

Osnabrücker Jahrbuch  
Frieden und Wissenschaft  
13 / 2006

## **Kulturelle Vielfalt – Grenzen der Toleranz?**

- OSNABRÜCKER FRIEDENSGESPRÄCHE 2005
- MUSICA PRO PACE 2005
- BEITRÄGE ZUR FRIEDENSFORSCHUNG

Herausgegeben vom Oberbürgermeister der  
Stadt Osnabrück und dem Präsidenten der  
Universität Osnabrück

V&R unipress

*Wissenschaftlicher Rat der Osnabrücker Friedensgespräche:*

Prof. Dr. Roland Czada, Politikwissenschaft, Universität Osnabrück  
Dr. des. Daniela De Ridder, Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte, Universität Osnabrück  
Prof. Dr. Dr. Rolf Düsterberg, Literaturwissenschaft, Universität Osnabrück  
Prof. Dr. Wulf Gaertner, Volkswirtschaftslehre, Universität Osnabrück  
Priv.doz. Dr. Stefan Hanheide, Musikwissenschaft, Universität Osnabrück  
Prof. Dr. Mohssen Massarrat, Politikwissenschaft, Universität Osnabrück  
Prof. Dr. Peter Mayer, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Fachhochschule Osnabrück  
Prof. em. Dr. Reinhold Mokrosch, Ev. Theologie, Universität Osnabrück  
Prof. Dr. Alrun Niehage, Ökotoxikologie, Fachhochschule Osnabrück  
Priv.doz. Dr. Thomas Schneider, Literaturwissenschaft, Universität Osnabrück  
Prof. Dr. György Széll, Soziologie, Universität Osnabrück  
Prof. Dr. Wulf Eckart Voß, Rechtswissenschaft, Universität Osnabrück  
Prof. Dr. Albrecht Weber, Rechtswissenschaft, Universität Osnabrück  
Prof. em. Dr. Tilman Westphalen, Anglistik, Universität Osnabrück  
Dr. Henning Buck (Geschäftsführung)

*Verantwortlicher Redakteur:* Dr. Henning Buck

*Redakt. Mitarbeit:* Andrea Dittert, Joachim Herrmann, Dr. Michael Pittwald, Silke Voss

*Einband:* Tevfik Göktepe, Atelier für Kommunikationsdesign, unter

Verwendung der »Komposition Nr. 118« von Friedrich Vordemberge-Gildewart

(Osnabrück 1899 – 1962 Ulm) aus dem Jahr 1940. Mit freundlicher Genehmigung:

© Kunsthaus Lempertz, Köln

*Mit Dank für freundliche Unterstützung der Osnabrücker Friedensgespräche an:*

– die Oldenburgische Landesbank AG

– die RWE Westfalen-Weser-Ems AG

– den Förderkreis Osnabrücker Friedensgespräche e.V.

*Redaktionsanschrift:* Geschäftsstelle der Osnabrücker Friedensgespräche

Universität Osnabrück, Neuer Graben / Schloss, D-49069 Osnabrück

Tel.: + 49 (0) 541 969 4668, Fax: + 49 (0) 541 969 4766

ofg@uni-osnabrueck.de – www.friedensgespraeche.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. 2006

© 2006 Göttingen, V&R unipress GmbH mit Universitätsverlag Osnabrück.

Alle Rechte vorbehalten. Printed in Germany: Hubert & Co., Göttingen.

Gedruckt auf säurefreiem, total chlorfrei gebleichtem Werkdruckpapier; alterungsbeständig.

ISBN 10: 3-89971-337-0

ISBN 13: 978-3-89971-337-4

ISSN: 0948-194-X

[nur Buchhandelsausgabe]

## Inhalt

Vorwort der Herausgeber . . . . .	7
Editorial: <i>Toleranz – ein Ideal verblasst</i> . . . . .	9

### I. OSNABRÜCKER FRIEDENSGESPRÄCHE 2005

<i>Europa quo vadis? – Regierbarkeit, Demokratie und Friedensfähigkeit der EU</i> Mit Gesine Schwan und Volker Rittberger . . . . .	19
<i>Kulturelle Vielfalt – Grenzen der Duldsamkeit?</i> Mit Manfred Lahnstein und Ernst G. Mahrenholz . . . . .	41
<i>Gesundheit: Ware oder öffentliches Gut?</i> Mit Ellis Huber und Karl Lauterbach. . . . .	61
<i>Wie gehen wir mit dem Fundamentalismus um?</i> Mit Karl Kardinal Lehmann und Nadeem Elyas. . . . .	81
Mart Laar, Tallinn <i>Europa sieht Deutschland: Die baltische Perspektive</i> . . . . .	109
<i>Positionsbestimmung für die deutsche Außenpolitik – Schritte zu einer neuen Weltfriedensordnung</i> Mit Wolfgang Schäuble, Claudia Roth, Klaus-Peter Siegloch . . . . .	125

### II. GMUSICA PRO PACE – KONZERT ZUM OSNABRÜCKER FRIEDENSTAG 2005

Stefan Hanheide, Osnabrück » <i>Erinnerung an 1945</i> « – Olivier Messiaen: » <i>Et expecto resurrectionem mortuorum</i> « und Johannes Brahms: » <i>Ein deutsches Requiem</i> « . . . . .	149
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

### III. BEITRÄGE ZUR FRIEDENSFORSCHUNG

Jochen Oltmer, Osnabrück  
*Aktive Intoleranz und beschränkte Duldung:  
Osteuropäische Juden in der Weimarer Republik* . . . . . 159

Reinhold Mokrosch, Osnabrück  
*Djihad – Religion und Gewalt* . . . . . 173

Klaus von Beyme, Heidelberg  
*Kulturelle Vielfalt und demokratische Konfliktbewältigung* . . . . . 183

### IV. ANHANG

Referentinnen und Referenten, Autorinnen und Autoren . . . . . 207  
Abbildungsnachweis . . . . . 213

## Gesundheit: Ware oder öffentliches Gut?

Podiumsveranstaltung in der Aula der Universität  
am 31. Mai 2005

<i>Dr. Ellis Huber</i>	Vorstand Securvita-Krankenversicherung Hamburg, Präsident a.D. der Berliner Ärztekammer
<i>Prof. Dr. Karl Lauterbach</i>	Direktor des Instituts für Gesundheits- ökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln
<i>Prof. Dr. Beate Schücking</i>	Vizepräsidentin der Universität Osnab- rück – Gesprächsleitung

*Beate Schücking:* ›Gesundheit‹ ist ein Thema, das uns alle betrifft. Im Jahr 1980 initiierte *Ellis Huber* in Berlin den ersten deutschen Gesundheitstag. Seit dieser Zeit wird ›Gesundheit‹ verstärkt als Anliegen einer breiten Öffentlichkeit wahrgenommen. In der Folge entwickelten sich viele Initiativen in der deutschen Gesundheitsszene – auch außerhalb der etablierten Strukturen – wie z.B. die Bewegung der Selbsthilfegruppen und Patienteninitiativen.

Viele Impulse aus dieser Richtung wurden in die deutsche Gesundheitspolitik und damit in die Gesundheitsverwaltung hineingetragen. Dies ist ein wesentlicher Punkt, denn es gab in Deutschland zuvor keine derartige Tradition im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens, der Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung. Dies zeigt sich auch daran, dass wir den Begriff *Public Health* inzwischen auf entsprechende deutsche Studiengänge übertragen haben, die nun auch hierzulande *Public Health*-Studiengänge heißen.

Professor *Karl Lauterbach*, dessen Statement zu unserem Thema am Beginn dieses Friedensgesprächs steht, ist als Mitglied der im November 2002 durch die Bundesregierung einberufenen *Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*, der so

genannten ›Rürup-Kommission‹, in den Blick der Öffentlichkeit getreten, außerdem als ein engagierter Befürworter des Konzepts der ›Bürgerversicherung‹.

