

RBB



Kulturradio
Kulturtermin

**Modell für ein neues Gesundheitssystem
Das Manifest der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften
Eine Sendung von Annette Wilmes**

Redaktion: Karin Tholen
Sendetag: 4. Juni 2007
Sendezeit: 19:04 Uhr bis 19:30 Uhr

Take 1 (Stock)

Das Motiv war, ernsthaft und gründlich über das Gesundheitssystem, über Solidarität im Gesundheitssystem einmal aus allen möglichen Blickwinkeln herauskommend, nachzudenken.

Autorin

Günter Stock, Professor für vegetative Physiologie, ist Präsident der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.

Take 2 (Stock)

Und wir wollten weit abseits des Kampfgetümmels, was es dann wurde, wollten wir doch einmal Positionen beziehen, die uns eben nicht in die Lage versetzt haben, uns im Kampfgetümmel zu bewähren, sondern uns wirklich die Freiheit gegeben haben, wissenschaftlich solide die Dinge aufzuarbeiten, und so kam es dann ja auch.

Autorin

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Akademie, an der Günter Stock beteiligt war, befasste sich mit Fragen eines dauerhaften Gesundheitssystems. Sie tat dies nicht nur abseits des Kampfgetümmels um die Gesundheitsreform, sondern auch jenseits jeder Lobby.

Take 3 (Stock)

Jenseits jeder Lobby. Das ist ja ohnehin ein Privileg und eine große Möglichkeit einer Akademie, dass sie wirklich völlig autonom in wissenschaftlicher Eigenverantwortung bearbeiten kann. Wir haben das Thema gewählt. Wir haben die Experten ausgesucht, wir haben die Hearings gestaltet. Und wir haben dann später natürlich der Politik die Informationen gegeben, aber Politik und Lobby, Verbände, waren zu keinem Zeitpunkt involviert.

Autorin

Vertreter aus allen Fachbereichen der Akademie nahmen an der Arbeitsgruppe "Gesundheitsstandards" teil: Philosophen, Soziologen, Mediziner, Ökonomen und Juristen.

Take 4 (Stock)

Wo kommen wir her im Gesundheitswesen, was verstehen wir heute unter Solidarität, wie kam es dazu, wie viel Solidarität ist nötig und möglich überhaupt und dann schließlich, was ist medizinisch geboten, angesichts der demographischen Entwicklung, angesichts der deutlich gestiegenen Möglichkeiten der molekularen Medizin und wie ist das Rechtssystem innerhalb der Medizin, auch was Grundrechte anlangt, welche Forderungen dürfen wir legitimer Weise erheben. Also es ist ein sehr weitgehend interdisziplinärer Ansatz.

Take 5 (Gethmann)

Die Medizin ist ja kein homogenes, kognitives Gebilde, sondern besteht aus einer Vielzahl von sehr unterschiedlich strukturierten Disziplinen, die Anatomie, oder die Psychiatrie oder die Chirurgie sind völlig unterschiedlich strukturierte Medizinen.

Autorin

Carl Friedrich Gethmann, Professor für Philosophie an der Universität Duisburg-Essen und Direktor der Europäischen Akademie zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen in Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Take 6 (Gethmann)

Und wie die Forschung zu Wissen kommt, ist ein keineswegs triviales Problem. In den Feldern, in denen vom Wissen dann wieder Handeln abhängt, berührt es natürlich auch sehr hautnah die Gesellschaft und die gesellschaftliche Debatte. Deswegen sind in solchen Projekten eigentlich immer Philosophen dabei, in diesem Projekt waren es zwei.

Autorin

Carl Friedrich Gethmann ist Sprecher der interdisziplinären Arbeitsgruppe.

