

Eigenverantwortung und gesunde Lebensweise

Thesen zu einer verantwortlichen Gesundheitspolitik für mündige Bürger

**Harald Walach, Klaus-Michael Meyer-Abich
(zusammen mit Wilfried Belschner)**

PD Dr. Dr. Harald Walach
University Hospital Freiburg
Institute of Environmental Medicine and Hospital Epidemiology
Hugstetter Str. 55
D-79106 Freiburg
Tel. +49-761-270-5497
Fax +49-761-270-7224
Email: harald.walach@uniklinik-freiburg.de

1. Voraussetzungen

Obwohl wir ein in seiner Weise wirksames, modernes und technisch hochstehendes Gesundheitswesen haben, wird es bald nicht mehr finanzierbar sein. Neue technische und pharmakologische Errungenschaften werden zu immer höheren Preisen immer breiter verordnet und angewandt und treiben die Kosten in unfinanzierbare Höhen. Schwindende Wirtschaftskraft und die Belastung des Faktors Arbeit mit immer höheren Abgaben und gleichzeitig hoher Arbeitslosigkeit führen zur Unterfinanzierung der sozialen Kassen. Fortschritte der Medizin und gesteigerter Lebensstandard in unseren westlichen Kulturen ergeben eine paradoxe Situation: Eine immer kränkere Gesellschaft wird mit Krankheiten, die früher zu einem vorzeitigen Tod geführt hätten, immer älter. Zur selben Zeit werden die arbeitenden jüngeren Jahrgänge – verglichen mit der Bevölkerung im Ruhestand – zahlenmäßig immer schwächer. Weil nun aber die Sozialabgaben vor allem auf Arbeit – und nicht auf Wertschöpfung durch Kapital- oder Immobilienbesitz – beruhen, wird dieser Anteil der Finanzierung unseres Gesundheits- und Sozialsystems immer größer und schwächt die Kauf- und Wirtschaftskraft der aktiven, produzierenden Bevölkerung immer mehr. Diese Entwicklung führt zu einer kostentreibenden Spirale aus höheren Kosten auf Seiten der alternden und kränkelnden Bevölkerung einerseits, und immer höherer Belastung einer immer kleiner werdenden Gruppe arbeitend Tätiger andererseits. Gleichzeitig wird durch dieselbe gestiegene Belastung der arbeitenden Bevölkerung – durch hohen Arbeitsdruck, starke wirtschaftliche Verunsicherung, bedrohte Arbeitsplätze, starke Konkurrenzsituationen und Leistungsanforderung am Arbeitsplatz – der Keim für künftige belastungsbedingte chronische Krankheiten gelegt, die sich vielfach erst manifestieren werden, wenn sich die Lebensarbeitszeit dem Ende zuneigt.

Hoher beruflicher Druck wird bekanntermaßen oft durch gesundheitsschädigendes oder problematisches Verhalten kompensiert. Rauchen, übermäßiger Alkohol- und Nahrungsmittelkonsum, aggressives Verhalten im Verkehr, erhöhte Risikobereitschaft in der Freizeit, uneinfühlsame Reaktionen in wichtigen sozialen Beziehungen – dies alles sind potenzielle Folgen von beruflicher Überforderung und mögliche Bedingungsfaktoren für nachfolgende chronische Krankheiten. Die meisten epidemiologisch wichtigen, kostenintensiven chronischen Krankheiten – Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Schmerzzustände, entzündliche rheumatische Erkrankungen, Folgen und Nebenwirkungen von Arznei- und Rauschmittelmisbrauch, Depressionen und Angstzustände, um nur einige Beispiele zu nennen – haben mindestens einen Verursachungsfaktor im Verhaltens- und sozialen Bereich.