*Karl Lauterbach:* In den nächsten Jahren werden auf die sozialen Sicherungssysteme sehr ernste Probleme zukommen. Vereinfacht lässt sich sagen: Das Kernproblem für das Gesundheitssystem, das Rentensystem und die Pflegeversicherung wird die *Alterung der Baby-Boomer-Generation* sein. So bezeichnen wir jene große Geburtskohorte der in den Jahren 1955 bis 1968 Geborenen, der zahlenmäßig größten Gruppe von Geborenen, die je in Europa zu verzeichnen war.

Diese Geburtskohorte lässt sich wie folgt beschreiben: Sie ist derzeit auf dem Höhepunkt ihres Einkommens und auf dem Höhepunkt der persönlichen Gesundheit der Einzelnen. In 10-15 Jahren wird aber das Einkommen dieser großen Geburtskohorte deutlich sinken und ihre Gesundheit wird sich verschlechtern. Die *Baby-Boomer-Generation*, diese besonders große Geburtskohorte, die wird dann zunächst in Rente gehen, dann schwer chronisch erkranken und zu einem nicht unerheblichen Teil in den Pflegeheimen ihren Lebensabend verbringen.

Das ist in gewisser Weise eine sehr *positive* Perspektive, und zwar insofern, als es eine derart große Geburtskohorte überhaupt in Deutschland geben konnte. Sie wird ein langes Leben und eine hohe Produktivität erreicht haben, und dazu können wir uns ebenso beglückwünschen wie zu der Tatsache, dass diese Generation von Kriegen und schweren Katastrophen verschont blieb, sodass sie überhaupt in den Genuss einer Rente und einer Gesundheitsfürsorge kommen konnte. Alt werden zu dürfen – und damit irgendwann verbunden: chronisch krank – ist ja ein Privileg, etwas Besonderes, das wir auch schätzen wollen.

Zugleich ist diese Entwicklung eine große Herausforderung für die sozialen Sicherungssysteme, die zum jetzigen Zeitpunkt darauf nicht vorbereitet sind. Denn die sozialen Sicherungssysteme sind gegenwärtig nicht gut finanziert. So finanziert sich das *Gesundheitssystem* allein über Löhne und Gehälter; die darauf bezogenen Einnahmen der Krankenversicherungen machen 98% ihrer Einkünfte aus. Ein steigender finanzieller Mehrbedarf würde zum Anwachsen der so genannten Lohnnebenkosten führen und damit bewirken, dass die Löhne und Gehälter ständig teurer würden. Dies wäre auch sozial ungerecht, denn es ist uneinsichtig, warum das Gesundheitssystem in Zukunft nur durch Beiträge auf Löhne und Gehälter bezahlt werden sollte. Diese Belastung wird auch der Arbeitsmarkt nicht durchhalten können, und so ist es ganz ausgeschlossen, dass in zehn Jahren das Gesundheitssystem noch ausschließlich über Löhne und Gehälter finanziert

werden wird. Die bisherige Praxis kann auf keinen Fall fortgesetzt werden, egal wie die kommende Bundestagswahl ausgeht.

Weshalb sollten also nicht andere Einkommensarten wie Kapitaleinkünfte, Zinseinkünfte, Selbständigen-Einkünfte herangezogen werden?



Karl  
Lauterbach

Hier stehen sich derzeit zwei politische Konzepte gegenüber: Ein Weg, Löhne und Gehälter nicht weiter zu belasten, wäre, die privaten Haushalte selbst zu einer verstärkten Übernahme von Krankheitskosten zu veranlassen. Für diesen Vorschlag steht insbesondere die FDP, aber auch große Teile der CDU neigen ihm zu. Diese Lösung hieße: Wir frieren die Belastung von Löhnen und Gehältern ein, und die Mehrkosten werden privat bezahlt. Wer diese nicht zahlen kann, hätte dann die – euphemistisch gesagt – »Wahlfreiheit«, nur das Versorgungs-Standardpaket in Anspruch zu nehmen. Eine andere Möglichkeit bestünde darin, Steuermittel oder Beiträge auf Zinsen und andere Kapitalerträge zusätzlich heranzuziehen, um die Beiträge auf Löhne und Gehälter zu ergänzen.

Diese Konzepte stehen sich diametral gegenüber.

Nun befürchten die einen, dass »Sozialismus pur« kommt, eine noch stärkere »Umverteilung von Reich zu Arm«, wenn nicht nur wie bisher über die unterschiedlichen Beitragssätze auf Löhne und Gehälter ein Ausgleich der Belastungen erfolgt, sondern auch noch Zins- und Kapitalerträge herangezogen werden.

Wenn dagegen vermehrt die privaten Haushalte zu den Krankheitskosten herangezogen würden und jeder Kranke so viel zahlt, wie er will oder kann, hätten wir weniger Umverteilung und mehr Differenzierung. Die Gesundheit würde dann im Prinzip wie ein allgemeines Konsumgut be-

trachtet, mit der Folge, dass derjenige, der mehr hat, mehr bezahlt und mehr bekommt.

Somit haben wir eine Grundsatzentscheidung zu treffen: Wollen wir mehr oder weniger Umverteilung? Das Konzept der »Bürgerversicherung« steht in dieser Auseinandersetzung dafür, dass im Hinblick auf die Gesundheit die Qualität und der Umfang der Versorgung nicht vom Einkommen abhängig werden. Gegen dieses Konzept wird mit der Forderung nach der »Stärkung der Eigenverantwortung« gestritten, um eine stärkere Differenzierung der Gesundheitsversorgung zu erwirken.

Ich persönlich bin der Meinung, dass im Gesundheitssystem wie im Bildungssystem Qualität und Umfang der Leistungen in keiner Weise vom Einkommen abhängig sein sollten. Das ist eine ethisch begründete Position und als solche eine alte Sozialstaatstradition, die schon in der Philosophie von *Kant* angelegt ist und nicht etwa eine Erfindung des Marxismus. In Europa galt schon seit Kants Zeiten, dass Einkommensunterschiede nur dann als gerechtfertigt angesehen wurden, wenn sie nicht Folge von ungleichen Voraussetzungen im Gesundheits- und Bildungswesen waren. Hier liegt übrigens einer der wesentlichen Unterschiede des gesellschaftlichen Selbstverständnisses zwischen Europa und den USA.

Leider muss ich nach sieben Jahren Regierung durch die Parteien oder die Koalition, der ich politisch nahe stehe, einräumen, dass unser Bildungssystem und unser Gesundheitssystem schon jetzt als ungerecht beurteilt werden müssen. Nach sieben Jahren *Rot-Grün* haben wir extrem große Unterschiede im Bildungssystem: In keinem europäischen Land hingen die Bildungsergebnisse so stark vom Einkommenshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern ab wie in Deutschland. Nur 8% der Kinder aus Arbeiterfamilien kommen heute überhaupt zum Studium.

Das halte ich für eine groteske Ungerechtigkeit.