Take 7 (Gethmann)

Die Arbeitsgruppe ist angefangen mit einer Bestandsaufnahme und hat das deutsche System in Kontrast zu drei anderen europäischen untersucht, dem englischen, dem niederländischen und dem schweizerischen. Das deshalb, weil diese vier Systeme sozusagen ideale Realisierungen ganz unterschiedlicher konzeptioneller Ansätze darstellen. Wir haben das Ergebnis dieses Vergleichs auch im Anhang zu unserer Studie abgedruckt, haben uns dann aber im Wesentlichen mit Regulierungsfragen, also mit normativen Fragen beschäftigt. Wir haben erstens gefragt, welche Veränderungen können im Rahmen des bestehenden Systems vollzogen werden, gewissermaßen systemkonform. Und zweitens, welche Veränderungen müssen vollzogen werden, die das bisherige System sprengen? Wir haben versucht, die Antworten gewissermaßen auf der Zeitachse zu platzieren und haben uns ein Endbild ausgemalt, das in etwa 30 Jahren, also

in einer Generation, realisiert sein kann. Damit sind unsere Reformvorschläge wesentlich langfristiger angelegt als viele in der Politik und in der Öffentlichkeit diskutierten Vorschläge, die ja immer gewissermaßen von der Hand in den Mund laufen und nach zwei oder drei oder spätestens fünf Jahren hat man wieder eine Debatte. Wir wollten also mal einen Vorschlag machen, der die Chance hat, systemstabil, jedenfalls in Maßen, absolute Stabilität gibt es nicht, aber einigermaßen systemstabil über eine Generation hinweg realisiert zu werden.

Autorin

Der Forschungsbericht mit dem Titel „Gesundheit nach Maß?“ erschien bereits 2004, als der Streit um die Gesundheitsreform noch nicht im Gange war. Autoren der „transdisziplinären Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems“, waren die Mitglieder der Arbeitsgruppe, unter ihnen der Mediziner und Akademie-Präsident Günter Stock.

Take 8 (Stock)

Aber die Rezeption war eigentlich eher zurückhaltend, will ich mal sagen. Kein Wunder, bei einem wissenschaftlichen Buch dieser Dimension darf man auch nicht erwarten, dass schnelllebig arbeitende Menschen sich die Zeit nehmen, 200, 300 Seiten gründlich zu lesen.

Autorin

Deshalb entschlossen sich die Wissenschaftler, die Ergebnisse des Forschungsberichts in einem Manifest zusammenzufassen und einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen.

Take 9 (Stock)

Wir sind der Meinung, dass die Akademie sich in unterschiedlicher Weise einmischen sollte in die Willensgestaltung, weil sie die Stimme der Wissenschaft zur Geltung bringen möchte, und wie ich denke, auch muss. Und wir wollten mit dem Manifest in der Tat eine Grundlage dafür schaffen, dass die wesentlichen Thesen und Kenntnisse, geronnen in Thesen, dass wir die so in die Debatte werfen, dass sie wahrgenommen und dann auch diskutiert werden können. Und so geschah es dann auch.

Autorin:

Grundlegende Änderungen des bisherigen Gesundheitssystems sind aus verschiedenen Gründen notwendig. Der demographische Wandel verlängert die Lebensspanne des Alterns. Die Lebenserwartung liegt bei 80 Jahren. Ältere Menschen haben in der Regel mehr Beschwerden und Krankheiten. Ihre Linderung ist mit Kosten verbunden. Der medizinische Fortschritt führt zwar nicht unmittelbar zu höheren Ausgaben. Durch seine lebensverlängernde Wirkung trägt er aber auch dazu bei, dass die Menschen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Das gegenwärtige Finanzierungssystem beruht vor allem auf den Beitragszahlungen der Erwerbstätigen. Wenn jedoch immer mehr Rentner immer weniger jungen Beitragszahlern gegenüberstehen, kommt es zu Finanzierungslücken, die im Umlagesystem über steigende Beiträge ausgeglichen werden. Dies kann nicht endlos funktionieren. Über Änderungen, die über die gerade in Kraft getretene Gesundheitsreform hinausgehen, müsse dringend nachgedacht werden, sagt der Philosophieprofessor Carl Friedrich Gethmann:

Take 10 (Gethmann)