Gleichzeitig reagiert unser Gesundheitssystem hauptsächlich auf bereits aufgetretene Beschwerden. Die herrschende medizinische Theorie und Praxis sieht Krankheiten noch immer als isoliert voneinander auftretende Ereignisse, und parallel auftretende Probleme bei ein- und derselben Person werden verstärkt durch partialisierte, meist unkoordiniert durchgeführte parallele Therapiemaßnahmen von immer mehr spezialisierten Ärzten behandelt. Bei Patienten und deren Angehörigen führt dies zu einer steigenden Unzufriedenheit mit einem medizinischen System, das zwar immer größere Fortschritte im Erkennen und Behandeln von akuten Einzelerkrankungen macht, aber gleichzeitig den Blick für das 'gesunde' Leben und die großen Zusammenhänge von Erkrankungen im Leben eines Menschen immer mehr verliert. Der Ruf nach ganzheitlicher Betrachtung und Behandlung war noch nie so laut wie heute und dürfte stark positiv mit einer Zunahme einzeldisziplinärer Handlungskompetenz in der Medizin korreliert sein.

Dies sind nur einige Elemente einer tiefgreifenden Krise unseres Gesundheitssystem. Im

folgenden wollen wir eine – vermutlich unvollständige – Liste von Problembereichen und möglichen Reformmaßnahmen vorstellen. Der Unterschied zu bereits kursierenden Konzepten besteht darin, dass wir für eine grundlegende Reform des gesamten Systems plädieren und einige wichtige Bausteine hierfür benennen. Der spezielle Duktus unserer Überlegungen ergibt sich aus der Zusammenführung politischer, sozialer, psychologischer und medizinischer Argumentationsstränge, die gewöhnlich separat verhandelt werden. Ein solcher Entwurf muss provokativ sein und in den Ansätzen wohl auch über das Ziel hinausschießen, um überhaupt gehört zu werden. Diese Provokation ist beabsichtigt und verfolgt vor allem das Ziel, angestammte Denkgehege zu verlassen, Gatter und Koppeln zwischen Weidegründen einzureißen und die Zukunft unseres Gesundheitssystems radikal neu zu bedenken.

2. Thesen für ein künftiges, verantwortliches und verantwortbares Gesundheitssystem

Wir gehen im folgenden methodisch so vor, dass wir kurz ein Problemgebiet und einen Alternativentwurf thesenhaft skizzieren. Der Weg führt vom Partikularen zum Allgemeinen, vom Individuellen zum Sozial-Politischen, und er wird zyklisch sein: Jean Gebsters Kulturanthropologie folgend, der wir uns verpflichtet wissen, ist im Ende der Anfang sichtbar. Ein Caveat am Ende mancher Thesen soll uns und andere davor schützen, allzu simplistisch zu verfahren.

2.1. Eigenverantwortung fördern und fordern

Momentanes Verständnis:

Wir gehen momentan im allgemeinen davon aus, dass **Krankheit ein Schicksal ist, das einen Menschen unverschuldet trifft**. Daher hat er Anspruch auf Leistung der Solidargemeinschaft, die froh ist, wenn sie in einem analogen Fall ähnlich vor dem Schicksal geschützt wird. Schließlich ist niemand für seine Gene verantwortlich, genauso wenig, wie er oder sie sich ihre Eltern haben aussuchen können, den historischen und geographischen Ort ihrer Geburt und die entsprechenden Lebensumstände. All diese Bedingungsfaktoren, die nicht in der Hand des Einzelnen liegen – Gene, Herkunft, Erziehungsgeschichte, soziale, politische und kulturelle Situation – sind maßgeblich am Zustandekommen von Krankheit beteiligt.

Künftiges Verständnis:

All die anscheinend nicht zu verantwortenden Elemente, die zu Krankheit führen oder prädisponieren können, sind in den seltensten Fällen für sich genommen die “Ur-Sache” von Krankheit. Gene, Lebensumstände, individuelle Geschichte und Konditionierungen, sie alle interagieren mit Entscheidungen, Verhaltensweisen und der Umgebung, in die sich ein Mensch aus freien Stücken begibt. Insofern kann man mit der selben Berechtigung den argumentativen Spieß umdrehen und sagen: Ohne die entsprechenden Umweltbedingungen und Verhaltensweisen, die sich der Einzelne bzw. dessen Eltern und Erziehungsberechtigte ausgesucht haben, können die Grunddispositionen von Krankheiten nicht oder nur ansatzweise aktiviert werden. Da man die Grundbedingungen nicht ändern kann, sehr wohl aber Verhalten, Gewohnheiten und in begrenztem Maße auch Lebensumstände, ist es sinnvoller, auf diese ein Schwergewicht zu legen. Selbstverständlich gibt es Krankheiten, die einen ereilen. Der Afrika-Urlauber oder geschäftlich dort Tätige, der eine Malaria oder das Ebola-Virus aufschnappt, die Autofahrerin mit ihrem Kleinkind, die von einem Raser von der Autobahn gedrängt wird, die Verletzten einer Bahnkatastrophe oder das spielende Kind, das

von einem betrunkenen Autofahrer überfahren wird, Kinder, die ohne eigenes Zutun aufgrund einer mütterlichen Infektion an Aids oder aufgrund ihrer Genetik an einer Stoffwechselerkrankung leiden, Obdachlose oder Passanten, die von prügelnden oder raubenden Rowdies überfallen werden, etc. – sie alle sind offenkundige Gegenbeispiele gegen **unsere These von der partiellen Eigenverantwortung für Krankheit**. Wir wollen keinesfalls bestreiten, dass es im Einzelfall Beispiele gibt, bei denen die Eigenverantwortlichkeit für einen Unfall oder Erkrankung praktisch gleich Null ist. Unser Plädoyer geht vielmehr dahin, Eigenverantwortlichkeit nicht als dichotome Variable zu behandeln, die – wie im gegenwärtigen System selbstverständlich – entweder Null ist, oder – wie in einem simplistischen Gegenentwurf – auf eins gesetzt wird. Wir schlagen statt dessen vor, Eigenverantwortlichkeit als kontinuierliche Variable zu behandeln, die meistens einen Wert zwischen Null und Eins annimmt. Nur in extremen Fällen kann sie die Werte Null oder Eins annehmen. Wenn etwa jemand einen Risikosport ausübt – nehmen wir Bungee-Springen oder Motorradrennen – und dabei schwer verunglückt, dann nähert sich der Wert für unsere Variable “Eigenverantwortlichkeit für Krankheit” dem Wert eins. Wenn jemand als Fötus im Mutterleib eine Schädigung aufgrund einer Infektion der Mutter oder anderer theratogener Substanzen davonträgt, oder etwa Opfer einer Naturkatastrophe wird, dann ist er gleich Null. Folgende Tabelle soll ein Beispiel geben für die mögliche Quantifizierung von Eigenverantwortlichkeit für Krankheit auf einem Kontinuum.

Tabelle 1: “Eigenverantwortlichkeit für Krankheit” als kontinuierliche Variable - Beispielszenario

Gewicht	Bedeutung	Beispiele
0	Keine Verantwortung	Theratogene Schäden bei Kindern Diabetes Typ A Genetische Schäden (Trisomie 21, Zöliakie, etc.) Krankheit aufgrund unverschuldeter Unfälle (Kinder und Unbeteiligte als Unfallopfer) HIV-Infektion als Folge einer Vergewaltigung Schäden aufgrund von Katastrophen (Zug, Flug, Krieg, Naturkatastrophen) Berufserkrankungen ohne Vorauserkenntnis (z.B. Spätschäden durch Asbest) Ärztliche Kunstfehler, iatrogene Schäden (z.B. Infektionen infolge verunreinigten Blutes)
0,1	Geringe Eigenverantwortung	Malaria aufgrund angeordneter Berufstätigkeit in Risikogebieten (Entwicklungshelfer, Montearbeiter, etc.) Berufserkrankungen mit Vorauserkenntnis (z.B. Staublunge bei Bergmännern) Folgeerkrankungen zustimmungspflichtiger ärztlicher Eingriffe (z.B. Spätschäden von Operationen) Krebs ohne klaren genetischen oder verhaltensbedingten Hintergrund
0,5	Eigenverantwortung gleich hoch bewertet wie externe Verursachung	Autounfälle, Hobby- und Freizeitunfälle Berufserkrankungen bei Hochrisikogruppen (z.B. Herzinfarkte, Unfälle bei Stunts) Ernährungsbedingte Erkrankungen (z.B. bei Übergewichtigen) Diabetes Typ B Infektionen und ihre Folgen bei vermeidbaren Erkrankungen und ohne medizinisch indizierte Immunsuppression