Was die Gesundheit angeht, ist es so, dass die Lebenserwartung der Männer aus dem oberen Viertel der Einkommensverteilung diejenige des unteren Viertels um 10 Jahre übersteigt; bei Frauen beträgt der Unterschied etwa sechs Jahre. Es gibt kaum ein Land, in dem eine so große Abhängigkeit der Lebenserwartung vom Einkommen besteht wie in Deutschland, wo man auf das Bismarcksche System der Sozialversicherung oft so stolz ist. Zehn Jahre Unterschied in der Lebenserwartung – das ist nicht allein dem Gesundheitssystem zu verdanken, sondern auch anderen Faktoren. Aber unser Gesundheitssystem korrigiert dort wenig, und es sind sicher alle Vorschläge willkommen, die helfen können, diese Lücke zu schließen. Derzeit aber ist es so: In den zwei zentralen Bereichen sozialer Gerechtigkeit, bei der Chancengleichheit im Bildungssystem und im Gesundheitssystem, haben wir großen Reformbedarf. Und das System ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht gut finanziert, und deshalb lehne ich eine weitere



Privatisierung unter dem Kampfbegriff der ›Eigenverantwortung‹ ab, denn sie würde die bestehenden Unterschiede nur noch verstärken.

*Ellis Huber:* Karl Lauterbach hat die Grundkontroversen beschrieben; ich will einige weitere Gesichtspunkte hinzufügen: In einem Grußwort zum Gesundheitstag 1981 in Hamburg schrieb ich:

»Es gibt viele Arten von Gesundheit, wie Weisen von Schönheit und Glück. Und es gibt viele Wege hin zur Gesundheit. Wir weigern uns stellvertretend für die betroffenen Menschen zu definieren, was ihre Gesundheit ist. Wir sind bereit, als Ärzte mit ihnen zusammen nach gesundheitsförderlichen Wegen zu suchen, aber wir hören auf, es besser zu wissen als die Menschen, was sie wirklich brauchen.«

Es zeichnete sich damals eine *Relativierung des Machtanspruches der Ärzte* im Umgang mit Lebensvorgängen ab.

Zum Zeitpunkt als Deutschland vereinigt wurde, lag die Anzahl der Herzinfarkte in Ost- und Westdeutschland in der gleichen Größenordnung. Seit der Vereinigung beider Länder aber – und parallel zur Einführung der modernen Kardiologie mit all ihren technischen und pharmakotherapeutischen Möglichkeiten – steigt die Herzinfarktrate im Osten kontinuierlich an, während sie im Westen weiter sinkt. Im Jahr 2000 hatte eine Frau im Land Brandenburg ein 2,7-fach höheres Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, als eine Frau in Hamburg.

Einen solchen Unterschied kann Medizin allein nicht aufheben. Er ist auch nicht durch die unterschiedliche genetische Ausstattung der ostdeutschen und der westdeutschen Frauen erklärbar. Bei Männern sind die Unterschiede übrigens ähnlich. Für eine Medizin des industriellen Zeitalters ist der Herzinfarkt ein ›Pumpendefekt mit verstopften Röhren‹ und folgerichtig versucht man, diese ›aufzubohren‹. Wir wissen aber seit 30 Jahren, dass es Menschen möglich ist, mit emotionalen Kräften – *psycho-gen* sagen die Fachleute – Koronararterien so zu verkrampfen, dass sie undurchlässig werden. Das ›gebrochene Herz‹ ist kein so verkehrtes Bild. Aber eine mechanistische, Herrschaft suchende Medizin kann damit wenig anfangen. Wir sind jetzt am Übergang zur Kommunikationsgesellschaft: Denjenigen Heilmethoden, denen die Zukunft gehören wird, gilt der Herzinfarkt als eine Beziehungsstörung zwischen Individuum und sozialer Umgebung. Denn der Herzinfarkt tritt immer dann gehäuft auf, wenn Menschen sich in ihren sozialen Bezügen nicht mehr aufgehoben und geborgen fühlen. Er ist sozusagen ein Indikator für die Spannung, die auf dem ›sozialen Bindegewebe‹ liegt.

Bei allen Krankheiten, ob Allergien, Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder AIDS, als ›Krankheit der kontaktreichen Beziehungslosigkeit‹, trifft zu: Gesundheit und Krankheit des Individuums sind immer mit der Gesundheit und Krankheit des sozialen Gefüges verknüpft. Schmerzen kann ich mit Aspirin behandeln, ihnen aber auch mit einer Veränderung des individuellen Lebensglücks begegnen. Diese *Heilkunst der Zukunft* zu entwickeln, steht jetzt an – eine Heilkunst, die bescheidener ist und die Menschen mit einbezieht.

Als zweites steht an, dass wir uns im Zeichen von Globalisierung und Individualisierung – und unter deren Zwängen – Gedanken machen, wie wir das soziale Bindegewebe gesunden lassen können. Die Vereinzelnung der Menschen ist eine der zentralen Krankheitswurzeln und es macht keinen Sinn, wenn Ärzte tagtäglich nur die Symptome kurieren, aber den sozialen Kontext und die emotionale und geistige Lage der Menschen nicht sehen. Nun sagen Ökonomen, die Zukunft der Industriegesellschaften und der postindustriellen Gesellschaft liege im 6. der so genannten *Kondratieff-Zyklen*, mit denen langwellige Wachstumsprozesse von Volkswirtschaften beschrieben werden. Bedeutsam wäre hier die Fähigkeit von Gesellschaften, psycho-soziale Gesundheit herzustellen: Die Gesellschaft, die es schafft, ein hohes Maß an sozialer Kohärenz – eine Kultur der Nächstenliebe und der Mitmenschlichkeit – praktisch umzusetzen, wird auch im globalen Wettbewerb besonders erfolgreich sein. Wichtig ist die Frage: Wem dient das Gesundheitssystem einer Gesellschaft? Dem Kapital mit seinen Interessen oder der Bevölkerung mit ihren Bedürfnissen?

Für mich ist das Gesundheitssystem eine Art ›soziales Immunsystem‹ zur Bewältigung der Krankheitsgefahren unter den bestehenden Lebensbedingungen. Pathetisch gesagt: Es hat die Wunden zu heilen, die der Kapitalismus schlägt. Eigentlich weiß ja jeder Politiker und jeder einfache Bürger, jeder Chefarzt und jeder Pförtner in einem Krankenhaus, dass das Profitmotiv als Antrieb für Handeln im Zweifel über Leichen geht und nie, aber auch nie, Gesundheit schützen wird. Also stellt sich die Frage, ob wir in der Lage sind, ein Gesundheitswesen zu organisieren, das die Menschen zusammenführt, statt sie zu vereinzeln. Dazu ist es notwendig, eine solidarische Absicherung der Gesundheitsrisiken in einer Bevölkerung sicherzustellen – mit einer Bürgerversicherung, die vor allem als Garant der Mitmenschlichkeit in einer Gesellschaft wirkt.

Die Einführung von ›Kopfpauschalen‹, wie sie von manchen gefordert wird, würde dies nicht leisten. Diese müssten vielmehr über das Steuersystem flankiert werden, damit ein Ausgleich im Sinne der gesellschaftlichen Integration möglich wird. Einkommensabhängige Beiträge, und zwar von allen Einkünften, würden dagegen sofort integrierend wirken. Wichtiger noch ist aber die Entscheidung, ob man eine ›Aktienbesitzer-Medizin‹ oder

eine die Gesundheit der Bevölkerung und des einzelnen Bürgers gleichermaßen schützende Medizin und Gesundheitsversorgung will.

Die Kernaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Bildung von solidarischen Gemeinden. Diese Kernaufgabe wird gegenwärtig verraten. Wir betreiben eine systematische Entsolidarisierung.

Die Kernaufgabe von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsberufen ist es, mit möglichst geringem Geld- und Mitteleinsatz ein Optimum an Gesundheit zu erreichen. Gesundheit ist dabei als selbständige Meisterung des einzelnen, individuellen Lebens zu verstehen, auch im Fall eines körperlichen, seelischen oder sozialen Handicaps. Scharlatane und schlechte Ärzte machen Menschen abhängig von Apparaten, Institutionen, Arzneimitteln, Heilkulturen. Gute Ärzte machen Menschen unabhängig – von sich und irgend-einer medizinischen Versorgung.