Es ist einfach zu wenig Geld im System, oder es wird zu viel Geld aus dem System herausgenommen. Ein Merkmal des deutschen Systems ist die Dualität, das heißt, wir haben etwa 90 Prozent der Bürger in der gesetzlichen Krankenversicherung und haben 10 Prozent der Bürger außerhalb dieses Systems in der privaten Krankenversicherung, wobei die private Krankenversicherung ja der Bereich ist, der ohne großes Wehklagen funktioniert. Warum funktioniert der? Einfach deshalb, weil Kostensteigerungen, die natürlich auch im privaten Bereich zu konstatieren sind, über die Prämie an den Versicherten weitergegeben wird, und der Versicherte bezahlt. Und das erzeugt deswegen kein großes gesellschaftliches Aufsehen, weil hier eben die sogenannten besser Verdienenden versichert sind, für die die Krankenversicherungsprämie als Anteil am privaten Gesamtbudget nicht so ins Gewicht fällt wie vielleicht für weniger Verdienende. Wir haben dann aus der Beobachtung der anderen Systeme heraus zunächst festgestellt, und das ist keine tief sinnige Weisheit, dass ein staatliches Gesundheitssystem wie etwa das in Großbritannien verwirklichte das schlechteste ist, weil es einfach zu Knappheiten, zu Warteschlangen und demzufolge auch zu Ungerechtigkeiten, auch zu Rationierungseffekten, etwa Altersrationierung, führt. Das heißt, vor dem Hintergrund der deutschen Sozialtradition ist das das System, das am wenigsten willkommen ist.

Autorin

Menschen, die älter als 75 Jahre sind, haben in England zum Beispiel Schwierigkeiten, eine künstliche Hüfte zu erhalten. Auch hierzulande wurde bereits öffentlich darüber nachgedacht, ob älteren Menschen bestimmte medizinische Leistungen vorenthalten werden sollten, weil sie sich nicht mehr rentierten. Bisläng jedoch wurden solche Vorschläge als zynisch und inhuman abgelehnt und als nicht vereinbar mit dem Sozialstaat.

Take 11 (Gethmann)

Ein System, dem wir uns in unseren Vorschlägen in einigen wichtigen Punkten angenähert haben, ist das Schweizer System. Das heißt, wir befürworten langfristig auch ein privates Versicherungssystem, allerdings mit starken sozialen Flankierungen und Abfederungen.

Autorin

So soll der Gesamtaufwand für Sozialversicherungen eines Beitragszahlers oder einer Familie einen bestimmten Prozentsatz des verfügbaren Einkommens nicht übersteigen.

Take 12 (Gethmann)

Wir denken etwa an eine Größe von 15 Prozent. Wenn dieser Betrag überstiegen wird, dann soll der Staat direkt die Versicherungsleistungen, die Versicherungsverpflichtungen der Privaten subventionieren, und zwar dadurch, dass den Privaten das Geld direkt in die Hand gegeben wird, so dass er gegenüber dem privaten Versicherer nicht in irgendeiner Weise sozial bedürftig in Erscheinung treten muss. Das wäre so ein Beispiel, in dem wir uns an das Schweizer System anlehnen. Hintergrund ist natürlich ein vollständiger Systemwechsel, nur dann funktioniert das, das heißt, wir möchten mittelfristig die gesetzlichen Krankenversicherungen in private Gesellschaften überleiten, vielleicht unter der Aufsicht einer Art Regulierungsbehörde, und somit eine Pluralität von Anbietern auf dem Markt sehen. Das wird dann allerdings nicht mehr die Zahl der derzeit noch tätigen gesetzlichen Krankerversicherer sein, sondern ein wesentlich geringere Zahl. Die liegen im Wettbewerb, bieten Prämien an, und die Bürger müssen lernen, sich aus diesem Prämienangebot und aus diesem Produktangebot das für sie passende auszusuchen. Das allerdings unter einer starken Kontrolle einer Versicherungsaufsicht, wie wir sie in Deutschland schon kennen, allerdings in anderen Versicherungsbereichen, weil es auf der Hand liegt, dass gerade in diesem sensiblen Bereich, der auch sozial besonders unter moralischen und rechtlichen Gesichtspunkten einer besonderen Aufmerksamkeit unterliegen muss, dass hier natürlich Fehlentscheidungen der Bürger für sie erhebliche Konsequenzen haben können.

