

Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der
Katholischen Sozialwissenschaftlichen
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 261

Gregor Eßer

Bewältigung VON Krankheit

Aufgabe des Einzelnen,
Kompetenz der Ärzte,
öffentliche Gesundheitsleistungen

J.P. BACHEM VERLAG

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ will der Information und Orientierung dienen. Sie behandelt aktuelle Fragen aus folgenden Bereichen:

Kirche, Politik und Gesellschaft

Staat, Recht und Demokratie

Wirtschaft und soziale Ordnung

Familie

Schöpfungsverantwortung und Ökologie

Europa und Dritte Welt

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Straße 33

41065 Mönchengladbach

Tel. 0 21 61 / 8 15 96 - 0 · Fax 0 21 61 / 8 15 96 - 21

E-mail: ksz-moenchengladbach@t-online.de

Ein Prospekt der lieferbaren Titel sowie ein Registerheft (Hefte Nr. 1–250) können angefordert werden.

Redaktion:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

1999

© J. P. Bachem Verlag GmbH, Köln

ISBN 3-7616-1533-7

Gesundheit und Krankheit – Grunderfahrungen des Daseins

Die Normalität ist das Gesundsein. Bei angeborenen Krankheiten, chronischen Leiden und bei Behinderungen ist von der optimalen Ausgangslage dieser Situation als Basis auszugehen. Tritt nun eine Krankheit auf oder hinzu, so ist dies meist ein plötzliches, unerwartetes Ereignis mit abrupter Änderung des Befindens, der Leistungsfähigkeit und der Kontaktfreudigkeit. Der Erkrankte muß sich seiner Krankheit erwehren, sie bewältigen. Es bedarf sehr oft eines Arztes, der die Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, die Art der Erkrankung zu diagnostizieren und eine gezielte Behandlung durchzuführen oder zu veranlassen. Es entstehen Kosten, auf die der einzelne Kranke in der Regel persönlich nicht eingerichtet ist. Hier wird in der Bundesrepublik Deutschland eine Krankheitsfürsorge betrieben, die weit über das hinausgeht, was in anderen Ländern Europas und der Welt ermöglicht wird.

Durch medizinischen Fortschritt wurde eine Vielzahl von Krankheiten beseitigt oder heilbar gemacht. Es ist aber eine Grunderfahrung des Daseins, daß Krankheiten dennoch auftreten, sich mit zunehmendem Alter mehren. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation, die auch in der Bundesrepublik zugrunde liegt, handelt es sich bei Gesundheit um den Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Demzufolge ist Krankheit eine Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen. Im Sinne der sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Gesetze ist Krankheit der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung (wobei bereits die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung genügt) oder der Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt (Pschyrembel).

Rahmenbedingungen der Bewältigung von Krankheit

Von diesen Definitionen ausgehend unterliegt Krankheit neben objektiven Hinweisen subjektivem Empfinden und subjektiver Wertung. Gesundheit und Krankheit sind somit Wertbegriffe, denen eine Erkenntnis oder auch nur eine erwünschte oder unerwünschte Befindlichkeit zugrunde liegen kann. Die eigentliche Tragik einer ernsten Krankheit erwächst erst aus der Erfahrung des Leidens und aus dessen Verarbeitung durch den Erkrankten. Es besteht hinsichtlich der Vorbeugung und Bewältigung einer Krankheit für den Betroffenen eine persönliche Verantwortung für sich selbst, für die Familie und die Gesellschaft.

Ärzte sind Helfer bei Krankheit und Mittler gegenüber Familie, Krankenversicherungen und Arbeitgeber. Ihr Handeln unterliegt ethischen Vorgaben,

aber auch wirtschaftlichen Vorschriften. Daneben gehört auch die Existenzsicherung der Arztpraxen und der Krankenhäuser mit zu ihren Aufgaben. Im Sozialversicherungswesen und auch für die privaten Krankenversicherungen ergeben sich aus der Erkrankung eines Mitgliedes Zahlungspflichten und Problemstellungen hinsichtlich des Leistungsumfanges. In Deutschland wurde mit der Einrichtung und der Ausweitung der gesetzlichen Krankenversicherung staatlicherseits eine Fürsorgeverpflichtung übernommen, die in der Welt als vorbildlich galt. Sie erweckt aber Anspruchsrechte und Anspruchsbegehren. Das Krankenversicherungswesen geriet in die Krise, da die Zahlungen lohnabhängig geregelt sind und keine Rücklagenbildung betrieben wurde. Beklagt werden nun das Anspruchsbegehren, die Arztdichte (ein tätiger Arzt auf 286 Bürger) und die ärztliche Behandlungs- und Verschreibungspraxis, die der Krankheitsdefinition zufolge nur begrenzt steuerbar ist. Eine Einschränkung des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenkassen ist teils erfolgt und durch die anhaltende Verknappung der Mittel für die Zukunft umfangreicher zu erwarten. Voraussichtlich werden medizinische Basisleistungen künftig von möglichen, nicht zwingend erforderlichen Heilmaßnahmen unterschieden werden müssen. Auch ist es denkbar, persönliche individuelle Risikobetätigungen aus der allgemeinen Versicherung auszuklammern und hierfür eine Zusatzversicherung anzuraten.

