verloren.

Genauso kurzsichtig und katastrophal ist das Kaputtsparen von Krankenhäusern oder das Schließen von etwa 200 Rehabilitationskliniken durch die Maßnahmen der letzten Bundesregierung, das Entlassen von Personal aus Pflegebereichen: Vielmehr sollten wir die vorhandenen Kompetenzen erhalten, die Menschen auf neue Aufgaben vorbereiten, weiterbilden und ggf. umschulen, sei es für die neuen Technologien oder Kranken-, aber auch Kinder- und Altenpflege, sei es für den explosionsartig anwachsenden Fitness- und Wellnessbereich; ganz besonders gilt dies mit Blick auf die noch ungenutzten Möglichkeiten, die sich im Rahmen eines europäischen und internationalen Gesundheitstourismus auch bzw. vor allem für die Krankenhäuser bieten, von denen aber auch andere Wirtschaftszweige wie die Hotel- und Tourismusbranche profitieren werden. Daher hier die Forderung: Sofortiger Stopp von Arbeitsplatzvernichtung in den Krankenhäusern und Umwandlung zu modernen Gesundheitszentren.

Ich plädiere also für eine neue Wahrnehmung unserer vielfältigen Kompetenzen im Gesundheitsbereich und daraus folgend eine positive internationale Darstellung von Medizin und Medizintechnik aus Deutschland: Um die Reichweite oder Dimension zu verdeutlichen, habe ich dafür – anknüpfend an das frühere Gütesiegel „made in Germany“ – den Begriff „Med. in Germany“ gewählt.

Wir haben hier enorme Chancen – in einer leistungsstarken Medizin, in der Medizintechnik, im Gesundheitstourismus – und diese Aspekte einer Zukunft der Gesundheit sollten wir nicht verpassen.

II.

Lassen Sie mich dem zweiten Teil meines Vortrags ein Zitat voranstellen:

*„Selbst die Ärzte, die früher **das** Symbol der Macht einer Gesellschaft waren, sind machtlos, da sie mehr und mehr zum Zwischenträger zwischen ihren Patienten und der pharmakologischen Industrie werden. Die Patienten werden ihrerseits in wachsendem Maße zu lediglich passiven Objekten, an denen Behandlungen durchgeführt werden und die Prozeduren über sich ergehen lassen müssen. Ihre eigenen inneren Heilkräfte, ihre Fähigkeiten zur Selbstgenesung, ob physisch oder psychisch, werden zunehmend von einer Medizin als irrelevant betrachtet, die kaum in der Lage ist, einen menschlichen Patienten von einem fabrizierten Gegenstand zu unterscheiden. Die gerade im Aufschwung begriffene Biofeedback-Bewegung ist möglicherweise der vorletzte Akt eines Dramas, in dem der Mensch von der Natur getrennt wird; der Mensch ist nicht einmal mehr in der Lage, sich selbst, seinen Körper, unmittelbar zu fühlen, sondern nur noch durch die Wahrnehmung von Zeigerstellungen, flackernden Lämpchen und Summtönen, die von Instrumenten produziert werden, die man an ihm befestigt wie einen Drehzahlmesser an einem Auto...“*

Das schrieb der streitbare Computerwissenschaftler Joseph Weizenbaum 1976, vor etwa 25 Jahren, in „Computer Power and Human Reason. From Judgement to Calculation“, Titel der deutschen Übersetzung: „Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft“ (1978, S. 338).

Warum habe ich dieses Zitat gewählt? Einerseits weil darin viele Punkte angesprochen sind, die auch für unsere aktuelle Diskussion zur Zukunft der Gesundheit genauso relevant sind:

Die Rolle von Arzt und Patient, von Subjekt und Objekt, von Technik und Eigenheilungskräften, von Entfremdung und eigener Wahrnehmungsfähigkeit. Nach heutigem Stand kämen noch weitere Schlagworte dazu, wie z.B. High-Tech-Medizin, Robotik, Telemedizin, gläserner Patient, schließlich Gen- und Biotechnologie und das Thema Klonen.

Zum anderen kommt in diesem Zitat eine kritisch-pessimistische Sicht zum Ausdruck, die ja nicht so einfach von der Hand zu weisen ist. Aber gerade heute, mit den zusätzlichen technischen Möglichkeiten, ist es höchste Zeit, diesem Trend gegenzusteuern. Und dies kann meiner Überzeugung nach nicht punktuell, sondern nur gesamtgesellschaftlich und weltweit breit vernetzt geschehen.

Es geht mir bei meinem Engagement für „Med. in Germany“, für die Zukunft der Medizin, immer um die gesamtgesellschaftliche Dimension von Medizin und Gesundheit – und damit das, was für mich die Grundfrage ist:

die positive Gestaltung unserer Gesellschaft in der Zukunft, die auf einem humanistischen Menschenbild basiert, und um eine darin eingebundene humanistische medizinische Anthropologie: also eine Wissenschaft vom Menschen. Wir müssten eigentlich schon jetzt definiert haben, was das Wesentliche im Menschsein ist, um klare Positionen zu den technischen Innovationen, aber auch deren Bedrohungen beziehen zu können.

Im Rahmen der Medizin sehe ich die Rolle der Technik als die eines phantastischen Hilfsmittels an. Es geht nicht um Technik an sich, sondern der Mensch muss im Mittelpunkt stehen. Dies trifft auch für die bildgebenden Geräte und Verfahren zu, mit denen ich selbst arbeite. Dass Ärzte kaum mehr in der Lage seien, „*einen menschlichen Patienten von einem fabrizierten Gegenstand zu unterscheiden*“ (Zitat Weizenbaum), ist so zum Glück in der medizinischen Praxis nicht festzustellen. Aber mit Bezug auf die ungeahnten neuen Möglichkeiten der Bio- und Gentechnologie, einerseits deren positive Seiten, andererseits jedoch höchst problematische Praktiken – erwähnt sei nur die Verwertung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken oder, vor kurzem geschehen, die Verbindung eines Rattengehirns mit einem Computer – ist Joseph Weizenbaums Schilderung durchaus aktuell. Und dieses Problem ist letztlich nur in den Griff zu bekommen, wenn wir begreifen, dass ein Mensch immer viel mehr ist als die Summe seiner Einzelteile, addierbaren Funktionen, Zellen oder Gene – dass er einen Körper, aber auch Geist und Seele besitzt und in einer sozialen Gemeinschaft, die jedem Individuum die Chance zur Entfaltung der je eigenen Persönlichkeit bietet, lebt bzw. leben sollte.

Nicht Sachzwänge, die oft vorgeschoben werden, sondern unser Menschenbild ist letztlich entscheidend für die zukünftige gesellschaftliche Entwicklung. Deshalb sage ich ganz eindringlich: Lassen wir uns nicht zum Objekt machen von Bio-Technikern, Statistikern, Funktionären, Politikern oder den-

jenigen Aktienspekulanten, für die beispielsweise mit der Gentechnologie reine Gewinninteressen im Vordergrund stehen. Die persönliche Verantwortung von Wissenschaftlern und Forschern ist nicht wegzudenken, sondern mehr denn je gefordert: Und gerade deshalb sollte bei allen künftigen Entwicklungen das Kriterium der „Menschenverträglichkeit“ – ein Begriff, den ich bereits 1989 im Rahmen meiner Habilitation eingeführt habe – höchste Priorität haben. Nicht alles, was technisch machbar ist, darf umgesetzt werden.

Unter dieser Fragestellung sollte jede neue Technik, die funktionelle Änderungen im Körper und Gehirn erzeugen soll, von einem interdisziplinären Gremium, bestehend aus Medizin-, Geistes- und Naturwissenschaftlern, einschließlich Theologen, Juristen, Anthropologen- und Kulturwissenschaftlern geprüft werden. Dieses internationale Gremium hätte die Aufgabe, zu untersuchen, in wie weit ethisch unvertretbare und nicht korrigierbare Veränderungen durch den Einsatz neuer Technologien zu befürchten sind. Hierzu müssen in internationaler Zusammenarbeit Kriterien erarbeitet werden, ob, wann und unter welchen Voraussetzungen die menschliche Evolution durch Gentechnik bzw. Gehirnmanipulationen und anderes systematisch geplant werden darf. Damit erhält auch die Frage der Medizinethik einen bedeutsamen Stellenwert. Zu groß ist beim heutigen technischen Entwicklungsstand die Gefahr von irreversiblen Eingriffen mit unkontrollierbaren Folgen für die Evolution.

Nicht die **Antithesen**, die Joseph Weizenbaum ausdrückt, eröffnen den Weg aus dem beschriebenen Dilemma. Angesagt ist vielmehr – bei dem enormen Stand an Einzelwissen in den vielen alten und neuen Disziplinen nicht nur in der Medizin – ein **Zeitalter der Synthese**: die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedenster medizinischer Sparten und gesellschaftlicher Ebenen, nicht zuletzt auch ein Aufbrechen der herkömmlichen hierarchischen Arzt-Patienten-Struktur von oben nach unten: Viel sinnvoller ist eine auf gegenseitigem Respekt beruhende offene Kommunikation.

Im Zeichen der Synthese ist bei der Festlegung der Inhalte einer künftigen Medizin viel bewusster als bisher auf eine sinnvolle Kombination von Schulmedizin, moderner Hightech-Medizin – wie auch beispielsweise auch der Mikrotherapie – sowie sanften oder alternativen Verfahren zu achten. Moderne Medizin und Medizintechnik hängen untrennbar zusammen, führen aber – richtig eingesetzt – sowohl zu Kostenreduktion als auch zu menschen-näherer, sprechender und hörender Medizin. Stärker als bisher sind auch die

Möglichkeiten der Telemedizin, die Umweltmedizin, die Immunologie, moderne Pharmazie und Naturheilkunde, psychosoziale Ansätze sowie sanfte Operationstechniken, um Gewebestrukturen so wenig wie möglich zu verletzen, um Vollnarkose, Blut und Komplikationen zu vermeiden, in ein langfristig tragfähiges medizinisches Gesamtkonzept zu integrieren.

An dieser Stelle ein Wort zur Umweltmedizin: Wenn von Ökologie gesprochen wird, meinen wir meistens unsere Umwelt, Wasser, Luft, Energie usw. Dass aber der menschliche Körper selbst ein ökologisches System ist, das nicht loslösbar ist von dem Gesamtsystem Erde / Welt, wird meistens vergessen. Was wir aber feststellen: Eine Zunahme von allergischen Krankheitsbildern, komplexe Körperreaktionen auf die vielen Chemikalien im persönlichen Umfeld – sei es Wohnung oder Arbeitsplatz. Hier sehe ich dringenden Handlungsbedarf, und die hier vorhandenen Chancen sollten nicht verschlafen werden – für eine intensive Forschung und Entwicklung, für eine adäquate Behandlung von Menschen aus dem In- und Ausland – konkret sollten so schnell wie möglich ein Netzwerk von umweltmedizinischen Ambulanzen aufgebaut werden –, für eine gute Umwelt-Medizintechnik und die weltweite Vermarktung innovativer umweltmedizinischer Produkte und Dienstleistungen, beispielsweise Analysesysteme oder im Bereich der Entsorgungs-, der Recyclings- oder der Dekontaminationstechnik für Kernkraftwerke.

Auch das gehört für mich zur Zukunft der Medizin und der Gesundheit.

III.

Lassen Sie mich zusammenfassen:

Entscheidend für unsere Zukunft ist Gesundheit.

Bauen wir gemeinsam an einem Zeitalter der Synthese – für die Zukunft der Gesundheit und damit für unsere Zukunft.

Steigen wir ein in eine breite **inhaltliche** Diskussion um die Zukunft der Gesundheit, überlassen wir das nicht nur den Fachleuten bzw. Experten aus Politik und Krankenkassen. Mit diesem Appell wende ich mich an dieser Stelle ganz bewusst an die Patientinnen und Patienten – und damit auch an uns alle –, deren Mitwirken bei diesem Diskussionsprozess ganz wesentlich ist, auch um der drohenden – von den Gesundheitspolitikern und Kassenvertretern mit Kostenargumenten begründeten – Etablierung einer Zwei- oder

Dreiklassenmedizin vorzubeugen. Die Zukunft der Gesundheit darf nicht mit Kostenargumenten erschlagen werden.

Schließen möchte ich mit einem Zitat: Nicht ein „Erkenne die Kosten“, sondern die alte Weisheit vom Apollon-Tempel in Delphi „Erkenne dich selbst“ – an jeden von uns gerichtet – wird uns dabei weiterhelfen, die Zukunft der Gesundheit langfristig positiv zu gestalten.

Vielen Dank.

Gesundheit als Lebensqualität

Über den Werte- und Moralwandel des Gesundheitswesens im Zeichen des neuen Hedonismus

Horst Baier

Vier Thesen werde ich Ihnen vortragen. Mit der **ersten These** will ich den Wertewandel im westlichen Europa entfalten, um sie über den nationalen Raum hinaus in die zivilisatorische Weite dieses Prozesses des Mentalitäts- und Moralwandels zu führen. Die **zweite These** geht diesem postmodernen Werteschub im Gesundheitswesen nach, vor allem mit Blick auf das Krankenhaus und den Verhaltenswandel des Personals und seiner Patienten. Die **dritte These** wird den Strukturwandel der Medizin im Sozial- und Gesundheitsraum Europas zeigen, auf dessen Boden sich mental und moralisch ein neuer Hedonismus ausbreitet. Der arztorientierte und medizineingebundene Patient wird zum Klienten, zum Kunden mit dem Willen zur Selbstbestimmung und dem Streben nach Selbstgenuss. Die **vierte These** schließlich entwirft das Mentalitätsprofil und den Moralkanon des neuen Hedonismus – in den drei Dimensionen: erstens des Staates mit seiner Gewähr der sozialen Sicherheit, ausgreifend schon in ein europäisches Gemeinwesen; zweitens des Marktes als einer Wirtschaftsgemeinschaft des wechselseitigen Nutzens; drittens der Einzelperson mit selbstbestimmter Lebensführung im Streben nach individueller Selbstverwirklichung.

Erste These: Der Wertewandel im westlichen Europa

Der gesellschaftliche Wertewandel im westlichen Europa, überhaupt in den westlichen Zivilisationen hat die Lebenswelt der Arbeit und Freizeit von den Pflicht- und Arbeitsorientierungen zu den Optionen für Selbstverwirklichung und „Natürlichkeit“ geführt. Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile bestimmen den Übergang von einer modernen Leistungsgesellschaft zu einer postmodernen Genusskultur. Keinesfalls schließt aber der Individualismus Gemeinschaftsbedürfnisse, der Genuss die Leistung, der

Selbstbezug die Verantwortlichkeit für die Lebensumwelt aus. Es entwickelt sich der Sozialtypus des aktiven, kommunikativen, öko-orientierten Hedonisten.

