

# **5. STUTTGARTER GESPRÄCHE**

**INDIVIDUELLE VERANTWORTUNG IM GESUNDHEITSWESEN**

**Unter der Schirmherrschaft von Oberbürgermeister Dr. W. Schuster**

**31. Oktober bis 2 November 2003**

## VORWORT

Die Stuttgarter Gespräche sind 1996 ins Leben gerufen worden: sie wollen Werte bewegen, Gesichtspunkte zu aktuellen Themen und zur phänomenologischen Erkenntnis des Menschen erarbeiten.

Sie haben nicht das Ziel, durch einseitige rationale Argumentation Konsens zu finden oder Handlungsanweisungen zu liefern; sie wollen aus liberaler Gesinnung einen Beitrag zu einer konstruktiven Gesprächskultur leisten. Jeder einzelne Mensch möge aus den erarbeiteten Gesichtspunkten eine Orientierung oder Anregung für seine individuelle Arbeit, Forschung oder Entscheidung bekommen.

Die erste Tagung fand im Herbst 1996 statt: das Buch, das daraus hervorgegangen ist, trägt den Titel *Individualität und Ethik*. Die zweite Tagung fand im November 1997 statt und liegt als Buch mit dem Titel *Gesundheit und Krankheit* vor. Die dritte Tagung hat sich mit dem Thema Technik befasst. Die zentrale Frage lautete: beherrscht der Mensch die Technik oder die Technik den Menschen? Das Buch dazu heißt: *Individualität, Mensch und Technik*. Die vierte Tagung fand im Jahre 2002 statt; das Buch dazu trägt den Titel: *Autonomie und Individualität, Gefahren und Hintergründe der Patientenverfügung*.

Im Herbst 2003 fand die 5. Tagung der Stuttgarter Gespräche statt: das Thema war *Individuelle Verantwortung im Gesundheitswesen*. Es war die Zeit der Diskussionen über eine der unzähligen Reformen, die immer wieder für Verunsicherung und Verteuerungen sorgen. Damals, genauso wie heute ( Januar 2007 ), stellte sich die Frage nach einer Grundidee, nach einem Konzept - ja, nach der Kompetenz der Politiker, die Reformen verfassen. Oberthema war damals das Wort Sparen – heute ist es die schleichende Einführung der planwirtschaftlichen Staatsmedizin sowie die Abschaffung der Freiberuflichkeit des Arztes. In keiner dieser Reformen tritt ein Thema in den Vordergrund, das aber in der Gesellschaft überall hochgehalten wird: wie muss eine Reform gestaltet werden, wie muss ein Gesundheitssystem aussehen, das vom mündigen und freien Bürger, ebenso vom freien Arzt, ausgeht. Obwohl im Rechtsleben nur davon ausgegangen wird, obwohl die Diskussionen um die Patientenverfügung vom mündigen Bürger ausgehen, soll dieses im Gesundheitswesen nicht gelten. Die Antwort einiger Politiker: der Patient sei überfordert, er müsse vor Ärzten geschützt werden. Sicher – der mündige, freie Bürger ist unbequem er lässt sich nicht so leicht lenken und steuern; eine

Schafsherde ist leichter zu manipulieren. Ist das der wahre Grund? Insofern ist die Tagung damals aktuell gewesen; das Thema ist es heute mehr denn je.

Die Tagung war jedoch überschattet von einer Reihe von Pannen und unschönen Ereignissen, die mit verantwortlich sind, dass die Gespräche nicht in Buchform erscheinen können; vielleicht wird diese Reihe zunächst einmal pausieren müssen.

Als erstes versagte zeitweise die Technik, sodass einige Teile der Tagung nicht aufgenommen werden konnten: es fehlt ein wichtiges Referat von Frau Prof. Feser mit dem Thema „Frontwechsel von der medizinischen Perspektive zur alleinigen ökonomischen? Wo bleibt das Individuelle?“ Teile der interessanten Diskussionen gingen ebenfalls verloren. Im Ergebnis erscheinen nun die Teile, die gerettet und rekonstruiert werden konnten.

Zum zweiten haben sich – ebenso durch die Politik bedingt – die Sponsoring-Möglichkeiten meiner bisherigen Sponsoren drastisch geändert: es können nur noch Veranstaltungen für Ärzte unterstützt werden; die bisherige Form der Gespräche findet also keine finanzielle Basis mehr. Inwieweit es mir möglich sein wird, neue Möglichkeiten aufzutun, kann ich zum jetzigen Zeitpunkt nicht sagen. Drittens hat dies auch mit meiner geänderten Lebenssituation zu tun: unverzeihliche Dummheit (gepaart mit Ignoranz) meines alten Arbeitgebers führten dazu, dass ich mich selbständig gemacht habe.

Die ursprüngliche Idee zu den Stuttgarter Gesprächen war folgende: ich wollte eine kulturell-wissenschaftliche Tagung an der Klinik ins Leben rufen, interessante Menschen einladen, so nebenbei auch für die Klinik PR machen, den Bekanntheitsgrad erhöhen. Die Veranstaltungsreihe sollte „Fachgespräche an der ...Klinik“ heißen. Mit den meisten Verantwortungsträgern wurden Gespräche geführt, mit Geldgebern: alle befürworteten das Projekt. Zuletzt kam 1995 das Veto einer Person die ich hier „Napoleon“ nenne: die Tagung sei nur dazu da, um andere zu indoktrinieren, um den Menschen zu sagen, was richtig sei. Waren das Napoleonische Projektionen? Daraufhin wurde die Tagung im Nikolaus Cusanus Haus in Stuttgart-Birkach veranstaltet, und bekam den bekannten Namen.

Nun, ich werde die Situation wachsam beobachten, und weiter nach Möglichkeiten suchen, die Stuttgarter Gespräche doch weiter zu führen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Teilnehmern sowie Sponsoren bedanken, die diese vorerst letzte Tagung ermöglicht haben; gleichzeitig muss ich mich

entschuldigen für diese verspätete Form der Veröffentlichung, die zudem leider unvollständig ist.

Stuttgart, im Mai 2007.

Teilnehmer:

Dr. P. Bavastro, Leitender Arzt der Inneren Abteilung, Filderklinik, jetzt Stuttgart

Prof. A. W. Bauer, Institut für Geschichte der Medizin, Universität Heidelberg

Prof. F. W. Kolkman, Ehem. Präsident der Ärztekammer Baden-Württemberg

Dipl. Pöl. E. Ruebsam-Simon, FA für Allgemeinmedizin, Bammental

Prof. F. Rest, Fachhochschule Dortmund

Prof. U. Feser, Fachhochschule Ulm, BWL

Prof. G. Schneider, Vorsitzender Richter am LSG Dresden

Dr. A. Klöpfer, Journalist, Berlin

Dr. M. Schimmelpfennig, Stadtgesundheitsamt Kassel

Sponsoren:

Verband Anthroposophischer Krankenhäuser, Filderstadt

Forum Zeitfragen, Heidelberg

Nikolaus Cusanus Haus, Stuttgart

Firma Bayer

Firma Baxter

Firma Betapharm

Firma Biosyn Arzneimittel

Firma Boehringer Ingelheim

Gesundheit Aktiv, anthroposophische Heilkunst

Firma Fresenius Kabi

Firma Hexal

Oxford Instruments

Firma Pfizer

Firma Pohl-Boskamp

Firma Sanofi-Syntelabo

Firma Solvay

Volksbank Esslingen

Firma Wala

Firma Weleda

Zukunftsstiftung Gesundheit, Stuttgart

## ERÖFFNUNG DER 5. STUTTGARTER GESPRÄCHE

Entwurf eines Konzeptes

Dr. Bavastro

Sehr verehrte, liebe Anwesende,

Ich möchte mich bei Ihnen allen herzlich dafür bedanken, dass Sie gekommen sind, dass Sie mitdiskutieren wollen, dass Sie sich der Mühe unterzogen haben einen Vortrag vorzubereiten und hier zu halten.

Das Thema unserer Tagung ist bewusst gewählt: Individuelle Verantwortung, Freiheit und Gesundheitspolitik. Die gesundheitspolitische Diskussion wird schon seit langer Zeit so gut wie ausschließlich dominiert von ökonomischen Gesichtspunkten, sie wird begründet mit zum Teil populistischen Argumenten, die sich bei genauer Analyse als Mythen, Märchen, ja manchmal als Lügen entpuppen; das Wort Sparen steht immer an erster Stelle. Für eine gesellschaftlich zukunftsfähige und tragfähige Vision reicht „Geiz-ist-geil“ nicht aus. Sparen, Büdgettierungen, Dirigismus, Reglementierungen, Diktatur der Krankenkassen führen jedoch nicht zu einer Verbesserung der Versorgung – sind auf Dauer nicht zukunftsfähig.

Qualitätssicherung, so wie sie heute verordnet wird, erhöht nur den Verwaltungsaufwand, die Frustration und die Kosten, aber nicht die Qualität.

In der BRD werden jährlich etwa 46 Milliarden Euro für Bürokratie unnötig verschwendet!

Stattdessen müssen unbedingt Qualität, Kompetenz und Professionalität der Politiker analysiert und verbessert werden. Stellen wir uns bitte vor, was geschehen würde, wenn ein Sonderschullehrer, ein Sozialarbeiter oder ein Werkzeugmacher Justizminister werden würde!... Aber an die Spitze des Gesundheitsministeriums kann wohl jeder...

Nun, in der langjährigen Diskussion ist ein Argument so gut wie nicht vertreten: die Verantwortung des mündigen und freien Bürgers: dieser ist auch unbequem, da er nicht dirigierbar und kontrollierbar ist. Es wird auch nicht diskutiert, ob wir ein individualistisch – freies oder kommunitaristisch – kollektivistisches, fast schon planwirtschaftliches Gesellschaftssystem wollen; eine Diskussion über ein zukunftsfähiges Konzept der Solidarität in individueller Verantwortung findet ebenso

wenig statt. Die Entwicklung im Gesundheitswesen geht heute – leider – klar in Richtung Staatskontrolle, Planwirtschaft, Dirigismus, Kassendiktatur, Abschaffung der Freiberuflichkeit, Entprofessionalisierung des Arztberufes, enormer Anstieg der Bürokratie mit unverhältnismäßigem Ressourcenverbrauch. Die Einführung der Bürgerversicherung würde eine planwirtschaftliche Nivellierung zur Folge haben. Die Folgen einer elektronischen Gesundheitskarte ( hinsichtlich Kosten sowie Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses ) sind unabsehbar.