Aufgabe des Einzelnen

Gesundheit ist keine Selbstverständlichkeit und kein einklagbares Recht. Gesundheit ist ein Befindenzustand, dem Rechnung zu tragen ist, mit dem man sorgfältig umgehen muß, den es zu bewahren gilt. Krankheit wird definiert nach objektiven Krankheitszeichen und nach subjektivem Empfinden. Aus Krankheit kann ein Leiden erwachsen, bedingt durch die subjektive Erfahrung von Schmerz, Trauer, Enttäuschung, Niedergeschlagenheit oder sogar Verzweiflung, je nach der Gesamtverfassung und der individuellen Sensibilität. Dies erfordert Hilfen in Vorbeugung, Abwendung und Beseitigung, die kostenträchtig sind. Sie werden heute von der Gesellschaft eingefordert, weil Krankheit nicht mehr als persönliches Schicksal hingenommen wird. Für die Mehrzahl der Bürger werden Gesundheitsleistungen finanziert von der gerade arbeitenden Bevölkerung. Die Sozialgemeinschaft zahlt für Anspruchsleistungen des Einzelnen. Da keine Rücklagen gebildet wurden und werden, hat dieser auch keinen Anspruch aus von ihm irgendwann geleisteten Beiträgen. Jeder sozialversicherte Bürger ist Mitglied der Solidargemeinschaft. Er ist dieser verpflichtet und in dieser anspruchsberechtigt entsprechend gesetzlicher Regelungen. Die Solidargemeinschaft kann aber nur stabil und tragfähig

hig sein, wenn unbeschränkte Mittel zur Verfügung stehen, oder aber, wenn alle Mitglieder rücksichtsvoll in der Mittelverwendung sind.

Verändertes Verhalten durch den Ausbau des Sozialversicherungswesens

In früheren Jahrhunderten, auch noch vor Jahrzehnten, war die Familie tragende Säule in der Krankenversorgung. Betreuung und Pflege wurden bei Krankheit von den Angehörigen übernommen. Früher waren selten alle Mitglieder der Familie erwerbstätig. Dies war ehemals Ursache meist ausreichender Arbeitsplätze, aber auch der Verfügbarkeit Angehöriger im Haus zur Kindererziehung und Krankenpflege. Diese Aufgaben wurden im wesentlichen von der Mutter und Ehefrau sowie von in der Familiengemeinschaft lebenden älteren Angehörigen übernommen. Die soziale Sicherung in der Bundesrepublik nach dem Zweiten Weltkrieg, das zunehmende Einkommen und die Rentenabsicherung ermöglichten die Beschaffung weiteren Wohnraums, die Generationentrennung und die Erwerbstätigkeit aller erwachsenen Familienmitglieder. Hiermit verbunden waren Verantwortungsbeschränkung für Kranke und Alte, Selbstverwirklichungsneigung bis zum Verzicht auf eheliche Bindung und Kinder sowie zunehmende Konsumansprüche. Geburt und Tod wurden nun aus der Familie ins Krankenhaus verlagert, Kinder in Kinderhorte geschickt, Senioren in Altenheimen untergebracht und tödlich Erkrankte mit starken Schmerzen werden Hospizen überlassen. Es entwickelte sich eine Steigerung des Krankheitsempfindens und des Begehrens nach Heilmaßnahmen.

Das Gleichgewicht zwischen Sozialabgaben und Sozialleistung war Jahrzehnte gegeben, mußte aber versagen bei Alterszunahme, Geburtenabnahme und Mechanisierung der Arbeitsabläufe mit zunehmenden Arbeitsplatzverlusten. Der medizinische Fortschritt mit immer neuen Diagnoseverfahren und Heilbehandlungsmöglichkeiten erwirkte Lebensverlängerung, ermöglichte damit aber auch weitere Krankheitsentwicklungen bei den Überlebenden. Während 1901 noch 40 % der Menschen an Akuterkrankungen verstarben, waren es 1980 nur noch 1%, und über 80 % verstarben an chronischen Leiden (H. Schipperges). Dies führte zur Kostenmehrung.

Weitere Kostensteigerungen bewirkten Zunahmen des Genußmittelgebrauchs, der Freizeitaktivitäten (Skilaufen, Inline-Skating, Bungee-Springen, Motorradfahren, Bergwanderungen), Reisen in extreme Klimazonen mit den dort spezifischen Erkrankungsmöglichkeiten (Amöbenruhr, Bilharziose, Sandflohbefall, Malaria) und zunehmendes promiskuitives Verhalten (HIV-Infektion in Erwerb und Weitergabe). Mangelndes Vorbeugungsverhalten ist in vielen Bereichen festzustellen. Unterlassung eines Schutzes vor körperlichem Schaden (Lawinenschutzgeräte, Sturzhelm, Schwimmweste, medika-

mentöse Vorbeugung) ist nicht allein persönlicher Neigung unter Berufung auf persönliche Freiheit unterworfen, sondern auch gegenüber der hierdurch belastungsbedrohten Solidargemeinschaft (Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Kranken- und Rentenversicherung) zu verantworten. Der vernünftigen Handhabung dieses Verhaltens steht bisher das uneingeschränkte Recht auf Inanspruchnahme von Hilfeleistung aus der Kranken- und Rentenversicherung hinsichtlich Krankheitskostenübernahme, Rehabilitationsmaßnahmen und Umschulung für die Sozialversicherten entgegen. Es fehlt eine Haftungsverpflichtung und eine Vorschrift zur Kostenbeteiligung bei Risikoverhalten.