Die Frage ist also, was wir wollen. Mein Traum ist klar, ich verteufele nicht den Markt. Auch auf einem italienischen Gemüsemarkt geht es nicht nur um Geldvermehrung und Kapitalrendite, sondern er ist zugleich ein kulturelles Ereignis. Der Markt als Instrument, um Aushandlungsprozesse möglichst dezentral, möglichst frei und schnell abzuschließen, ist vernünftig. Der Maßstab der Geldvermehrung ist *falsch* für das Gesundheitswesen, für die Automobilproduktion dagegen vielleicht nicht. Sind wir also in der Lage, ein Marktsystem *gemeinwohlorientiert* auszurichten, das sich an Werten und gesundheitsorientierten Ergebnissen orientiert?



Ellis Huber

Das Zweite ist die Frage nach dem Wettbewerb. Als Arzt will ich natürlich wissen, wie gut meine Arbeit ist, und ich freue mich, wenn ich Kollegen habe, die besser sind als ich. Ich will gern von denen lernen. Wettbewerb um möglichst gute Ergebnisse und Leistungen ist notwendig. Aber z.B. die jährliche Anzahl der Belastungs-EKGs in einer Stadt ist kein Leistungsmaßstab. Werden diese Belastungs-EKGs, deren Zahl eher ein Maßstab für Vergeudung ist, bezahlt, so fördert man Aktionismus, aber nicht die Gesundheit. Das System aus solchen Mechanismen herauszuführen und zu erneuern, kann nur eine Gemeinschaftsleistung von Ärzten und Krankenkassen sein. Die Politik hat uns längst die Freiheit dazu gegeben, und wir müssen die Bürgerinnen und Bürger mit einbeziehen. Es müssen eine *ganzheitliche Medizin*, die die Betroffenen respektiert und ernst nimmt, geschaffen werden und eine Gesundheitsversorgung, die ihre soziale Verantwortlichkeit sieht. Das ist die eigentliche Überlebensfrage für die Gesellschaft insgesamt, denn mit dem Untergang des Sozialismus ist die soziale Frage nicht gelöst; sie stellt sich nur neu.

Noch eines wissen wir: Systeme, die nach dem Motto ›Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser‹ handeln, sind zerbrochen. Wir brauchen dagegen Systeme, die nach dem umgekehrten Motto agieren: ›Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser‹. Denn das Gesundheitssystem der Bundesrepublik krankt daran, dass keiner keinem mehr traut. ›Bei wem bin ich denn wirklich in guten Händen?‹ fragt der Patient. ›Auf wen kann ich mich noch verlassen? Macht der Doktor, was er tut, um meiner wegen oder weil es seiner Abrechnung dient?‹ Das sind die zentralen Fragen. Auch der niedergelassene Internist traut dem Krankenhausarzt nicht mehr, und die Krankenkassen halten sowieso alle Ärzte für potenzielle Kriminelle, die nichts anderes bezwecken, als ihre eigenen Taschen zu füllen.

Dies alles führt nicht weiter. Ich arbeite daran, ein gesundheitliches Angebot in einem Netzwerk von Ärzten, Krankenkassen und kommunal engagierten Politikern herbeizuführen, auf das man sich verlassen kann. Hier sagen Ärzte ihrem Patienten: ›Sie können sich darauf verlassen, ich behandle Sie immer so, wie ich in gleicher Lage selbst auch behandelt werden wollte‹, und ›Sie können sich darauf verlassen, ich respektiere Sie als ganzen Menschen mit allen körperlichen, seelischen und sozialen Aspekten. Ich achte auf Ihre spirituelle Orientierung; ich will, dass Sie sich selbst Heil bringen und Ihr eigenes Verständnis von Ihrer Krankheit und Ihrem Leiden mit zur Geltung bringen.‹

Das ›Leistungsversprechen mit Rückkoppelung zum Patienten‹ und daraus resultierend eine eigene *Versorgungsmarke* gehören zu meinem Konzept der Zukunft. Ich bin davon überzeugt, dass wir ein solches sozialförderliches – und auch dem Kapitalismus und seinen Gefahren kontrastierendes – Gesundheitssystem in Deutschland entwickeln können. Das wäre

sozusagen der ›Volkswagen der Gesundheitsversorgung‹, robust und preiswert für große Bevölkerungsgruppen. Wenn wir das in Deutschland, in Osnabrück, auf der Insel Rügen oder in Aachen hinbekommen, dann ist das ein Modell für viele Länder: Ärzte, Krankenhäuser, andere Gesundheitsberufe, die individuelle und soziale Gesundheit originell miteinander verknüpfen und beides mit einem möglichst geringen Mitteleinsatz anstreben. Wenn wir das schaffen, werden zugleich viele wirtschaftliche Probleme lösbar. Die Amerikaner geben umgerechnet 100 Milliarden Euro mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus. Ein solcher Betrag bedeutet im Rahmen einer ›Aktienbesitzer-Medizin‹ mit einer Kapitalrenditeerwartung von 20-30% enorme Profite in der Hand individueller Gewinner. 100 Milliarden Euro hier im Lande investiert in Handauflegen, Pflegen, Begleiten und Helfen – nach dem Motto ›Lieber Yoga-Lehrer in Osnabrück beschäftigen, als die Produktion von Computer-Tomographen in Korea‹ finanzieren – wären das Geldäquivalent, um drei bis vier Millionen Menschen zu beschäftigen, was der sozialen und der individuellen Gesundheit gleichermaßen nützen würde. Es lohnt sich also, für ein soziales Gesundheitssystem zu kämpfen, egal, wer in diesem Land regiert.

*Beate Schücking:* Beide Referenten haben sich klar auf Seiten des ›öffentlichen Gutes Medizin‹ positioniert, was im Grunde kaum anders zu erwarten war. Aber die Frage nach der ›Ware Medizin‹ muss uns sicher noch beschäftigen. Ellis Huber hat zu der anfangs geschilderten Problemlage eine Reihe von Problemlösungen skizziert. Herr Lauterbach, wollen Sie dazu Stellung nehmen?

*Karl Lauterbach:* Darüber werden wir kaum streiten müssen. Die Problemlage, der wir uns widmen sollten, ist diese: Es fehlen seit 1970 in jedem Geburtsjahrgang ungefähr ein Drittel jener Kinder, die geboren werden müssten, damit die Alterszusammensetzung in Deutschland nicht verschlechtert würde und die Bevölkerung sich nicht verringerte. Die Quoten der Geburtsjahrgänge betragen nur etwa 70% dessen, was zur Erhaltung des *status quo* von 1970 erforderlich gewesen wäre. Dieser Zustand dauert nun schon in der zweiten Generation an: In der zweiten Generation kommen nun ebenfalls nur 70% der eigentlich zu wünschenden Kinder zur Welt, sodass die Geburtenrate, bezogen auf 1970, heute weniger als 50% beträgt. Diese Zahlen beschreiben den Prozess einer rapiden Schrumpfung und Alterung in Deutschland.

War es früher noch so, dass sich junge Menschen in Deutschland mehr Kinder wünschten, als sie tatsächlich bekamen – nämlich im Durchschnitt zwei Kinder, während statistisch jede Frau nur 1,4 Kinder gebar –, so geht

heute auch die Zahl der *gewünschten* Kinder deutlich zurück. Junge Menschen wünschen sich heute im rechnerischen Mittel nur noch 1,4 Kinder, sodass man davon ausgehen kann, dass die Geburtenquote weiter absinken wird. Selbst wenn die Geburtenquote heute steigen würde, wäre die Minderzahl der seit 1970 Geborenen – insgesamt fehlen zehn Millionen Kinder – nicht mehr kompensierbar.