Seit etwa zwanzig Jahren beobachten Soziologen und Sozialpsychologen, Demoskopien und Marktforscher in den westlichen Ländern Einstellungsveränderungen im Arbeits- und Freizeitverhalten, an den Konsumobjekten und Verbraucherentscheidungen. Früher haben der Markt mit seinen Konsumangeboten und die Menschen mit ihren Konsumbedürfnissen diesen Wertewandel realisiert, später und zögerlicher haben die Wissenschaften vom Markt – die Ökonomie – und die vom Menschen – die Soziologie und Psychologie – auf ihn reagiert. Der wissenschaftliche Anstoß zur Demoskopie, zur Einstellungs- und Verhaltensforschung des Wertewandels kam aus den Vereinigten Staaten.

Ist die erste Nachkriegszeit bestimmt durch Befriedigung von physischen Bedürfnissen der Nahrung, des Wohnens, der Geselligkeit („Fresswelle“); gefolgt in den 70er Jahren vom Streben nach mehr Freizeit, mehr Beweglichkeit, mehr Mediengenuss („Freizeitwelle“); so sind die 80er bis in unsere Jahre geprägt durch „integrative Lebenskonzepte“ – sehr individuell und stark hedonistisch, möglichst „natürlich“ und empfindlich umweltbesorgt („Öko-Welle“).

Solche ganzheitliche Lebensführung mit persönlichem Lebensstil ist keineswegs konsum- und kommunikationsabwehrend oder arbeits- und leistungsfeindlich, wie von Kulturkritikern voreilig erwartet, sondern integriert auch frühere Phasen der Verhaltens“wellen“ der Wohlstandsbevölkerung, freilich auf höheren Konsum- und Aktivitätsebenen. Verfeinerte Ernährungsgewohnheiten und anspruchsvolle Partnerschaften, exotische Reisewünsche und arrangierte Freizeitanimation sind die Erlebnisseite dieser Verhaltensformen, denen auf der Handlungsseite leistungsintensive Selbsttätigkeit, zeitsouveräne Arbeitsgestaltung, umweltaktive Lebenspraxis gegenüberstehen.

Die Erforschung des Wertewandels, ob als Heraufkunft des Postmaterialismus bei den Jugendlichen, bei den Frauen, in der middle class aus der Sicht von Ronald Inglehart, oder ob als Ablösung der Pflicht- und Akzeptanzwerte durch Selbstentfaltungs- und Geselligkeitswerte mit ihren Wertesynthesen und Mischtypen beim Speyerer Soziologen Helmut Klages und seiner Forschungsgruppe, – diese Umkehrung der Leistungs- und Genusswerte, diese Ausbreitung eines neuen Hedonismus hat sich lange schon angebahnt und bricht jetzt als Epochenwandel durch. Wie Helmut Klages mit seinen

Mitforschern gezeigt hat, verschwindet keineswegs das Prinzip „Leistung“ aus den Lebenseinstellungen und Lebensführungen. Es wird nur nach Sozial- und Herkunftsgruppen, Alter und Geschlecht, Religion und Wohnort neu instrumentiert und koordiniert in neuartigen Mentalitäten und Moralien, die drei Züge gemeinsam haben: Individualisierung durch egozentrischen Selbstbezug, Rationalisierung des Leistungseinsatzes und der Bedürfnisbefriedigung, Pluralisierung der Lebensstile bis zur wechselseitigen Tolerierung der Lebensalternativen. Zur Pluralität der Wertesynthesen gehört eben, dass neben den „ordnungsliebenden Konventionalisten“ mit starken Pflicht- und Akzeptanz- sowie schwachen Selbstentfaltungswerten sich „aktive Realisten“ mit starker Tendenz zur Selbstverwirklichung wie zur Berufsleistung finden, neben den „perspektivlosen Resignierten“, bei denen beide Werteseiten schwach ausgeprägt sind, „nonkonforme Idealisten“ mit ausgeprägtem Selbstbezug und doch geselligem Freizeit- oder Sportaktivismus. Unterlaufen wird diese Vierertypik – stärker in den alten, aber anwachsend in den neuen Bundesländern – durch den Typus des „hedonistischen Materialisten“ mit der „Bereitschaft zu ordentlicher Leistung ohne besonderen Einsatz“ und „konsumfreudigem“ mitsamt „kommunikativem Lebensgenuss“.

Mit dem Wertewandel zum neuen Hedonismus – im „Tiefenblick“ des Soziologen – läuft ein Strukturwandel der Gesamtgesellschaft ab, der uns nach der Einebnung der Sozialschichten eine neue Herausbildung von Lebenslagen und Lebensmilieus vorführt. Am besten hat der Bamberger Soziologe Gerhard Schulze diese Komplexion von Werte- und Sozialstrukturen auf den Begriff der „Erlebnisgesellschaft“ gebracht. Aus methodisch sorgfältig bearbeitetem empirischen Material gibt er „fünf Milieubesreibungen“, die nicht strikt mit der Wertforschung korrespondieren, aber doch mit ihr kompatibel sind.

Es ist das „Niveaumilieu“ der über 40jährigen mit höherer Bildung und leitenden Berufspositionen, mit Streben nach Rang und Ordnung, mit der Lebensphilosophie der Perfektion und persönlichen Leistung, mit der Alltagsästhetik eines gepflegten, antiquitäten-gesättigten und kunstbeflissenen Wohninterieurs; – es ist das Publikum der Hochkultur mit der Präferenz des Kunst- und Bildungsgenusses. Dann haben wir ein „Harmoniemilieu“ der über 40jährigen mit niedriger Schulbildung und abhängigen Berufstätigkeiten mit der Suche nach Geborgenheit in der Familie; nach plüsch- und kissenwarmer Gemütlichkeit in der Wohnung; nach polizeilicher und sozialer Sicherheit im Staat; mit der Lebensphilosophie eben der gemütlichen

Geselligkeit; – es ist das Publikum der Volksfeste und der Trivialkultur. Daneben liegt das „Integrationsmilieu“ mit dem ehemals kleinbürgerlichen Konnex von Kitsch und Kunst in mittleren und älteren Altersstufen mit mittlerer Bildung; man will „Schöner Wohnen“ mit rustikalem, antikem Mobiliar, womöglich mit „holzgetäfelter Bauernecke am Kachelofen“, auch hier findet sich das Lebensideal der Harmonie, die aber aktiv in Vereinen und Hobbys perfektioniert wird; – es sind die flottierenden Reste der Angestellten- und Beamtenkultur. Stärker vom Wertewandel erfasst ist das „Selbstverwirklichungsmilieu“ aus Jüngeren mit mittlerer und höherer Bildung, häufig der Kern von sozialen Protestbewegungen; seine Alltagsästhetik lebt sich aus in neuen Kulturszenen und lauten Musikfesten; seine Lebensphilosophie ist Selbstverwirklichung und expressive Spontaneität, womöglich mit sporadischem bis zum exzessiven Drogenkonsum; seine Wohnkultur ist eine Art Gegenkultur: provisorisch und provozierend, immer etwas schlampig, – gegen den kuscheligen Mief des Harmoniemilieus wie gegen die Antiquitäten- und Kunstrenommee des Niveaumilieus. Schließlich finden wir das „Unterhaltungsmilieu“ der unter 40jährigen mit geringerer Bildung und großem Beschäftigungsrisiko, also vorwiegend Arbeiterjugendliche; mit dem Genussschema von „action“ und „satisfaction“ einer Lebensphilosophie des ich-verankerten Narzissmus und den ästhetischen Referenzen der Fan- und Abenteuerbegeisterung – bis zu den Postern mit Stars aus Film und Sport an den Wänden, touristischen und martialischen Trophäen in den Regalen, Stereo- und Video-Anlagen im Dauerbetrieb; schließlich der körperorientierten Sport- und Fitnessaktivitäten, der schnellen Bewegung auf Motorrad oder mit Waffen nach stimulierendem Alkoholkonsum. So skizzenhaft diese Milieubeschreibungen auch wirken mögen, so zeigen sie doch den soziokulturellen Basisprozess der Mentalitätsbeziehungen und verweisen auf Moralverschiebungen, die wir als Wertewandel bezeichnet haben.

Die Ihnen vorgetragenen Befunde von Helmut Klages und Gerhard Schulze hat die Demoskopie bestätigt und in Sozialgruppen auseinandergelagt. Ich beziehe mich vorneweg auf Elisabeth Noelle-Neumann mit ihrem Mitarbeiter Edgar Piel im Institut für Demoskopie in Allensbach. Zusammengefasst kann man sagen, dass sich dieser erlebnisorientierte und „wertegewandelte“ Sozialtypus der postmodernen Kultur mehr bei Jugendlichen als bei den mittleren und älteren Jahrgängen findet; häufiger bei Frauen im jugendlichen und mittleren Alter; deutlicher bei den Mittelschichten als bei den Unterschichten; ausgeprägter bei Protestanten als bei Katholiken. Jedoch breiten sich die Selbstverwirklichungs- und Genusseinstellungen allmählich über

alle Alters-, Geschlechts- und Sozialgruppen aus, wobei eine Zangenbewegung der jüngeren und älteren Generationen entsteht, die die mittleren Jahrgänge mit traditionellen Pflicht- und Akzeptanzwerten umfassen. Bei den letzten liegt freilich die entscheidende Berufs- und Wirtschaftsleistung, die den Wohlstand in den westeuropäischen Ländern trägt und sie als „sustaining capacity“ für alle Freizeit- und Ökowellten steigern muss. Die Erlebnisgesellschaft bleibt mit ihrem aktiven Kern eine Leistungsgesellschaft, aber ihr Mentalitätsprofil kreist um eine erlebnisvolle Lebensführung und ihr Moralkanon um eine glückvolle Selbstverwirklichung. Es ist das Sozial- und Werteprofil des neuen Hedonismus.

Zweite These: Das Gesundheitswesen im postmodernen Werteschub

Die Medizin, ihre Berufe und Techniken wie ihre Märkte und Güter werden zunehmend vom postmodernen Wertewandel erfasst. Die medizinischen Anbieter werden gedrängt, Leistungen zu entwickeln, die auf Vorsorge für Gesundheit und auf Nachsorge nach Behandlung ausgehen; – die kurative Medizin tritt zurück. Die medizinischen Nachfrager wollen Gesundheit gesichert und Lebensgenuss ermöglicht haben; – physische, psychische und soziale Wohlbefindlichkeit wird zum Ausweis der „Lebensqualität“. Von diesem postmodernen Werteschub wird verspätet auch das Krankenhaus erfasst: auf der einen Seite das Krankenhauspersonal, das seine medizinischen und managerialen Kompetenzen kommunikativ ausleben, und auf der anderen die Krankenhaus-Klientele, die Lebensqualität angeboten haben möchte.

Der Wertewandel vom „Pflicht- und Arbeitsmenschen“ zu den Optionen für Selbstverwirklichung und Lebensgenuss hat nach den Etappen der vorherrschenden Arbeits- und Berufs-Welt über den alles einsaugenden Freizeit- und Medienkonsum seit einigen Jahren den Gesundheitsbereich erreicht. Neben der konventionellen Medizin haben sich eine Sport- und Körperkultur ausgebreitet, die Gesundheit und Fitness, körperliche Selbsterfahrung und Selbstbeherrschung bis in extreme Leistungen versprechen. Das ist aber nur die eine, die somatische Seite. Auf der anderen, auf der psychischen und sozialen Seite finden wir das „Begehren“ nach lustvoller Selbstverwirklichung, eben nach genussvollen Selbst- und gemeinschaftlichen Sinnerlebnissen. Es ist nichts anderes als der Mentalitäts- und Moralitätskern der Erlebnisgesellschaft.

Die neuen sozialen Bewegungen, zu denen auch Gesundheitsbewegungen zur Selbsthilfe und die Laienmedizin mit Paramedizinen und Naturheilkunde gehören, zeigen mit ihrem Wertekanon, wie das Ideal der Verschmelzung von Körper, Seele und Gemeinschaft aussieht. Es sind ganzheitliche Lebenskonzepte, die den Menschen als körperliches Trieb- und Muskelwesen, seine Seele als Gefühls- und Gedankenmedium, die Gemeinschaft als kommunikative Sinnerfüllung und ökologische Natureinbettung begreifen, besser: verwirklichen wollen. Damit umschreibe ich das Leitwort unserer Jahre: Gesundheit als „Lebensqualität“.

Die Medizin wird sich einrichten müssen auf das abgeforderte erste Ziel, nämlich Verlängerung der Lebensjahre, Steigerung der Genussfähigkeiten, Stützung der Berufs- und Freizeittätigkeiten, Schutz der Umweltressourcen. Nichts anderes meint der Vorrang der primären, der sekundären und tertiären Prävention als Vorsorge, Früherkennung der Risiken und Nachsorge in einer lebens- und umweltfreundlichen Menschenwelt. Sogar die Gesundheitsökonomie geht neuerdings von Messungen und Bewertungen solcher „Gesundheitsindices“ bei ihrer Berechnung der medizinischen Leistungen als Wohlfahrtsfunktionen der Wirtschaft, ja der Gesamtgesellschaft aus. Und die Politik hat sich die Entwicklung zunutze gemacht über das Konzept der „Gesundheitsförderung“. So sehr man diese auch von der Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Rehabilitationsmedizin der Rentenkassen heute problematisiert, kein Zweifel lässt jedoch ihre Akzeptanz bei den Versicherten- und Kurklientelen.

Das Krankenhaus wird von diesen neuartigen Anforderungen an Organisation, Personal und Management von zwei Seiten erfasst. Zum einen verändert sich die Berufseinstellung der Ärzte, der unabhängigen und abhängigen Gesundheitsberufe, vor allem im Pflegebereich, von einem hierarchischen und routinierten Ordnungsvorbild mit einer an der Chefarztautorität und formalen Arbeitsdisziplin, an emotionaler Neutralität und zweckrationalem Expertenwissen orientierten Professionalität zu einer altruistischen Selbstverwirklichung, einer symbiotischen Zuwendung und einem toleranzfähigen Alternativenwissen. Die Krankenhausorganisation ist in Bewegung geraten durch ihr Personal selbst – durch dessen arzt-, tätigkeits- und verwaltungskritische Einstellungen; es verwandelt sich in ein kommunikatives Miteinander innerhalb eines teils immer außennormierten, teils zunehmend selbstdefinierten Aufgaben- und Verantwortungsfeldes. Dieses „lean management“

im Hospital transformiert bürokratische Rationalität und kognitive Kompetenz in Kommunikation und Kompassion.