0,9	Sehr hohe Eigenverantwortung	Lungenkrebs bei Rauchern Leberschäden bei Abhängigkeitskranken Nierenversagen bei Arzneimittelabusus Folgen von Infektionen mit erheblichem Eigenanteil (z.B. Malaria bei Urlaubsreisen in Hochrisikogebiete) Herzinfarkt aufgrund multipler verhaltensbedingter Risiken
1	Volle Eigenverantwortung	Unfälle bei Hochrisikosportlern und Freizeitaktivitäten (z.B. Gleitschirmunfälle, Verletzungen bei Bergsteigern, Expeditionen, etc.) Selbstverschuldete Autounfälle HIV-Infektionen oder klassische Geschlechtskrankheiten bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr

Die Tabelle hat selbstverständlich nur Beispielcharakter. Man kann aber leicht erkennen, dass bei einer Behandlung von "Eigenverantwortung" als kontinuierlicher Variable Differenzierungen eingeführt werden können, die derzeit unmöglich sind. So wäre etwa die Indikation, Durchführung und Kostengerechtigkeit einer Lebertransplantation völlig anders zu bewerten, wenn es sich um die Folgen chronischen Alkoholabusus handelt als um die Folgen einer Hepatitis-Infektion eines Entwicklungshelfers. Genauso wären die Kostenfolgen eines Herzinfarktes verschieden zu bewerten entsprechend dem Handlungsspielraums einer Person. Es ist nämlich ein Unterschied, ob eine alleinerziehende Mutter mit zwei Kindern aus der sozialen Unterschicht mit multipler Traumatisierung in der Kindheit und mit Niedriglohn aufgrund ihrer Belastungen sozialer, beruflicher und familiärer Verpflichtungen einen Herzinfarkt erleidet oder ein Manager mit Spitzenverdienst, der aufgrund seiner freigewählten und selbstbestimmten Tätigkeit sich für einen gesundheitlich belastenden Lebenswandel entscheidet. Ebenso könnten bekannte Elemente von Risikofaktoren, genauso wie soziale Bedingungen – etwa soziale Herkunft, Bildung, Einkommen, bekannte familiäre Belastungen – aufgrund sozialmedizinischer und epidemiologischer Erkenntnisse im Sinne multipler Regressionsberechnungen in die Bestimmung der jeweiligen Gewichte eingehen. Selbstverständlich wären solche Gewichte nicht ein für allemal festgezimmert und müssten einen komplexen Konsensprozess aus medizinischen, sozialen und psychologischen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie politischen Entscheidungen repräsentieren. Sie müssten fortschreitenden oder sich wandelnden Erkenntnissen angepasst werden. Jemand, der etwa lange Zeit im guten Glauben, sich und seiner Gesundheit etwas Gutes zu tun, an einer Verhaltensweise festgehalten hat – Hormonersatz zur Osteoporoseprophylaxe, bestimmte Diättempfehlungen, etc., – darf selbstverständlich nicht durch einen neuen Erkenntnisstand plötzlich "bestraft" werden.

Solche Gewichte anteiliger Eigenverantwortung könnten in Kostenrechnungen eingehen, die Eigenanteile an medizinischen Interventionen festlegt. Diese könnten wiederum anteilig an die jeweiligen Einkommensverhältnisse angepasst werden. Die Gewichte könnten aber auch in multiplen Entscheidungsbäumen im Sinne einer sozialen Urteilstheorie dazu verwendet werden, um zur Prioritätenbildung knappe Ressourcen zu verwalten. Wenn etwa eine Entscheidung auf Transplantation gefällt werden muss, entsprechende Spenderorgane nicht vorhanden sind und entschieden werden muss, wer von zwei Patienten ein Transplantat erhält, könnten Überlegungen, wie die Eigenverantwortung in einem bestimmten Fall zu bewerten ist, den Ausschlag geben. Auch wenn dies makaber anmutet: Es ist zu erwarten, dass in einem System mit begrenzten Ressourcen irgendwann genau solche Entscheidungen zu fällen sein werden.