Bei der Berechnung der Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung geht man heute überdies davon aus, dass jährlich ein Netto-Zuwanderungsgewinn von 200.000 Menschen erreicht wird. Selbst unter dieser optimistischen Annahme würde Deutschland weiter altern und schrumpfen. Heute sind 25% der Bevölkerung über sechzig Jahre alt; in dreißig Jahren werden es 40% sein.

Wollen wir diesem Problem begegnen, so kommt es auf die Gesundheit eines *jeden* Kindes besonders an. Wir müssten daher eigentlich kräftig in die Gesundheit und die Bildung der Kinder investieren. Genau das Gegenteil ist aber der Fall: Unser Bildungssystem ist ungerecht, und zwar sowohl in der Elitenförderung als auch – in besonderem Maße – in der Förderung der sozial Schwachen. Es erzielt schlechte *Durchschnittsergebnisse*, schlechte Ergebnisse bei der Förderung der besonders *Begabten* und besonders schlechte Ergebnisse bei den sozial *Schwachen*. Hier besteht großer Reformbedarf.

Gesundheitsexperten stellen heute die Disposition zu chronischen Erkrankungen tendenziell immer früher fest, d.h. unsere Kinder sind heute erstmals – bezogen auf gleiche Lebensalter – weniger gesund als ihre Eltern. Erstmals wird schon bei Kindern Alterszucker festgestellt oder auch Bluthochdruck. Wir erlauben in Deutschland bereits Kindern das Rauchen bzw. nehmen es hin, dass rauchende Eltern ihren Kindern eine falsche Orientierung geben. Wir haben besonders wenig Schutz vor gezielter Werbung der Tabakindustrie. Ganz gezielt werden unter den Kindern neue Süchtige produziert. Je früher Kinder aber beginnen zu rauchen, desto dauerhaft süchtiger werden sie. Wer mit 18 Jahren zu rauchen beginnt, wird selten ein Suchtraucher. Wer schon mit 12 Jahren anfängt zu rauchen, kommt im Regelfall nie mehr von der Sucht los. Der frühe Beginn des Rauchens entscheidet darüber, wie stark die Sucht ausgeprägt wird. Das wachsende Gehirn wird durch den frühen Tabakkonsum besonders geschädigt, und es wird eine besonders stabile Sucht produziert. Die Gewinnung von Kindern als Neukunden ist für die Tabakindustrie äußerst wichtig, und wir tun nichts, um dem zu begegnen. Ellis Huber hat recht, wenn er fordert, dass wir uns konsequent vom Profitdenken in diesem Bereich abwenden müssen. Wir müssen stattdessen überlegen: Was können wir tun, um die Geburtenquote zu erhöhen? Was tun, um Chancengleichheit bei Kindern herzustellen? Was tun, um bereits in Kindergärten und

Schulen Kinder gegen die chronischen Erkrankungen zu immunisieren? Wie können wir Bewegungsarmut, Übergewicht und Tabakkonsum bei Kindern systematisch bekämpfen?

Diese Ziele wirkungsvoll anzugehen, fordert eine gesellschaftliche Kraftanstrengung. Wir müssen uns wirklich das Ziel setzen, die nächste Generation mit echter Chancengleichheit auszustatten, sodass sie ihre Begabungen und ihre Gesundheit voll realisieren kann. Gegenwärtig ist dieser Wille in unserer Gesellschaft nicht vorhanden, hingegen ist die Entsolidarisierung der Gesellschaft weit fortgeschritten. Unter dem Aspekt der ›Eigenverantwortung‹ wird die Erziehung den Eltern überlassen. Wenn Arbeitslosigkeit und Jugendkriminalität resultieren, werden die Jugendlichen gescholten, und man verschweigt, dass sie schon als Kinder keine Chance hatten. Wir brauchen eine gemeinsame Aktion von Gewerkschaften, Kirchen und sozial Engagierten aller Parteien, mit der das Solidarsystem modernisiert werden kann. Wir müssen das Image des Solidarsystems wandeln. Nur so haben wir eine Chance, mit den Herausforderungen in einer menschlichen Weise fertig zu werden.

*Ellis Huber:* Man sieht, wie sehr soziale und individuelle Gesundheit miteinander verknüpft sind. Es ist natürlich notwendig, dass sich Ärzte als Heilkundige in einer gesellschaftlichen Kultur gegen die Verführungsgewalt von Großkonzernen aktiv zur Wehr setzen, wenn sie wirklich der Gesundheit der Menschen dienen wollen. Hier fehlt es an Einsicht und an Bereitschaft zur öffentlichen Aussage. Ich stelle fest, dass die Menschen im Lande viel weiter sind, als die Politik annimmt. Es gibt eine große Sehnsucht nach sozialer Geborgenheit und Mitmenschlichkeit in diesem Land – andernfalls gäbe es nicht jenes große Spendenaufkommen z.B. angesichts von Naturkatastrophen.

Es ist Aufgabe auch der Krankenkassen und Ärzteschaft, dafür zu sorgen, dass diese Sehnsucht eine gesellschaftlich verlässliche Antwort bekommt. Auf der Ebene der Sachverständigen – auch in den politischen Parteien – ist man sich im Grunde einig, was nötig wäre, um ein sozial dienliches Gesundheitswesen zu bekommen: Eine *Pflichtversicherung* für alle, ein Beitrag von etwa 10% sämtlicher Einkünfte, die freie Wahl der Krankenkasse und Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherung und Gesundheits-Dienstleistern. Das ist bis heute nicht realisiert, weil der Wettbewerb der politischen Parteien, der Machtkampf in der Politik, kein Einvernehmen zulässt.

Im Gesundheitswesen gibt es keine Gegensätze zwischen Parteien, sondern nur eine Verdrängung der Wahrheit auf allen Seiten und die fatale Inszenierung von Bühnenschaukämpfen zwischen ›Kopfpauschale‹ und ›Bürgerversicherung‹ sowie die Inszenierung ideologischer Kontroversen,

die mit den Realitäten wenig zu tun haben. Ich zweifle daran, dass die Politiker diese Scheinheiligkeit überwinden können. Konkrete Gesundheitsversorgung muss viel mehr von den Menschen einer Stadt selbst ausgehen. Nötig ist eine *Renaissance kommunaler Verantwortlichkeit* und sozialer Verantwortung der ansässigen Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen. Die Gesundheitsversorgung ist das Rückgrat der zivilgesellschaftlichen Kultur, und erst wenn dieses Bewusstsein sich in der Bevölkerung wieder praktisch geltend macht, werden wir aus der heutigen, larmoyanten Krise des Landes herauskommen.

*Beate Schücking:* Diesen konkreten Schritten sollten wir uns intensiver widmen. Gibt es Vorschläge, wie das im Einzelnen geschehen kann?

*Karl Lauterbach:* Ich habe einen unpopulären Vorschlag, den ich aber für alternativlos halte: Wir wissen heute aus der Bildungsforschung, aus der Hirnforschung und der *Public Health*-Forschung, dass die Lebensphase von 3-6 Jahren ein besonders wichtiges Alter für Kinder ist, weil sie dann das Lernen lernen. Das Interesse am Lernen wird gesetzt und die Grundlagen für die spätere Lernfähigkeit, ja sogar die Grundlagen für die spätere Intelligenz. Bereits in der Altersgruppe der Drei- bis Sechsjährigen verteilen und entscheiden sich die Chancen. Kinder, die in dieser Altersstufe wenig gefordert werden, kommen später in ein Schulsystem, wo sie schon so weit benachteiligt sind, dass das Schulsystem diese Unterschiede nur noch vergrößern kann. Die Schule gleicht Unterschiede nicht aus, sondern vergrößert sie noch. Daher wäre mein Vorschlag, dass man im Rahmen qualitativ hochwertiger *Vorschulangebote* mit pädagogisch durchdachten Konzepten, auch spielerisch, den Kindern beibringt zu lernen und das Lernen zu fördern. Dabei müsste auch die Gesundheitserziehung einen hohen Stellenwert bekommen, die die Einstellung zum Körper prägt. Auf diese Weise würde man die sozialen Unterschiede zwischen Arm und Reich, zwischen bildungsarm und bildungsschwach, zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund stärker als durch jeden anderen Einzelvorschlag angreifen.