Nun, auf diesem Hintergrund möchte ich als Diskussionsgrundlage einige Elemente skizzieren, die mir unerlässlich erscheinen, wenn wir von individueller Verantwortung und Freiheit des mündigen und autonomen Bürgers ausgehen wollen, wenn wir von einem modernen freiheitlichen individualistischen Gesellschaftsmodell ausgehen wollen, wenn wir zukunftsfähige Strukturen wollen.

Zunächst einige allgemeine Aspekte, die vielleicht etwas plakativ klingen: wenn sie ernst genommen werden, bedeutet deren Umsetzung bereits ein großen Schritt in Richtung Freiheit und Verantwortung.

- Der Patient ist Mittelpunkt aller Überlegungen: es klingt schön – allein in der heutigen Diskussion steht die Kasse im Mittelpunkt. Laut einigen Gerichtsurteilen ist der Arzt nicht dem Patienten verpflichtet, sondern er ist als Rezeptschreiber Verwalter des Vermögens der Kasse. Dieser Sachverhalt muss den Patienten klar kommuniziert werden, gerade im Sinne der Mündigkeit.

- Redlichkeit, Aufrichtigkeit der Argumentationen, Kompetenz: ohne diese Qualitäten kann eine Reformdiskussion nur so geführt werden wie zurzeit. Die Kostenexplosion, mit der heute fast alles begründet wird, hat es nach Statistiken des BMG nicht gegeben; es wird immer England als Beispiel angeführt: wollen wir wirklich ein englisches System? Doppeluntersuchungen, Betrügereien der Ärzte, Wettbewerb, die Angebots-induzierte Nachfrage: es sind nur einige wenige Beispiele für Märchen, die so nicht zutreffend sind. Man will Geld einsparen durch Fallpauschalen im stationären Bereich, durch Prävention, durch Patientenquittungen, durch Chipkarten, durch RSA( Risikostrukturausgleich ) und DMP( Disease-Management-Programme) sowie durch integrierte Versorgung: keine einzige empirische Untersuchung untermauert diese Thesen. Stattdessen wird durch veränderte Abrechnungssysteme, Chipkarte, elektronische Patientenkarte der gläserne Patient und Arzt geschaffen: diese lassen sich dann besser kontrollieren, manipulieren und steuern. So wird

unmerklich der mündige Bürger abgeschafft sowie Freiheit und Eigenverantwortung eingeschränkt: es entsteht eine medizinische Planwirtschaft.

- Eine radikale Entbürokratisierung ist dringender denn je – in allen Bereichen, aber natürlich auch im Gesundheitswesen. Die Ressourcenverschwendung ist enorm: ohne Bürokratie wären die Finanzen im Gesundheitswesen schon saniert!

Wenn heute im stationären und im ambulanten Bereich etwa 3 bis 4 Stunden am Tag für bürokratische Arbeiten aufgewendet werden ( Zeit die an der Qualität der Versorgung des Patienten fehlt ), so zeigt dies die Dramatik des Phänomens. Denken wir nur an DRG sowie an DMP, oder an integrierte Versorgung...

- Damit sind wir beim nächsten Punkt: das Gesundheitssystem muss für die Akteure attraktiv gemacht werden: ich sage bewusst, gemacht werden, weil es im Moment definitiv nicht attraktiv ist. Ich meine damit unter anderem: die gesellschaftliche Stellung ( Ärzte und Schwestern lassen sich ungern für Missstände verantwortlich machen, die sie nicht eingeführt haben, für die andere die Verantwortung zu tragen haben ), hier trägt die Presse ihren Teil der Verantwortung; die Arbeitsbedingungen selbst ( Knappe Mitarbeiter durch jahrelange Deckelungen ); die Berufsfremden Aufgaben, z.B. Bürokratie; bis hin zur Vergütung ( selbst im viel gelobten England, das für Ärzte bereits attraktiver ist als die Bundesrepublik, werden Ärzte besser vergütet als hier ). Durch diese Situation, in solche Arbeitsbedingungen hinein werden immer weniger Menschen bereit sein helfende Berufe ( Krankenschwester und Ärzte ) zu ergreifen. Die Zahlen der Menschen die eine Ausbildung beginnen und dann auch beenden an den Ausbildungsstädten ( Universitäten und Schwesternschulen ) nehmen seit Jahren ab. Die Situation in Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich, besonders im Osten der Republik, mittlerweile auch im Westen, sogar in den Großstädten, ist besorgniserregend.

- Methodenpluralismus, Therapiefreiheit sowie Freiberuflichkeit müssen erhalten bleiben. Schleichend, fast unmerklich, werden diese durch kleine aber wirksame Schritte eingeschränkt bzw. aufgehoben.

- Einsatz und Qualität muss sich lohnen, dürfen nicht über Reglementierungen bestraft werden. Leistung und Qualität haben ihren Preis!

Das sind gleichsam Vorbedingungen, die erst eine Diskussionsgrundlage ermöglichen.

- Ich kann mich mit der Idee einer Kopfpauschale oder einer Bürgerversicherung nicht anfreunden; die Diskussion muss in Richtung **Basis- oder Grundversicherung**

für alle gehen. Hier treten die ersten Schwierigkeiten bereits auf: es muss zunächst definiert werden, welche Leistungen dazu gehören. Es handelt sich jedoch um eine Grundvoraussetzung für jede seriöse Kalkulation: ohne zu wissen was geleistet werden soll existiert keine tragfähige Grundlage. Eine Basisversicherung sollte die großen Risiken abdecken: es soll von Beginn an klar sein, dass es keine „Rund-Um-Versorgung“ ist, sondern eine Grundversorgung.

Alle versicherungsfremden Leistungen müssen radikal herausgenommen werden: hierzu existieren bereits brauchbare Modelle und Berechnungen.

Die Beiträge hierzu dürften sich im Bereich von etwa 6 % bewegen, also weniger als die Hälfte des heutigen Niveaus.

Darüber hinaus existiert für jeden Bürger die Möglichkeit Zusatzpakete zu versichern, nach Können und individueller Notwendigkeit und Wünsche – bis hin zu einer Vollversicherung.

- Zentrales Element muss aber sein: **generelle Kostenerstattung** statt Sachleistung. Der mündige Bürger muss sehen können welchen Preis die Leistung hat: so entstehen Bewusstsein und Kontrolle ohne Bürokratie. Der Patient alleine ist der Partner ( andere sagen der Kunde ) des Arztes, nicht die Kasse.

Wenn Politik über Intransparenz klage erhebt, so muss die Intransparenz der Sachleistung als solche aufgehoben werden.

Im Sinne der heutigen Diskussions-Methode möchte ich betonen: dieser Schritt ist sofort durchführbar, schon im jetzigen System, und verursacht keine Kosten!!!

- Das zweite Element ist eine **generelle Versicherungspflicht** statt einer Pflichtversicherung: wo sich der Bürger versichert ist in seine Freiheit gestellt. Beitragsbemessungsgrenzen oder andere Einschränkungen müssen fallen. Mir ist bewusst, dass dieses Modell im Moment noch eine Utopie darstellt: in dem Moment, in dem die Kostenerstattung eingeführt wird, verlieren die Kassen und die KV-en ihre Macht, weil sie den Patienten und den Arzt nicht mehr manipulieren und kontrollieren können. Wenn wir es aber ernst mit der Freiheit und mit der Mündigkeit meinen, so muss dieser Schritt gemacht werden. Der Patient kann zu jedem Arzt gehen; von seiner Versicherung bekommt er die jeweils versicherte Leistung erstattet.

Die Kassen reduzieren sich auf ihre Rolle als reine Versicherer: zwischen Patient und Arzt hat eine Kasse nichts verloren: der Behandlungsvertrag ist zwischen Patient und Arzt, der Versicherungsvertrag ist zwischen Patient und Kasse.

Wenn Sie wollen, hat dieses System eine gewisse Ähnlichkeit mit der Autoversicherung.

Beide Schritte werden im Rahmen der europäischen Integration sowieso notwendig.

- Budgettierungen und Deckelungen jeglicher Art sind aufzuheben
- Deregulierung, Entbürokratisierung, Überschaubarkeit, echte Transparenz; damit ist auch eine Systemvereinfachung gemeint: Kranken-, Pflege-, Rentenkasse... verschiedenen Kompetenzbereiche im SGB... Nur noch wenige Spezialisten überschauen das System, der normale Bürger schon lange nicht mehr. Ob sich Politiker darin auskennen, wollen wir an dieser Stelle offen lassen... Es wäre interessant zu analysieren, wie viele Parlamentarier Gesetzesvorlagen wirklich studieren...aus den USA wissen wir, dass kaum ein Parlamentarier die Gesetze denen er zustimmt auch liest.

Die sogenannten Verschiebebahnhöfe entstehen aber gerade durch solche „Kompetenzdifferenzierungen“: Die Krankenkasse versucht Kosten auf die Pflege zu verschieben, diese zur Rentenkasse usw...