Zum anderen erwarten heute die Patienten nicht allein perfekte Diagnostik und Therapie in Klinik und durch Medizintechnik, traditionell gerade im Krankenhaus, sondern zunehmend auch je individuelle Zuwendung, sehr persönliche Bewältigung, gepflegt subjektive Evidenz in der Krankenhausbehandlung und -führung. Das Verlangen nach Aufklärung und Beratung, von den Medizinjuristen nur auf den rechtsnormativen Kern der informationellen Selbstbestimmung gebracht, drückt diese Individualisierung und Pluralisierung der Verhaltensstile beim niedergelassenen Arzt wie auf der Station eines Spitals aus. Gesundheit als Lebensqualität im Krankenhaus heißt eben, den Patienten, seinen Klienten, mit existentiellen Erwartungen und varianten Bedürfnissen – neben dem medizinwissenschaftlich und medizintechnisch objektivierten Bedarf an stationären Leistungen – ernst, d.h. als heilungsentscheidend und hilfenötig zu nehmen. Der postmoderne Werteschub verändert also das Krankenhaus nicht nur von seinem Helfer-Personal her, sondern auch von seiner heilungs- und hilfesuchenden Klientele. In der Kurmedizin zeigt sich schon an, was künftig auch die Krankenhaus-Hotellerie bestimmen wird: eine Art Erlebnistourismus, weniger anstößig ausgedrückt: Selbsterfahrung und Selbstverwirklichung nicht nur für Gesundheit, sondern auch bei der Bewältigung von Krankheit, ja im Alter und sogar bei Behinderungen.

Kein Zweifel ist, dass die Medizin mit ihrem System der organisierten und routinierten Krankenversorgung für diesen Wandel der Anforderungen und Ansprüche schlecht gerüstet ist. Die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser geben der kurativen Medizin nach wie vor den Vorrang, ohne zu sehen, dass die ambulante und stationäre Versorgung eingebettet sein sollte in eine Vorsorge des bedrohten und in eine Nachsorge des beschädigten Lebens. Die Körperschaften der Ärzte, also Kammern und, in Deutschland, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Verwaltungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen konzentrieren sich – nach dem herrschenden Paradigma der naturwissenschaftlichen Medizin und dem leitenden Wertekanon des Sozial- und Arztrechts – immer noch auf körperliche Erkrankungen, Behinderungen und Alterungen.

Der Wertewandel der Medizin wird zeigen, dass der Patient, der Behinderte, der Alte nicht nur Körper ist, sondern eine psychosoziale Ganzheit, die Lebensgenuss durch Gesundheit erwartet und die Sinnerfüllung durch Gesel-

ligkeit anstrebt. „Lebensqualität“ im und durch das Gesundheitswesen ist ein anderes Wort für eine neue medizinische Ökologie, die den Menschen als Naturwesen und die Natur unter menschlicher Verantwortung begreift. Aufgabe der Medizin wird sein, auch im stationären Angebot, den gesundheitssuchenden und krankheitsbetroffenen Menschen zu einer „neuen Natürlichkeit“ bis zur Hinnahme seines Leidens, seiner Gebrechlichkeit ja bis hin zum Sterben zu führen.

Dritte These: Der Strukturwandel der Medizin im Sozialraum Europa

Der Wertewandel im Alltag wie in den besonderen Lebenslagen des Gesundheitswesens wird gestützt und bewegt durch einen sozialen Strukturwandel, auch der Medizin. Zwar orientieren sich die Gesundheitspolitiker der europäischen Länder strukturkonservativ noch auf die nationalen Territorien, aber die durchgreifenden Entwicklungen breiten sich kontinental im Sozialraum Europa aus. Seine regionale und soziale Durchdifferenzierung wird an drei Beispielen gezeigt:

- am Zusammenhang von unterschiedlichen Gesundheitsausgaben und Lebenszufriedenheit;
- an den europaweiten Qualitätsdifferenzen der stationären Versorgung;
- an neuartigen Nachfragepotentialen mit neuen Gesundheitsmärkten, z.B. für die Altenbevölkerung.

Solche Anstöße und Anforderungen kennzeichnen ein Medizinmanagement der Zukunft, das aus der nationalräumlichen Geschlossenheit austritt und sich im Sozialraum Europa einrichtet.

Der Wertewandel im Gesundheitswesen wird gestützt und bewegt durch einen Strukturwandel der medizinischen Märkte und Einrichtungen. Obwohl die Gesundheitspolitiken zum Beispiel Deutschlands oder Frankreichs oder Großbritanniens nach wie vor ansetzen an den staatlichen, gesellschaftlichen, medizinischen Traditionen ihrer Länder, werden diese nationalräumlichen Geschlossenheiten zunehmend aufgelöst, ja gesprengt durch gesamteuropäische Impulse und Evolutionen. So wie der Wertewandel europäische Mentalitäts- und Einstellungsveränderungen anzeigt, so ist auch der Strukturwandel im Gesundheitswesen – von Sizilien bis Helsinki, von Dublin bis Wien – eine kontinentale Verschiebung, freilich mit strukturellen Verwerfungen und Brüchen, mit regionalen Ungleichheiten und sozialen Konflikten. Da sich nicht nur der Wirtschafts-, sondern auch der Sozialraum Europas nach Osten

ausweiten wird, ist eine schubförmige Verstärkung des Rechts- und Organisationswandels, der Verhaltens- und Einstellungsveränderungen zu erwarten.

Nur der Strukturkonservatismus der nationalen politischen Klassen erklärt die eigentümlichen Fehlsteuerungen und falschen Griffe bei den sogenannten „Gesundheitsreformen“, die zur Kostendämpfung bei den Leistungsanbietern anpacken, – anstatt die neu entstandenen und sozial differenzierten Nachfragepotentiale in den Blick zu nehmen. Oder lässt es sich verstehen – ein anderes Thema –, dass die bisher so reichhaltigen Angebote medizinischer Leistungen klassifiziert, kontrolliert und rationiert werden nach einem Kanon der Apparate- und Labormedizin, – anstatt diesen zu öffnen und zu erweitern im Feld alternativer und fortentwickelter Medizinen? Zu schweigen schließlich von den hilflosen Versuchen der Gesundheitsministerien und Krankenkassenverwaltungen, die nationalen Gesundheitsklientele abzugrenzen, gar einzubunkern gegen Versorgungserwartungen und Rechtsansprüche der zugewanderten Ausländer und der Europa durchwanderten EU-Inländer. Bis jetzt gehen die Richter in Luxemburg und in den nationalen obersten Gerichten den Gesundheitspolitikern und -administratoren in Bund und Ländern voran und treffen sich mit den Ärzten, den Gesundheitsberufen und den Gesundheitsmanagern vor Ort; diese spüren den Erwartungsdruck und die Behandlungsbedürfnisse der Gesundheitsklientele selbst. Der Gesundheitsraum Europa wächst von unten zusammen – auf dem Boden einer Erlebnisgesellschaft und unter den Schüben des Wertewandels.

Das Wachstum des Sozialraumes Europas ist jedoch keine homogene Ausbreitung von gleichen Verwaltungsvorschriften, gleichen Rechtsansprüchen, gleichen Schutzleistungen durch zentrale Organisationen, einheitlich gelenktes Management, uniforme Professionen – etwa aus einem Kernland der sozialen Sicherung wie Deutschland, sondern eine teils organische, teils administrierte Herausedifferenzierung von Heterogenem, geschichtlich, gegenwärtig und zukünftig Verschiedenem zu einem noch kaum beobachtbaren fließenden Gleichgewicht. Es ist ein Europa der verschiedenen Geschwindigkeiten mit unterschiedlichen Intensitäten und Interaktionen, Qualitäten und Quantitäten, Ökonomien und Rechtsnormierungen so auch im Gesundheitswesen.

Als **erstes Beispiel** nehme ich nur die außerordentlich starken Unterschiede der Sozialschutz- und Gesundheitsausgaben in den europäischen Ländern. So sind die Sozialschutzleistungen je Einwohner am höchsten in den Kernländern der Europäischen Union, also in Frankreich, Deutschland und den

Benelux-Staaten, dazu in Skandinavien; im Mittelfeld liegen Großbritannien, Italien und Österreich; im unteren Feld finden wir den Südrand mit Spanien, Portugal und Griechenland und am Westrand Irland. Die gleiche regionale Verteilung gilt für die Gesundheitsausgaben, wobei diese keineswegs korrelieren mit den Gesundheitsindices der Lebenserwartung und der perinatalen Sterblichkeit. Jedoch haben wir eine andere Korrespondenz, die ein Maß der regionalen und, was in einem Lebenslagenprofil erst zu zeigen wäre, der sozialen Differenzierung Europas. Es ist die positive Korrelation von Sozialschutz- und Gesundheitsausgaben auf der einen Seite und des Wohlbefindens oder der subjektiven Lebenszufriedenheit auf der anderen Seite.

Die „Gesundheitsentwicklung“ im Sozialraum Europa ist demnach keine Frage mehr des quantitativen Ressourceneinsatzes; paradox könnte sich sogar der objektive Gesundheitsindex verschlechtern – zum Beispiel durch fehl-allozierte stationäre Investitionen bei Verfall einer konventionellen ambulanten Versorgung und einer Zerstörung der familiären und nachbarschaftlichen Hilfpotenziale. Wichtiger ist auf die multikulturellen Mentalitäten in einer Gesellschaft und auf die sozial differenzierten Wohlbefindlichkeiten in einer Region zu achten; hier liegen das Qualitätsmaß von Zahl und Art der Gesundheitsausgaben und der Entwicklungsvektor der Angleichung der Gesundheitsversorgung in einem Sozialraum Europa. Realität sind eben die Entwicklungsdifferenzen der Erlebnisgesellschaft, deren Wertewandel sich von der Mitte und dem Norden Europas ausbreitet auf den Westen und Süden, natürlich auch auf den postsozialistischen Osten. Gesundheit als Lebensqualität ist an der Peripherie Europas gewiss bereits ein zukunftsöffnendes Ideal, im Zentrum schon Forderung an das Rechts-, Verwaltungs- und Medizinhandeln befeuert von den Aspirationen und bestärkt von den Akzeptanzen der Gesundheitsklientele. Das Gleichgewicht der Gesundheitsregionen sollte die erste Aufgabe einer europäischen Gesundheitspolitik sein.

Gehen wir zum **zweiten Beispiel**: Zum Kanon der naturwissenschaftlichen und technischen Medizin. So unbestritten die zivilisatorische Leistung, der „hard-science“- und „high-tech“-Medizin auch ist – sie wird die solide Basis jedes Gesundheitswesens bleiben müssen – so gebieterisch verlangen heute präventiv- und umweltmedizinische, rehabilitative und Altenpflegerische, drogentherapeutische und seuchenmedizinische Erfordernisse eine alternative Sozialmedizin. Auch hier sind die Fortschritte in Forschung und Anwendung rasant, nur darf man eben nicht nur auf klinische und Laborforschung, auf pharmazeutische und medizintechnische Entwicklungen schauen, son-

dem über die Ländergrenzen hinweg, vor allem in den angelsächsischen und skandinavischen Bereich, und auf andere, interdisziplinäre Therapie-, Praxis- und Managementmodelle.

Mein Exempel ist hier der stationäre Sektor. Europaweit zeigen sich deutliche Unterschiede der Krankenhausbettendichte: von der sehr hohen Dichte der Schweiz und Schwedens über die mittlere Frankreichs, Deutschlands und Österreichs zu den niedrigen des europäischen Südgürtels, also Griechenlands, Spaniens und Portugals. Das Schlusslicht freilich ist der Westausläufer Irland. Die Integration eines Sozialraumes der stationären Versorgung sollte nun freilich nicht laufen über eine massive Investitionspolitik als eine Art innereuropäische Entwicklungspolitik, erst recht nicht über eine statistische Mittelung mit europaobligatorischen Sollziffern der stationären Versorgung, sondern als eine regional eingepasste Qualitätssicherung der klinischen und ambulanten Dienste.

Das heißt genauer: in den gesundheitsentwickelten Ländern stehen im Vordergrund prä- und poststationäre Diagnostik; tagesklinische Pflege und Betreuung vor allem der Alten-, aber auch der Kinderklientele; Beratung und Lebensführung von chronisch Kranken und Behinderten; Komfortverbesserung der Krankenhaus-Hotellerie; bis hin zur Angliederung von Sterbehospizen und ambulanter Sterbebegleitung. Für die südliche und westliche, später östliche Peripherie des europäischen Kernraumes haben wir dagegen eine ganz andere Tagesordnung der Krankenhausentwicklung, nämlich – neben den gewiss nötigen Personal-, Apparate- und Technikinvestitionen – die Vernetzung mit der ambulanten Medizin und der familiären Pflege; ökologische und epidemiologische Prävention bis zur Gesundheits- und Umwelterziehung; ja die Akkulturation und Dispersion einer modernen Medizin in die traditionell ländlichen und paternalistisch geprägten, sogar mafios durchsetzten Bevölkerungsschichten.

Aber gerade diese Europäisierung der stationären Dienste wird heute blockiert in Deutschland mit einer Budgetierung, sprich Leistungsabbau durch das staatliche Diktat der Spargesetze und Krankenkassenbeiträge sowie, noch schlimmer, mit einer Rationierung der Gesundheitsausgaben durch eine Verwaltungskontrolle der Leistungsanbieter, noch dazu verfallen in die Organisationspathologie einer Körperschaftsstarre. Gegenüber unseren südlichen Nachbarn wird die Spar- und Rationierungspolitik noch verschärft durch eine Transferverweigerung von Personal, Geld und Wissen durch den reichen, aber überschuldeten Norden. Qualitätssicherung entartet zur Quan-

titätssicherung durch den Kostenprimat; die Parole wäre Qualitätssteigerung durch alternative, vernetzte und integrierte Krankenhausleistungen mit Synergieeffekten und Nachfrageanpassungen.

Die Parole der Gesundheitspolitik heißt immer noch: Kostendämpfung durch „Leistungsdrücken“ statt Aktivierung neuartiger Nachfragepotentiale und Erschließung zusätzlicher Finanzquellen (Fritz Beske). Es ist keine Frage, dass das Gesundheitswesen vor Herausforderungen steht, die eine kassenorganisierte und hochtechnisierte Medizin gar nicht bewältigen kann; und wenn sie dazu genötigt wird, dann nur mit großen Kostenschüben. Ich will nun nicht behandeln die teuren Pharma-Klientele der älteren Frauen und der chronisch Kranken; die fehlgelenkten Kur- und Rehabilitationskonsumenten der urlaubsbedürftigen Erwerbstätigen und der anspruchsvollen Behinderten; die Drogenabhängigen mit ihren Subventionsbedürfnissen und die Aids-Infizierten mit ihrem Boykott von seuchenpolizeilichen Maßnahmen. Ich beschränke das – **dritte Beispiel** – auf die Überalterung der Bevölkerung und die regional freilich sehr differenzierten Altenlastquoten.