2.2. Gesundheit belohnen, nicht Krankheit

Momentanes Verständnis:

Da Krankheit ein Schicksal ist, das über den Einzelnen hereinbricht, muss man ihm beistehen. Die Solidargemeinschaft finanziert deswegen die Gesundheitsleistungen, die Kranke in Anspruch nehmen, auf Kosten der Gesunden. Dass hiermit eine "Bestrafung" der Gesunden, und eine "Belohnung" der Kranken erfolgt, lässt sich leider nicht verhindern und ist Grundlage des Solidarpaktes.

Künftiges Verständnis:

Wenn es eine mittlerweile allgemein akzeptierte Erkenntnis der modernen Psychologie gibt, dann ist es die von der Allgemeingültigkeit der Konditionierungsgesetze über Individuen, ja über Organsysteme hinweg. Forschungen haben nicht nur gezeigt, dass Belohnen und Bestrafen auch auf Bereiche des Verhaltens anwendbar sind, die bislang als "autonom" galten, also z.B. auf Reaktionen des Immunsystems, des autonomen Nervensystems und wohl auch des hormonellen Systems. Belohnungen wirken meist stärker als Bestrafungen, und manche gelernte Verhaltensweisen sind sehr resistent gegenüber Löschungen, z.B. dann, wenn sie intermittierend verstärkt wurden. Unser momentanes System arbeitet mit intermittierender Verstärkung von Kranksein: Wer krank ist und zum Arzt geht, erhält manchmal Linderung, manchmal nicht. Er oder sie erhält manchmal eine "Belohnung" in Gestalt einer Krankmeldung, manchmal nicht. Wer sehr krank ist, kommt manchmal ins Krankenhaus oder in die Reha, wo man sich auf Kosten der Solidargemeinschaft um ihn oder sie kümmert.

Wer gesund ist, bezahlt für die Krankheitskosten der anderen mit. Zwar bezahlen auch die Kranken ihre Kassenbeiträge. Aber weil diese für alle gleich sind und sich nur an der Höhe des Erwerbseinkommens orientieren, ist in finanzieller Hinsicht kein Anreiz vorhanden gesund zu bleiben. Da jede Krankheit gleichermaßen zu Lasten der Solidargemeinschaft behandelt wird, besteht finanziell auch kein Anreiz, vermeidbare Krankheiten zu vermeiden und durch aktives Gesundheitsverhalten zum Erhalt der Gesundheit beizutragen.

Durch die oben eingeführte Gewichtung der Eigenverantwortung wäre bereits ein erstes Belohnungs- bzw. Bestrafungssystem eingeführt, das mehr Gerechtigkeit und wohl auch mehr Gesundheitsbewusstsein erzeugt. Wenn nämlich der chronische Raucher weiß, dass er nicht nur mit der Tabaksteuer eine "Strafe" für sein Verhalten erhält, sondern auch im Falle einer raucherbedingten Krankheit einen großen Teil seiner Behandlungskosten – womöglich einkommens- und besitzstandsabhängig – selber bezahlen müsste und damit die wirtschaftliche Zukunft seiner Familie aufs Spiel setzt, wird er vielleicht weniger gefährdet sein, überhaupt der Nikotinsucht zu erliegen, oder einen Anreiz haben diese wirksam zu verändern.