Künftige Entwicklung persönlicher Belastungen

Ausgehend von der jetzigen und auch künftigen Beschränkung der Mittel ist mit zunehmenden Einschränkungen der Sozialleistungen zu rechnen. Insbesondere Gesundheits- und Pflegeleistungen werden Begrenzungen unterliegen und rationiert werden. Zunehmend werden die Zahlungen für Hilfsmittel und Kuren eingeschränkt werden. Die Disziplinierung und Verantwortung des Einzelnen und der Familien werden in der Zukunft immer bedeutungsvoller, wollen wir unser bis vor einigen Jahren so gut tragfähiges Gesundheitssystem leistungsfähig erhalten. Arbeitsplatzbedrohung Kranker und Pfleger sowie finanzielle Belastung treffen Angehörige bei in Zukunft wohl nicht mehr kostendeckenden Zahlungen der gesetzlichen Versicherungen für Krankheit und Pflege. Die Angehörigen chronisch Kranker und solcher mit angeborenen Krankheiten werden besonders in Bedrängnis geraten.

Ist jemand nun erkrankt, hat er in der Bundesrepublik freie Arztwahl und Anspruch auf ärztliche Hilfe. Sozialversicherte haben derzeit ein Recht auf Zahlung der Arztkosten, der Heilmaßnahmen und der Heilmittel „im Rahmen des für die Heilung Notwendigen unter sparsamer Verwendung der Mittel“. Der Anspruch der Patienten an den Arzt ist damit hoch. Es wird von ihm erwartet, daß er nach bestem Vermögen, gemäß den Regeln der ärztlichen Kunst zum Besten des Patienten behandelt ohne Unterschied nach Herkunft und Stellung in der Gesellschaft. Das erwartete Beste ist von der Natur definiert als gesicherte Funktion aller Organsysteme. Mit dem Kriterium des Besten können aber Wünsche der Patienten und der Allgemeinheit in Konflikt kommen (H. Jonas). Man denke an Geburtenkontrolle, künstliche Fortpflanzung, Potenzsteigerung, Lustbefriedigung. Hierin liegen auch ärztliche Konfliktpotentiale. Grundsätzlich hat der Arzt / die Ärztin vorrangig dem einzelnen Kranken zu seiner Gesundheit zu verhelfen. Der Arzt hat aber auch der Gesellschaft und der öffentlichen Gesundheit zu dienen (A. Finzen).

Noch darf der Patient darauf vertrauen, daß der Arzt nach dem Besten für sein Wohl strebt. Berufsordnung, Praxiseinrichtung und Bereitstellung der Mittel durch die Krankenkassen ermöglichten bislang auch beim Sozialversicherten noch eine gezielte Diagnostik und eine zweckgerichtete Behandlung in Praxis und Krankenhaus.

Mitunter sind Krankenhauseinweisung und -behandlung unvermeidlich. Gesundheitsministerium und Krankenkassen streben an, mehr ambulant behandeln und operieren zu lassen, was früher als krankenhauspflichtig galt. Dies ist verständlich. Der allgemeine Tagespflegesatz im Mehrbettzimmer betrug 1950 in der Universitätsklinik Bonn DM 5,-, im Jahre 1999 DM 697,43 in der Chirurgie, DM 767,55 in der Inneren Medizin, DM 2.839,47 auf der Intensivstation. Die Gesamtkosten einer Krankenhausbehandlung sind in den letzten 40 Jahren auf das dreitausend- bis viertausendfache gestiegen (W. Krämer). Voraussetzung für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus ist aber die häusliche Versorgung und Pflege, auch die Bereitschaft des Hausarztes, dann die Schmerzbehandlung und Verlaufsüberwachung zu übernehmen. Dies ist mit starker Belastung hier meist unkundiger, oft ängstlicher Angehöriger oder Lebenspartner verbunden; zudem muß, rechtlich gesehen, gleiche Sicherheit gewährleistet sein wie bei der stationären Behandlung.

Lebensbedrohliche Krankheitszustände und größere Operationen mit längerfristiger ärztlicher kontinuierlicher Überwachungsnotwendigkeit erfordern auch künftig Krankenhausbehandlung. Die Liegedauer der Erkrankten wird von den gesetzlichen Krankenkassen überprüft. Nach gesetzlicher Vorschrift darf eine stationäre Behandlung nur so lange erfolgen, bis ohne Gefahr für das Leben und den Heilerfolg eine ambulante weitere Betreuung erfolgen kann.

Bei chronischen Krankheiten und bei Pflegebedürftigkeit greift das Netz der Sozialgesetzgebung. Über das Sozialamt, Sozialarbeiter oder Pflegedienste lassen sich die Hilfsmöglichkeiten erfragen. Bei kurzfristigen Erkrankungen und nach Krankenhausaufenthalten legt die Krankenversicherung zugrunde, daß häusliche Pflege gewährleistet wird. Ist dies nicht der Fall, wird nach ärztlicher Verordnung auf Antrag dieses durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen überprüft. Stimmt dieser zu, werden Leistungen ambulanter Pflegekräfte und Zahlungen aus der Pflegeversicherung ermöglicht. Vorausgesetzt wird aber pflegerisch und finanziell stets eine Eigenbeteiligung.