- MDK und Ausschuss Ärzte-Krankenkasse sind ersatzlos aufzulösen: freie Gutachter sind besser, effizienter und billiger.
- Vorhaltestrukturen ( z.B. die Strukturen im stationären Bereich; im ambulanten Bereich lässt sich Ähnliches denken ) sind als meritorisches Gut zu sehen: es ist zu überlegen, ob die Vorhaltekosten steuerfinanziert werden sollen; der Patient zahlt das, was er in Anspruch genommen hat. Es wäre ein ähnliches Modell wie Feuerwehr und Polizei: diese werden auch vorgehalten. Hier liegt eine genuine Verantwortung der Länder.
- Die Länder als gewählte Instanz vor Ort müssen ihre Kompetenz sowie ihre Verantwortung bewahren und erhalten: die Abgabe an eine anonyme Instanz (DRG) ist nicht akzeptabel. Wenn ein Krankenhaus schließen muss, so ist das DRG-System verantwortlich....der Politiker nicht mehr...
- Wenn sogar Universitätskliniken privatisiert werden, so ist abzusehen, dass Forschung und Lehre vernachlässigt oder verschwinden werden – die Ausbildung der Ärzte würde erheblich darunter leiden.

Kolkmann: Sie wissen, dass der erste Sozialminister Blank an der Kostenerstattung gestolpert ist?

Bavastro: Das zeigt ja nur wie heiß und wie alt das Thema ist.

Schneider: Die Ursprungsfassung der Reichsversicherungsordnung sah vor, dass die Kassen ihren Versicherten bare Ersatzleistungen zuteil werden lassen. Am Vorabend des Inkrafttretens, also im Jahre 1913, hat es von Seiten der Ärzteschaft einen allgemeinen Streik gegeben. Das war im Übrigen der einzige Ärztestreik, der bisher in Deutschland stattgefunden hat: dieser hatte zur Folge, dass der Gesetzgeber den § 370 der RVO in der ursprünglichen Fassung kassiert und die Sachleistung beibehalten hat, so wie es ursprünglich im Krankenversicherungsgesetz von 1883 vorgesehen war.

Kolkmann: ...die Wiedereinführung der Kostenerstattung ist ebenfalls an den Ärzten gescheitert: die Spitzen der Ärzteschaft sind zu Adenauer gegangen, so ist Blank gestürzt...

Bavastro:...was waren die Motive damals, dass die Ärzte diesen Schritt nicht wollten?

Schneider: Es war seinerzeit eine andere gesellschaftliche Situation. Die Vergütung durch die Kassen brachte ein berechenbares Einkommen, die Kostenerstattung dagegen nicht. Es war früher schon noch eine echte „Arme-Leute-Medizin“, wenn man die Anfänge 1883 betrachtet, bis etwa vor dem ersten Weltkrieg: die Erträge waren relativ spärlich im Vergleich zur Sachleistung.

Rübsam-Simon: Man kann auch einmal provozieren: vielleicht ist dieses System, wenn man es unter Machtaspekten analysiert, auch deshalb undurchsichtig, weil ein undurchsichtiges System besser Macht ausüben lässt. Und zwar von beiden Seiten her, von den Ärzten und von den Kassen...

Bavastro: ...auch vom Staat...Kann es sein, dass Ärzte letztlich Angst haben, nicht den Mut haben?

Rubsam-Simon:...Die Intransparenz, die über die Sachleistung erzeugt wird, befördert natürlich auch unsichtbare Machtstrukturen. Macht kommt so nicht nur den Kassen zu...

Bavastro: ...wenn wir aber vom mündigen Bürger ausgehen und diesen auch wirklich wollen, so ist jede Intransparenz, die Macht erst möglich macht, zu eliminieren. Hier stellt sich konkret die Frage, ob wir in einem freiheitlich-individualistisches Gesellschaftssystem leben wollen ( dann müssen Intransparenzen weg ) oder ob wir ein kommunitaristisch-kollektivistisches-planwirtschaftliches Modell wollen: dann kann Sachleistung bleiben, denn diese ermöglicht planwirtschaftliche Elemente, oft genug ohne dass es der Bürger merkt.

Der Aspekt der Kostenerstattung gibt nur dann einen Sinn, wenn er kombiniert wird mit einem zweiten Element: Versicherungspflicht statt Pflichtversicherung.

Die nächste Schwierigkeit muss ebenfalls in Angriff genommen werden: welche Leistungen gehören in eine solche Basisversicherung. Diese gesellschaftliche Diskussion ist schwierig, aber sie ist dringend notwendig, wenn wir die Freiheit dem Bürger geben wollen.

Klöpfer: Der sozialdemokratisch Aufschrei ist dann sofort die 2-Klassen Medizin...

Feser: ... diese ist aber seit langem bereits Realität !

Schneider: das Argument der 2-Klassen Medizin ist doch ein reines ideologisches Schlagwort !

Bavastro: Ähnliche Probleme haben wir in vielen anderen Bereichen. Nehmen wir beispielsweise die Alten- und Pflegeheime. Es ist eine einheitliche Unterbringung, die per Gesetz auf dem Niveau der Sozialhilfe stattfindet. Das billigste und einfachste bestimmt das Niveau für alle. Das Argument hierfür lautet: wenn jemand durch Zuzahlung bestimmte Verbesserungen erhalten würde ( größeres Zimmer, bessere Versorgung oder anderes ) könnte das Bestechung werden. In sog. Hochpreis Einrichtungen ist das anders, dort sind auch keine Menschen mit Unterstützung des Sozialamtes. Sobald aber die öffentliche Hand mit im Spiel ist, haben wir eine Zwangsnivellierung nach unten, oder eine Orientierung am untersten Niveau.

Im Leben ist es aber nicht so: der eine fährt ein Fiat 500 und der andere ein Luxusauto – es ist auch in Ordnung so.

Das Problem ist die Zwangsnivellierung nach unten, die Gleichmacherei die im Namen der Solidarität auftritt, in dem Moment in dem der Staat etwas regelt.

Es ist die ewige Neiddiskussion...

Damit verliert der Bürger seine Freiheit.

Der Begriff Solidarität ist ebenso ein ideologisch überfrachtetes Schlagwort geworden, mit dem man meint, fast jede Diskussion abwürgen zu können: es muss aber eine tragfähige Charakterisierung gefunden werden, die einer modernen freiheitlichen Gesellschaft entspricht – Solidarität ohne Eigenverantwortung in Freiheit ist sicher nicht zukunftsfähig.

Schneider: Was meinen Sie mit Versicherungspflicht für alle? Wollen Sie alle gesellschaftlichen Personengruppen in die Gesetzliche reinholen?

Bavastro: Ich nenne das bewusst nicht Gesetzliche, sondern ich nenne das Basis- oder Grundversicherung, die alle haben müssen...Mit Versicherungspflicht meine ich die Abkehr von der jetzigen Situation, dass man in ein Versicherungstyp hinein muss, abhängig vom Einkommen. Versicherungspflicht meint, dass jeder Bürger versichert sein muss – z.B. mit Beginn seiner Arbeitstätigkeit – aber es wird nicht vorgeschrieben wo: jeder kann sich die Versicherung aussuchen. Basis- oder Grundversorgung müssen alle anbieten, Zusatzpakete kann jeder Versicherer ( ob AOK oder Allianz... ) anbieten.

Kolkmann:... wie in der Kfz-Versicherung...

Schimmelpfennig: ...diese muss jeder haben; ob dazu noch eine Voll- oder Teilkaskoversicherung hinzukommt, ist dann individuelle Freiheit...

Bavastro: In meiner Idee ist es gleichgültig, wo diese Basisversicherung abgeschlossen wird: beim Staat, über Steuerumlage ( wäre sicher die schlechteste Variante, da die Intransparenz am höchsten wäre ), bei der Gesetzlichen oder bei der Privaten.

Jeder Bürger ist versichert. Da es eine Basisversicherung ist, könnte der Beitrag bei etwa 6 oder 7 % liegen, im Vergleich zu heute etwa 14%. Mit dem freiwerdenden

Rest können auch die Geringverdienenden eine Zusatzversicherung abschließen, wenn sie wollen. Wenn die Private etwas teurer sein sollte, dafür aber bessere Bedingungen anbietet ( Service, oder Altersrückstellungen...) ist es ebenso in Ordnung.

Natürlich müssen Regelungen für soziale Härtefälle eingeführt werden – die gibt es aber heute schon.

Mir ist das Element der individuellen Freiheit gesellschaftlich wichtig!

Ich weiß, dass es für viele Menschen schwierig ist, aber der Vergleich mit der Kfz-Versicherung liegt auf der Hand...

Schimmelpfennig: Doch, ein solcher Vergleich ist gut machbar. In der Medizin und in der Gesundheitspolitik herrscht immer noch – oder immer mehr – die Meinung, Mercedesfahren sei zum Trabipreis möglich: das ist nicht der Fall.

Wenn Benchmarking nur an den Kosten festgemacht wird und nicht an der Qualität, so kann das ebenso wenig klappen.

Bavastro: Die verschiedenen Verschiebahnhöfe können dank der Intransparenz ebenso florieren: die Kassen unereinander, Kassen und Rententräger und Pflegekasse...ein großer Teil des sog. Ostaufbaues wird auf Kosten der Kassen ausgetragen: dies ist mit ein Grund, weshalb die Einnahmen sinken während die Kosten im Verhältnis ( politisch bedingt, nicht durch Steigerung der Gesundheitsausgaben ) steigen. Die Mehrwertsteuer auf Medikamente ist ebenso zu überdenken. Jede Form der Budgettierung führt auf Dauer zu Rationierung oder/und zu Risikoselektion: wenn nur eine Pauschale gezahlt wird, so wird jeder versuchen Risikopatienten, also teure Patienten, entweder weiter zu leiten oder gar nicht aufzunehmen. Es ist eine Systembedingte Folge.

Feser: Systembedingte Fehlanreize sind nicht zu leugnen: ich kann den Patienten mit einer anderen Diagnose wieder aufzunehmen; die Bevölkerung wird künstlich kränker gemacht, da möglichst viele Diagnosen kodiert werden müssen. Eine ehrliche Angabe bzw. Kodierung reduziert die Geldeinnahmen für das Krankenhaus.

Bavastro:... Der ehrliche ist der Dumme... Ein weiteres Problem der Budgettierung ist, dass das Morbiditätsrisiko auf die Helfenden fällt oder hängen bleibt: werden

mehr Menschen Krank oder treten mehr schwere ( teurere ) Fälle auf, so bleiben die Kosten bei Ärzten und Krankenhäusern hängen, werden also nicht honoriert.