*Ellis Huber:* Das *Pharmakon* der Heilkunst im Informationszeitalter ist Bildung, sind Bildungsprozesse. Wo Heilen stattfindet, geschieht Beziehungsarbeit, werden Beziehungen produktiv. Nur Arzt *und* Patient, Krankenschwester *und* Pflegebedürftiger, Psychotherapeut *und* Klient produzieren gemeinsam eine Gesundheit. Wir müssen also dafür sorgen, dass die Strukturen der Gesundheitsversorgung, die ›Systemanreize‹, so ausgestaltet sind, dass der Arzt, die Krankenschwester oder andere Angehörige eines Gesundheitsberufes möglichst gut, ungehindert und ohne größere Bürokratie



tie arbeiten können. Das verbreitete Misstrauen aller Beteiligten untereinander im gegenwärtigen System führt dazu, dass wir 40-50% der Krankenkassenbeiträge in Prozeduren vergeuden, die nicht dem Heilen und Pflegen dienen. Wenn diese vergeudeten Ressourcen für wirkliches Zuwenden, Helfen, Sich-Einsetzen für gesundheitsförderliche Verhältnisse in Kindergärten und Schulen aufgewendet würden, so wäre dies befreiend. Dazu bedarf es aber unter den Beteiligten einer Kultur des Vertrauens und der Offenheit aller, sodass man Arbeitsergebnisse von Ärzten, Krankenhäusern oder von Krankenkassenmanagern sehen, bewerten und beurteilen kann.

Man muss nicht glauben, wir wären nicht in der Lage, die anstehenden Probleme, die wir kennen, zu lösen. Aber dazu braucht es eine neue, offene Sprache. Ich habe häufig Krankenversicherten, die von ihrer Versicherung große Leistungen erwarten und ›mehr rausholen‹ wollten, als sie hineingegeben haben, zu erläutern versucht, dass diese Absicht nur erfüllt werden kann, wenn dafür andere ihr Geld abgeben, ohne dafür etwas haben zu wollen. Die Krankenversicherung steht im Bedarfsfall natürlich für die notwendigen Ausgaben ein, aber wir müssen diesen Zusammenhang offen ansprechen und offen miteinander umgehen, damit Solidarität wieder glücken kann. Es wäre im Grunde ganz einfach. In unserem Land hat das ein Grundprinzip der katholischen Kirche Geltung: das *Subsidiaritätsprinzip*. Es besagt: was Menschen miteinander und untereinander selber lösen können, soll der mächtige Staat ihnen nicht abnehmen. Und es gibt bei uns das *Solidarprinzip* der Arbeiterbewegung, das Bewusstsein, dass wir alle zusammengehören. Wenn wir nun Subsidiarität und Solidarität – regional, lokal und kommunal – organisieren, so wäre vieles zu lösen. Es ist nicht die große Politik in Berlin, die dies für uns erledigt. Wir müssen vor Ort darüber reden, dafür arbeiten, Freunde dafür gewinnen und es dann gemeinsam umsetzen. Ich glaube, wir spüren alle, dass es angepackt werden muss: Eine neue Form von gemeinschaftlicher Kultur dort, wo wir leben. Wir müssen heraus aus der Vereinzelungskultur, die die Globalisierung der Wirtschaft produziert. Das ist die zentrale Gesundheitsfrage und ›Heilaufgabe‹ für alle Beteiligten.

*Publikum:* Es muss auch die Frage nach einer Begrenzung der Gesundheitskosten gestellt werden. Was nützt die beste Bürgerversicherung, wenn sie nur eine Grundversorgung sicherstellt? Wie lassen sich unter Wahrung eines hohen Standards dennoch die Kosten begrenzen?

*Publikum:* Das Problem, das ich als Ärztin jeden Tag in der Praxis habe, ist *wirtschaftlich* zu arbeiten. Mir ist eben nicht die Aufgabe gestellt, meine Patienten optimal zu betreuen, rundum zu betreuen. Das versagen mir der

Gesetzgeber und die Krankenkassen. Wenn es trotzdem geschieht, dann zum Nulltarif. Das machen in Deutschland sehr viele Ärzte, die ihren Beruf noch ernst nehmen, und zwar auch nach Feierabend.

Wenn kein Geld mehr im System ist, können wir auch nichts ausgeben, das leuchtet ein. Aber man kann darüber nicht nur ökonomisch diskutieren. Man muss berücksichtigen, dass es hier immer um Menschen geht. Der Einzelne braucht eine individuelle Betreuung, keine schematische Betreuung im 10-Minuten-Takt, wie sie die letzte Gesundheitsreform bewirkt hat. Kein Patient weiß, wie es im Moment in den Praxen wirklich aussieht. Es wird nur öffentlich gemacht, dass Ärzte für wenig Leistung viel verdienen, und das ist einfach falsch.

*Karl Lauterbach:* Man muss klar unterscheiden, ob man Ärzte oder ein Gesundheitssystem kritisiert. Wenn im gegenwärtigen System die ehrlich motivierte Ärztin, die keinen Unterschied zwischen gesetzlich und privat Versicherten macht, sondern sich mit beiden die gleiche Mühe gibt, deutlich schlechter verdient, als wenn sie nur Privatversicherte behandeln würde, so ist das ein Fehler des Systems. Ein System, in dem die Honorierung davon abhängt, wie gut jemand versichert ist, ist ungerecht. Es ist widersinnig, wenn die Blutdruckmessung bei einem Beamten besser bezahlt wird als bei einer AOK-Versicherten.

Diese Umstände kritisiere ich, nicht die Ärzte, die unter den Bedingungen dieses Systems handeln. Ich kenne viele Ärztinnen und Ärzte, die unter persönlichem Einsatz, auch unter Einkommensverzicht, das kaputte System kompensieren. Das System funktioniert in vielen Bereichen nicht, wird aber auch von Funktionären verteidigt, die genau wissen, dass es nicht funktioniert, und diesen Zustand mitverantworten. Die 6-Minuten-Medizin ist das Ergebnis eines unsinnigen Honorarsystems, das von den kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt wurde und verteidigt wird. Ich stelle mich gern auf die Seite der sozial engagierten Ärztinnen und Ärzte. Das System der kassenärztlichen Vereinigungen aber steht einer leistungsorientierten, menschlichen Medizin entgegen.

Zur Frage nach der nachhaltigen Ausgestaltung der Bürgerversicherung möchte ich sagen, dass sie anderes leisten muss, als einfach nur mehr Geld ins System zu bringen. Bürgerversicherung muss auch *Prävention* vor Behandlung sein. Dieser Aspekt soll sogar im Vordergrund stehen, insbesondere bei Kindern. Prävention, vorbeugende Gesundheitsförderung – tut Not nicht nur in der ärztlichen Praxis, sondern auch in den Betrieben, in den Schulen, in den Kommunen. Das Vorbeugen muss eine Philosophie werden.