In Deutschland hat das Gesundheitsreformgesetz von Norbert Blüm (CDU) und das Gesundheitsstrukturgesetz von Horst Seehofer (CSU) und Rudolf Dreßler (SPD) mit seinen drei Stufen vorgegeben, die vermeintlichen „Kostentreiber“, nämlich die Leistungsanbieter von den niedergelassenen Ärzten bis zu den Krankenhäusern, von der Pharma-Industrie bis zu den Apotheken, von der Heil- und Hilfsmittelindustrie bis zu den Krankengymnasten, endlich an die Kandare zu nehmen. Die angeblich „neue Gesundheitsform“ von Andrea Fischer hat diese Linie der Marktfeindlichkeit nur fortgesetzt, ja verschärft auch die starre Budgetierung der Gesamtvergütung der Vertragsärzte; zumal sie ausdrücklich auf die Erweiterung der Finanzvolumina durch Privatvermögen ausdrücklich verzichtet hat.

Der entscheidende Kostendruck wurde aber ausgelöst und wird weiter verstärkt durch eine unumkehrbare Bevölkerungsentwicklung; ich meine die Zunahme der Zahl und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen seitens der Rentner in der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung. Das Wachstum der Arzneimittel-, der stationären, der pflegerischen, der ambulanten Ausgaben hat hier seinen demographischen Kern.

Im Sozialraum Europa haben wir wiederum eine sehr differenzierte Bevölkerungsentwicklung mit einem paradoxen Ausgabeneffekt: die hochindustrialisierten und sozial hochgesicherten Länder mit singularisierter und hedonistischer Lebensführung haben eine sehr viel höhere Altenlastquote als die süd-

lichen und westlichen mit ihren agrarischen und familienkonservativen Strukturen, zumal der Wertewandel sich dort erst anbahnt. Sogar das wiedervereinigte Deutschland hat eine viel günstigere Bevölkerungsbilanz als die alte Bundesrepublik. Wir wissen auch den Grund: mit steigenden Wohlstandsleistungen und zerfallenden primären Unterstützungsnetzen sinkt die Geburtenquote und erhöht sich die Lebenserwartung, also die Altenquote.

Für die hochentwickelten, gleichwohl altenpolitisch herausgeforderten Länder ergibt sich daraus eine erste Herausforderung, nämlich das Angebot medizinischer Leistungen auf dieses neue Nachfragepotential auszurichten. Es sind die Aufgaben, eine ambulante und klinische Geriatrie mit einer sozialen Gerontologie zu entwickeln, die den Vorrang gibt einer geselligen Lebensführung mit natürlichem Altern – statt Pharma-Substituten; der Pflege und Animation – statt chronifizierter Kränklichkeit nach Kassenmedizin; einer alters- und geschlechtsgerechten Diagnostik und Diätetik – statt klinischer Rasterfahndung und Intensivmedizin. Lassen wir doch die Senioren selbst entscheiden, welche medizinische Behandlung und pflegerische Versorgung sie haben wollen. Es wird gewiss nicht die staatsorganisierte und körperschaftskontrollierte Krankenkassenmedizin sein mit ihren Katalogen von Begriffen, Befunden, Behandlungen für den homo statisticus et tabellarius der Sozialversicherung. Der Wertewandel hat nicht nur die weiblichen und männlichen Jugendlichen erfasst, die Erlebnisgesellschaft verändert nicht nur Arbeit und Freizeit der erwerbstätigen Frauen, – der neue Hedonismus ist auch ein Altenphänomen.

Eine Medizin, eine Pflege, ein Management der Zukunft wird diese neuen Märkte beachten müssen, die sich aus dem Struktur- und Wertewandel des Gesundheitswesens entwickeln – mit allen regionalen und sozialen Differenzierungen, mit allen Individualisierungen und Pluralisierungen der Lebensstile. Das ist der Sozialraum Europa, der uns eine neue Weite in seinen breit gefächerten Strukturen gibt und eine neue Dichte der eigenen Persönlichkeit, also Lebensqualität.

Vierte These: Die Moralen des Staates, der Wirtschaft, der Person – im Zeichen des Hedonismus

Unter den Moralschüben des Wertewandels und auf dem Boden der Mentalitätsveränderungen der Erlebnisgesellschaft breitet sich nicht nur ein Pluralismus der gelebten Ethik aus, sondern diese entfaltet sich auch in mehrfachen

Dimensionen. Ich wähle für den Wert- und Strukturwandel des Gesundheitswesens die Dimensionen des Staates, der Wirtschaft und der Person aus, – im Überschreiten der nationalen Territorien, Ökonomien und Kulturen auf einen europäischen Sozial- und Gesundheitsraum hin. Hier liegen die Bedingungen und Folgen für eine Medizinethik der Postmoderne.

Der demokratische **Staat** westlichen Typs kennt keine Ethik, die für alle, immer und überall gilt. Er hat eine Verfassung, erlässt Gesetze und führt diese mittels seiner Verwaltung aus. Zwar beruft er sich auf ein „ethisches Minimum“ (Georg Jellinek) zur Anerkennung und Anwendung seiner Normen in Privat-, Straf- und öffentlichem Recht; jedoch schöpft er weder eine Moral noch sanktioniert er Abweichungen von einem Moralkanon. Der Verfassungsstaat schützt die Grund- und Bürgerrechte und zieht damit den Rahmen, innerhalb dessen seine Bürger ihr Leben führen und ihren Tätigkeiten nachgehen.

Der Staat hat sich – mitsamt den Kirchen – dem Wächteramt einer verbindlichen Moral für alle entzogen und dafür die Gesellschaft mit ihren Gestaltungen freigesetzt. Gruppen können ihren Mitgliedern und ihren Einrichtungen Weltanschauungen auferlegen und auf deren Befolgung im Alltag achten. Jedoch haben die Geltung und Verbindlichkeit von solchen normativen Interessen ihre Grenze in den verfassungsgeschützten Lebens- und Entfaltungsrechten der Einzelnen und ihrer Familien, der sozialen Gruppen und Vereinigungen. Die pluralistische Gesellschaft kennt also nur partikulare Programm- und Alltagsmoralen, – seien es Interessenverbände der Wirtschaft und Politik, Weltanschauungsverbände wie die Kirchen und ideellen Gemeinschaften, Berufsverbände und -einrichtungen zum Beispiel im Sozial- und Gesundheitswesen.

Durch die Sozialversicherungs- und Arbeitsverwaltungsgesetze seit dem Kaiserreich über die Weimarer Republik sind dem modernen Staat zu den klassischen Staatsaufgaben der inneren und äußeren Sicherheit die Funktionen der sozialen und wirtschaftlichen Wohlfahrt zugewachsen. Die Bundes- und Berliner Republik haben nicht nur die Sozialabgaben und Sozialleistungen ausgeweitet, sondern zunehmend den Sozialstaat arbeits- und sozialrechtlich, also normativ und exekutiv verdichtet. Das System der sozialen Sicherung ist der Begriff einer solchen gemischten, nämlich öffentlichen und privaten Vorkehrung zur Daseinsvorsorge und -fürsorge. Es folgt keiner „Ethik des Sozialstaats“, sondern Rechtsnormen, Finanzvorschriften und Wirtschaftsnutzen. Zwar gibt es in der Massendemokratie – gemäß Max

Weber – den demagogischen Zug, formale Rechts-, Finanz- und Wirtschaftsrationalitäten zu ersetzen durch Vorstellungen von „materialer Gerechtigkeit“. Insofern es sich dabei um ethische oder moralische Prinzipien handelt, sind sie – zum Beispiel Solidarität oder Subsidiarität oder Selbstverwirklichung – Themen von sozialen Gruppen in ihrem Wettbewerb um Macht und Mitglieder, jedoch nicht Prinzipien des Staates.

Der Verzicht auf eine öffentliche Moral seitens des Staates hat ihm – wie politikwissenschaftliche Studien von Manfred G. Schmidt und Jens Alber zeigen – eine Rechts- und Institutionenstabilität gegeben, die sich trotz aller Vertrauensverluste in Qualität und Kontinuität der Politiker und ihrer Parteien, von Polizei und Justiz durchgehalten und sich sogar im Zuge der „inneren Wiedervereinigung“ bewährt hat. Die Transformation des Sozialstaates in einen europäischen Sozialraum, getragen von welchem überstaatlichen, transnationalen Gebilde der Europäischen Union auch immer, hat gerade dieses Maß von innerer Sicherheit und das Tempo ihrer verlässlichen Gewährung.

Seitens der Bürger – mit einer Umwendung der Perspektive – entsprechen der Gewähr von sozialer Sicherheit deren Erwartungen und Ansprüche auf soziale Sicherung bei den Risiken ihres Lebens, soweit sie diese nicht selbst bewältigen können. Und in der Tat zeigen die demoskopischen, sozialpsychologischen und wertesoziologischen Befunde eine bis heute nicht recht interpretierbare, aber von meinem Ansatz widerspruchsfrei erklärliche Kombination von Pflicht- und Akzeptanzwerten bzw. von Selbstentfaltungswerten und Geselligkeitswerten mit staatszugewandten Sekuritätsorientierungen, freilich mit unterschiedlichen Ausprägungen und Musterungen der Werteprofile. Die Moral des Staates ruht auf keinem Gewährleistungsmandat mehr, sondern ist medialer und meinungsbewegter Ausdruck der Intentionen und Aspirationen auf Fremdhilfe in der Risikogesellschaft (Ulrich Beck), zumindest unterstützter Selbsthilfe in den individualisierten und pluralisierten Risikolagen. Nicht soziale Sicherheit aus öffentlicher Autorität, sondern soziale Sicherung nach privater Wahl wird die Maxime eines europäischen Wohlfahrtsstaates sein.

Noch schärfer wird sich die Subjektivierung der Erwartungen und Differenzierung der Ansprüche zeigen in der Europäisierung der **Wirtschaft**. Gewiss werden die Gesetze des Einsatzes von Ressourcen und Produktionsfaktoren, der Preisbewegungen auf den Märkten und der Gewinnzyklen der Konjunkturen nicht außer Kraft gesetzt. Nach wie vor läuft der globale Wettbewerb

der Europäer mit den Nordamerikanern und Ostasiaten, vorneweg noch mit den Japanern, entlang der ökonomischen Parameter von Kapitalinvestitionen und Ideen-Innovationen, von Rohstoff- und Energiereserven, von Arbeitsproduktivität und Lohnstückkosten, von Infrastruktur und Transportkapazitäten. Aber sein Motor ist nicht mehr nationalstaatliche Machtsteigerung oder sozialstaatliche Bedarfsdeckung, wohlfahrtsökonomische Verteilungsgerechtigkeit oder privatunternehmerischer Kapitalprofit, auch nicht manageriales Organisations- und Kompetenzenwissen, sondern die persönliche Bedürfnisbefriedigung, die subjektive Kundenzufriedenheit, die individuelle Chance zur Selbstverwirklichung in Arbeit und Freizeit

Hatte schon die Theorie des freien Marktes bei Adam Smith einen persönlich normativen Kern des Selbstinteresses, war schon im Lust-Unlust-Kalkül der Utilitaristen seit Jeremy Bentham und John Stuart Mill ein individualpsychisches Movens angelegt; zeigte sich schon beim Homo oeconomicus des Wiener, Lausanner und englischen Marginalismus mit seinen Nutzen-Kosten-Berechnungen des Wirtschaftsbedarfs die subjektive Bedürfniskomponente, so durchgreift heute der Kundenwunsch und die Konsumentenzufriedenheit den ganzen Produktionsprozess. Die Wirtschaft transformiert sich von der betriebsorganisatorischen und marktdynamischen Produktionsorientierung zur Produktorientierung, seien es Güter oder Dienstleistungen, Informationen oder Kommunikationen. Der Zusammenbruch des östlichen Marxismus mit seiner an den Produktionsmitteln ausgerichteten Arbeitswertlehre wie der Niedergang der westlichen Wohlfahrtsökonomie, die Produktionsabschwünge durch Staatsinterventionen, sprich: Staatsverschuldung ausgleichen wollte, demonstrieren die Persionen solcher Angebotsökonomien. Beider Staatsversagen ist die Folge von gescheiterten Ökonomien, die auf gesellschaftliche Produktion bzw. soziale Verteilung gesetzt hatten.

Für eine zukunftsfähige, d.h. weltwirtschaftlich wettbewerbsfähige Ökonomie der Europäer sollte das erste Ziel nicht Organisierung und Rationalisierung der Produktion nach Produktivitätskriterien sein, sondern diese sind nur Mittel zur Qualifizierung und Individualisierung ihrer Produkte. Es kommt nicht mehr darauf an, billiger und massenhafter zu produzieren, sondern besser, schneller und beweglicher. Der Kampf gegen die Verschwendung von Rohstoffen und Energien, von Personal und Zeit, von Technik und Organisationsleistungen führt zur Verschlangung der Organisation und Vereinfachung des Managements. Aber die Enthierarchisierung der Betriebe, die Autonomisierung der Arbeitsgruppen, die Leistungsorientierung der Mitar-

beiterlöhne sind nicht die Ziele einer „lean production“ und eines „lean management“, wie es eine konventionelle Betriebswirtschaftslehre noch vorgibt, sondern alleine Mittel für qualitativere und kundengerechtere Produkte. Eine solche Qualitätsproduktion und ein solches Qualitätsmanagement mit ständiger produktionsorientierter Einsparung und produktorientierter Verbesserung richtet sich nach dem Maßstab aus, der letztlich über die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft entscheidet: es ist der Kunde selbst.

Die Moral des Marktes bleibt der Nutzen, aber seine „unsichtbare Hand“ lenkt nicht mehr die Schaffung und Verteilung des Reichtums, wie noch die ökonomische Klassik gesehen; verheißt nicht mehr die soziale Wohlfahrt und die Emanzipation der Arbeiterklasse, wie sie der Utilitarismus erwartete; leistet nicht mehr die ausgeglichene Gewinn- und Einkommensverteilung, wie sie der Marginalismus berechnet hatte, sondern seine Moral wird formiert durch die sichtbaren Erwartungen und beobachtbaren Anstrengungen der Wirtschaftsbürger. Sein Motor ist das Selbstinteresse und sein Medium die Selbstentfaltung der Bedürfnisse der Personen, die in der Arbeitsorganisation individuelle Leistungsverträge eingehen und erfüllen, Dienstleistungen je nach eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten erbringen und nachfragen, Informationen und Kommunikationen leisten und abrufen. Es ist nicht mehr der abstrakte Nutzen der Kapitalprofiteure und der Betriebsorganisatoren, schon gar nicht der politischen Klasse und der Verwaltungseliten; es ist der konkrete Nutzen der individuellen Produzenten und Konsumenten des europäischen Marktes.