Weitere Elemente der Belohnung von Gesundheit und gesundheitsbewusstem Verhalten könnten in das Versicherungssystem eingebaut werden: Bonuspunkte für erwiesenermaßen gesundheitsförderndes Verhalten und Maluspunkte für erwiesenermaßen gesundheitsschädliches Verhalten. Diese könnten als 'Individualindikatoren' in die Prämienberechnungen einfließen, ähnlich wie die Gewichtung der Eigenverantwortung von bereits vorhandenen chronischen Erkrankungen oder zukünftigen Krankheiten. Verhaltenselemente, von denen wir wissen, dass sie die Kapazität mit Belastungen umzugehen erhöhen, könnten durch weitere Bonuspunkte belohnt werden. Dazu würden dann etwa die Verpflichtung gehören, als regelmäßiges Element in den Tagesablauf ein Element der Besinnung oder Entspannung einzubauen, Freizeit aktiv zu gestalten und den konsumierenden Anteil freiwillig zu begrenzen. All diese Elemente könnten in Form von

Selbstverpflichtungen mit Gesundheitskassen in individuelle Gesundheitspläne eingeführt werden. Wie dabei das Eigeninteresse eine Überwachung unnötig machen könnte, bleibt zu überlegen. Außerdem kann jeder etwa das finanzielle Risiko einer Malariaerkrankung bei einer Afrikareise, einer HIV-Infektion aufgrund einer Bordellreise nach Thailand, seines Alkoholismus oder seiner Motorradleidenschaft selber einschätzen und dafür anteilig bezahlen.

Um nicht als genussfeindliche, verbitterte Körnerapostel missverstanden zu werden, die durch die Unterdrückung der genießenden Seiten des Lebens mehr Schaden anrichten als durch die Prävention von Risiken Nutzen erzeugt wird, muss hier ein Wort der Einschränkung fallen. Selbstverständlich können gerade "riskante" Verhaltensweisen durch ihr Genusspotenzial zu einem gesundheitlichen Ausgleich führen. Andernfalls könnte ein Leben durch die schiere Langeweile einer abgezirkelten und vorhersagbaren Existenz in der Sorge um den eigenen Erhalt in sich zusammenstürzen. Solche Fragen ließen sich aber vermutlich durch Differenzierungen lösen.

2.3. Ökonomischen Profit durch Krankheit verhindern

Momentanes Verständnis:

Da Krankheit über uns hereinbricht und immer über uns hereinbrechen wird, da weiterhin die Solidargemeinschaft für die Kosten dieses Schicksals aufkommt, da außerdem die allgemeine und stillschweigende Übereinkunft herrscht, Krankheit um jeden Preis zu bekämpfen und Gesundheit um jeden Preis wiederherzustellen und damit das Leben zu verlängern, deshalb ist Krankheit ein bestens kalkulierbarer wirtschaftlicher Wachstumsmarkt. Krankheiten nehmen zu, und die Möglichkeiten sie zu bekämpfen auch. Ein riesiger Dienstleistungssektor – Ärzte, paramedizinisches Hilfspersonal, Verwaltungen, Krankenhäuser, medizinische Gerätehersteller, Pharmaunternehmen, Versicherungen – beschäftigt sich mit der Verwaltung von Krankheit und dem Versuch, Gesundheit wiederherzustellen. Dass alle daran verdienen wollen und sollen, versteht sich von selbst, denn schließlich ist uns die Gesundheit am meisten wert. Bezahlt wird, im Unterschied zu anderen Dienstleistungen, Produkten und Konsumgütern, nicht aus der privaten, sondern aus einer öffentlichen Kasse. Da aber die meisten Leistungserbringer privatwirtschaftlich und nicht öffentlich organisiert werden, läuft dies darauf hinaus, dass öffentliches Geld private Interessen finanziert.

So wird beispielsweise der Gewinn der Pharmaindustrie nach Steuern, der ausschließlich dieser Industrie und ihren Kapitalgebern zugute kommt, überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dass die Pharmaindustrie Gewinne machen können muss, da sie ja auch laufend immer höhere Ausgaben durch Forschung an neuen Substanzen hat und der Patentschutz nur begrenzte Zeit wirksam ist, ist selbstverständlich. Nicht selbstverständlich ist, dass dieser Gewinn aus öffentlichen Kassen kommen muss.