Außerdem müssen wir wegkommen von Leistungen, deren medizinischer Wert umstritten ist. Wir benötigen eine Prüfung dessen, was wirklich

nützt und was schädlich ist. Man muss das zusätzlich, dringend benötigte Geld gut investieren. Wenn z.B. bei gesunden Menschen Vorsorgeuntersuchungen gemacht werden, deren Qualität unzureichend ist – wie es z.B. für manche Mammographie-Untersuchungen gilt, denen kein konkreter Verdacht vorausgeht –, dann ist der Schaden möglicherweise größer als der Nutzen. Diese Röntgenuntersuchungen sind von der Qualität so unzureichend, dass sie bei vielen Frauen einen Verdacht auf Brustkrebs ergeben, der sich später nicht bestätigt. Dies führt nicht selten zu teuren Behandlungen und unnötigen Operationen.

Ein anderes Beispiel sind vorsorgliche Untersuchungen des so genannten PSA-Wertes bei Männern, um Prostatakrebs zu diagnostizieren. Diese Blutuntersuchung, bei der nach einem Krebs-Anti-Gen gesucht wird, wird damit begründet, dass im positiven Fall die Behandlung früher einsetzen könnte und somit dem Patienten genützt würde. Ein solcher Nutzen ist bisher aber durch Studien bisher nicht belegt. Sicher ist nur, dass in vielen Fällen dem Test eine Operation folgt, die vielfach mit Komplikationen wie Impotenz oder Inkontinenz einhergeht. Leider bieten viele Urologen den Test als eine zusätzliche Leistung an, die privat abgerechnet werden kann. Dies ist ein klassisches Beispiel dafür, wohin die Kommerzialisierung der Medizin führt: Der Test, ein teurer Bluttest, bringt Umsatz für die Firma, die ihn anbietet. Und der durchführende Arzt erhöht seinen Umsatz, denn er kann außerhalb seines Budgets abrechnen.

Ich warne also vor einer Kommerzialisierung der Medizin. Diese hat Über- und Fehlversorgung zur Folge, während wir gleichzeitig im Vorbeugebereich und bei Kindern eine deutliche Unterversorgung haben.

*Beate Schücking:* Es gibt zahlreiche derartige Beispiele. Auch aus den Bereichen der Müttergesundheit und der Schwangerenvorsorge ließe sich diese Liste verlängern.

*Ellis Huber:* Das Problem mit den Funktionärseliten ist, dass sie nicht deutlich sagen, worum es geht. Wir nehmen in Deutschland jedem Bürger jährlich im Durchschnitt 2.700 Euro aus der Tasche, um die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Über den Risikostrukturausgleich bekommen die Krankenkassen diejenigen Summen als Kaufkraft zugewiesen, die den durchschnittlichen Ausgaben der Alters-, Geschlechts- und Sozialstatusgruppe entspricht, das sind 680 Euro für einen 18-Jährigen und ca. 4.700 Euro für einen 80-jährigen Mann. Die kaufmännische ›Kunst‹ der Krankenkassen besteht nun darin, mit ihren realen Ausgaben unter diesen Durchschnittssätzen zu bleiben. Für den Erfolg ist aber die Mitwirkung der Ärzte Bedingung. Deshalb brauchen wir auch im Verhältnis zwischen Arzt und Krankenkasse eine neue Form von Gemeinsamkeit. Es ist ethisch nicht

akzeptabel, wenn man mit dem jährlich in der gesetzlichen Krankenversicherung eingesammelten Geld – immerhin 140 Milliarden Euro, eine Summe, die das Steueraufkommen aller Kommunen zusammen weit übersteigt – nicht haushälterisch und zielorientiert umgeht.

Kann das funktionieren? Ja, es geht: In der Schweiz, in Zürich, in einem Stadtteil, in dem sich Drogenabhängige gern versammeln, gibt es ein Gesundheitszentrum. Dort arbeiten zehn Ärzte und Ärztinnen mit anderen Gesundheitsberufen zusammen. Sie haben 10.000 eingeschriebene Krankenversicherte und bekommen für die volle Versorgung dieser Krankenversicherten eine Kopfpauschale von der Krankenkasse. Diese Mittel bilden ein gemeinsames Budget, aus dem alles finanziert wird, was die Menschen brauchen. Die Ärzte zahlen sich ein Einkommen, das dem eines Oberarztes entspricht. Es wird um 15% erhöht, sofern die Gesamtversorgungsergebnisse es zulassen, was seit 10 Jahren der Fall ist. Dieses Modell funktioniert, und die Versorgung der Versicherten ist, bei ansonsten gleichem Risikopotential wie sonst in der der Bevölkerung, 20-30% preiswerter als im Durchschnitt in der Schweiz.

Diese Ärzte sagen: ›Wir sind frei im Kopf, wir denken nicht mehr ans Abrechnen, sondern daran, was gebraucht wird.‹ Wenn ein Patient mit einem kleinzelligen Bronchialkarzinom vor ihnen sitzt, sagen sie nicht: ›Herr Müller, die Prognose ist schlecht, aber es gibt, wie immer in der Medizin, auch Hoffnung; die letzte Chance, die wir haben, ist eine Chemotherapie, eine Sechser-Kombination.‹ Nach einer solchen Mitteilung verlangen Karzinom-Patienten In der Regel diese Therapie.

Die Schweizer Kollegen sagen: ›Herr Müller, wir müssen darüber sprechen, wie wir mit dem Krankheitsproblem umgehen. Es gibt, das müssen Sie wissen, eine Chemotherapie, die bei einem von zehn Patienten wirkt und dann das Leben im Schnitt vier bis fünf Monate verlängert, bei folgenden Nebenwirkungen ... Aber es mag ja sein, dass für Sie diese Verlängerungschance Ihres Lebens sehr wichtig ist.‹

Siehe da, noch 16% der Patienten verlangen nach der Chemotherapie. Die übrigen setzen in dieser Situation auf einen anderen Wert.

Offene Kommunikation über Möglichkeiten und Grenzen der Medizin und ein System, in dem man sich gegenseitig wieder vertrauen kann, führen dazu, dass die vorhandenen, guten Ärzte wieder frei werden, gut heilen zu können. Es fehlt nicht am Geld. Es fehlt an einem System, das diese Möglichkeiten zulässt. Mit der jüngsten Gesundheitsreform ist dazu im §140, Sozialgesetzbuch V, unter dem Stichwort ›Integrierte Versorgung‹ die Voraussetzung geschaffen worden. Zweifellos ist nicht das gesamte System auf einen Schlag veränderbar. Nicht alle Ärzte verändern plötzlich ihre bisherige Praxis; ich behaupte, ein Drittel in der Ärzteschaft betreibt auch fahrlässige oder gar absichtliche Körperverletzung, weil es Geld

bringt. Also kann die Veränderung nur mit bereitwilligen Ärztinnen und Ärzten stattfinden.

In vielen Städten – in Hamburg, Nürnberg, Aachen und anderswo – gibt es Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, mit dem Geld der Krankenkassen anders umzugehen und Verantwortung dafür zu übernehmen, dass es sinnvoll eingesetzt wird. Genau an dieser Stelle ergeben sich ökonomische und heilkundliche Synergien in Bezug auf die Heilmittel, die Patienten, Ärzte und Krankenkassen.

In diese Richtung müssen wir die Entwicklung voranbringen.

*Publikum:* Wir kommen nicht darum herum, auch Grenzen der Gesundheitsversorgung so abzustecken, dass der Einzelne sie bemerkt und seine eigene ökonomische Entscheidung treffen kann. Warum sollte es kein ›Aldi-Krankenhaus‹ geben?

Wir brauchen im Gesundheitswesen eine größere Vielfalt der Geschäfts-systeme und eine Anreizgestaltung, die auch den Einzelnen mit einbezieht und sagt: Muss denn diese Untersuchung wirklich noch sein? Oder gibt es vielleicht auch die Möglichkeit, dass ich darauf verzichte?