Qualität wird in einem büdgettierten System nicht honoriert. Dies ist nicht akzeptabel: es wäre vergleichbar mit Polizei und Feuerwehr – wenn mehr kriminelle Taten begangen werden oder wenn mehr Feuerwehreinsätze notwendig sind, müssen Polizei oder Feuerwehr die Kosten dafür selber übernehmen – oder: die Feuerwehr soll löschen, aber die Wassermenge die sie benützen darf ist begrenzt... Absurde Vorstellungen, aber im Gesundheitswesen ist jede Dummheit möglich...es scheint niemand zu stören!

Schimmelpfennig: Es ist im GMG festgeschrieben, dass nämlich morbiditätsbedingte Leistungsausweitungen nur zu einem Zehntel vergütet werden !

Bavastro: Solche willkürlichen Festlegungen haben mit Solidarität, Qualität und Vernunft nichts zu tun.

Eine weitere Frage ist die der leistungsgerechten Entlohnung: das sind sicher nicht DRG oder Pauschalen oder EBM. Damit meine ich die schwierige Frage, dass sich eine gute Leistung lohnen muss, und das diese ihren Preis hat: Daimlerqualität zu Trabi-Preisen ist eben nicht zu haben.... Es ist schwer nachvollziehbar, warum diese Zusammenhänge von den Politikern nicht verstanden werden.

Ein nächster Punkt ist der MDK, der medizinische Dienst der Krankenkassen: wenn die Kassen reine Finanzdienstleister werden, so ist der MDK überflüssig.

Kolkmann: Der MDK wurde von der Ärzteschaft initiiert. Das Totschlagargument: wenn ihr nicht bezahlt, dann sterben die Menschen, hat dazu geführt, dass die Kassen einen medizinischen Dienst eingerichtet haben. Früher war es der vertrauensärztlicher Dienst. Ich habe es noch in der Klinik erlebt, dass die Mitarbeiter kamen und kontrolliert haben, ob der Patient zu Recht immer noch in der Klinik liegt.

Schimmelpfennig: Im MDK gibt es ganze Abteilungen, deren Aufgabe es ist Anträge abzulehnen...das kann wohl nicht sein!

Feser: Wenn die Kassen reine Finanzdienstleister sind, so gehört der MDK, wenn überhaupt, im Bereich der Qualität. Der MDK hat mit den Kassen nichts zu tun, erst recht nicht, wenn Kostenerstattung als generelles Prinzip gilt.

Wenn von Leistungen die Rede ist, so muss geklärt werden, was zu einer Basisleistung gehört: in der Politik traut sich niemand an das Thema, keiner mag das heiße Eisen anfassen; andere Gruppierungen, auf jeden Fall die Ärzte, müssen beteiligt sein, wenn nicht die Hauptakteure sein.

Bavastro: Ich sehe ein weiteres Problem, das ich benennen möchte: die „Theoretiker der Medizin“. Ein Beispiel dazu: als ich mich beim MDK bewarb, wurde mir erläutert, dass keine Tätigkeit am Patienten, auch nicht in Teilzeit, erlaubt sei. Zum Teil ist es nachvollziehbar: man will Befangenheitssituationen verhindern – diese lassen sich jedoch auch mit anderen Methoden verhindern. Das heißt aber: wer dort arbeitet, darf mit der Realität des Lebens, mit der Realität der Patienten an der Front, im Leben nichts zu tun haben. In kürzester Zeit wird man so zum reinen Schreibtischtäter, der nur noch nach Paragraphen urteilt, die Bodenhaftung aber verloren hat. Letztlich entsteht so realitätsfremde Bürokratie.

Die Beurteilungen des MDK sind entsprechend: Mitarbeiter dürfen nicht mit dem Behandelnden Arzt sprechen, es darf nur nach Aktenlage beurteilt werden: so bekam ich einmal ein Brief vom MDK, ein Patient im hypoglykämischen Koma ( Blutzucker unter 20 !! ) hätte ambulant behandelt werden können, die Kosten für die Behandlung auf der Intensivstation würden von der Kasse nicht übernommen. Eine solche Aussage kann nur von jemand kommen, der noch nie eine Intensivstation von innen gesehen hat – aber er soll befugt sein zu urteilen: absurd und grotesk !

So mancher „Berater“ oder „Sachverständiger“ – mit oder ohne Fliege – ist ebenso ein reiner „Theoretiker der Medizin“: welchen Schaden solche Berater anrichten kann, kann man täglich lesen oder im Leben erleben!

Am Beispiel der Pflegeversicherung kann man die Verschiebebahnhöfe, die Unübersichtlichkeit und die doppelte Bürokratie sehen: ich habe hier keine Lösung anzubieten, aber eine Änderung scheint mir dringend nötig: es kann nicht sein, dass Kosten auf dem Rücken der Patienten hin und her geschoben werden, da niemand diese übernehmen will, und auf einen anderen Kostenträger abwälzen will.

Die Fragen der Qualität ( ich meine hier Qualität, nicht bürokratische Dokumentation von Richtlinien oder Vorschriften, die heute Qualitätssicherung genannt werden)

gehören nicht in staatlichen oder parastaatlichen Organisationen oder externen Kontrollinstanzen, sondern in die Ausbildung und Weiterbildung, sind bei der Ärztekammer, bei den Universitäten, bei den Pflegeverbänden anzusiedeln. Die Krankenhausgesellschaft vertritt die Interessen der Häuser als Einrichtung, nicht die Interessen der Patienten.

Ähnlich wie bei Polizei und Feuerwehr, gibt es im stationären Bereich viele Kosten die durch das Vorhalten von Leistungsmöglichkeiten entstehen: dies ist eine genuine staatliche Funktion. Hier sollten die Länder in die Verantwortung treten, und diese Verantwortung nicht einem anonymen System wie DRG abgeben. Man kann sich überlegen diese Kosten steuerfinanziert zu decken; die Kassen zahlen dann nur das, was der Versicherte in Anspruch genommen hat. Ein ähnliches Modell ist für den ambulanten Bereich denkbar.

Die Frage der Sicherstellung ist mit Sicherheit bei den Kassen nicht richtig angesiedelt; das Stationäre sollte bei den Ländern sein, das Ambulante bei der Ärztekammer.

Ein weiterer Punkt liegt mir am Herzen bzw. macht mir große Sorgen: der Mangel an Mitarbeitern, sei es im Krankenhaus, sei es im Altenheim. Wenn die Arbeitsbedingungen immer schlechter werden, wenn Sachfremde Argumente immer mehr in das medizinische Handeln eingreifen, wenn Mitarbeiter von Politik, Verwaltung und Presse für Zustände verantwortlich gemacht werden die andere zu verantworten haben, so wird man bald nicht genügend Qualifizierte Menschen finden. Fatal ist die Idee - im Zusammenhang mit Harz IV - die 1 Euro Jobs im Sozialbereich anzubieten: die soziale Abwertung und Entprofessionalisierung dieser Arbeiten hätte fatale Folgen.

Ich habe auch folgenden Vorschlag gehört ( diese Person war Vorstandsmitglied einer Klinik und Chefarzt einer chirurgischen Abteilung ): um Krankenschwestern zu sparen, könnte man Hausfrauen anstellen, das Pflegen und Waschen hätten sie ja an ihren Kindern gelernt ! Ein solcher Vorschlag ist dümmlich-unprofessionell und nahezu kriminell!!

Wenn in Zukunft keine Menschen mehr da sind die dort arbeiten wollen, lässt sich keine Struktur halten! Das Gesundheitswesen ist ein personalintensiver Bereich: in Zeiten gefährlich hoher Arbeitslosigkeit, ist es kontraproduktiv die Menschen in diesem Bereich zu demotivieren.

In den östlichen Bundesländern werden enorme Anstrengungen unternommen, um Niederlassungen attraktiv zu machen: zinslose Kredite, Umsatzgarantien, Praxis Gründungsgeschenke bis zu 100.000€, verschiedene andere Anreize...Ärzte die bereit sind dort zu arbeiten findet man trotzdem nicht. Viele finden bessere Arbeitsbedingungen im Ausland als bei uns. Solange Beratung oder Controlling-Aufgaben ( bis hin zum Geschäftsführer ) besser Honoriert wird als ärztliche Arbeit am Patienten ist unser System Krank!

In Altenheimen ist eine Quote an Fachpersonal von 50% vorgeschrieben: wird diese nicht eingehalten, so droht die Schließung, an sich keine nur falsche Vorschrift. Aber: zum einen sind die Heime auch seit Jahren gedeckelt, sodass sie nicht genug Mittel haben um qualifizierte Mitarbeiter einzustellen – zum anderen aber sind solche qualifizierte Menschen nicht auf dem Markt zu finden: die Arbeitsbedingungen sind nicht attraktiv genug!

Schimmelpfennig: Ich unterrichte seit 20 Jahren: 80% aller examinierter Altenpflegekräfte werfen nach 5 Jahren das Handtuch, weil sie die Arbeitsbedingungen nicht mehr aushalten. Es wird ständig neu ausgebildet; es gibt bis jetzt keine Struktur, keine Einrichtung die sich um dieses Phänomen kümmert, Ursachen analysiert und Veränderungen vorschlägt. Das Schicksal dieser Menschen ist scheinbar vollkommen egal.

Bavastro: Das gleiche Phänomen beobachten wir im Rückgang der Studentenzahlen der Medizin, bei den Krankenpflegeschulen sowie bei den Altenpflegeschulen – beide werden ja zusammengelegt.

Schimmelpfennig: Man kann eine große Wut bekommen, wenn man die krasse Fehlbewertung der Arbeit am Menschen sieht im Vergleich zur Arbeit an der Technik. Wenn Sie ein Techniker hohlen für einen EDV-Service, zahlen Sie 50€ Anfahrtspauschale, dann 100-150€ die Stunde... Wenn wir dagegen schauen, wie die Leistungsentgelte für häusliche Pflege oder für einen Hausbesuch des Hausarztes, oder die Gehälter einer Krankenschwester, so dürfen wir uns über solche Probleme nicht wundern.