Ist die Moral des Staates unter der Erwartung seiner Bürger soziale Sicherung in den Risiken des Lebens, die der Wirtschaft der individuelle Nutzen ihrer Produzenten und Konsumenten, so ist die **Moral der Person** der subjektive Selbstgenuss im Streben nach gelingender Selbstverwirklichung: Die Ethik des Hedonismus in einer radikal säkularisierten Welt – ohne moralgebietende Transzendenz, ohne gattungsgeschichtlichen Auftrag, ohne handlungsimperative Werte –, eine solche Ethik hat als anthropologischen Boden alleine die Person mit ihren psychophysischen, soziopolitischen und sozialkulturellen „In“texten und Kontexten. Die Individualisierung und Pluralisierung der Mentalitäten und Moralen, wie sie sich im Zuge der Wertewandels in den Sozialmilieus der Erlebnisgesellschaft ausbreiten und vervielfältigen, verdichten sich existentiell in den Personen mit ihren selbstgesteuerten Lust-Unlust-Bilanzen, ihren selbstgewollten Gefühls- und Gedankengleichgewichten, die der Hedonismus seit der Antike Autarkie der Persönlichkeit und

Ataraxie der Psyche nennt. Wenn die Moderne durch die Demokratisierung der politischen Institutionen bestimmt ist, so die Postmoderne durch die Emanzipation des Menschen zu sich selbst, zu seinem je selbstgewählten Streben nach Glück.

In der Dimension des Staates nehmen wir mit solchem Blick wahr die Verwandlung des Wohlfahrtsstaates zu einer politischen Gemeinschaft der Wohlbefindlichkeit seiner Bürger. In der Dimension der Wirtschaft beobachten wir die Umkehrung der Produktionsorientierung, die unter dem Diktat von Kapital, Arbeit und Standort steht, zur Ausrichtung an den Produkten, die als Güter und Dienstleistungen, Informationen und Kommunikationen lustvoll erzeugt und genussvoll verbraucht werden. Und in der Dimension der Person zieht sich dieser universale Prozess existentiell zur Maxime und zum Muster zusammen: Gesundheit als Lebensqualität.

Die moralführende Maxime und das soziale Muster der Gesundheit als Lebensqualität ist Methode und Thema, Position und Postulat einer Medizinethik unter den Bedingungen einer Erlebnisgesellschaft und den Folgen des Wertewandels. Mit meinen drei Thesen bin ich mit Ihnen diesen Weg gegangen. Wie sich unter den postmodernen Werteschüben die Mentalität und Moral einer selbstbestimmten und selbstgenussvollen ganzheitlichen Lebensführung mit je persönlichem Lebensstil herausbilden, war das Thema meiner **ersten These**. Maxime und Muster einer Gesundheit als Lebensqualität mit ihren Konsequenzen für die Stellung des Arztes und der Gesundheitsberufe überhaupt in einer von Patientenbedürfnissen und Klientenzufriedenheiten bestimmten Medizin, war meine **zweite These**. Schließlich entfaltete ich Ihnen meine **dritte These** mit der Forderung an eine europäische Medizin, die bei aller Rücksicht auf die regionalen und sozialen, Alters- und Geschlechtsdifferenzen ein Gemeinwesen mitaufbauen müsste, das seinen Bürgern Wohlbefindlichkeit ermöglicht, und einen freien Markt bedienen sollte, der qualitätsvolle Gesundheitsgüter anbietet für die je persönlichen Lebens- und Genusschancen. Der neue Hedonismus des Wertewandels- und Erlebnisgesellschaft – das ist die Konsequenz meiner letzten These – ist nicht mehr geprägt durch Leidensabwehr, Schmerzfreiheit, Todesverdrängung, wie es von Aristipp und Epikur bis zu Bentham und Schopenhauer die Philosophen gelehrt haben. Wenn uns Gott kein Heil mehr gibt, so auch kein Unheil; wenn Leiden und Sterben nicht mehr Strafen für geschicktes Dasein und selbstbeschädigtes Leben ist; wenn Gesundheit und Tüchtigkeit nicht mehr Pflicht für die Gemeinschaft heißt, Krankheit und Gebrechen nicht

mehr fremdbestimmte Entpflichtung; dann öffnet sich der Weg zur Selbstbewältigung des Leidens, zur Selbstgestaltung des Alters, zur Hinnahme des Sterbens als Ausdruck meiner Freiheit zum Selbstsein und Selbstgenuss, auch an den Grenzen des Daseins unter den Schatten der Endlichkeit.

Literatur

Zur Literatur verweise ich auf meinen Beitrag zur Sitzung der Heidelberger Akademie der Wissenschaften am 27.06.1998, herausgegeben von Heinz Häfner: „Gesundheit – unser höchster Genuss?“, Berlin / Heidelberg: Springer 1999, S 31-59; sowie auf mein Buch „Gesundheit als Lebensqualität. Folgen für Staat, Markt und Medizin“, Osnabrück / Zürich: A. Fromm 1998.

Grundwerte für die Zukunft des Gesundheitswesens

Christa Stewens

Vielen Dank für die Einladung zu Ihrer Tagung und für die Gelegenheit, über Perspektiven des Gesundheitswesens zu sprechen. Sie greifen damit ein höchst brisantes, aber auch ein höchst dringliches Problem auf. Ein Problem, das in der Tat eine etwas tiefschürfendere Betrachtung als eine rein fiskalische Sichtweise verdient. Denn es geht um unser aller Wohl, ja es geht um die für die Bürgerinnen und Bürger essentielle Frage, wie ihre gesundheitliche Versorgung in Zukunft aussehen soll.

Dass dies keine einfach zu beantwortende Frage ist, wird dem fachkundigen Zuhörerkreis, der sich heute hier eingefunden hat, klar sein. Ein Patentrezept oder „den“ Königsweg – diese Lehre können wir aus der Vergangenheit ziehen – gibt es nicht. Das soll uns aber nicht daran hindern, die Situation vorurteilsfrei zu analysieren und mögliche Lösungswege in einer Gesamtschau aufzuzeigen. Ich bin Ihnen deshalb dankbar, dass Sie bei Ihrer Tagung den Versuch unternehmen wollen, die Zukunft unseres Gesundheitswesens in einem größeren Ordnungsrahmen zu betrachten und dabei auch zu hinterfragen, welche Grundwerte wir dabei verwirklichen sollten.

Insbesondere im Bereich der **stationären Versorgung** werden Grundwerte des Gesundheitswesens neu definiert und an die Entwicklung der maßgeblichen Einflussgrößen angepasst werden müssen. Ein ganzes Bündel von Faktoren wird grundlegenden Änderungsbedarf verursachen, angefangen bei der Altersstruktur der Bevölkerung über neue medizinische Verfahren und Methoden und der daraus folgenden Neuabgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bis hin zu den Folgen neuer Managementmethoden.

All diese Entwicklungen treten aber hinter einem Vorhaben zurück, das schon fast zu einem Synonym für die „Zukunft im Krankenhaus“ geworden ist: die Einführung eines neuen, durchgehend pauschalierenden Entgeltsystems, auf Grundlage der sog. „Diagnosis Related Groups“ (DRG's). Auch

die Zukunft im Krankenhaus kommt offenbar nicht mehr ohne Anleihen aus dem angelsächsischen Sprachraum aus. Wir wollen hoffen, dass es bei sprachlichen Anleihen bleibt, und nicht die Verhältnisse z.B. der USA vollständig übertragen werden, wo 37 Mio. Menschen völlig ohne Krankenversicherungsschutz auskommen müssen und trotz angeblich höchst wirtschaftlicher und moderner Strukturen und der teilweisen Anwendung von DRG's die Gesundheitskosten, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, die höchsten der Welt sind. Erlauben Sie mir daher, dass ich von „fallgruppenbezogenen Pauschalen“ spreche und nicht von „DI-AR-DSCHI's“.

Die Umstellung auf dieses neue Vergütungssystem wird von vielen als Beginn einer neuen Zeitrechnung für die Krankenhäuser angesehen, in deren Jahr „Zwei“ wir uns inzwischen befinden. Nachdem die neue Zeitrechnung außerhalb der unmittelbar betroffenen Kreise weitgehend unbemerkt blieb, möchte ich heute die möglichen Auswirkungen auf die Krankenhäuser aus Sicht der Landespolitik darstellen.

Äußerungen über die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems sind zwangsläufig spekulativ, es handelt sich ja um ein System, das – zumindest in der für Deutschland vorgesehenen Ausprägung – nirgends auf der Welt jemals in der Praxis erprobt wurde. Trotzdem ist es aus meiner Sicht legitim, über mögliche Folgen zu reden. Denn auch die Argumente gegen das bestehende System tagesgleicher Pflegesätze sind weder unumstritten, noch durch Zahlenmaterial oder entsprechende wissenschaftlich ernstzunehmende Studien nachgewiesen. Tagesgleichen Pflegesätzen wird oft nachgesagt, Anreize zu bieten, den Patienten länger im Krankenhaus zu „behalten“. Selbst diese – auf den ersten Blick überzeugende – Ansicht ist angesichts der seit Jahrzehnten sinkenden Verweildauern nur mit dem – rein spekulativen – Argument haltbar, der Rückgang wäre ohne tagesgleiche Pflegesätze viel stärker ausgefallen.

Es ist nach meiner Ansicht nicht nur zulässig, sondern notwendig, die Wirkungen des neuen Vergütungssystems intensiv mit allen Beteiligten zu diskutieren, bevor die politischen Rahmenbedingungen endgültig festgeschrieben werden. Als Anfang des Jahres 2000 die Einführung eines Vergütungssystems auf der Basis von fallgruppenbezogenen Pauschalen gesetzlich vorgeschrieben wurde, war die Euphorie groß. Offenbar versprachen sich alle Beteiligten von einem solchen System die Lösung ihrer Probleme. Dass diese Ziele unrealistisch sind, zeigen schon die völlig unvereinbaren Erwartungen der beiden Seiten. Die Krankenhäuser erwarten eine Aufhebung der

Deckelung und angemessenere Vergütungen für ihre Leistungen, die Krankenkassen dagegen einen Rückgang oder zumindest eine Stagnation der Ausgaben. Man muss kein Studium der Volkswirtschaftslehre absolviert haben, um zu erkennen, dass nicht beides gleichzeitig zu haben ist.

Die zähen und mühsamen Verhandlungen über die genaue Ausgestaltung haben zumindest bei pessimistischen Naturen die Einsicht geweckt, dass auch ein neues Vergütungssystem weder zusätzliche Mittel für das Gesundheitswesen erschließen wird, noch zu einem Rückgang der Gesamtausgaben für die stationäre Behandlung führen wird.

Es fällt leider relativ leicht, die Hoffnung der Krankenhäuser auf zusätzliche Mittel für die stationäre Behandlung zu widerlegen. Das fallgruppenbezogene Vergütungssystem soll ja gerade das Dilemma lösen, mit den vorhandenen Mitteln den steigenden Bedarf der Bevölkerung an moderner Krankenhausmedizin zu decken. Die Menschen werden immer älter und deshalb immer behandlungsbedürftiger. Gleichzeitig werden die medizinischen Möglichkeiten immer besser aber auch teurer. Auf der anderen Seite hält der Anstieg der Geldmittel nicht einmal annähernd mit dieser Entwicklung Schritt. Daher werden bereits seit längeren die verschiedenen Möglichkeiten diskutiert, wie eine Ausgabenbegrenzung in das System eingebaut werden kann, um ein Ansteigen der Gesamtausgaben über das jetzige Niveau hinaus zu verhindern.

Dafür muss der Bundesgesetzgeber noch den finanzpolitischen Ordnungsrahmen schaffen. Je nach dem, welche Anreize dabei gesetzt werden, können diese bundesgesetzlichen Vorgaben den Krankenhäusern nützen oder schaden.

Ein System der „floatenden Punktwerte“ wird wohl von niemandem mehr ernsthaft erwogen. Lässt es doch die Kliniken im Unklaren über die Höhe der Vergütung und ermöglicht einzelnen Krankenhäusern, durch Mengenausweitungen **auf Kosten anderer Kliniken** Profite zu machen.

Momentan scheinen sich die Stimmen zu mehren, die ein Höchstpreissystem präferieren. Höchstpreise widersprechen aber dem Grundgedanken eines Pauschalsystems: gleiches Geld für gleiche Leistung. Zudem ginge die Vergleichbarkeit unter den Häusern verloren. Auch könnten Gewinne wirtschaftlicher Häuser diesen über ein Nach-unten-Verhandeln wieder entzogen werden. Deshalb muss der Weg darin bestehen, **Festpreise mit einer intelli-**

genten Mengensteuerung zu verbinden. Dies ermöglicht wirtschaftlichen Häusern Gewinne, ohne dass dies auf Kosten anderer Kliniken geschieht.

Meine Damen und Herren,

es ist angesichts dieser Diskussionen also nicht zu erwarten, dass die Bundesregierung ihre Politik der strikten Deckelung der Krankenhäuser durch ein System ersetzen wird, das die Gesamtausgaben im Krankenhaussektor erhöhen würde. Aber aus meiner Sicht ist auch das Vertrauen auf sinkende Ausgaben durch ein fallgruppenbezogenes Vergütungssystem für Krankenhäuser nicht sehr begründet.

Viele Hoffnungen ruhen auf den viel zitierten Wirtschaftlichkeitsreserven in den Krankenhäusern. Als Belege werden häufig die Gutachten von Unternehmensberatungsfirmen zu einzelnen Krankenhäusern genannt. Eine gewisse Vorsicht scheint mir hier angebracht. Welche Beratungsfirma wird eine Studie abliefern, in der sie ihre Suche nach Einsparungen als erfolglos darstellt? Aus meiner Sicht ist eher zweifelhaft, dass in den Krankenhäusern nennenswerte Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden können. Fast 70 % der Kosten im Krankenhaus sind Personalkosten. Bei Ärzten wird angesichts der aktuellen Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes, dass Bereitschaftsdienstzeiten als Arbeitszeiten gelten, eher eine Personalmehrung erfolgen müssen, die Situation der Pflegenden entlädt sich gerade in der neu aufflammenden Diskussion um den Pflegenotstand. Ironischerweise erfordert gerade das neue Vergütungssystem eine Verstärkung des Verwaltungspersonals, um den erheblich gestiegenen Anforderungen an das Rechnungswesen des Krankenhauses gerecht zu werden. Wo sehen Sie hier Einsparungsmöglichkeiten?