Kompetenz der Ärzte

Die ärztlichen Aufgaben haben sich in vielen Jahrhunderten verändert und in den letzten Jahrzehnten auf alle Gebiete der Krankheitsvorsorge, der Diagnostik, der Behandlung, der Rehabilitation, der Schmerzlinderung und auf die Begleitung Todkranker ausgeweitet. Ärzte sind durch ihre Berufsordnung und gesetzlich zur Hilfeleistung im Krankheitsfalle verpflichtet. Dieser Anspruch der Patienten besteht zunächst ohne Klärung der Finanzierungsmöglichkeit. Seitens des Staates wird garantiert, daß jeder Hilfsbedürftige im Krankheitsfalle Unterstützung erfährt, sofern er nicht gesetzlich krankenversichert, privatversichert oder in der Lage ist, selbst die Zahlungen der Kosten zu finanzieren.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient

Im Allgemeinen besteht zwischen Patienten und Ärzten ein besonderes Vertrauensverhältnis. Dieses ist begründet in freier Arztwahlmöglichkeit, in Hilfesuchen und Hilfestellungen, besonders auch durch die sorgfältig beachtete ärztliche Schweigepflicht. Die auf die Krankheit des Patienten speziell ausgerichtete Handlungsweise des Arztes, seine Neutralität und die Hilfsbereitschaft ohne Unterschied der Person ermöglichen das Zutrauen eines Erkrankten. Hausärzte, die sich aus den prakt. Ärzten und den Ärzten für Allgemeinmedizin rekrutieren, haben in der Regel die Grundversorgung zu leisten, kennen die Familien und ihre Entwicklung oft sehr genau und besitzen meist ein besonderes Vertrauen ihrer Patienten. Dies ist neben Diagnostik und Behandlung besonders wertvoll bei der Abwägung einer Krankschreibung, bei Pflegebedürftigkeit und bei Rentenbegehren. Oft wird der Arzt gewissermaßen zum Anwalt des Kranken gegenüber dessen Krankenversicherung, der Pflegeversicherung und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen, sowie gegenüber der Rentenversicherung und dem Sozialamt.

Der Arzt hat mit seinen Patienten in seiner medizinischen Qualifikation folgerichtig nur in den Bereichen zu tun, die objektiv oder subjektiv von der Krankheit betroffen sind. Dies kann aber den ganzen Menschen betreffen in körperlichem und in geistigem Befinden. Die Spezialisierung innerhalb der Medizin erfordert häufig das Hinzuziehen von Fachärzten (Frauenarzt, Herzspezialist, Organspezialisten, Hautarzt, Röntgenologe, Nuclearmediziner, Strahlentherapeut, Onkologen) oder auch primäre Facharztbehandlung in Spezialbereichen (Chirurgie, Urologie, Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Neurologie, Psychiatrie). Die Begrenzung der Beziehung des Arztes zum Patienten ist meist um so deutlicher, je spezialisierter der Arzt ist und je größer die Einrichtung der Praxis oder Abteilung.

Der Arzt muß alle seine Patienten gleichmäßig freundlich und mit gleicher Sorgfalt behandeln. Er darf keinen Kranken ohne triftigen Grund zurückweisen und keinen besonders umwerben. Theoretisch sind Arzt und Patient jederzeit austauschbar, praktisch entsteht durch die Notlage einer Erkrankung aber sehr schnell eine emotionale Bindung des Patienten. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist gekennzeichnet durch Sachlichkeit, Zweckgebundenheit, fachliche Kompetenz und durch die uneingeschränkte Bereitschaft zur Hilfeleistung. Der Arzt handelt am Patienten wie ein Freund, tut alles, was möglich ist, die Krankheit zu bekämpfen, geht auf des Erkrankten Sorgen ein, versucht Schmerzen zu lindern. Er bringt ihm unter Umständen persönliche Opfer. So entsteht oft ein einer Freundschaft ähnliches Verhältnis zum Arzt. Dieses endet meist abrupt mit der Genesung, wenn der Patient erkennt, daß der Arzt in vorbildlicher Weise seine Pflicht getan hat (A. Finzen).

Der Arzt ist zur persönlichen Zurückhaltung verpflichtet. Wie in anderen Dienstleistungsberufen wird vom Arzt erwartet, daß er im Interesse seiner Aufgabe die Zufriedenheit des „Kunden“ mit in sein Bemühen einschließt und während seiner Dienstzeit etwaige eigene Sorgen und persönliche Antipathien zurückstellt. Man erwartet nicht, daß er sie nicht empfindet, aber daß er sie nicht zeigt (A. Finzen). Eine Formalisierung der Arzt-Patienten-Beziehung fördert das zielstrebige Handeln des Arztes, dient aber auch seiner Entlastung. Wenngleich er sich jedem Patienten wie einem Familienangehörigen zuwendet, vermeidet er möglichst die gleiche innere Anteilnahme. Dies gewährleistet größtmögliche Objektivität in allen Entscheidungsbereichen und befreit den Arzt wenigstens partiell von inneren Belastungen für sein Wirken bei anderen Patienten.