Bavastro: Dies spiegelt auch die Wertschätzung, die unsere Gesellschaft helfenden Berufen am Menschen entgegenbringt. Auch hier soll die Leistung, die Betreuung, die Zuwendung optimal sein... kosten soll es aber nichts...

Rübsam-Simon: Vielleicht noch eine Zahl die für dieses Thema von Interesse ist: mein Umsatz als Allgemeinarzt in Nord-Baden, Umsatz pro Patient und Quartal, beträgt 44 €. Ich arbeite also für 44 € pro Patient ein ganzes Quartal, brutto, versteht sich! Diese Zahlen muss man sich auf der Zunge zergehen lassen!

Noch mal zu ihrem Konzept, Herr Bavastro: der von Ihnen vorgeschlagene Systemwechsel ist im Grunde ein relativ alter Hut, im Kern würde es bedeuten, da wo jetzt GKV ist, soll später PKV stehen: es ist im Grunde eine Privatisierung des Systems. Es gibt Modelle die das durchgerechnet haben, diese wurden wegen der Kostenfrage wieder verlassen. Inzwischen gibt es Modelle einer Mischkalkulation: auf der einen Seite eine Privatisierung, vielleicht 30 %, gestreckt über eine gewisse Zeit; auf der anderen Seite eine Kopfpauschale – etwa das Allianzmodell. Das Ganze muss finanzierbar sein. Der entscheidende Punkt ist wie wir eine Lösung bekommen, denn ohne Lösung werden auch die Arbeitsbedingungen nicht besser, weil das Geld um Mitarbeiter einzustellen fehlt. Entweder entscheidet man sich den entscheidenden Schritt zu machen in Richtung komplette Privatisierung...

Kolkmann: was Kapitaldeckung bedeutet...

Rübsam-Simon: .. oder man sucht ein Mischsystem, also teilweise umlagefinanziert. Die komplette Kapitaldeckung ist im Moment bei den heutigen Staatsfinanzen nicht finanzierbar. Wo würden Sie sich festlegen?

Bavastro: Wenn wir bei einigen Prämissen bleiben, die fast heilig zu sein scheinen: es darf nichts kosten, es soll im jetzigen Denken finanzierbar sein, Sachleistung soll bleiben, keine Definition einer Basisleistung - so wird man keine Änderung erreichen, keine neuen Modelle entwickeln können.

Ich betone, dass ich von dem freien und mündigen Bürger ausgehen möchte, der nicht von Staat und Kassen dirigiert und gesteuert wird, ebenso möchte ich die freie Beruflichkeit des Arztes erhalten oder besser: wiederherstellen.

Wir sind in einer paradoxen Situation: rechtlich ist das deutsche Gesundheitssystem auf dem individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis aufgebaut; politisch-administrativ ist es aber so überreguliert (übrigens als einziges gesellschaftliches System), dass davon in der Realität kaum etwas übrig bleibt.

Eine Grundsicherung (diese könnte Umlagefinanziert sein, steuerfinanziert wäre nicht so gut, sie könnte auch eine Mischform sein) sichert lediglich die großen Risiken ab. Wir haben schon kurz besprochen, wie wichtig, notwendig aber schwierig eine solche Definition, eine solche Festlegung ist. Ähnlich wie bei der Kfz-Versicherung muss jeder eine solche haben: es ist ihm freigestellt wo er diese abschließt: diese Leistung ist gleich, die Tarife können verschieden sein. Hier müssen soziale Abfederungen vorgesehen sein, für diesen Teil besteht Kontrahierungszwang. Weitere Teile, etwa Zusatzpakete, können Kapitalgedeckt sein, mit Selbstbehalt z.B. Diese individuellen Zusatzpakete können natürlich von jedem Versicherer, auch zusammen mit der Basisversicherung, angeboten werden, dies kann auch ein Unternehmen der GKV, ebenso wie PKV, anbieten. Dies funktioniert nur mit Kostenerstattung und Versicherungspflicht. Damit hebt sich der Unterschied zwischen GKV und PKV ein Stück weit auf. Damit ist die Frage ob Bürgerversicherung oder Kopfpauschale nicht mehr relevant.

Also, ein Mischkalkulation, aber mit sehr starken privat-freiheitlichen Elementen. Es muss die individuelle Verantwortung und der direkte Bezug Arzt-Patient enthalten sein, eine echte Transparenz (direkter Bezug zwischen Leistung und Tarif oder Abgabe...), das Element der Freiheit, und die Grundsicherung, um nicht durch Krankheit in Armut zu stürzen – hier ist der Staat in der Verantwortung für seine Bürger.

Feser: Der Knackpunkt ist die Frage, welche Leistungen in einer Basissicherung enthalten sein sollen. Erst wenn man es weiß, kann man über Finanzierbarkeit sprechen! Auch beim DRG-System wurde alles was Notfall ist, vergessen: es gibt keine Notfälle mehr.

Ich bin kein großer Verfechter davon, alles was jetzt beitragsfinanziert ist über Steuern zu finanzieren, weil der Bezug fehlt. Es ist ein anonymer Topf, der zudem Begehrlichkeiten bei den Finanzpolitikern aufkommen lässt. Wir haben zum Beispiel heute noch die Sektsteuer, die einmal zur Marinefinanzierung eingesetzt wurde: die

Marine gibt es nicht mehr in der damaligen Form, aber die Steuer existiert immer noch. Ökosteuer, Tabaksteuer: das sind weitere Beispiele.

Die Verantwortung der Arbeitgeber ist auch eine Qualität; es muss gut überlegt werden in welcher Form und ob eine Entkoppelung stattfinden soll: wie regeln wir den Arbeitgeberbeitrag? Wenn wir beispielsweise Teile als meritorisches Gut über Steuer finanzieren, so geht der Bezug verloren. Damit ist wieder eine Ressourcenverschwendung da. Jedes System muss immer ganz hart an den Ausgaben und an den Einnahmen sein.

Eine Grund- oder Basisversicherung wäre ein ideales Modell, aber ich sehe derzeit in Deutschland niemand, keine Berufsgruppe, die diese inhaltliche Arbeit einer Definition der Basisleistung machen könnte, weder die BWLer noch die VWLer.

Rübsam-Simon: Beim Ärztetag in Badenwürttemberg hatten wir eine von mir geleitete Arbeitsgruppe, die sich mit dieser Frage beschäftigen sollte. Vor dieser Frage haben sich die Ärzte gedrückt: Ich habe versucht deutlich zu machen, dass das Thema „Basis- oder Grundversicherung“ anzupacken sei, dass man dazu Stellung nehmen müsse, man müsse auch definieren, was wirklich wichtig ist und was nicht, was Zusatzpakete sind und was nicht. Es würde kontrovers diskutiert, es gab keine Einigung; die Doktors kommen lieber mit dem jetzigen Zustand zurecht, in dem alles unklar ist, in dem alle Katzen grau sind. Das Problem ist: wer solche Entscheidungen trifft, übernimmt auch die Verantwortung dafür, denn eine solche Entscheidung enthält Rationierungselemente, zumindest im Vergleich zum jetzigen Stand.

Aber noch ein Schritt zurück: in Ihrem Konzept ist die AOK nicht mehr dieselbe AOK wie heute, sie ist ein Stück weit auf gleicher Augenhöhe wie die Allianz oder irgendeine Versicherung.

Bavastro: Die Ärzte müssen auch mündig werden und Verantwortung übernehmen! Ich sehe ein weiteres, großes Problem: die Ärzte sind in ihrer Denkweise a-historisch und a-politisch. Alle klagen über das jetzige System, aber kaum einer hat den Mut auszusteigen; wenn es alle machen würden, so würde dem Einzelnen nichts geschehen. Auf der einen Seite sind sie von der fachlichen Qualifikation die Gruppierung die bei einer solchen Definition der Leistungen an erster Stelle

mitmachen muss. Ich sehe auch keine Rationierungselemente, da es klar und offen ist, was in der Basisversicherung enthalten ist und jeder diese Basis bekommt. Die Politik muss aber bei einem solchen Systemwechsel in ihrer Verantwortung stehen.

Kolkmann: Im Vorstand der BÄK haben wir vor 1 bis 2 Jahren eine Arbeitsgruppe zur Frage der Basisleistung gehabt: es ist ausgegangen wie das Hornberger Schiessen. Es war allen klar, dass versicherungsfremde Leistungen, etwa wie sie Herr Beske aufgestellt hat, raus müssen....

Feser: ...das ist ja nicht schwierig...

Kolkmann: ...dann bestand Einigkeit, dass alle im EBM aufgeführten Dinge zur Grundleistung gehören: damit war aber das Thema erledigt.

Schneider: Was blieb dann übrig?

Kolkmann: Faktisch gar nichts, darüber muss man sich im Klaren sein.

Nun, man hat ja auch die Krankenkassen der GKV in den Wettbewerb getrieben, betrachten wir beispielsweise das, was die AOK macht, natürlich auch auf Grund ihrer Masse. Wenn ich bedenke, dass in den Krankenhäusern Diabetesberater sitzen, die schon vor der Zeit eine Art DMP versucht haben, Beratung nur für AOK-Patienten, wenn ich bedenke welche Anstrengungen im Bereich Mamma-Ca und Früherkennung unternommen worden sind, so ist das eine Art Wettbewerb.

Man denke an diese Tour de Ländle – für die die das nicht wissen: es ist eine Radtour durch Badenwürttemberg, es fahren tausende Radfahrer ein Paar 100 Km eine Woche lang durch das Land, das Ganze ist zum großen Teil von der AOK gesponsert. Es ist schon eine Art Wettbewerb. Ich habe lange mit Herrn Sing verhandelt ( AOK-Chef in BW ) über den Aufbau eines gemeinsamen Patienteninformationssystems; die Antwort war eindeutig: nur dann, wenn es meiner Kasse und meinen Versicherten nutzt, aber nicht darüber hinaus.