Vielfach werden aber die Einspareffekte des neuen Systems schon geradezu beschworen. Der Bettenkapazitätsabbau und die kürzere Verweildauer, welche die Pauschalen brächten, würden zu einer erheblichen Reduzierung der Kosten im Krankenhausbereich führen. Doch die Statistik spricht eindeutig gegen diese Hoffnung. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes lag die Verweildauer 1997 in Deutschland bei 11 Tagen, 1999 bei 10,4. Im gleichen Zeitraum sind die Bettenzahlen um 15 000 auf 565 268 gesunken. Aber dies hat keineswegs zu einem Absinken der Ausgaben im Krankenhausbereich geführt, sondern sogar zu einem Anstieg. Während sich 1997 die Gesamtkosten der Krankenhäuser noch auf etwa 97,5 Milliarden Mark beliefen, waren es 1999 schon über 3 Milliarden Mark mehr.

Wenn Patienten kürzere Zeit im Krankenhaus bleiben, müssen sie umso intensiver und aufwändiger betreut werden. Bettenabbau bedeutet noch lange nicht, dass in gleichem Maße auch Operationssäle, medizinische Geräte oder Personal abgebaut werden können. Es ist ja schließlich nicht das Krankenhausbett, das die Kosten verursacht, sondern der Patient, der darin liegt und nach wie vor die medizinisch notwendigen Leistungen erhalten muss.

Selbst wenn die Ausgaben im Krankenhausbereich entgegen aller Wahrscheinlichkeit wirklich sinken würden, könnte dies nur ein Scheinerfolg sein. Nach Erfahrungen aus anderen Ländern erhöhten sich die Ausgaben im ambulanten Bereich parallel zur Einführung von fallgruppenbezogenen Pauschalen im Krankenhausbereich. Kosten wurden damit zum Teil nicht eingespart, sondern einfach nur verlagert. Dies kann nicht Ziel einer neuen Krankenhausfinanzierung sein. Doch wegen der strikten Trennung von ambulantem und stationärem Bereich in Deutschland werden diese Erfahrungen aus dem Ausland kaum wahrgenommen. Die niedergelassenen Ärzte sehen den Systemwechsel bei der Krankenhausvergütung als rein stationäre Angelegenheit und die Krankenhäuser kümmern Kostensteigerungen bei der ambulanten Versorgung nicht. Für dieses Problem müssen also dringend Lösungsansätze gesucht und Wirkungsmechanismen gefunden werden.

Meine Damen und Herren,

wenn die Gesamtausgaben auch unter dem neuen System zumindest nicht steigen dürfen, sind strukturelle Änderungen in der stationären Versorgung unausweichlich. Jedes Vergütungssystem hat eigene Anreiz- und Verteilungswirkungen. Ein Wechsel wird daher zwangsläufig Gewinner und Verlierer bei den Krankenhäusern hervorbringen. Es scheint mir angesichts sehr unterschiedlicher Kosten- und Leistungsstrukturen völlig ausgeschlossen, dass alle Krankenhäuser zu den Gewinnern gehören werden. Die Aufgabe der Politik ist es aber, dafür zu sorgen, dass nicht die Patienten zu den Verlierern gehören.

So wird es eine sachgerechte Vergütung ohne eine sorgfältige und überlegte Bemessung der Relativgewichte der einzelnen Fallgruppen nicht geben. Sie müssen den Aufwand widerspiegeln, den die Behandlung des Patienten verursacht. Im Bereich der Chirurgie konnten mit den bisherigen Fallpauschalen schon Erfahrungen gesammelt werden, auf die nun zurückgegriffen werden kann. Dagegen ist in anderen Bereichen der Krankenhausversorgung fraglich, ob die Relativgewichte **überhaupt** angemessen den jeweiligen Aufwand darstellen können. Ich will hier nur die Psychosomatik nennen. Wie

hier im Einzelnen zur psychiatrischen Behandlung einerseits und zu rehabilitativen Leistungen andererseits abgegrenzt werden wird, ist noch völlig offen.

Unter einem pauschalierenden System werden besondere medizinische Leistungen und Verfahren bei der Vergütung weniger Berücksichtigung finden. Für die Höhe der Vergütung eines bestimmten Behandlungsfalls mit einheitlicher Fallpauschale ist es grundsätzlich unerheblich, ob die Behandlung mit innovativen und schonenden, aber teuren Verfahren durchgeführt wird oder mit der traditionellen, aber billigeren Methode. Immer wieder werden Sorgen dieser Art an mich herangetragen und als für den Gesundheitsbereich politisch Verantwortliche werde ich um Unterstützung gebeten. Doch ich kann dann nur klarstellen, dass die Bemessung der Relativgewichte im alleinigen Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung liegt. Deren Entscheidungsfindung ist jedoch nach außen nicht transparent. Hier ist noch einiges zu verbessern.

Es kann nicht sein, dass die Selbstverwaltung über so entscheidende Punkte wie die Bemessung der Relativgewichte ohne jede Beteiligung, ja sogar ohne einen laufenden Informationsaustausch mit den Ländern, entscheidet. Denn die Länder müssen als gesundheitspolitisch Letztverantwortliche für alle Auswirkungen der Absprachen der Selbstverwaltung vor den Bürgerinnen und Bürgern gerade stehen und auftretende Kritik über sich ergehen lassen, während die Selbstverwaltung später nicht zur Verantwortung gezogen werden kann.

Bei aller Wichtigkeit einer sachgerechten Vergütung darf niemals vergessen werden, dass sie nur Mittel zum Zweck ist, zu dem Zweck nämlich, den Menschen eine hochwertige, moderne und jederzeit zugängliche Medizin zur Verfügung zu stellen. Diese Zielsetzungen verdeutlichen die Grundwerte, die auch in Zukunft Gültigkeit haben müssen. Dabei sind noch viele Fragen nicht befriedigend beantwortet.

Wie kann unter Geltung eines fallgruppenbezogenen Vergütungssystems verhindert werden, dass Patienten zu früh entlassen werden? Wie vermeidet man, dass unter einem Fallpauschalensystem an der Qualität der Behandlung gespart wird? Und nicht zuletzt: Wie kann der wohnort-nahen Versorgung, der Ausbildung des Krankenhauspersonals, der Einführung neuer, innovativer medizinischer Verfahren und der Vorhaltung von seltener genutzten, aber unverzichtbaren vorzuhaltenden Einrichtungen, wie z.B. Isolierstationen für Patienten mit Lassa- oder Ebolafieber oder Stationen für Strahlenopfer

Rechnung getragen werden? Ob die im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die erst kürzlich, am 15. Dezember, geschlossene Vereinbarung der Selbstverwaltung über Regelungen für Zu- und Abschläge ausreichende Antworten auf diese Fragen bieten, bleibt abzuwarten.

Um auch unter dem neuen System das oben erwähnte Ziel einer hochwertigen, jederzeit verfügbaren, wohnortnahen Krankenhausbehandlung zu erreichen, sollten wir auf Bundesebene den Weg gehen, den wir in Bayern schon immer gegangen sind: Den Weg, Probleme gemeinsam anzugehen, sachlich zu diskutieren und nach Lösungen zu suchen, die **alle** Beteiligten mittragen können.

Meine Damen und Herren !

Was den ambulanten Bereich angeht, so erweist sich die GKV-Gesundheitsreform 2000 der rot-grünen Bundesregierung in weiten Teilen als Murks. Menschen bekommen ihre gewohnten Medikamente nicht mehr, Arzt- und Zahnarzttermine müssen verschoben werden, und es setzen wieder die bekannten Patientenwanderungen ein. Sie alle kennen dieses Phänomen aus den Jahren 1993 bis 1995. Patienten mit kostspieligen Erkrankungen werden zur Schonung des eigenen Budgets von Arzt zu Arzt, vom ambulanten in den stationären Sektor, von Krankenhaus zu Krankenhaus und vom stationären wieder zurück zum niedergelassenen Bereich schnellstmöglich weiterempfohlen. Dies alles macht augenscheinlich: Die von uns befürchtete stille Rationierung, vor der wir stets gewarnt haben, ist im Alltag eines Kassenpatienten Realität geworden. Das Grundübel für diese gesundheitspolitische Misere hat einen Namen:

Es ist die gesetzlich fixierte **Budgetierung** der Leistungsausgaben. Die Vorstellung, man könne durch erzwungene Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung sanieren, ist eine Wunschvorstellung. Krankheit lässt sich eben nicht budgetieren.

Das hat inzwischen – nach nicht einmal zwei Jahren – auch die rot-grüne Bundesregierung eingesehen. Die neue Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt kündigte kurz nach ihrem Amtsantritt eine gesundheitspolitische Kehrtwende an und versprach die begangenen „Fehler“ auszumerzen und zunächst und vor allem die Kollektivhaftung beim Arznei- und Heilmittelbudget abzuschaffen. Bei der Kollektivhaftung des Arzneimittelbudgets lägen negative Wirkungen und fehlendes Zielerreichen auf der Hand. Dass

Frau Schmidt die sektoralen Budgets heute als Übergangslösungen etikettiert, entbehrt nicht einer gewissen Pikanterie. Ich stehe nicht an, der Bundesgesundheitsministerin in diesem Punkt meine vorbehaltlose Unterstützung anzubieten.

Frau Schmidt nennt aber auch zwei wichtige Vorhaben, die ihrer Ansicht nach noch in diesem Jahr vorangebracht werden müssen:

- Die Festbetragsregelung im Arzneimittelbereich sei auf eine rechtlich sichere Grundlage zu stellen und
- die Verabschiedung der sog. Positivliste.

Was die Festbetragsregelung im Arzneimittelbereich anlangt, so verstehe ich die unbotmäßige Eile nicht ganz. Richtig ist, dass gerade hier erhebliche Rechtsunsicherheit besteht. Zum einen was das Wettbewerbsrecht, vornehmlich das europäische Wettbewerbsrecht anlangt. Zum anderen was die Verfassungsmäßigkeit der Regelung an sich betrifft. Ich meine, es gibt gute Gründe, hier die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs und des Bundesverfassungsgerichts abzuwarten. Immerhin lässt sich ja nicht von vorneherein ausschließen, dass der EuGH eine Entscheidung **zugunsten** der Krankenkassen fällt bzw. das Bundesverfassungsgericht das bisher geltende Recht **bestätigt**. Ungeachtet dessen sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen angesichts dieser schwebenden Verfahren nicht noch Öl ins Feuer gießen und von Festbetragsfestsetzungen absehen. Damit könnte sich das Bundesgesundheitsministerium eine vorauseilende „Übergangslösung“ sparen.

Von ganz anderem Gewicht ist hingegen die Verabschiedung der Liste von verordnungsfähigen Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung, der sog. Positivliste. Ich sage klipp und klar: Die Bayerische Staatsregierung lehnt die Positivliste nach wie vor ab. Ich will jetzt nicht im einzelnen unsere Bedenken darlegen. Für völlig unglaubwürdig halte jedoch das Argument, die Positivliste verbessere die Qualität der Arzneimittelversorgung. Ich frage Sie: Warum definiert sich das Kriterium „Qualität“ künftig unterschiedlich, je nachdem ob der Versicherte das Medikament als gesetzlich Krankenversicherter oder Privatpatient erstet. Reichte bisher die Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz aus, um als Kassenpatient das benötigte Medikament verschrieben zu bekommen, so wird künftig ein noch höherer Qualitätsmaßstab gelten, nämlich die Aufnahme des Arzneimittels in die Positivliste. Kauft sich der Kassenpatient das Medikament hingegen privat oder als Privatpatient, dann tun es wieder die bisherigen Qualitätskriterien des Arzneimit-

telgesetzes. Diese Logik kann ich beim besten Willen nicht nachvollziehen. Ich meine, die Bundesregierung sollte das Versteckspiel aufgeben und einräumen, dass es ihr bei der Positivliste ausschließlich um die Abschöpfung von Finanzmitteln geht. Diesen Preis halte ich aber angesichts der bekannten Unsicherheiten für entschieden zu hoch. Ich denke, die Bundesgesundheitsministerin wäre gut beraten, wenn sie von diesem Vorhaben Abstand nehmen würde.

Meine Damen und Herren !

In der Gesundheitspolitik besteht dringender Handlungsbedarf. Wir brauchen wieder eine am Menschen orientierten Gesundheitspolitik. Eine Gesundheitspolitik, die den einzelnen Arzt, das Krankenhaus und all die anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen in die Lage zu versetzt, ihre Patienten medizinisch bedarfsgerecht und an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert zu therapieren. Die heutige Gesundheitspolitik, bevormundet alle Beteiligten im Gesundheitswesen – sowohl die sogenannten Leistungserbringer als auch die gesetzlich Versicherten.

Wir brauchen wieder eine Gesundheitspolitik, in der sich der Staat zurücknimmt und den Menschen zutraut, Verantwortung zu übernehmen. Das Krankenversicherungssystem, wie wir es heute kennen, war sicher die richtige und geeignete Antwort auf die Probleme der beginnenden Industrialisierung bis weit in das 19. Jahrhundert hinein. Nach über hundert Jahren, zu Beginn des zweiten Jahrtausends, ist es jedoch Zeit für einen **Umbau**. Heute brauchen wir andere und vor allem **modernere** Antworten.

Wir wollen das Solidarsystem nicht abschaffen. Das wäre der Umbau unseres Sozialstaats mit der Abrissbirne. Solche neoliberalen Gedankenspiele überlassen wir gerne anderen. Was wir wollen, ist ein Umbau **im** System, ein Umbau, der zugleich **sozialverträglich** abgedeckt ist. Zu dieser **Modernisierung** gehört für mich zunächst und vor allem, dass wir den Bürgern endlich etwas mehr **Verantwortung zutrauen** und auch *zubilligen*. Warum geben wir Ihnen beispielsweise nicht die Möglichkeit, zwischen **verschiedenen** Optionen zu wählen? Ich kann mir gut **Versicherungspakete** vorstellen, die nach **ökonomischen** Aspekten berechnet sind. Vielleicht will und kann jemand einen **Selbstbehalt** oder mehr **Selbstbeteiligung** leisten. Der andere wiederum will auf „Nummer Sicher“ gehen und sich den **vollen** Leistungskatalog erhalten.

