

## Finanzfragen rund um das Gesundheitswesen

Die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens ist zum Dauerthema der letzten Jahre geworden. Ist das, was als „Gesundheitsreform“ von der Regierung verabschiedet wurde, erfolglos geblieben? Proteste aus der Ärzteschaft, Tarifforderungen der Pflegeberufe, Unkenrufe der Krankenversicherungen und die Einsprüche der Pharmaindustrie beschäftigen die Medien Woche für Woche. Müssen wir uns mit einer sog. „Zweiklassenmedizin“ abfinden? Das scheint unausweichlich zu sein.... Vor 2500 Jahren schrieb der Prophet Jesaja „*Wenn du einen nackt siehst, so kleide ihn...*“ (Jes. 58,7) – ein dringender Appell. Wie soll man ihm aber heute angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen gerecht werden?

Der Evangelische Hochschulbeirat und das Forschungszentrum ZENIT luden am 18. Juni 2009 unter diesem Thema zu einem *Gesprächsforum* ein. Experten mit reichem Erfahrungshintergrund diskutierten engagiert darüber. Seit drei Jahrzehnten hat sich das Gesundheitswesen in dramatischer Eskalation zu einem der entscheidenden Wirtschaftsfaktoren unserer Gesellschaft entwickelt – durch den Fortschritt der Forschung, die Professionalisierung in allen Bereichen, die Intensivierung der Gesetzgebung. Die Steigerung der Lebenserwartung bedeute nicht einfach die Verbesserung der Gesundheit – so wurde auf dem Forum konstatiert-, sondern vielmehr: die Verlängerung von Krankheiten. Der wachsende Anteil von Hochbetagten bringe zugleich die Zunahme von Demenzerkrankungen mit sich. Das produziert Kostensteigerungen. Wie kann dem begegnet werden?

*Prof. Dr. Klaus Dörner* / Hamburg plädierte für die Intensivierung des bürgerschaftlichen Engagements. Langzeitpatienten müssten nicht dauerhaft in Krankenhäusern oder Pflegeanstalten versorgt werden. Als Psychiater hatte er selbst in Gütersloh dafür sorgen können, dass Patienten aus Dauereinrichtungen überführt werden konnten in betreutes Wohnen oder in die Aufnahme in Familien – das brachte die Reduzierung der Krankenhausbetten um die Hälfte. Entscheidend sei der Regionalbezug: wenn in einem überschaubaren Raum ein Budget zur Versorgung der Patienten verwaltet werden könne, könne verantwortliches Engagement geweckt werden. In Schleswig-Holstein lägen bereits positive Erfahrungen – über den Bereich der Jugend- oder Altenhilfe hinaus – vor.

*Prof. Dr. Stefan Felder* / Duisburg-Essen, seinerseits nicht Arzt, sondern Gesundheitsökonom, wies auf, dass sich dank steigender Einkommen auch die Aufwendungen für die Gesundheit in unseren Ländern deutlich erhöhen (in Deutschland gegenwärtig 9 %, in den USA 14 % des



Einkommens). Diese Tendenz werde sich steigern – im Jahr 2050 werden sicher 30 % des Volkseinkommens im Gesundheitsbereich eingesetzt. Freilich müsse damit gerechnet werden, dass deutlich zwischen einer Basisversorgung und zusätzlichen Leistungen unterschieden werde. Die Basisversorgung werde für jedermann gewährleistet sein, die Zusatzleistungen müssten eigenständig finanziert werden.

*Prof. Dr. Ulrich Nellessen / Stendal-Genthin* betonte, dass Krankenhäuser strenge Maßstäbe für die Rationalisierung des Betriebes ansetzen müssten. Selbst leitender Chefarzt eines christlichen Krankenhauses, erklärte er es für durchaus möglich, dass ein Krankenhaus „schwarze Zahlen“ schreibe. Dabei sei eine gute Versorgung gewährleistet – freilich unter der Bedingung, Ärzte und Pflegepersonal sparsam einzusetzen. Qualitätsansprüche müssten kontrolliert werden, was aber auch einen Anteil von Bürokratie erforderlich mache.

In der *Diskussion* wurde das breite Spektrum dieser Rahmenbedingungen erörtert. Ökonomisch ist deutlich, dass die Akut-Medizin hohe Kosten erfordert, aber hier auch Finanzierungsmöglichkeiten gegeben sind. Schwieriger steht es mit der Betreuung der Chronisch-Kranken. Prof. Dörner insistierte darauf, dass der (regionale) Sozialraum der Bürgerschaft aktiviert, motiviert und eben auch finanziell abgesichert werden könne und müsse, damit ehrenamtliches Engagement effektiv zum Zuge komme. Freilich gab es demgegenüber die kritische Rückfrage, ob solche Erfahrungen auch übertragbar seien auf Chronisch-Kranke aus dem chirurgischen oder internistischen Pflegebereich.

Kurz gestreift wurde das Problem, wie die Selbstverantwortlichkeit des Patienten-Bürgers aktiviert werden könne – müsse dieser doch nicht alle Leistungen in Anspruch nehmen, die von Pharmazie und Ärzten angeboten werden: wo ökonomische Faktoren wirksam sind, gebe es eben auch das Interesse „gut zu verdienen“. Neuestes Produkt in diesem Bereich seien z.B. Antidementiva, deren Wirksamkeit noch gar nicht zureichend geprüft wurde...

Prof. Nellessen setzte sich dafür ein, die christliche Motivation in der Arbeit des Arztes und der Pflegekräfte im Krankenhaus zu würdigen. Das könne die Rationalisierungskriterien (die knappe Kalkulation für die einzelnen Pflegeleistungen im Krankenhausbetrieb!) nicht außer Kraft setzen; die Zuwendung des Arztes zum Patienten sei jedoch selbstverständlich. Die Diskussionspartner waren sich freilich darin einig, dass eine schlimme Diskrepanz bestehe zwischen dem Bedürfnis des Patienten, mit der Krankenschwester, dem Arzt in Ruhe sprechen zu können – und der kontrolliert knappen Zeit für den persönlichen Kontakt. Vom Publikum aus unterstrichen Krankenhauseelsorger, dass diese Engpässe nicht akzeptiert werden könnten. Man dürfe sich mit dem status quo nicht abfinden..

Trotz solch nüchternen Bestandsaufnahme gaben die Fachleute doch ihrer Überzeugung Ausdruck, dass unser Gesundheitswesen in der Lage sei, den steigenden Anforderungen in der medizinischen Versorgung gerecht zu werden.

Magdeburg im Juni 2009

Prof. Dr. Harald Schultze, Magdeburg