Was ist dann aber geschehen, im Zuge des sog. Kassen-Wettbewerbs, als die BKK die guten Risiken hatten und die anderen in die Röhre schauten? Wir bekamen einen

Risikostrukturausgleich, weil andere Kassen gefährdet waren. Solche Unsicherheiten können sich natürlich auch in einem solchen neuen System ergeben.

Bavastro: Nun, der RSA aber ist nicht gerade Ausdruck von Wettbewerb, erhöht auch nicht die Transparenz – es erhöht enorm die Bürokratie. Eine Begründung für die Einführung der DMP ist die Erfassung der chronisch Kranken, also der schlechten Risiken, um den RSA besser handhaben zu können. Aufrichtig und Transparent ist das alles nicht...Der RSA ist ein Instrument das Fehlanreize schafft.

Man kann natürlich im System wie es jetzt ist bleiben, da und dort ein bisschen was ändern – im Grunde besteht aber darüber Einigkeit, dass das jetzige Kassensystem am Ende ist, den modernen Anforderungen nicht mehr entspricht, nicht zukunftsfähig ist. Es ist auch in einer anderen Zeit eingeführt worden, zu ganz anderen Zwecken, in einer völlig anderen Gesellschaftsstruktur.

Wenn wir kritisch auf das Wort Basisleistung blicken, so dürfen wir nicht vergessen, dass es heute schon so ist, dass man in der Kassenmedizin nur das „Ausreichende“ machen darf, mehr zahlt die Kasse nicht; der Arzt ist nicht Garant für den Patienten, sondern „Verwalter“ des Vermögens der Kasse: also eine Art Rationierte Basisleistung besteht bereits schon. Das Problem liegt darin, dass es die Patienten nicht wissen, die Ärzte versuchen es durch andere Instrumente oder Lügen dem Patienten zu verschweigen – die Gerichte aber urteilen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaften, Stand den die Kassen nicht zahlen wollen und dürfen, so im SGB V. Die Patienten erheben aber hohe Ansprüche an die Qualität der Leistung, wissen aber nicht, dass sie gar nicht bezahlt werden darf: ich nenne das immer das ungesunde Dreieckverhältnis. Der Patient zahlt anonym an die Kasse, will eine Leistung vom Arzt, weiß aber nicht was die Kasse dem Arzt vergütet. Freiheit und Eigenverantwortung können so nicht entstehen: sind diese wirklich gewollt? Ein System das den mündigen Bürger vorsieht sieht anders aus!!

Schneider: ich will noch einmal auf die Ausgangsregelung zurückkommen, auf § 370 RVO von 1911, die dann 1920 in ein neues System gemündet ist. Nach dem ersten Weltkrieg gab es 6,5 Mio Arbeitslose, aber ein bares Festhalten an die Sachleistung war nicht möglich, da die Kosten nicht übernommen werden konnten: Überlegungen zu Kostenerstattung gab es schon. Die Kostenerstattung scheint mir auch das einzige Modell zu sein, das praktikabel ist. Es wird schwierig sein – vielleicht gelingt

es auch nicht – zu definieren, was zu einer Basisversorgung gehören soll: ist es überhaupt definierbar?

Wenn überhaupt muss es von den Ärzten kommen, Ökonomen oder Juristen können es nicht. Wenn es aber nicht geht, dann muss die Sozialversicherung so verstanden werden, dass sie einen bestimmten Teil abdeckt; reicht es nicht, so bleibt es dem Betroffenen unbenommen, eine zusätzliche Kostenerstattungsversicherung nach eigener Disposition zu wählen. Das ist der einzige Weg den ich sehe.

Feser: Vor 2 – 3 Jahren hatten wir eine kurze Zeit lang die Kostenerstattung bei Zahnbehandlung und Zahnersatz erarbeitet und diskutiert. Es wurde damals viel Arbeit investiert, um festzulegen was über Kostenerstattung und was über Zusatzleistung möglich ist.

Wenn ich gerne einen „Ferrari“ im Mund habe, dann soll ich es auch haben dürfen, dann soll ich es auch zahlen; ein anderer ist mit einer Amalgamfüllung zufrieden.

Man hat damals sehr viel Arbeit investiert. Ich weiß gar nicht, ob man es Basisleistung nennen kann, weil einige sofort denken „der bekommt jetzt gerade noch das ausreichende“...

Schneider: ...das Thema ist belegt...

Bavastro: Es ist doch schon lange die schlichte Realität: in der Kassenmedizin, durch SGB V festgelegt, ist es so, dass nur das „ausreichende“ bezahlt wird, dass nur dieses von der Kasse übernommen wird – der Arzt darf auch nicht mehr verschreiben. Also, eine Rationierung, eine Beschränkung auf das Minimum ist gesetzlich festgelegt: das Problem liegt darin, dass die Politiker, die dieses Gesetz beschlossen haben, nicht den Mut haben offen dazu zu stehen; dass die Kassen den Patienten immer noch sagen, dass sie das Notwendige übernehmen; dass die Ärzte meinen, sie müssten den Patienten mit der Wahrheit verschonen.

Die Reduzierung der Leistung ist doch schon längst Realität – es wird nur nicht offen kommuniziert, das ist die Schande!!

Feser: Es muss klar und offen sein, welche Leistung, in welcher Form und zu welchem Preis erstattet wird; es muss auch Kostentransparenz herrschen über Zusatzleistungen. Ich vergleiche es gerne mit der Bankwirtschaft der 70er und 80er

Jahre: damals hingen die Preise aus über die Kosten der einzelnen Leistungen. Einige Leistungen werden querersubventioniert: das Girokonto hat eine Schlüsselfunktion, ist so eine Einsteigerfunktion um Kunden zu bekommen: an Überweisungen hat man nichts verdient... vielleicht mit dem technischen Fortschritt doch. So ähnlich ist es mit dem ambulanten Operieren am Krankenhaus: durch die hohen Strukturkosten verdient man auch nichts, aber der eine oder andere Patient bleibt vielleicht dann doch stationär...

So muss es auch bei den Standardleistungen sein: sie müssen definiert sein, es muss klar sein was sie kosten: erst dann kann ich diese Zusatzversichern, evt. mit Eigenbeteiligung und andere Modelle...

Ich weiß aber nicht, ob man nicht zu hohe Transferkosten schafft, wenn man die existierenden Modelle völlig abschafft – wenn ich allein an die Bürgerversicherung denke... Es sind viele Probleme im Voraus zu bedenken, es ist in gewisser Weise immer eine Art Behinderung...

Aber ich denke, dass man aus dem System heraus diese Leistung vollbringen muss.

Bavastro: Wir hatten die Frage, dass vieles Hastig und ohne Perspektive gemacht wird, man weiß nicht wo es hingehet, man hat eher den Eindruck, dass man von einem Loch ins andere, von einem Defizit ins andere stolpert. Es müsste am Anfang eine sinnvolle Perspektive, eine Vision, eine Idee, ein Weg skizziert werden – auch wenn noch keine Mehrheiten oder weil zu viele Widerstände da sind. Man muss sich auf ein Ziel einigen, sich dann gut überlegen welche Schritte notwendig sind in welcher Zeit – aber die Blickrichtung muss klar sein. Heute ist die Verunsicherung groß, da nicht erlebbar ist, wo die Reise hingehen soll, welche Vision da ist. Es wäre auch gut, wenn es zukunftsgerichtete Visionen sind, nicht parteipolitische Rückwärtsvisionen, die nur Parteiströmungen bedienen, wie es beispielsweise die Bürgerversicherung ist.

Gestern sprachen wir vom Zug: es wird am einzelnen Waggon repariert, aber keiner weiß wozu und in welche Richtung der Zug fährt...

Schimmelfennig: ...der gesamte Zug fährt in die falsche Richtung!...

Bavastro: Man muss zunächst darüber Klarheit schaffen, unter welchen Prämissen eine Reform stehen soll: Sparen, den Bürger lenken, Ärzte kontrollieren,

Planwirtschaft...dies muss natürlich offen und klar gesagt werden – Begriffe, die heute Fremdwörter zu sein scheinen.

Mein Anliegen, meine Prämisse ist der mündige, der freie, der eigenverantwortliche Bürger – der Staat hat so wenig wie möglich hineinzureden, die Kassen ebenso.

Je nach Prämisse ändert sich naturgemäß der Weg !

Feser: Aber in 4 Jahren Regierung ist es sehr schwierig eine Vision, die einen Zeitraum von vielleicht 10 Jahren für die Realisierung benötigt, zu verfolgen.

Klöpfer: Das Problem ist, dass man mit verschiedenen Selbstverständnissen konfrontiert wird: aber die Mündigkeit des Bürgers ist zur Zeit bei den meisten Politikern gar kein Ziel. Das wird zwar als Monstranz vorgehalten, aber der mündige und freie Bürger ist auch unbequem. Der mündige Bürger wird auch als Selbstlegitimation verwendet, um den Bürger unmündig zu halten, um den Bürger sagen zu können, was für ihn gut sei.

Damit ist man im Konflikt mit der Grundidee dieses Konzeptes.

Auf der anderen Seite ist es das Ziel eines jeden Arztes, seinem Patienten alles das zukommen zu lassen, was er medizinische braucht.

Bavastro:...das ist ein Idealzustand...die Situation der Kassenmedizin erzieht aber die Ärzte zu einem anderen Verhalten, leider...

Klöpfer:... der nächste Widerspruch tritt auf, wenn der Patient sagt: sorry, aber dafür bin ich nicht versichert...also es treffen sehr viele Interessen aufeinander...

Und trotzdem gebe ich Dir recht: am Ende muss so ein Konzept da stehen. Die Schwierigkeiten sind aber groß.

Schimmelpfennig: Der Par. 12 SGB V – „die Leistung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ – muss richtig übersetzt werden. Das Wort ausreichend meint nicht die Note 4, sondern ist juristisch abgesichert: es bedeutet eine anerkannte medizinische Versorgung nach wissenschaftlichem Standard...