Autorin

Außerdem, ergänzt Medizinprofessor Günter Stock, müsse die Frage gestellt werden, welche Leistungen durch eine Krankenversicherung eigentlich abgedeckt werden sollten.

Take 13 (Stock)

Wir müssen von der Fiktion loskommen, dass jeder medizinische Fall automatisch wie ein Notfall behandelt werden muss. Wir müssen deutlich trennen, Notfallmedizin muss grundsätzlich für alle auf höchstem Niveau stattfinden. Aber wir müssen auch wissen, dass Notfallmedizin der Sonderfall ist. Der Regelfall sind eigentlich eher nicht lebensgefährliche medizinische Situationen, dort Wahlmöglichkeiten, Differenzierungen einzubringen, auch Selbstbezahlungskomponenten einzuführen, dieses halte ich durchaus für legitim. In allen anderen Bereichen des Lebens ist es auch so. Nirgendwo gehen wir in den Supermarkt und wählen ohne Rücksicht darauf, was es kostet. Gibt es nicht. Warum soll es im Gesundheitswesen anders sein?

Autorin

Das „Manifest Gesundheitssystem“ stellt ein Reformmodell für mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung vor. Um es realisieren zu können, sei jedoch ein Mentalitätswechsel erforderlich, meint Carl Friedrich Gethmann.

Take 14 (Gethmann)

Die erste Stufe des Mentalitätswechsels liegt eigentlich darin, dass der Krankensicherte lernen muss, dass es bei einer Versicherung nicht darum geht, jedenfalls bei einer Versicherung dieses Typs, wenigstens das herauszuholen, was man selber an Prämien hereinsteckt. Wer am Ende eines Jahres feststellt, dass er mehr bezahlt hat, als er aus dem Versicherungssystem herausbekommen hat, der sollte glücklich sein, weil er nämlich relativ gesund ist. Wer dagegen viel herausgeholt hat, etwa mehr, als er rein gesteckt hat, der muss traurig sein, weil er ziemlich krank ist. Vielleicht kann man's noch extremer in einer Risikolebensversicherung diskutieren, man zahlt in eine Risikolebensversicherung, um nach Möglichkeit nichts herauszubekommen, denn wenn man was herausbekommt, ist man tot. Viele Bürger betrachten die Krankenversicherung wie eine Sparform, man gibt es herein und will das wieder haben und erwartet sogar noch eine gewisse Verzinsung. Das ist also der erste Mentalitätswechsel. Der zweite ist der, dass man lernen muss, für die Lebensrisiken, die man auf sich nimmt, etwa weil es einem einen gewissen Genuss bedeutet, diese Risiken auf sich zu nehmen, dass man für die auch eintreten muss. Wer also zum Beispiel eine Extremsportart betreibt, weil er

den Nervenkitzel, der damit verbunden ist, haben möchte, der sollte wissen, dass für eventuelle Schicksalsschläge, die damit verbunden sind, er auch Vorsorge zu treffen hat und nicht irgendeine andere Gemeinschaft, die mit seinen Hobbys und Präferenzen gar nichts zu tun hat. Ich bin also zum Beispiel der Meinung, dass Sportunfälle in einer allgemeinen Krankenkasse nichts zu suchen haben, sondern dass die Sporttreibenden sich untereinander als Sonderkollektiv vereinigen sollten und eben eine bestimmte Versicherung betreiben. Für Extremsportarten gilt das erst recht. Das heißt, wir müssen viel stärker Risikoprofile differenzieren und wer eben riskante Dinge tut, eine bestimmte Sportart betreibt oder raucht oder exzessiv isst oder was auch immer, der sollte die Risiken seiner Lebensform nicht dem Kollektiv aufbürden.

Autorin

In einem veränderten Gesundheitssystem müsse sich auch die Rolle des Staates wandeln, weg vom reinen Fürsorgestaat hin zu einem Gewährleistungsstaat, erklärt Akademie-Präsident Günter Stock.