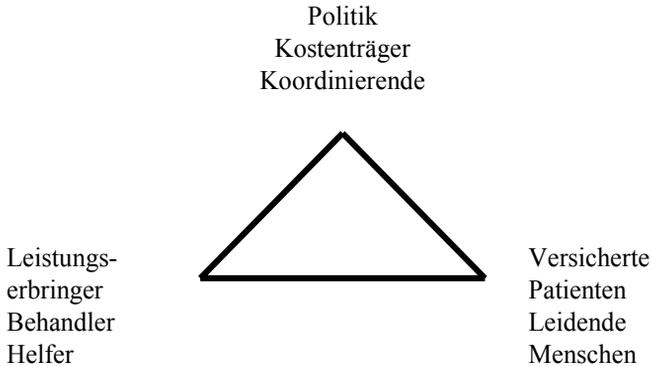
Von all diesen Möglichkeiten sind wir gar nicht so weit entfernt. Unser Krankenversicherungssystem kennt bereits heute einen **ermäßigten**, einen **erhöhten** und einen **allgemeinen** Beitragssatz. Man muss diesen vorhandenen Gedanken nur ausbauen und konsequent zu Ende führen. Kosmetische Reformen und Modifikationen haben ausgedient, wir müssen zu einer in sich geschlossenen und zukunftsfesten Reform der gesetzlichen Krankenversicherung kommen. Denn sonst werden die ungelösten Probleme von heute die potenzierten Probleme von morgen sein. Und das – so meine ich – sollten wir der zukünftigen Generation, unseren Kindern und Kindeskindern wirklich nicht zumuten.

Wer gestaltet die Zukunft unseres Gesundheitswesens?

Dr. Joachim Galuska

Die Position des Patienten wird im Gesundheitswesen noch massiv unterschätzt und unterbewertet. Wir haben im Gesundheitswesen ein Beziehungsdreieck. Da gibt es die Leistungserbringer aus der formalen juristischen Sicht bzw. die Behandelnden, dann die Kostenträger als Koordinierende einschließlich der Politik, die die Rahmenbedingungen vorgibt, und die Patienten, bzw. aus formaler Sicht die Versicherten (s. Abb.).

Beziehungsdreieck im Gesundheitswesen



Wer steuert eigentlich zur Zeit das System Gesundheitswesen? Welches ist eigentlich die basale Beziehung? Die basale Beziehung ist wahrscheinlich die Arzt-Patient-Beziehung, aber die Hauptsteuerung findet dort nicht statt. Sie geschieht zur Zeit sicherlich durch die Politik und die Kostenträger, die

sich offenbar zur Aufgabe gemacht haben zu steuern. Der Patient als der Steuernde, also der Kunde wie etwa beim Autokauf, ist im Gesundheitswesen noch nicht sehr ausgeprägt. Wir haben hier meiner Ansicht nach ein großes Problem, das man nicht dadurch löst, Patientenvertretungen zu bilden. Wenn eine gesellschaftliche Gruppe Anwälte braucht, um ihre normalen und natürlichen Funktionen wahrzunehmen, dann ist etwas im System falsch, so wertvoll und wichtig auch Patientenvertretungen sein mögen. Es kann also nicht darum gehen, dass Verbände oder Verbandsvertreter sich für die richtigen Anwälte der Patienten halten, um zu steuern, sondern Patienten müssen selbst persönlich steuern. Wir als Menschen müssen im Falle der Krankheit selbst die Möglichkeit haben, über unser Leben zu verfügen, und darüber, wie wir im Fall der Krankheit unterstützt werden wollen. Denn im Gesundheitswesen haben wir ja nicht primär Versicherte oder Patienten, sondern leidende

Menschen, die sich in einer Grenzsituation des Lebens befinden, die sterben könnten, die in Folge ihrer Krankheit vielleicht ihr gesamtes Leben verändern müssen. Im Falle einer chronischen Krankheit verändert sich der gesamte Lebenslauf, Familie und Angehörige sind davon betroffen. Dies wird noch sehr wenig gesehen. Das Krankenhaus bewegt sich zwar mehr zur Kundenorientierung hin, aber dabei geht es hauptsächlich darum, die Abläufe zu verbessern, die Wartezeiten zu verringern usw. Es gibt jedoch viel fundamentalere Fragen, wenn ein Mensch an der Schwelle des Todes steht. Wenn wir diese Grenze ernst nehmen, dann bekommen wir auch noch einen anderen Blick. Wenn wir uns mehr mit unserer Sterblichkeit beschäftigen, bekommen wir auch ein tieferes Verständnis für das Leben.

Zuletzt noch einige Gedanken zum Anliegen unserer Tagung und dieses Bandes: Ich persönlich stehe zu den Werten. Ich denke, in allen Beiträgen ist der „Wert der Werte“ sichtbar und spürbar geworden. Ich stehe besonders zu Grundwerten und halte sie für Grundprinzipien, die vergleichbar sind mit Naturgesetzen. Sie sind für mich Ausdruck einer Schöpfungsordnung, einer Grundordnung des Seins, die wir vielleicht mehr und mehr verstehen können. Ich halte es für wichtig, mit ihnen im Einklang zu leben und sie nicht zu missachten, da wir sonst vermutlich genauso abstürzen werden, wie es geschieht, wenn wir zu fliegen versuchen ohne die Schwerkraft zu beachten.

Der „Wert der Werte“ zeigt sich auch darin, dass sie mit unserem Herzen verbunden sind. Sie sind fühlbar, spürbar, sie erfüllen uns, bewegen unser

Herz, geben unserem Dasein einen Halt und eine Richtung. Mit ihnen im Einklang zu leben, macht Sinn und gibt Sinn.

Unsere Zukunft ist unbekannt und offen. Ich bin überzeugt davon, dass wir sie unserem Wesen als Menschen gemäßer gestalten werden, wenn wir sie gemeinsam gestalten, uns also vernetzen, runde Tische bilden, in echte Dialoge treten. So ist es erforderlich, dem anderen, den wir vielleicht auch manchmal nicht verstehen, und der uns fremd bleibt, respektvoll zu begegnen und ihn ernst zu nehmen in seinem Entwurf des Lebens und in seinem Verstehen der Welt. Und dies ist besonders wichtig in einer Zeit, in der unsere Gesellschaft in unterschiedliche Lebenswelten zu zerfallen beginnt, jedoch gleichzeitig unterschiedliche Kulturen sich mehr und mehr berühren und zu einem globalen Zusammenleben finden müssen.

Das Gespräch über Grundwerte kann beitragen zu einem gemeinsamen Fundament für eine gemeinsame Gestaltung eines menschengemäßen Gesundheitswesens. Es ist aber auch Teil eines tieferen Dialoges, der erforderlich ist, wenn wir die Zukunft der Menschheit, also unserer Art, in die Hand nehmen und unserem Wesen gemäß gestalten.

Mit den abschließenden Worten von Martin Buber möchte ich Sie einladen, in dieser Entwicklung Ihren Platz einzunehmen:

Du sollst dich nicht vorenthalten

„Wer aber die Frage stellt, den Ernst einer Seele auf den Lippen, und meint: „Was habe ich zu tun?“ – den nehmen Gefährten bei der Hand, die er nicht kannte und die ihm alsbald vertraut werden und die antworten: „Du sollst dich nicht vorenthalten.“

Du, eingetan in die Schalen, in die dich Gesellschaft, Staat, Kirche, Schule, Wirtschaft, öffentliche Meinung und dein eigener Hochmut gesteckt haben, Mittelbarer unter Mittelbaren, durchbrich deine Schalen, werde unmittelbar, rühre, Mensch, die Menschen an.“

Kurzbiographien

Professor (em.) Dr. med. D-78464 Konstanz
Horst Baier Renkenweg 9
 Telefon & Fax 07531 / 32990

Kurzbiographie

- 26.3.1933 Geboren in Brünn / Mähren.
- 1952-1959 Studium der Medizin, Philosophie und Sozialwissenschaften in Erlangen, Berlin und München.
- 1959 medizinisches Staatsexamen und Promotion zum Dr. med.
- 1961 Approbation als Arzt.
- 1962-1969 Mitarbeiter an der Sozialforschungsstelle Dortmund, zuerst bei Helmut Klages, seit 1965 persönlicher Assistent von Helmut Schelsky.
- 1969 Habilitation im Fach Soziologie mit einer Arbeit über die Wissenschaftslehre Max Webers und Privatdozent an der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Wilhelms-Universität Münster.
- 1969/70 Ordentlicher Professor für Soziologie und Sozialpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Münster.
- 1970-1975 Ordinarius der Soziologie und Philosophie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main.
- 1975 Ordinarius der Soziologie mit Lehrstuhl in der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Konstanz, seit April 1998 emeritiert.
- 1989-1994 Gastprofessuren und -vorlesungen an der Thomas Masaryk-Universität in Brünn / Mähren, Alexander I. Cuza-Universität Iasi / Rumänien, Wirtschaftsuniversität Kiew und Karls-Universität Prag.
- Seit 1959 Verheiratet mit Frau Almuth, geb. Gudden, 4 Kinder.

Veröffentlichungen zur Sozialstruktur und Sozialpolitik Deutschlands, Medizinsoziologie und Sozialmedizin, Sozialphilosophie und Wissenssoziologie, Geschichte der Sozialwissenschaften und der sozialen Ideen. Mitherr-

ausgeber der Soziologischen Gegenwartsfragen. Neue Folge, Stuttgart, und der Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Konstanz.

Arbeitsschwerpunkte: Klientele, Verbände und Verwaltungen im Sozialstaat; Einrichtungen, Berufe und Verhaltensformen im Sozial- und Gesundheitswesen; Dogmengeschichte und Editionen der Sozialwissenschaften mit Schwerpunkt in der Max Weber-Forschung, insbesondere der Mitherausgabe der Historisch-kritischen Gesamtausgabe der Schriften, Briefe und Vorlesungen Max Webers im Auftrag der Bayerischen Akademie der Wissenschaften.

**Univ.-Prof. Dr.
Wilfried Belschner**

Universität Oldenburg
Gesundheits- und Klinische Psychologie
26111 Oldenburg
email:
wilfried.belschner@uni-oldenburg.de

Kurzbiographie

- | | |
|-----------|---|
| 1941 | geboren |
| seit 1965 | verheiratet |
| seit 1966 | Vater |
| seit 1998 | Großvater |
| 1960-1965 | Studium der Psychologie an den Universitäten Würzburg und Freiburg i.Br., Diplom (Dipl.-Psych.) 1965 |
| 1968 | Promotion (Dr. phil.) (Nebenfächer: Philosophie und Psychiatrie), Dissertation: Die Konstruktion des Foto-Hand-Tests (FHT). |

Berufliche Stationen

- | | |
|-----------|--|
| 1965 | Psychologisches Institut der Universität Freiburg, |
| 1966-1968 | Klinischer Psychologe an der privaten Klinik für Kinder und Jugendliche Freiburg, |
| 1968-1969 | Klinischer Psychologe am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Reichenau / Konstanz; Lehrbeauftragter für Methodenlehre an der Universität Konstanz, |
| 1969-1974 | zunächst Hochschuldozent, dann Lehrstuhlvertretung für Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Niedersachsen, Abt. Braunschweig, |
| seit 1974 | Universitäts-Professor für Psychologie an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. |

Gesundheits- und sozialpolitische Projekte (Public Health)

- 1970 ff: Gründung und Leitung der *Studentenberatungsstelle* an der TU Braunschweig,
- 1977 ff: Mitbegründung der *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft* (PSAG) Oldenburg (zur Umsetzung der Psychiatrie-Enquete),
- 1980 ff: Einrichtung und Leitung des stadtteilbezogenen *Treffpunkts Wochenmarkt* und anschließend des *Nachbarschaftsladens* als selbstorganisiertes Kommunikationszentrum, später Überführung in die Rechtsform eines Vereins (zur Umsetzung gemeindepsychologischer Konzepte),
- 1982 ff: Einrichtung und Leitung der *stadtteilbezogenen Beratungsstelle ZEBRA* (Zentrum für Beratung) als Teil des Praxis-Ausbildungskonzeptes im Diplom-Studiengang Psychologie an der Universität Oldenburg,
- 1984 ff: Einrichtung und Leitung der *Beratungs- und Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen* (BEKOS) in Oldenburg, später Überführung in die Rechtsform eines Vereins (zur Umsetzung gemeindepsychologischer Konzepte; Einwerbung von Drittmitteln),
- 1982 ff: Mitbegründung der Initiative *Bewusst-Sein für den Frieden* (Friedensinitiative der Psychologen),
- 1986 ff: Einrichtung und Leitung von *Wohnwerkstätten* in zwei Quartieren Oldenburgs (Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung; Einwerbung von Drittmitteln),
- 1988 bis heute: Einrichtung und Leitung des *Kontaktstudiums Qigong* an der Universität Oldenburg, Kooperation mit den Universitäten Nanking und Peking, Kliniken in Peking und Beidahe (Einwerbung von Drittmitteln),
- 1990-1995 Mitbegründung des *Gesundheitsplenum Oldenburg*, Überführung in einen Verein und in dieser Zeit 1. Vorsitzender (Umsetzung der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung; Einwerbung von Drittmitteln),

- 1991 f: Beratung des Nds. Sozialministeriums für die Entwicklung des Programms *Gesundheit 2000* (Umsetzung der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung),
- 1997 ff: Mitglied der bundesweiten Arbeitsgruppe *Gesundheitsfördernde Hochschulen* (Umsetzung der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung im Setting Hochschule),
- WS 1998/99 bis heute: Einrichtung und Leitung der *Transpersonalen Studien* an der Universität Oldenburg (= offenes Weiterbildungsangebot zur Integration der spirituellen Dimension in psychosoziale und medizinische Arbeitsfelder und in das öffentliche Leben),
- 1999 bis heute: Gründung des *Transpersonalen Arbeitskreises* Oldenburg,
- 1999 bis heute: Mitbegründung des *Deutschen Kollegiums für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie* (DKTP) als e.V., 1. Vorsitzender des DKTP.