Bavastro:...die Bedeutung in der Umgangssprache ist eine andere und in der Praxis sieht die Realität sehr anders aus...die Formulierungen klingen deutlich, sind sie aber mitnichten...

Schimmelpfennig:... ja, klar, ist bekannt. Das Maß des Notwendigen nicht überschreiten heißt im Umkehrschluss, das Maß erreichen das erforderlich ist um die Not zu wenden. Gerade dieses Argument wird aber von den Kassen als Totschlagargument missbraucht, um zu sagen, dass ein Patient diese Leistung nicht bekommt. Das ist aber in dieser Form falsch. Das ist gleichzeitig auch ein Instrument der Qualitätssicherung, denn wenn die Kasse verpflichtet ist das zur Verfügung zu stellen, was die Not wendet, dann kann das manchmal auch eine außerordentlich hohe Qualität bedingen – theoretisch.

Speziell bei mir in der Geriatrie ist Dekubitus eine ewige Diskussion, so z.B. ob die großen Liege-Wechsel-Matratzen, die richtig Geld kosten, gezahlt werden. Letztes Jahr hat das Bundessozialgericht ein vernünftiges Urteil gesprochen, das Klarheit schafft. Die Kassen haben sich jahrelang davor gedrückt zu zahlen, weil sie gesagt haben, eine Gummiweichmatratze für 400 € reicht aus, sei ausreichend. Da ist der Punkt: man muss definieren, was notwendig heißt: es heißt nicht knapp an der Unterkante...

Bavastro:...aber so wird es verstanden und praktiziert, und wenn es nicht anders geht, über den Weg der Budgets...damit hat die Kasse das Problem los zu lasten der Helfenden...

Schimmelpfennig:...ich weiß es...

Kolkmann: Das Wort wirtschaftlich steht etwa seit 3 Jahren drin.

Schneider: Es gab früher den §368 E, der hat bereits solche Dinge vorgehalten. Aber in dieser Deutlichkeit und Schärfe steht es erst seit kurzem so drin.

Kolkmann: ...und das bedeutet, dass im ärztlichen Alltag ökonomische Aspekte mit hineinkommen, dann fängt der Streit an, was wirtschaftlich sei. Ich kenne

Diskussionen zwischen Kammer und KV, bei denen von Seiten der KV wirtschaftlich heißt lediglich Mindeststandard, ganz einfach, um das Budget nicht zu gefährden.

Schimmelpfennig: Diese Denke ist fachlich nicht gedeckt!

Bavastro: Die Folgen der Budgettierungen, ob im ambulanten oder im stationären Bereich, zeigen sich auch hier. Es hat keinen Sinn große Versprechungen zu tun oder schöne Dinge ins Gesetz zu schreiben: solange Budgettiert ist oder die Kassen wie Diktatoren auftreten (siehe z.B. Pflegesatzverhandlungen), wird über den Geldhahn rationiert – auf Kosten der Patienten und der Helfenden.

Alle Instrumente der Intransparenz ( DRG, Sachleistung, RSA, DMP und viele andere mehr ) verstärken diese Situation, die Rationierung, von der Patient direkt nichts merkt, außer einem allgemeinen Unbehagen. Er kann sich in einem solchen System nicht wehren, da letztlich keiner direkt verantwortlich ist.

Rübsam-Simon: Darüber werden wir noch diskutieren müssen. Ich möchte aber noch einmal auf die Basis- oder Grundversicherung: ich sehe da Ängste von Seiten der Ärzte, insbesondere die Angst sich festzulegen. Ich halte den Punkt Angst für ganz wesentlich. In vielen Diskussionen ist es mir in den letzten Jahren klar geworden:

Die Vision die Sie entworfen haben ist eine klare Vision, auf die man zugehen kann.

Aber die Angst der Akteure im System vor Veränderungen ist für mich der entscheidende Knackpunkt. Alle haben Angst, das System zu ändern. Es ist ein soziopsychologisches und ein emotionales Phänomen: in seiner Tragweite ist es mir erst in den letzten 1 bis 2 Jahren klar geworden. Wenn das jetzige System geändert wird, erhöht sich die Verantwortlichkeit des Einzelnen, jeder steht mehr alleine da, er steht mehr im Wettbewerb, jeder muss sich mit anderen vergleichen. Das jetzige System ist eine Art Gelddruckmaschine, garantiert aber eine Art auskömmliches Einkommen; wer eine Kassenzulassung hat, hat ein gewisses Einkommen und fertig. Das System kommt natürlich ans Ende, das merken und wissen alle, und trotzdem haben alle Angst etwas zu ändern, weil es bedeuten würde, dass einige rausfliegen und sich aus dem Karussell herausdrehen. Das ist der Knackpunkt. Die Angst vor Veränderungen führt dazu, dass die Konsequenzen nicht zu Ende gedacht werden: so werden wichtige Entscheidungen rausgeschoben – es ist nur unlogisch. Eine Grundversicherung im Bereich der GOÄ ist ein verhandelbarer Gegenstand; im

Bereich der Kassenmedizin soll das aber nicht möglich sein. Aus der Logik heraus ist das nicht nachvollziehbar.

Schneider: Aber Herr Rübsam-Simon, dort gibt es die Kostenerstattung, nur unter diesem Gesichtspunkt wird es verständlich.

Rübsam-Simon: Die Öffnung zur Kostenerstattung ist vollzogen worden.

Bavastro: ...sehr in Grenzen, wieder mit hohen bürokratischen Hürden, die Kassen erschweren wie Wahl dieser Möglichkeit so gut sie können... Man wird abwarten müssen, wie sie angenommen wird. Die Ärzte haben Angst, wollen bei Kostenerstattung zum gleichen Preis wie in der Kassenmedizin anbieten, um den Patienten nicht zu belasten – damit wird aber die jetzige schlechte Situation perpetuiert ...und der Patient nicht zur Eigenverantwortung erzogen. Die Ärzte selbst führen die Mentalität weiter: Daimler-Qualität zu Trabi-Preisen anbieten zu wollen. Die Kassen werden es zu verhindern versuchen, dem Patienten Angst machen: „sie haben dann den Status des Privatpatienten“ – als ob dieses eine gefährliche Drohung wäre! Patienten in Deutschland sind seit Bismarck gewohnt alles zu bekommen ohne dafür zu zahlen. Die Kassen haben auch kein Interesse daran: ein Patient der Kostenerstattung wählt ist mündig und kann nicht mehr von seiner Kasse gelenkt, gesteuert und bevormundet werden...Die Kassen interpretieren es auch so, dass Kostenerstattung nur gewährt werden kann, wenn der Patient bei einem Kassenarzt war... also wieder eine Handhabe, die die Freiheit und die Eigenverantwortlichkeit massiv einschränkt!

Kolkmann: Bei dem Problem Angst stimme ich Ihnen zu.

Im jetzigen System sind sie kein Freiberufler, den Wettbewerb wollen sie nicht.

Aber es kommt der Methodenstreit hinzu. Nehmen wir z.B. die allergische Rinitis. Der Berufsverband der Allgemeinärzte hatte eine Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der allergischen Rinitis herausgegeben: es waren ein paar Sätze auf einer Seite.

Die Leitlinie des Verbandes der HNO-Ärzte kam gleichzeitig heraus: der Unterschied hätte nicht größer sein können. Hier spielen viele Faktoren eine Rolle, auch die Kosten, die in der Kassenmedizin möglichst niedrig ausfallen müssen....

Bavastro: Eine Diskrepanz tritt immer deutlicher zutage: bei Vorträgen, bei Kongressen, bei Fortbildungen wird die Ebene der seriösen Wissenschaftlichkeit behandelt; es besteht ein ( berechtigter ) Druck, die Dinge seriös und fundiert zu schildern, auf dem Stand der Wissenschaft. Also im Beispiel von vorhin: Daimler-Qualität. In der Realität der Kassen-Medizin ist dies weder gefragt noch gewollt: wenn die Zuhörer in der Mehrzahl Kassenärzte sind, erlebt man, dass man oft an deren Realität vorbeispricht. Das Niveau der guten Behandlung ist nicht möglich: dort geht es allein um die begrenzte Machbarkeit in einem büdgettierten System, das erhebliche Teile der notwendigen Leistungen gar nicht vergütet.

Warum haben die meisten Ärzte Angst aus diesem maroden System, unter dem sie leiden, auszusteigen?

Rest: Als Außenstehender, in erster Linie als Patient, habe ich ein Problem. Als vorhin die Rede vom Zug war, habe ich mich gefragt, was oder wer die Richtung und die Fahrt des Zuges bestimmt: Ist es der Fahrplan, ist es der Zielbahnhof, ist es die Ladung, sind es die Passagiere die darin sitzen, ist es der Stellwärter oder ist es der Zugführer? Wer ist es eigentlich? Wenn man über eine Basisversorgung spricht und versucht zu definieren was da hineingehört, und sich alleine darauf konzentriert, so stellt sich die Frage völlig anders, wenn man sagen würde: es ist im Prinzip alles drin, du kannst es billiger haben, wenn du bestimmte Dinge ausschließt. Wir machen also keine Liste der Leistungen die in der Basisversorgung drin sind, sondern wir machen eine Ausschlussliste. Und diese Ausschlussliste privatisieren wir. Das wäre doch eine Idee. Jeder sagt, was er nicht drin haben will. Ich nehme das Beispiel der Regeln in Oregon, wo man vom Gesetzgeber her festgelegt hat, Organtransplantationen bei Sozialhilfeempfängern werden auf jeden Fall ausgeschlossen.

Feser: ...das sollte mal in Deutschland jemand sagen...

Rest: Also, ich bin der Auffassung, für mich schließe ich jede Organtransplantation aus. Das würde ich selbst sagen, man würde das individualisieren. Es wird dann ein Datenproblem, denn wir müssten für jeden Patienten...

Feser:...das oder jenes hat er in seiner Versicherung drin oder nicht...

Rest: Genau, in seiner Chipkarte steht dann alles drin, ausschließlich...