Take 15 (Stock)

Wir tragen Verantwortung für uns selbst. Nicht nur, wie wir uns geistig entwickeln, sondern auch, wie wir uns körperlich entwickeln. Wir können nicht alles dem Staat überlassen. Und die Fiktion, dass er der fürsorgende Staat im Gesundheitswesen ist, diese Fiktion muss ersetzt werden, wahrscheinlich, dass er Gewährleister ist von guten Leistungen, und dass er den Anbietern und den Empfängern der Angebote hilft, zu prüfen, ob die Angebote seriös und reell sind. Gewährleistungsstaat und nicht mehr der reine Fürsorgestaat. Dies ist vorbei.

Autorin

Für eine tiefgreifende Reform im Gesundheitswesen ist die Verfassung als Rahmenordnung maßgebend. So steht es im Manifest der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.

Take 16 (Schmidt-Aßmann)

Damit ist zweierlei gemeint. Nämlich zum einen, dass die Verfassung gewisse Fixpunkte setzt, über die sich der Gesetzgeber, und es handelt sich um ein Projekt des Gesetzgebers, bei den vielen Reformfragen nicht hinwegsetzen kann.

Autorin :

Eberhard Schmidt-Aßmann, Professor für öffentliches Recht an der Universität Heidelberg, Direktor des Instituts für Deutsches und Europäisches Verwaltungsrecht, gehört zu den Autoren des Manifests.

Take 17 (Schmidt-Aßmann)

Auf der anderen Seite heißt es aber auch, dass die Verfassung nur ein Rahmen ist, dass im Gegensatz zu vielen Verlautbarungen, die man im politischen Geschäft, aber auch unter Juristen hören kann, nicht alles verfassungsrechtlich festgeschrieben ist, sondern der Gesetzgeber einen erheblich Gestaltungsspielraum hat.

Autorin

So lässt das Grundgesetz zum Beispiel die Frage offen, ob das Gesundheitssystem eher öffentlich-rechtlich oder stärker privatrechtlich ausgestaltet sein soll. Auf der anderen Seite müssen diverse Grundrechte gewahrt bleiben.

Take 18 (Schmidt-Aßmann)

Nehmen wir die Sache systematisch und konzentrieren uns zunächst auf die Frage Grundrechte des Patienten. Dann ist vor allen Dingen natürlich Artikel 2 Absatz 2, das Recht auf Gesundheit und Leben, das aber zunächst ein Abwehrrecht ist, dann allerdings auch gewisse Schutzpflichten hervorrufen kann oder involviert. Dann sind die Rechte des Artikels 2 Absatz 1, freie Entfaltung der Persönlichkeit, Freiheit auch in der Bestimmung über wesentliche Probleme gerade auch im Gesundheitsbereich. Dann haben sie die Grundrechte der Leistungserbringer, wobei ich das Wort Leistungserbringer leider ein bisschen technisch finde, es sind eben die Ärzte, die Pfleger. Dann die Grundrechte der Versicherungen, jedenfalls so weit sie Privatversicherungen sind, und letztlich müssen sie auch einbeziehen, wir erwarten viel von der medizinischen Forschung, also auch die Forschungsfreiheit gehört eigentlich in diesen Kontext.

Autorin

Im Manifest wird das Individuum stärker in den Vordergrund gerückt, der Mensch in seinen verschiedenen Rollen als Leidender, als Beitragszahler, als Arzt, Pfleger oder Krankenschwester, als Forscher und als Versicherer.

Take 19 (Schmidt-Aßmann)

Richtig ist, dass die bisher sehr starke Ausrichtung auf ein institutionelles System der gesetzlichen Krankenversicherung mit all diesen Selbstverwaltungsorganisationen, teilweise hybriden und nicht ganz transparenten Entscheidungsstrukturen reduziert werden soll.

Autorin

Vom Sozialstaatsprinzip, das in der Verfassung garantiert ist, wird nicht abgewichen.

Auch die Solidargemeinschaft soll erhalten bleiben, sagt der Juraprofessor Schmidt-Aßmann.