Gesetzliche und wirtschaftliche Zwänge der ärztlichen Praxis

Nachteilig auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wirken sich die direkten Zwänge neuer gesetzlicher Regelungen und Beschränkungen sowie die Vorschriften der Krankenkassen aus. Es wird durch die Krankenversicherungen an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) für die ambulante ärztliche Versorgung ein Gesamtbudget gezahlt. Die KV teilt es auf für die Leistungsvergütung der Ärzte und Fachärzte, die als Vertragsärzte Kassenarztstätigkeit ausführen. Da die Mittel begrenzt sind, wird ein Leistungsdurchschnitt je Gruppe ermittelt, dem der prozentuale Anteil der Finanzmasse zugeordnet wird. Innerhalb der Gruppe wird weiter aufgeteilt. Fallzahldurchschnitt und Leistungsumfang gehen in diese Berechnung ein. Wer überdurchschnittlich viel arbeitet, hat mit Honorarabzügen zu rechnen. Kritisch werden dann die Abzahlungsaufwendungen für die Praxiseinrichtung (im Schnitt über DM 300 000 für normale Ausstattung, über eine Million DM für Facharztpraxen in operativen

Bereichen, in der Radiologie bei mehreren Millionen DM) und die Kostenbelastung für die Miete, das Personal, die Neubeschaffungsnotwendigkeit teurer verbesserter Apparaturen, der Versicherung für Haftung und Einrichtung. Verschriebene Arzneimittel werden je Arzt aufgerechnet und mit anderen Ärzten gleicher Fachrichtungen verglichen. Abweichungen um über 15 % über dem Durchschnitt unterliegen einer Überprüfung. Liegen der Prüfungskommission keine triftigen Gründe für die Mehrverschreibung vor, wird dem Arzt der überhöhte Arzneimittelbetrag von seinem Honorar abgezogen. Hierdurch werden besonders die Ärzte belastet, die überdurchschnittlich viele ältere Patienten mit erhöhtem Arzneimittelbedarf betreuen, viele chronisch Kranke behandeln oder die vermehrt Tumorkranke therapieren. Dies könnte bei weiterer Mittelverknappung Anlaß zu einer gezielten Patientenauswahl geben.

Eine Arztpraxis ist eine Einrichtung zur Hilfeleistung bei Krankheit. Sie ist aber auch ein Wirtschaftsunternehmen mit Arbeitgeber und Arbeitnehmern. So möge ein Patient auch Verständnis aufbringen für Leistungsbegrenzung und restriktives Rezeptieren. Der Arzt wird von den Krankenkassen und dem Gesetzgeber verantwortlich gemacht für die Begrenzung der von ihm verursachten Kosten. Durch Fallzahlbegrenzung und Erstattungseinschränkung seitens der KV wird der Arzt in seinem Leistungsumfang und in seinem Einkommen reglementiert. Bislang hat sich diese erhöhte Belastung noch nicht auf die Leistungsbereitschaft und die Patientenfürsorge der Ärzte ausgewirkt. Zunehmende Einschränkungen der Zahlungen könnten dies aber durch notwendig werdende Minderung der Zahl der Arzthelferinnen trotz Patientenzunahme bedingen.

Die Krankenhäuser unter Sparzwang

Im Krankenhaus sind – gesetzlich vorgeschrieben – Budgets für das Krankenhaus und die einzelnen Krankenhausabteilungen ein Jahr im voraus festzulegen nach im voraus zu berechnenden Fallzahlen. Als Basis gilt das abgelaufene Jahr. Fallzahlen und die Budgets sind einzuhalten und fortlaufend zu kontrollieren. Belegungszeiten werden in Näherungszahlen von den Krankenkassen vorgegeben und kontrolliert. Die Ärzte haben auf der einen Seite dem Bedürfnis der Patienten Rechnung zu tragen, auf der anderen Seite aber die Existenz des Krankenhauses zu gewährleisten. Sie haben sich an die Voraberechnungen zu halten, da bei Mehrleistung eine Minderbezahlung der Überhänge erfolgt und dies das Krankenhaus in Defizite bringt. So sind kurzfristig eintretende Spektrumänderungen, Patientenzunahme und Strukturveränderungen in der Region nicht erfaßbar.

Da mit dem Budget auch der Personalbestand festgeschrieben ist, neu aufgenommene Arbeitsgebiete oder zunehmender Verwaltungspersonalbedarf aber meist nur unter Stellenabbau auch im Arzt- und Pflegebereich ausgeglichen werden kann, ist ein kontinuierlicher Rückgang des Personals im medizinischen Bereich die Folge. Dies wiederum bedingt eine wesentliche Arbeitsmehrerung für jeden. Zeitlich ist dies nur zu kompensieren durch Einschränkungen der Kommunikation mit den Patienten und Angehörigen trotz wachsendem Aufklärungs- und Informationsbedürfnis. Das Arbeitszeitgesetz verbietet Mehrarbeit über einen Minimalrahmen hinaus. Der Personalabbau im Medizinbereich lastet auf den noch Tätigen und beansprucht sie bis über die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit in Schwerpunktkrankenhäusern und Großkliniken. Verstärkt wird die Belastung durch zunehmende Liegezeitverkürzung, Patientenzunahme und Mehrung der Akutfälle und postoperativer Kurzzeitfälle mit entsprechender Pflegeerschwerung und Versorgungsintensivierung. Dies erfordert vom Patienten Verständnis. Eine Einsicht kann von ihm nicht erwartet werden, weil kassenseitig ihm eine heile Welt des Krankenhauses vorgegaukelt wird.

Krankenhäuser sind überwiegend am Rande der finanziellen Existenz. Für sie ist eine baldige wirkliche Reform des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik zwingend notwendig. Weitere Einschränkungen der Mittel zwingen zur Leistungsbegrenzung und zur Leistungseinschränkung. Für Rationierungen können aber Ärzte und Krankenhäuser keine Verantwortung übernehmen: Leistungsgrenzen für Sozialversicherte liegen in der Kompetenz und Verantwortung des Gesetzgebers, also der Politiker.