*Publikum:* Ich erlebe täglich, dass Krankenkassen berechtigte Kuranträge von alten Menschen inzwischen systematisch ablehnen, als ob deren gesundheitliche Probleme nicht durch intensive Behandlung gebessert werden könnten. Das ist Alltagsgeschäft für jeden Arzt in der heutigen Zeit. Die These, dass die Krankenversicherungen das Profitdenken der Ärzteschaft förderten, stimmt nicht.

*Karl Lauterbach:* Ich habe nie die Position vertreten, dass in Deutschland Ärzte zu gut verdienen. Meine Meinung ist, dass die Bezahlung zu wenig von der Leistung abhängt. Wer in einem benachteiligten Stadtteil, in Berlin-Neukölln z.B., gute Medizin bei Sozialhilfeempfängern, Arbeitslosen und AOK-Versicherten macht, verdient wenig. Der Universitätsprofessor, der sich auf Beamte und Gutverdienende konzentriert, verdient zum Teil ein Vielfaches. Wir machen zu wenig, um soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten und bei den Gesundheitsergebnissen aufzufangen.

Wenn die Grundsatzentscheidung getroffen wird, ob wir mehr Privatisierung des Gesundheitssystems oder mehr Solidarsystem bekommen, sollte die Privatisierung nicht als ›Zugewinn an Wahlfreiheit‹ verkauft werden. Wer will, dass diejenigen, die auch sonst privilegiert sind – Beamte, Gutverdienende, Gesunde – eine bessere Gesundheitsversorgung bekommen, soll ehrlich sein und das offen vortragen. Wir wissen genau, dass derjenige, der kein Geld hat, sich zusätzlich privat zu versichern, oder zu alt oder schon zu krank für den Abschluss einer privaten Zusatzversiche-

rung ist, bestimmt keine Wahl hat. ›Wahlfreiheit‹ ist ein Kampfbegriff, gegen den ich mich wehre.

*Ellis Huber:* Eine der teuersten Krankheiten, auf die die meisten Fehlzeiten von Arbeitnehmern und die häufigsten Gründe für Frühverrentungen zurückgehen, sind *Rückenschmerzen*. Ein nicht untypischer Verlauf sieht so aus: Die aufgrund der Klage eines 45-jährigen Patienten über ›Rückenschmerzen‹ hin durchgeführte klinische Untersuchung erbringt keinen wesentlichen pathologischen Befund. Die Bewegungen sind in alle Richtungen frei durchführbar. Er hat keine ausstrahlenden Nervenschmerzen. Der Patient wünscht schließlich eine Überweisung zum Orthopäden. Dieser findet bei der klinischen Untersuchung ebenso wenig, führt aber eine Röntgenuntersuchung der gesamten Wirbelsäule durch. Es finden sich geringe degenerative Veränderungen am vierten und fünften Lendenwirbel, die – so wird dem Patienten mitgeteilt – möglicherweise Zeichen eines *Bandscheibenverschleißes* in diesem Bereich sind. Außerdem stellt der Orthopäde fest, dass die Gegend der *Niere* etwas druckschmerzhaft ist, und empfiehlt das Aufsuchen eines Urologen. Jetzt beginnt ein verhängnisvoller Prozess: Die Veränderungen an der Wirbelsäule sind eigentlich alterstypisch und sicherlich nicht der Grund für die Beschwerden. Der Patient hat jetzt aber ein ›Töpfchen‹, in das er seine Krankheit hineintun kann, den Bandscheibenschaden. Es folgt die Überweisung zum Urologen. Es wird sonographiert, die Nieren werden mit Kontrastmitteln geröntgt, die Blase gespiegelt, eine Vorsorgeuntersuchung gemacht. Es zeigen sich Veränderungen im Nierenbecken, möglicherweise auf eine früher durchgemachte *Nierenbeckenentzündung* hinweisend, und eine minimal vergrößerte *Prostata*. Somit sind wieder zwei Erkrankungen dazugekommen, beide natürlich kontrollbedürftig, Wiedervorstellung im nächsten Quartal. Empfohlen werden noch eine Blutuntersuchung und der Ausschluss einer *Zuckerkrankheit*. Der nächste Schritt geht zum Internisten, der eine Erhöhung der *Blutfettwerte* findet, die mit Medikamenten behandelt wird. Das Resultat nach einigen Wochen: Bandscheibenschaden, eine kranke Niere, eine vergrößerte Prostata, erhöhte Blutfettwerte. Der Patient hat als Folge das Bewusstsein des drohenden Herzinfarktes und der wohl bald versiegenden Potenz. Die Therapie: Einmal täglich eine Tablette für die Prostata, zweimal eine für die Blutfettwerte. Kurzum: Der Dauerpatient ist geboren, aber seine Rückenschmerzen bleiben ihm erhalten.

Diese Geschichte wird in dem Buch *Zwischen Ethik und Profit. Arzt und Patient als Opfer eines Systems* von Edgar Berbuer beschrieben.

Wir brauchen die Bereitschaft in der Ärzteschaft, dieses System zu kritisieren. Wir müssen es verändern, um wieder normale und vernünftige Heilmethoden umsetzen zu können. Es ist unnötig, Feindbilder zu produ-

zieren. Sinnvoller ist, dass Krankenkassenvertreter, Ärzte und Gesundheitspolitiker gemeinsam die Aufgabe erkennen, eine sinnvolle und preiswerte Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger zu realisieren. Das können wir nicht gegeneinander, sondern nur miteinander.

*Beate Schücking:* Dieses praktische Beispiel ergänzt hier vorgetragene allgemeinere Überlegungen zur Organisationsstruktur des Gesundheitssystems. *Beide* Blickwinkel sind sicher vonnöten. Ich habe 10 Jahre in der klinischen Medizin gearbeitet und 10 Jahre als Professorin im gesundheitswissenschaftlichen Bereich. Oft haben mir praktisch tätige Kollegen z.B. der Geburtshilfe vorgehalten: ›Sie sind doch 'raus. Warum kritisieren Sie die Ultraschalluntersuchungen, die wir an gesunden Schwangeren machen? Nun ist es eben nicht erwiesen, dass die Vielzahl von Ultraschalluntersuchungen an gesunden Schwangeren die Gesundheit von Mutter und Kind in irgendeiner Weise positiv beeinflusst. Dennoch werden in Deutschland sehr viele dieser Untersuchungen gemacht.

Eine Gesundheitsexperte der WHO hat dazu folgenden Vergleich: Es ist so, als ob die Trainer rund um das Fußballfeld stehen und den Spielern Anweisungen geben. Das haben die Spieler nicht gern, und es gibt entsprechende Auseinandersetzungen. Aber es braucht beide Seiten, die Akteure im Feld *und* die Organisatoren, die außerhalb stehen und versuchen, Dinge zu verändern und für alle günstiger zu regeln.

Dass ein enormer Regelungsbedarf besteht, sollte deutlich geworden sein, ebenso wie einige hoffnungsvolle Ansätze dazu. Einige Aspekte sind unberücksichtigt geblieben, so z.B. die Interessen der Pharmaindustrie, die ja ebenfalls zu den Akteuren im Gesundheitsbereich zählen. Ähnliche Probleme bestehen in allen Ländern Mitteleuropas, deren Demographie sich nicht wesentlich unterscheidet.

Was können wir in einer Zeit, in der Europa immer mehr zusammenwächst, von den Nachbarn lernen? Dinge wie das Blutdruckmessen sollten wir schnellstens selber lernen – wer weiß, ob Blutdruckkontrollen irgendwann noch bezahlt werden und ob ausreichend Ärzte und Ärztinnen dafür da sind. Unsere Eigeninitiative wird in viel größerem Ausmaß gefordert sein, und das sollte uns nachdenklich machen.