Kolkmann: Soweit ich mich erinnern kann, gab es einmal in Oregon ein Kind mit Leukämie: es gab ein Riesentheater, weil die Erkrankung behandelbar war. Weil es aber nicht in der Liste war, wurde es nicht erstattet; die Eltern standen vor dem großen Problem: bevor das Geld zusammen kam, war das Kind tot. Dieses Ereignis liegt viele Jahre zurück.

Bavastro: Nun, das amerikanische System unterscheidet sich ganz erheblich von deutschen – ich denke auch nicht, dass es als Vorbild dienen kann.

Rest: Ich wollte nur ein Beispiel nennen, weil es allgemein ein schwieriges Problem ist.

Bavastro: Ich wollte dieses Konzept an den Anfang stellen, nicht um zwei Tage darüber zu diskutieren, sondern damit die verschiedenen Beiträge die noch kommen werden sich auch in der Diskussion darauf beziehen können; damit auch Anregungen kommen können, wie ein neues Gesundheitssystem aussehen könnte, ein System das anders aussehen muss als das heutige.

Kolkmann: Noch eine Ergänzung, da kein Philosoph hier am Tisch sitzt...

Rest:...doch !...

Kolkmann:...entschuldigung! In Diskussionen zur Gesundheitspolitik äußern sich zunehmend auch Philosophen. In eine aktuellen Kolloquium der Robert Bosch Stiftung zum Thema Versorgung im Alter, hat ein Philosoph die Meinung geäußert, dass man mittelfristig auf Standards kommen müsse, die deutlich unter dem liegen, was die Medizin bieten könnte.

Bavastro: Dann müsste man aber §72 SGB V ändern!

Kolkmann: Das würde eine Basisversorgung auf ganz niedrigem Niveau bedeuten – alles andere kann man sich dann kaufen...

Bauer: Das Problem der Daten ist im Zeitalter der Chips problemlos zu lösen: die Versicherung muss schauen, was im Paket drin ist und was nicht.

Bavastro:...ist es wirklich so problemlos zu meistern?...Wir haben auch andere Beispiele....

Bauer: Wenn ich eine Entscheidung treffen soll, was ich ausschließen will, so würde mir vieles einfallen, weil ich nichts krankhaftes habe oder nichts davon weiß. Wenn aber der Fall eintritt, wenn ich dann doch eine neue Leber benötige, oder ein Herzkatheter, sieht die Sache plötzlich ganz anders aus. Dann will man  
– zu Recht ? – das haben, was man vorher ausgeschlossen hatte.

Bavastro: Das war beim Transplantationsgesetz einige Zeitlang in der Diskussion: so ein ähnliches Modell; es wurde dann genau wegen dieser Bedenken wieder verworfen.

Rest: Trotzdem sollte man die Menschen dazu auffordern, darüber mal nachzudenken...

Bauer: Ich bin kein Philosoph, aber die medizinische Ethik muss sich mit Philosophie beschäftigen. Wenn sich ein Philosoph seinerseits abhängig macht von ökonomischen Vorgaben, und sagt, da nur soviel Geld für die Versorgung da ist, muss rationiert werden – dann macht er den zweiten Schritt vor dem ersten.

Kolkmann: In Deutschland herrscht offenbar eine weitgehende Übereinstimmung darüber, dass wir um eine Rationierung nicht herumkommen.

Bauer: Das ist ein spezielles philosophisches Problem. Gerade bei den Bioethikern, Birnbacher und viele andere, vor allem diejenigen utilitaristischer Provenienz, ist das Thema Rationierung philosophisch gesehen spannend, darüber lässt sich diskutieren.

Auch deswegen muss man darüber diskutieren, weil sich dadurch die Philosophie ein Stückweit wichtig machen möchte. Bei der Rationierungsdebatte auf philosophischer

Ebene darf man nicht ganz vergessen, dass es auch dort attraktive und weniger attraktive Forschungsfelder gibt.

Klöpfer: Herr Rest, so ein Modell wie Sie es vorhin vorgestellt haben, muss nach meinem Dafürhalten in bestimmten Alterstufen immer wieder neu abgefragt werden: je nach Alter ändern sich die Bedürfnisse aber auch die Lebenslage. Sonst bestehen große Vorbehalte gegenüber einem solchen System.

Rest: Ich bin ein Anhänger dieser Idee.

Klöpfer: In den Hinterzimmern der Kassen wird so was diskutiert. Bei laufenden Kameras wird behauptet, dass so etwas überhaupt nicht in Frage kommt, aber so abwegig ist es gar nicht.

Rest: In der Diskussion um die Patientenverfügung wird auch diskutiert und nachgedacht, „was möchte ich nicht“.

Klöpfer: Zu den bisher besprochenen Ideen möchte ich sagen, dass wir um Rationierungen nicht drumherum kommen werden. Es ist die Frage, ob wir einen geführten Prozess wollen oder ob sich alles irgendwie automatisch ergeben wird. Ich fürchte, es wird ein völlig unkontrollierter zufälliger Prozess werden. Wollen wir willkürliche Ergebnisse, willkürliche Ungerechtigkeiten oder fangen wir an den Prozess zu führen, so schmerzhaft und unangenehm es auch sein mag. Ich habe das Gefühl, wir rennen im Moment in einen ungestalteten Prozess hinein, nur weil wir uns nicht rantrauen.

Schimmelpfennig: Widerspruch! Sie sagen Rationierung muss sein: das gehört für mich auch zu den vielen modernen Mythen und Märchen!

Es muss keine Rationierung sein. Wir müssen uns klar machen, wir sind eines der reichsten Länder der Welt und wir haben nicht zu wenig Geld, sondern wir führen verdeckte Verteilungskämpfe. Ich will nur eine Zahl nennen. Es wird immer so viel über Sozialhilfe missbraucht diskutiert. Tatsache ist, dass die gesamte Sozialhilfe der BRD pro Jahr 25-30 Mrd. nur 1% des privaten Geldvermögens ausmacht. Das ist eine lächerliche Summe! Wir brauchen mehr Geld für die medizinische Versorgung,

vielleicht zu Lasten anderer Bereiche. Wir brauchen keine Rationierung und keine demagogischen Spielwiesen.

Ich komme zu meinem zweiten Punkt, zum mündigen Patienten. Von der Weltanschauung und von meinem Menschenbild bin ich sofort für den mündigen Patienten. Aber: wenn die Patienten nicht ein Mindestmaß an intellektueller Differenzierung und an Selbstwahrnehmungssensibilität haben, sind sie nicht mündig und werden es auch nicht. Es ist nicht einzusehen, dass die fortschreitende Rationalisierung und die Produktivitätsgewinne nur bei den Aktionären bleiben und nicht bei der Allgemeinbevölkerung. Es ist nicht einzusehen, dass sich Firmen, die sich ihrer sozialen Verantwortung entledigen in dem sie Arbeitslose schaffen statt Arbeitsplätze, sozial entlastet werden.

Kolkmann: ...das ist Klassenkampf...

Schimmelpfennig: Das hat mit Klassenkampf nichts zu tun, sondern mit sozialer Gerechtigkeit; diese war bei Kohl nicht modern, aber auch nicht bei Schröder.

Der mündige Patient braucht Voraussetzungen, die nicht erfüllt sind. Es gibt Leute die wirklich wenig Geld verdienen, die schrauben sich teure Alufelgen an ihren gebrauchten Golf - dafür ist Geld da. Für Alkohol und Zigaretten ist auch Geld da.

Für eine notwendige Massage oder für eine Keramikverblendung haben sie kein Geld. Es ist das Problem des Einzelnen; die Eigenverantwortung muss kommen, ich weiß nur nicht wie sie gefördert werden kann, weil Inkompetenz die Grundlage ist.

In einem Land wie unseres, einem der reichsten Länder der Welt, setzt sich die Umverteilung von unten nach oben seit 1982 ungebrochen fort. Wir haben eine ständig sinkende Lohnquote von 74% 1975 und 65% in Jahre 2001: dieses wird nicht thematisiert. Stattdessen wird ein Lügengebäude gesponnen mit Vokabeln wie Kostenexplosion, Lohnnebenkosten usw. Diese Aspekte gehören in eine seriöse Diskussion mit hinein.

Bavastro: Wir könnten sicher eine ganze Tagung zum Thema Gerechtigkeit, was es war, was es modern ist, wie sie zu verstehen ist, gestalten. Solidarität ist auch so ein Thema, das veraltet oder modern verstanden werden kann.

Meine Grundidee, mein Ausgangspunkt ist und bleibt der mündige und freie Mensch – Patient ebenso wie Arzt.

In vielen anderen Bereichen der Gesellschaft wird mit diesem Bürger als mündige umgegangen: Kauf von Gegenständen, Handyrechnungen, Patientenverfügungen, Organspende – auch wenn wir alle wissen, dass viele Mitbürger nicht wirklich mündig sind. Warum soll es im Gesundheitswesen prinzipiell anders sein: hier unmündig, dort mündig?

Trotzdem, eine Reform die nicht von diesem Ideal ausgeht, die im Alten stecken bleibt oder gar alleine egalisierende Züge hat die an Planwirtschaft erinnern (ich meine die Bürgerversicherung) wir nicht zukunftsfähig sein.

Ängste müssen ebenso analysiert und überwunden werden.

Zum Schluss meine „Eckpunkte“ zusammengefasst:

- 1 – Kostenerstattung statt Sachleistung
- 2 – Versicherungspflicht ( Basis- oder Grundversicherung ) statt Pflichtversicherung, freie Möglichkeit von Zusatzpaketen. Aufhebung von Grenzen oder Hürden.
- 3 – Bürokratieabbau, radikale Vereinfachung des Systems.
- 4 – Abschaffung der Budgettierung, Deckelungen
- 5 – Morbiditätsrisiko ist bei den Versicherungen
- 6 – Freie Arztwahl – die Versicherung zahlt den versicherten Anteil.

Ich wünsche der Tagung einen guten Verlauf.