Gefahren künftiger Machbarkeit

Wichtige Aspekte der Zukunft liegen in der Moral der Ärzte und in der Verhaltensethik der Forschung. Experimente am Tier werden zunehmend bekämpft. Gewebekulturforschungen vermögen Tierversuche teilweise zu ersetzen. Um den Schutz des Menschen mit neuen, wirksameren Medikamenten zu verbessern, bleiben aber Tierversuche mitunter unumgänglich. Versuche am Menschen selbst sollten nur ausgeführt werden, wenn ein tödliches oder schwerwiegendes Risiko ausgeschlossen ist. Dies auch nur mit Einwilligung des Kranken nach eingehender Aufklärung und wenn die angewandten Mittel seiner eigenen Heilung dienen (H. Jonas).

Größte Bedenken verursachen heute schon die tierexperimentellen Genmanipulationen mit der Produktion genetischer Zwillinge. Für den Menschen wäre dies denkbar, in der Zukunft sicher auch durchführbar. Dem steht aber unser ethisches Empfinden, unser Verantwortungsbewußtsein entgegen. Wo sich radikales Machbarkeitsdenken ausbreitet und die medizinische For-

schung ihre Grenzen im Fortschrittswahn überschreitet, bleibt auch die Menschenwürde gefährdet (A. Rauscher). Bekannt ist, daß Forschung eigene Wege geht und einzelne Forscher Machbares ausführen. Besteht in der westlichen Welt überwiegend Ablehnung solcher Experimente, so mag dies in atheistischen und zudem totalitär geführten Staaten durchaus anders sein. Zu denken gibt auch, daß ein westlicher Nobelpreisträger einer Klonierung, d. h. einer genetischen Zwillingsbildung seiner Person zustimmen würde. In den USA wurden 1998 gar fünf solcher menschlichen Genmanipulationen bei unfruchtbaren Frauen zugelassen. Wer übernimmt die Verantwortung für diese generationsversetzten Identitätszwillinge? Wer ist dazu berechtigt? Hans Jonas bezeichnet dies als ein Verbrechen an den ungefragten Klonsproßlingen, deren körperliche und geistige Entwicklung vorgegeben und am Muster für jedermann ablesbar sein würde.

Von besonderer ethischer Problematik ist für Ärzte auch das gesetzlich verankerte Recht auf Schwangerschaftsabbruch. Man bedenke, daß allein die Zahl der „legalen“ Abtreibungen bei ihrer Unterlassung die in der Bundesrepublik bestehende Geburtenlücke fast zu schließen vermag (L. Roos). Wer maßt sich als Arzt das Recht an, werdendes Leben eines Menschen zu vernichten? Die Pränataldiagnostik zeichnet Wege einer Menschengenese auf. Molekularbiologie und DNA-Untersuchungen lassen Frühanalysen genetisch angelegter Krankheiten zu. Hierdurch wird fötales Leben bedroht. Andererseits bieten solche Untersuchungen aber auch Möglichkeiten der Krankheitsvorbeugung (K. Vilmar). Hierfür werden Genänderungen durch Chromosomenübertragung erwogen. Nur Korrekturen der krankheitsbelasteten Chromosome an sich, ohne Übertragung von Fremdgenen, wären aber wünschenswert. Genetische voraussehende Diagnostik und mögliche Therapien müssen der Freiwilligkeit unterliegen. Genetische Untersuchungsergebnisse und DNA-Analysen, die Aufschluß geben können über Zukunftserwartungen, können psychisch sehr belasten und zu Gewissenskonflikten führen. Sie dürfen keinesfalls dem Staat oder der Wirtschaft verfügbar gemacht werden. Dies ist eine berufsethische Vorgabe an Ärzte und Forscher. Wie ist dies aber in totalitären Staaten nichtchristlicher Prägung?

Öffentliche Gesundheitsleistungen

Die Gesundheits- und Sozialleistungen eines Staates werden gesetzlich geregelt. In der Bundesrepublik wurde im Grundgesetz die Berechtigung aller Bürger auf Hilfe bei Existenznot und im Krankheitsfalle verankert. Mit Ausrichtung auf das Lohneinkommen bis zu einer Grenzhöhe besteht eine Versicherungspflicht – aufzubringen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu je

50 % – für Krankheit, Arbeitslosigkeit, Alter und seit 1994 für Krankenpflege. Hierfür wurden die gesetzlichen Krankenkassen gegründet, die der Verantwortung und Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung unterliegen. Allgemeine Ortskrankenkassen und Ersatzkassen unterscheiden sich geringfügig in Gebühren, Leistungen und Zahlungen.

Bürger mit einem Einkommen oberhalb einer Richtgröße haben die Wahl, selbst für Krankheitskosten aufzukommen, sich bei Privatkassen zu versichern oder auf Antrag zu höchstem Gebührensatz der Pflichtversicherten freiwillig einer gesetzlichen Krankenkasse beizutreten. Jedes Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse hat noch das Recht, sich bei einer Privatkasse für ambulante und/oder stationäre Behandlung zusätzlich als Privatpatient zu versichern. Für Krankenhauskosten im Ein- oder Zweibettzimmer oder aber auch zusätzlich für Chefarztwahl und Arztkosten kann bei Zusatzversicherung der Status des Selbstzahlers erworben werden. Selbstzahler und Privatversicherte werden in gleicher Weise behandelt wie Kassenpatienten. Sie unterliegen aber weniger Begrenzungen hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, können den erfahrensten Arzt in Anspruch nehmen, wenn hierfür versichert. Die Vergütung des Krankenhauses und der Ärzte erfolgt zu höheren Gebührensätzen als bei Sozialversicherten. Das Krankenhaus erhebt besondere Gebühren für die Benutzung von Ein- und Zweibettzimmern. Von den Chefärzten erbrachte Leistungen werden Selbstzahlern in Rechnung gestellt. Für Sozialversicherte im Mehrbettzimmer sind Arztkosten im Budget enthalten. Hohe Anteile der Chefarthonorare von Privatpatienten werden vertraglich vom Krankenhausträger eingefordert. Diese Mehreinnahmen der Krankenhäuser werden weitgehend zur Entlastung der Sozialversicherten mit dem Budget der Krankenkassen verrechnet. Frei verfügbare anteilmäßige Mittel werden zu Anzahlungen oder zur Deckung sonst nicht erstatteter Kosten bei Renovierung, Umbau und Neuanschaffung verwendet.