Take 20 (Schmidt-Aßmann)

Wir empfehlen ja eine Versicherungspflicht für alle. Das ist eine ganz weite Fassung der Solidargemeinschaft, zunächst einmal in dem Sinne, dass jeder veranlasst wird, über seine Zukunft in gesundheitsrechtlicher Sicht nachzudenken und der Staat dieses Nachdenken in die Form bringt, dass kein Ausweichen besteht im Ob der Versicherung, das ist ja mehr als es bisher gibt. Dagegen, wenn das Ob staatlich entschieden ist, meinen wir, dass stärker individuelle Komponenten hineinkommen sollen mit der Frage, was will ich versichern, ein Grundstandard muss versichert werden und muss auch von den Versicherungsunternehmen, egal, ob öffentlich-rechtlich oder privat-rechtlich organisiert, angeboten werden. Es muss einen Solidarausgleich geben für denjenigen, der die Prämie nicht bezahlen kann.

Autorin

Für zwei Dinge muss der Sozialstaat sorgen: die Gewährleistung eines Existenzminimums und die Schaffung sozialer Sicherungssysteme gegen die Wechselfälle des Lebens. Darüber hinaus soll in Zukunft weniger institutionell gedacht werden als vielmehr auf den Einzelfall bezogen. Diese Denkweise wird durch die jüngere Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts unterstützt, in einer Entscheidung vom 5. Dezember 2005. Ein junger Mann, todkrank, wollte eine ärztliche Therapie finanziert haben, die ihm offensichtlich half, aber noch nicht als erstattungsfähige Behandlung anerkannt war. Das lehnten die Gerichte, zuletzt das Bundessozialgericht, ab.

Der junge Mann legte Verfassungsbeschwerde ein und bekam Recht. Es sei mit den Grundrechten auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, ihn von einer ärztlichen Therapie auszuschließen, wenn – so wörtlich im Bundesverfassungsgerichts-Urteil – „eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht“.

Take 21 (Schmidt-Aßmann)

Es ist nicht so danach, dass es heißen müsste, wer immer eine Idee hat, da ist noch eine Möglichkeit der Heilung, hat einen Anspruch darauf. Das hat das Verfassungsgericht beileibe nicht gesagt. Aber es hat doch das stark institutionelle Denken auch in der Fachgerichtsbarkeit ein bisschen aufgelockert und hat gesagt, man muss noch mal darüber nachdenken, ob nicht die Grundrechte hier einwirken. Das läuft darauf hinaus, dass die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen jetzt verfassungskonform, nämlich grundrechtskonform ausgelegt werden. Das ist genau ein Konflikt, wie er das Krankenversicherungsdenken in der alten institutionellen Art und in der von uns empfohlenen eher grundrechtlichen Art eigentlich ganz gut dokumentiert und anschaulich macht.

Take 22 (Schwenger-Holst)

Das, was tatsächlich in diesem Land passiert, ist, dass die Eigenverantwortung von den Bürgern definitiv zunehmend wahrgenommen wird und zwar außerhalb dessen, was wir als öffentliche Gesundheitsversorgung bezeichnen.

Autorin

Dr. Ingeborg Schwenger Holst ist Ärztin, hat selbst eine Klinik für Minimal - Invasive Chirurgie mit aufgebaut, hat jahrelang im Management gearbeitet und ist immer wieder gegen bürokratische Hindernisse angerannt. Sie verfolgt die Diskussionen um die Gesundheitspolitik aus der Sicht der Ärztin und Unternehmerin.

Mehr Eigenverantwortung der Bürger will sie, genauso, wie es im „Manifest Gesundheitssystem“ propagiert wird. Ingeborg Schwenger-Holst findet die Initiative der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften gut, auch wenn sie ihrer Meinung nach in manchen Punkten zu vorsichtig und zu langsam vorangeht.