Drittmittel-Projekte (Auswahl)

- Aids-Prävention bei Kindern und Jugendlichen (BMG)
- CURA – Computer-unterstütztes Risikomanagement bei Aids (AOK)
- SEXECKE – Entwicklung eines sexualpädagogischen Spiels (BzGA)
- Ernährung älterer Menschen (BzGA)
- Patientenberatung: Konzept und Begleitung einer Beratungsstelle (BMG)
- Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitliche Status von MitarbeiterInnen im technischen und Verwaltungs-Dienst an einer Universität (Nds. Innenministerium)
- Ars moriendi (BMG)

**Dr. med.
Eckart Fiedler
Vorsitzender des Vorstandes der
BARMER Ersatzkasse**

BARMER Presseabteilung
42271 Wuppertal

Kurzbiographie

- | | |
|----------|---|
| 1.8.1942 | geboren Danzig-Langfuhr |
| 1958 | Abitur, anschließend zweijähriger Wehrdienst |
| 1964 | Studium der Medizin |
| 1967 | Studium der Politischen Wissenschaften und Soziologie in Mainz |
| 1969 | Staatsexamen der Medizin |
| 1969 | Eheschließung mit Dr. med. Brigitta Fiedler, geb. Piepenborn |
| 1970 | Promotion zum Dr. med. sowie Approbation, danach Tätigkeit als Assistent der Neurochirurgie, Inneren Medizin und Bakteriologie in Mainz |
| 1971 | Geburt des Sohnes Bernhard im Nebenberuf Geschäftsführer der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz |
| 1972 | Geschäftsführender Arzt und Leiter der Honorarabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Köln |
| 1974 | Geburt der Tochter Christina |
| 1977 | Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Köln |
| 1988 | Geschäftsführer des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen in Siegburg |
| 1996 | Vorsitzender des Vorstandes der BARMER Ersatzkasse in Wuppertal |

Dr. Joachim Galuska
Geschäftsführender Gesellschafter
und Ärztlicher Direktor der Fach-
linik Heiligenfeld GmbH

Euerdorfer Str. 4-6
 97688 Bad Kissingen
 e-mail: info@heiligenfeld.de
 Internet: www.heiligenfeld.de

Kurzbiographie

Daten zur Person und Familie

Geboren 16.11.1954 in Oppeln (Oberschlesien)
 Familienstand, Kinder verheiratet, 2 Kinder

Ausbildungsdaten und beruflicher Werdegang

1973 bis 1981	Studium der Medizin und der Psychologie an der Universität Düsseldorf
1980	Promotion in Medizin über „Auswirkungen von Blei auf Verhalten, Gewichtsregulation und ALA-D-Aktivität bei Ratten mit unterschiedlicher Expositionsdauer“
1981-1986	Assistenzarzt in der Psychiatrie Lehraufträge über Psychiatrie, Psychopathologie und Psychotherapie für das Lehrgebiet Sozialmedizin an der Fachhochschule Düsseldorf (Fachbereich Sozialpädagogik)
1985	Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“
1986	Facharztanerkennung „Psychiatrie“
1987-1988	Oberarzt der Abteilung Psychiatrie / Psychotherapie der Hardtwaldklinik I in Zwesten. Dozent im Weiterbildungskreis Zwesten
1988-1990	Praxisvertretung in psychotherapeutischer Kassenarztpraxis in Memmingen. Entwicklung und Vorbereitung eines eigenständigen Klinikkonzepts
1994	„Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“ gem. der neu entwickelten Weiterbildungsrichtlinien

- Seit 1990
- Chefarzt bzw. Ärztlicher Direktor und Mitbetreiber der Fachklinik Heiligenfeld für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Kissingen.
 - Weiterbildungsermächtigung für Selbsterfahrung in der Gruppe und einzeln (Lehrpsychotherapie) und für Supervision (einzeln und in der Gruppe) und volle Weiterbildungsermächtigung im Gebiet der Psychotherapeutischen Medizin durch die Bayer. Landesärztekammer.
- Seit 1999
- Sprecher der Direktorenkonferenz Psychotherapeutische Medizin in Bayern.
- 2000
- Hochschulzertifikat für das Postgraduierten-Studium Betriebswirtschaft für Ärztinnen und Ärzte
 - Qualifikationsnachweis der BLÄK „Qualitätsmanagement“

Aktivitäten und Mitgliedschaften

- 1993
- Mitbegründung des SEN Deutschlands, Netzwerk spiritueller Krisenbegleitung, eines Netzwerkes von Professionellen und Betroffenen für die Unterstützung bei religiösen und spirituellen Krisen.
2. Vorsitzender des SEN Deutschland, seit 1997 Ehrenbeirat
- 1995
- Begründung der Fachzeitschrift „Transpersonale Psychologie und Psychotherapie“, einer Fachzeitschrift für die Verbindung von wissenschaftlicher Psychologie und Psychotherapie und spirituellen Themen, die zweimal jährlich erscheint. Seitdem Mitherausgeber dieser Zeitschrift.
- 1995
- Mitaufbau eines Chefärztekreises zur Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie im Rahmen des Landesverbandes Bayern der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und Gründung der Direktorenkonferenz Psychotherapeutische Medizin in

Bayern am 03.12.1999, seitdem Sprecher der Direktorenkonferenz.

- 1999 Mitbegründer des Deutschen Kollegiums für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie (DKTP), einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Forschung und Lehre im Gebiet der transpersonalen Psychologie und Psychotherapie an den Hochschulen. Seitdem Vorstandsmitglied des DKTP und Organisation der Gründungstagung im Juni 1999.
- 2000 Mitbegründung des Spiritual Venture Network, eines Netzwerkes für die Vermittlung spiritueller Werte in wirtschaftlichem Handeln, seitdem Vorstandssprecher des Vereins, Organisation zweier Tagungen des Spiritual Venture Network im Jahr 2000 in Bad Kissingen
- Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP), der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation (DGPR), des Vereins ärztlicher Gestalt-Psychotherapeuten (VÄGP), der Deutschen Vereinigung für Gestalttherapie (DVG), der Deutschen Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (DGIK), der Deutschen Transpersonalen Gesellschaft (DTG) und Delegierter des Deutschen Kollegiums für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie in der Europäischen Transpersonalen Gesellschaft (Eurotas).

Professor Dr. med.
Dietrich H.W. Grönemeyer

Lehrstuhl für Radiologie und
 MikroTherapie
 Institut für MikroTherapie
 Universitätsstr. 142
 44799 Bochum

12.11.52	geboren in Clausthal-Zellerfeld
1966-1968	Teilnahme an „Jugend forscht“ und am Mittel- und Ost-deutschen Schülerwettbewerb"
1972	Abitur im Humanistischen Gymnasium, Bochum
1972-1974	Wehrdienst
seit 1977	verheiratet mit Christa Enste, 3 Kinder
1974-1982	Studium der Humanmedizin (Physik, Sinologie)
1978-1982	Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Biomedizinische Technik der Universität Kiel
1982	Promotion, Universität Kiel
1982-1984	Assistenzarzt an der Radiologischen Klinik der Christian Albrechts Universität Kiel
1984-1987	Assistenzarzt an der Radiologischen Abteilung am Klinikum der Universität Witten / Herdecke
1987-1988	Oberarzt an der Radiologischen Abteilung der Lungenklinik Hemer und am Ev. Krankenhaus in Iserlohn
03,04/1988	6-Wochen Forschungsaufenthalt an der University of California in San Francisco (UCSF)
04/88-09/90	Chefarzt des Mülheimer Krankenhaus Institutes (MKI)
07/88-12/96	Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Med. Computerwissenschaften der Universität Witten / Herdecke
08/88-10/88	3-monatiger Forschungsaufenthalt an der University of California in San Francisco (UCSF)
1990	Habilitation, Universität Witten / Herdecke

- 10/90-12/96 Direktor und Eigentümer des Mülheimer Radiologie Instituts (MRI)
- 1991-1995 Mitglied im Editorial Board von „Minimally Invasive Therapy“
- 10/91 Gründungsgesellschafter des EFMT – Entwicklungs- und Forschungszentrum für Mikro Therapie, gGmbH, Bochum
- seit 1994 Mitglied im Verein „pro Ruhrgebiet“
- 01/95-12/97 Gründungsgesellschafter Focus Mediport Berlin
- seit 05/95 Gründungsmitglied Essener Herz- und Kreislaufzentrum e.V.
- 06/95-10/96 Redaktionsleitung Medizin im Bild
- seit 10/95 Mitglied im Advisory Board für den „Innovationspreis Berlin-Brandenburg“
- seit 1995 Mitglied im Editorial Board von "Minimally Invasive Therapy and Allied Technologies"
- seit 1995 Mitherausgeber der „Essener Kardiologische Kardio- vaskuläre Nachrichten“
- seit 1995 Mitglied der “New York Academy of Sciences”
- 01/96 Gründungs- und Beiratsmitglied der Landes-initiative „MeTNet“ NRW e.V.
- seit 09/96 Gastprofessor an der Harvard Medical School in Boston
- seit 10/96 Apl. Professor an der Universität Witten / Herdecke
- seit 11/96 Berufung auf den Lehrstuhl für Radiologie und Mikro Therapie der Universität Witten / Herdecke
- seit 01/97 Gründer und Leiter des Instituts für Mikro Therapie der Universität Witten / Herdecke
- 01/97 Präsident Internation. Kongress HIGH CARE 1997, Bochum
- 03/98 Präsident Telemedizin, Kongress Euromed, Leipzig
- seit 03/98 Mitglied im Advisory Board Euromed, Leipzig

- seit 05/98 Beiratsmitglied der Landesinitiative Health Care NRW
- seit 05/98 Beiratsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e.V.
- seit 08/98 Aufsichtsratsmitglied AdMeTech, Washington USA (regierungsnahe gemeinnützige Gesellschaft für Medizintechnik)
- seit 11/98 Mitglied im Deutschen Hochschulverband
- seit 07/99 Mitglied im Advisory Board International Biographical Centre
- seit 09/99 Beiratsmitglied der Interessengemeinschaft zur Verbreitung von Anwendungen der Mikrostrukturtechniken NRW e.V.
- seit 10/99 Beiratsmitglied der Europäischen Akademie für KAMPO-Medizin (EuroKAMPO)
- seit 01/2000 Mitglied im Verein Deutscher Ingenieure
- 02/2000 Präsident Internation. Kongress HIGH CARE 2000, Bochum
- seit 04/2000 Mitglied im European Congress of Radiology
- seit 04/2000 Mitglied im Verein zur Förderung der klinisch-kardio-vasulären Forschung (VKKF ev.)
- 05/2000 Mitglied im National Scientific Committee des World Congress of High-Tech Medicine, Hannover
- seit 05/2000 Mitglied der Radiological Society of North America (RSNA)
- seit 06/2000 Gründungsmitglied der „Virtuellen Fakultät der Medizin e.V.“, Heidelberg
- seit 07/2000 Mitglied im Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Gastvorlesungen

1990-1998

u.a.: National Institute of Health, USA; National Cancer Institute, USA, Stanford University, USA; Keyo University, Tokio, Mayo Klinik / Rochester, Harvard Medical School / Boston, sowie Universitäten u.a. in: Bangkok, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Los Angeles, Macau, Madrid, Nanking, Paris, Peking, Prag, Rom, San Francisco, Sydney, Washington

Wissenschaftliche Arbeiten

4 Hauptwerke

- Interventionelle Computertomographie, 1989 Ueberreuther Verlag, Wien
- Interventional Computed Tomography, 1990 Blackwell Science, Berlin
- Open Field MRI, 1999 Springer Wissenschaft, Heidelberg
- Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft, 1999 Springer Wissenschaft

- mehr als 350 Veröffentlichungen und Vorträge weltweit

Innovationen

- | | |
|---------------|---|
| - weltweit | MikroTherapie, Mikrooperationen bei Bandscheiben und Tumoren, Tumortherapie, Mikroendoskopie, Computer- und Kernspintomographie im Operationsaal (Patente und zahlreiche Gebrauchsschutzmuster dieser Arbeitsgebiete) |
| 1988 | Erste Operation am offenen Kernspintomographen und Computertomog |
| - Deutschland | |
| 1989 | Einführung des ersten offenen Kernspintomographiegerätes (2. in der Welt) |
| 1991 | Einführung des ersten ultraschnellen Elektronenstrahl-tomographiegerätes zur katheterlosen Darstellung der Herzkranzgefäße |

Arbeitsplätze

- seit 10/89 Selbständiger Unternehmer in Medizin, Medizintechnik, Forschung und Wissenschaft
- seit 01/97 Privatwirtschaftlich geführter Lehrstuhl für Radiologie und MikroTherapie, Schaffung von ca. 150 Arbeitsplätzen in NRW

Auszeichnungen

- seit 01/91 Aufnahme in das „Who ist Who in Deutschland“
- seit 05/96 Aufnahme in das “Who is Who in the World”
- 12/97 Auszeichnung “Man of the Year” 1997 durch The American Biographical Institute (ABI)
- 01/98 Auszeichnung “2000 Outstanding People of the 20th Century” durch das International Biographical Centre Cambridge, England
- 06/98 “500 Leaders of influence”, ABI
- 11/98 “Man of the Year” 1998, ABI
- 11/98 „Selbständiger des Jahres“ durch die SPD
- 06/99 Auszeichnung „Man of the Millennium“ durch das International Biographical Centre Cambridge, England
- 08/99 Auszeichnung „Outstanding Man of the 20th Century“, ABI
- 04/00 Auszeichnung “Man of the Year 2000” ABI
- 11/00 Auszeichnung „Bürger des Ruhrgebietes“ pro Ruhrgebiet
- 01/01 Aufnahme in „Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender 2001“

Christa Stewens
Bayerische Staatsministerin für Arbeit
und Sozialordnung, Familie und Frauen

Winzerer Strasse 9
80797 München

Kurzbiographie

27. August 1945	Geboren am in Altötting röm.-kath.
seit 1965	verheiratet, 6 Kinder
1956 bis 1965	Maria-Ward-Realgymnasium
1965 bis 1967	Arbeit in einem Architekturbüro. Hausfrau.
seit 1972	CSU-Mitglied
1990 bis 1994	Bezirksrätin
seit 1994	Mitglied des Bayerischen Landtags.
6. Oktober 1998	Berufung zur Staatssekretärin im Bayerischen Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen
Ab 30. Jan. 2001	Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

Christa Stewens hat eine langjährige kommunalpolitische Erfahrung als Gemeinde- und Kreisrätin, Bezirksrätin insbesondere im Gesundheits- und Sozialausschuss des Bezirkstags von Oberbayern, 2. Bürgermeisterin ihrer Gemeinde und als Fraktionsvorsitzende im Ebersberger Kreistag. Ihr Aufgabenschwerpunkt war die Umweltpolitik. Seit 1994 vertritt sie den Landkreis Ebersberg im Maximilianeum, sie war Mitglied in den Ausschüssen für „Kommunale Fragen und innere Sicherheit“ und „Landesentwicklung und Umweltfragen“ sowie im Arbeitskreis Gentechnik. Als verbraucherpolitische Sprecherin hat sie für den Verbraucherschutz neue Konzepte erarbeitet. Die Umsetzung der Agenda 21 für ein nachhaltiges Bayern liegt ihr als stellvertretende Landesvorsitzende des Arbeitskreises Umwelt der CSU besonders am Herzen. Sie sieht darin einen wesentlichen Beitrag für mehr Lebensqua-

lität in Bayern. Bei der Diskussion um den bayerischen Weg der Schwangeren-Beratung hat Frau Stewens eine zentrale Rolle in der CSU-Landtagsfraktion übernommen. Dies gilt auch für ihr Engagement beim Volksbegehren „Gentechnikfrei aus Bayern“.

Weitere Schwerpunktthemen sind Familien- und Schulpolitik.

Christa Stewens verbindet politisches Engagement mit einer großen Familie. Die Vereinbarung von Beruf und Familie sowie junge Familien mit Kindern sind ihr ein großes Anliegen. Neben der politischen Arbeit ist sie sportlich aktiv.