Die gesetzlichen Krankenkassen gewähren für die Mitglieder in vollem gesetzlich vorgegebenen Umfang ambulant Sachleistungen. Sie zahlen das Budget an die Kassenärztliche Vereinigung zur Aufteilung unter den Ärzten. Mit den Krankenhäusern rechnen die Kassen in sehr komplizierten und vielfältigen Verfahren direkt ab. Die ärztlich zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse Behandelten erlangen keine Einsicht in die von ihnen verursachten Kosten. Hieraus entwickelte sich ein großes Anspruchsverhalten, das durch üppige Kassenbestände in den sechziger und siebziger Jahren noch gefördert wurde. Von den Politikern wurden die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen durch umfassende Betreuung und volle Kostenübernahme ohne Kostentransparenz weitestgehend von persönlicher Verantwortung für die

Leistungsanspruchnahme und für die Belastung der Solidargemeinschaft entbunden. Den gesetzlich Versicherten wurde das Recht auf Mitverantwortung entzogen, sie wurden hierin entmündigt.

Notwendigkeit einer gesundheitspolitischen Wende

Faktum ist, daß das Gesundheitswesen in bisheriger Zahlungsweise nicht mehr finanzierbar ist. Es ist aus der Sicht der Politiker und der Sozialversicherten unrealistisch und unaufrichtig, wenn sich der Gesetzgeber als Garant der optimalen Gesundheit deklariert (H. Schoeck). Politiker müssen sich dieser Fehlpraxis bewußt werden und eine Änderung des Krankenversicherungssystems herbeiführen, das dann dem einzelnen Versicherten, aber auch der Solidargemeinschaft gerecht wird. Weil sie bestrebt sind, wiedergewählt zu werden, bleiben Politiker aber bislang restriktiv und uneinsichtig. Die individuellen Spielräume sind politisch nicht beeinflussbar. Möglichkeiten zur Stabilisierung böten aber Eigenbeteiligung der Bürger an Heilmaßnahmen bei Kostentransparenz, Geldprämien für gesundheitsdienliche Verhaltensweisen oder aber Zwangsmaßnahmen (Impfpflicht, Pflicht zur Vorbeugung) mit Entzug von Versicherungsleistungen bei Nichtausführung.

Umfragen unter der Bevölkerung haben ergeben, daß das Wissen um die Kassenleistungen gering ist. Viele wären aber mit einer grundsätzlichen Änderung der Sozialkrankenversicherung einverstanden, wenn dies zur Erhaltung eines leistungsfähigen Gesundheitsapparates führen würde. Auch würden die Bürger Eigenleistungen in begrenztem Umfang annehmen, dies um so eher, wenn gleichzeitig die Beitragssätze gesenkt würden. Voraussetzung ist gewährte Einsichtnahme in den Kostenumfang vor und nach der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Für sozial Schwache müßten Sonderregelungen Anwendung finden. Die Kosten wären aber auch diesen aufzuzeigen.

Zu dem Dilemma zunehmender Ansprüche der Versicherungsnehmer kam verteuern eine Mehrung der Patienten und der Ärzte hinzu, ebenso der medizinische Fortschritt selbst mit neuen Diagnostik- und Heilmethoden, größerem Apparateaufwand und zunehmenden Heilerfolgen. Aus letzteren entwickelte sich die Alterszunahme mit altersbedingter Neuerkrankungsbereitschaft und mit chronischen Leiden. Parallel dazu kam es zu einem zunehmenden Verlust von Arbeitsplätzen, wodurch sich die Gruppe der Beitragszahler zusehends verminderte. Die Leistungsnehmer im Gesundheitswesen mehrten sich, wie auch die Inanspruchnahme von Renten, Arbeitslosengeld und Unterhaltsbeihilfen. Dies führte in der Bundesrepublik, wie in anderen Ländern auch, zu Eingriffen des Staates. In der Gesundheitspolitik fehlt bei uns bis-

lang aber der Realitätssinn, der Mut zur Systemänderung, der Reformwille und die vom Bürger verlangte Eigenständigkeit jeden Politikers in der Bewirkung von zukunftsicherer Beständigkeit einer ausreichenden Gesundheitsfürsorge. Einschränkungen von Leistungen würden vom Bürger akzeptiert. Sie müßten aber gesetzlich geregelt werden und können nicht dem Belieben oder der Willkür von Ärzten überlassen bleiben.