Take 23 (Schwenger-Holst)

Wir müssen radikal Strukturen abbauen, die verzichtbar sind. Verzichtbar nicht, wie das dann oft umgedreht wird, in Form einer guten Patientenversorgung, sondern die verzichtbar sind, weil wir über neue Methoden verfügen. Ich bin definitiv der Ansicht, dass 30 Prozent der derzeitigen Krankenhausbetten nicht gebraucht werden. Ich bin definitiv der Ansicht, dass wir derzeit ambulante Strukturen, ambulant heißt einfach nur, dass Patienten nach der Behandlung oder nach der Diagnostik nicht übernachten müssen in einem von der Gesundheitsadministration zur Verfügung gestellten Umfeld, sondern dass sie nach Hause können. Dass wir also in diesem sogenannten ambulanten Bereich durchaus werthaltigere und effizientere Strukturen und technisch weiter gehende Strukturen aufbauen können, als dies derzeit in den gängigen Krankenhäusern einfach auch aufgrund der behäbigen Finanzierungsproblematik gemacht wird, dass diese Strukturen dort aufgebaut werden können und etabliert werden können.

Autorin

Ingeborg Schwenger-Holst weiß, dass sich solche Änderungen nicht leicht und auch nur gegen den Widerstand der Krankenhausträger und der dort Beschäftigten durchsetzen lassen werden.

Take 24 (Schwenger-Holst)

Ich bin aber allerdings der Ansicht, dass wir im Gesundheitssystem uns überhaupt keinen Kohlepfennig leisten können. Ich selbst komme aus dem Ruhrgebiet und habe dort miterlebt, dass über Kohlepfennige einfach überkommene Industrien über Jahrzehnte aufrechterhalten wurde, dass man die Mitarbeiter dort, die dann auch brachlagen qua ihrer Qualifikation, dort gehalten und gebunden hat, anstatt ihnen die Möglichkeit zu geben, in neue industrielle Formen zu wechseln. Und auch das muss für Mitarbeiter im Gesundheitswesen, für Ärzte, für Pfleger, für Therapeuten möglich sein. Das heißt, dass das herkömmliche Krankenhaus, die herkömmliche Arztpraxis, eventuell ersetzt wird durch andere Arbeitsplätze, durch andere Strukturen, durch flexiblere Strukturen, das müsste Aufgabe der Gesundheitspolitik sein.

Autorin

Auch Akademie-Präsident Günter Stock, früher Vorstandsmitglied beim Pharmakonzern Schering, sieht eine große Chance darin, die Gesundheitsversorgung nicht länger nur als Finanzbelastung zu begreifen, sondern auch als Dienstleistungs- und Wirtschaftsfaktor:

Take 25 (Stock)

Siebzehn Prozent der Bevölkerung, die heute lohnsteuerpflichtig, sozialversicherungspflichtig sind, sind bereits in diesem System tätig. Es ist ein sehr wichtiger Wirtschaftsfaktor. Aber wenn wir nur unter Geld betrachten, geraten wir in die Gefahr, dass dieses auch zur Innovationsbremse wird. Ausgerechnet in einer Zeit, wo die molekulare Medizin, wo völlig neue Therapie- und Diagnosemöglichkeiten möglich geworden sind, sollten wir schon darauf sehen, dass wir die Innovationsmöglichkeiten in diesem Bereich auch voll ausschöpfen. Denn am Ende ist das alles eine Frage von Lebensqualität. Das heißt also, wir brauchen einen Mentalitätswechsel, dass dieses Gesundheitssystem nicht nur als Last zu betrachten ist, sondern dass es Lebensqualität und Würde vermittelt, und dass es auch ein Wirtschaftsfaktor ist.

Autorin

Die Gesundheitsreform, um die es viel Streit und viele Debatten gab, ist am 1. April 2007 in Kraft getreten. Das Manifest der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften wurde unabhängig davon entwickelt. Die Impulse, die von ihm ausgehen, werden über kurz oder lang auch Einfluss auf die politischen Entscheidungen haben, davon ist Günter Stock überzeugt.

Take 26 (Stock)

Ich glaube, dass das Thema Demographie, ich glaube, dass das Thema präventive Medizin, ich glaube, dass die neuen Themen regenerative Medizin, Verantwortung für sich selbst bei der jüngeren Generation einen ganz anderen Stellenwert bekommen werden und auch schon haben, als das in meiner Generation in der Breite war. Das heißt, ich vertraue auch auf Lerneffekte, und das sind für mich immer die stärksten Motivatoren für Änderungen, Menschen lernen in diesem System und mit diesem System und werden es dann auch entsprechend ihren Bedürfnissen verändern.