Im Gesundheitswesen wurden bislang Gesetze erlassen, die Druck auf die Leistungserbringer ausüben. Diese werden zur Sparsamkeit in der Mittelanwendung gezwungen, sie werden im Leistungsumfang reglementiert und im Entgelt der Leistungen budgetiert. Den Krankenhäusern wurden in den letzten Jahren weitestgehend Erstattungen der Renovierungskosten entzogen und die Investitionskostengewährung eingeschränkt. Früher von den Ländern getragene Renovierungskosten werden neuerdings der Krankenkasse aufgegeben und belasten den Umfang der Mittel für Gesundheitsleistungen. Versucht wird, Krankenhäusern trotz Kostenmehrung Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern aufzuzwingen. Dem stehen entschieden entgegen die erzwungenen Leistungsminderungen durch das Arbeitszeitgesetz und der Entzug der Personalstellen der Medizinbereiche durch gesetzlich verordneten erheblichen Verwaltungsmehraufwand. Unentwegt werden jetzt zu Fachärzten weitergebildete Mediziner auf die Straße gesetzt, da ihre Krankenhausverträge auslaufen und ihre Weiterbeschäftigung gegenüber Neueinstellungen Jüngerer zu teuer ist. Die Niederlassung in freier Arztpraxis ist jedoch langfristig infolge besetzter Stellen nicht möglich. Es wurde die Niederlassungsfreiheit für Ärzte aufgehoben, ohne daß es zu einer überfälligen Beschränkung der Studienzulassungen gekommen wäre. Nach dem 55. Lebensjahr besteht für die Ärzte zudem Niederlassungssperre.

Da der Zuwachs des Budgets jährlich eingeschränkt wird, Patientenzahlen zunehmen, die Kosten in Arztpraxis und Krankenhaus aber ständig steigen, ist die Belastungsgrenze der Leistungserbringer erreicht. Entweder müssen bald zahlreiche Arztpraxen und Krankenhäuser zu Lasten der Kranken geschlossen werden, oder aber der Gesetzgeber regelt nun Ansprüche und Leistungsgewährung für die Versicherungsnehmer. Hierfür kämen in Frage: Erhöhung der Sozialabgaben, Zuschuß aus Steuermitteln (wie in der Schweiz), Eigenbeteiligung der Versicherten (wie in der Schweiz, den Niederlanden, in Norwegen, Schweden und Finnland), Änderung der Krankheitsdefinition oder Einschränkung des Leistungsumfanges der Krankenkassen. Minimale Eigenkostenaufbürdung für Krankenhausaufenthalt für vierzehn Tage im Jahr können hier nicht kompensieren. Mit der Zuzahlungspflicht zu den Medikamenten wurde ein richtiger Weg beschritten, jedoch in falscher Weise. Der Patient zahlt preislich abgestuft Abschlagssummen. Er müßte aber, um

Einfluß auf Preise und Ordnungsverhalten zu nehmen, an den Kosten prozentual beteiligt werden. Nur bei Kostentransparenz für den Versicherungsnehmer kann und wird dieser Mitverantwortung übernehmen. Prozentuale Selbstbeteiligung an den Arzt- und Heilkosten unter gleichzeitiger Absenkung des Krankenkassenbeitrags um den gleichen Prozentsatz wäre sicher kostensparend, wie die Absenkung der Arzneimittelkosten durch Zuzahlungserfordernis belegt. Nur eine grundlegende Reform vermag die Funktionsfähigkeit unseres bislang in der Krankenversorgung vorbildlich gewesenen Gesundheitssystems zu stabilisieren.

Literaturhinweise

- Gregor Eßer: Umgang mit Krankheit. ecomed verlagsgesellschaft, Landsberg a. L., im Druck.
- Asmus Finzen: Arzt, Patient und Gesellschaft. Medizin in Geschichte und Kultur. Bd. 10, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1969.
- Hans Jonas: Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. 2. Aufl., Inselverlag, Frankfurt a. M. 1985.
- Walter Krämer: Hippokrates und Sisyhus – Die Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolges. Teleakademie Südwestfunk Baden-Baden, 1996.
- Günter Neubauer: Wie krank ist das Gesundheitswesen?, Köln 1994 (Kirche und Gesellschaft, hrsg. von der Katholischen Sozialwissenschaftlichen Zentralstelle Mönchengladbach, Nr. 208).
- Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch. 258. Aufl., de Gruyter, Berlin 1998.
- Anton Rauscher: Politik braucht Wertorientierung, Köln 1998 (Kirche und Gesellschaft, hrsg. von der Katholischen Sozialwissenschaftlichen Zentralstelle Mönchengladbach, Nr. 252).
- Lothar Roos: Der Sozialstaat im Spannungsfeld von Solidarität und Subsidiarität, Köln 1997 (Kirche und Gesellschaft, hrsg. von der Katholischen Sozialwissenschaftlichen Zentralstelle Mönchengladbach, Nr. 240).
- Heinrich Schipperges: Macht uns die Gesellschaft krank?, Köln 1985 (Kirche und Gesellschaft, hrsg. von der Katholischen Sozialwissenschaftlichen Zentralstelle Mönchengladbach, Nr. 123).
- Helmut Schoeck: Der Arzt zwischen Politik und Patient. Verlag Medical Tribune GmbH, Wiesbaden 1983.
- Karsten Vilmar: Sozialpolitik am Scheideweg – Gesundheitswesen medizinisch orientieren. Deutsches Ärzteblatt 95, C-1064, 1998.

Zur Person des Verfassers

Dr. med. Gregor Eßer, apl. Professor der Universität Bonn; ehem. Chefarzt der Chirurgischen Klinik der Krankenhaus Maria Hilf GmbH Mönchengladbach, akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Hochschule Aachen.