Künftiges Verständnis:

Krankheit ist zu einem guten Teil in der Verantwortung des Einzelnen zu sehen. Der Staat hilft ihm durch seine Institutionen und Regeln dabei, seine Gesundheit zu erhalten, soweit dies möglich ist. Die Behandlung von Krankheiten wird zu einer Dienstleistung vergleichbar anderen, mit einigen Ausnahmen, die der Besonderheit von Krankheit und Gesundheit als zentralen Elementen für das menschliche Leben Rechnung trägt. So wird z.B. die Versorgung von Unfallopfern und akut Kranken in Krankenhäusern überwiegend öffentlich organisiert. Ansonsten wird der Markt der medizinischen Dienstleistungen inklusive des pharmazeutischen Marktes von der öffentlichen Gesundheitsvorsorge entkoppelt.

Es könnte beispielsweise verschiedene Gruppen von Ärzten geben: Primärärzte, die für das allgemeine Wohl einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zuständig wären, Spezialärzte und andere Therapeutengruppen, die nach Maßgabe hinzugezogen werden, sowie die anderen tertiären Sektoren des Gesundheitssystems.

Wandeln würde sich der Sinn von Prävention. Bisher wird darunter verstanden, entweder tertiär nur dafür zu sorgen, dass sich eine einmal eingetretene Krankheit nicht verschlimmert, oder sekundär dafür, dass sie möglichst frühzeitig erkannt wird. Diese sekundäre Prävention erfordert viele teure Vorsorgeuntersuchungen, was die US-amerikanischen Health Maintenance Organizations (HMO) in wirtschaftliche Schwierigkeiten geführt hat. Notwendig wäre deshalb eine primäre Art der Vorsorge, die darin besteht, dass man gesund lebt und sich nicht ständig daraufhin untersuchen lässt, ob es vielleicht doch schon Anzeichen aufkommender Krankheiten gibt.

Krankenkassen werden von reinen Bezahlagenturen zu Gesundheitsagenturen mit weitreichenden Kompetenzen und Fähigkeiten. Sie bündeln das medizinische Know-how und beraten ihre Kunden regelmäßig in Gesundheitsfragen. Durch freien Wettbewerb können sie sich eigene Schwerpunkte und Profile geben. So ist es etwa denkbar, dass sich eine Kasse vollkommen auf eine Klientel spezialisiert, die vor allem komplementärmedizinisch und naturheilkundlich behandelt werden will, eine andere auf Menschen aus bestimmten Berufen mit ihren je eigenen Bedürfnissen, wieder eine andere auf bestimmte soziale Schichten. Um sozialen Ausgleich zu schaffen für Menschen aus schwachen sozialen Verhältnissen mit erhöhten Risikoprofilen gibt der Staat einen Teil seiner Steuereinnahmen für sozialen und strukturellen Lastenausgleich aus – etwa für Regionen mit erhöhter Risikostruktur. Ansonsten werden Krankenkassen als Gesundheitsagenturen geführt wie Dienstleistungsagenturen mit öffentlich-rechtlicher Struktur. Sie treten in direkten Wettbewerb durch Beitragssätze, die sich aus den von ihnen favorisierten Modellen ergeben. So ist es denkbar, dass einzelne Kassen das momentan gültige Modell beibehalten werden und unterstützen: Patienten bezahlen prozentual zu ihrem Einkommen einen festen Beitrag und erhalten umfassende Leistungen. Andere werden dieses vielleicht modifizieren entsprechend dem oben skizzierten Bonus- und Malus-System und für den Anteil von Eigenverantwortlichkeit einer bestimmten Krankheit gewichten. Wieder andere werden vielleicht ein komplett neues Modell erfinden. Es könnte etwa so aussehen:

Ein Beispiel für ein neues Modell:

Ärzte werden nicht dafür bezahlt, dass sie Kranke behandeln und an der Krankheit verdienen, sondern dafür, dass sie Menschen gesund erhalten. Die Kasse schließt Verträge mit solchen Anbietern, und Menschen, die sich einem solchen Modell verpflichtet fühlen und dieser Kasse angehören, erhalten eine regionale Auswahl an solchen Gesundheitsanbietern, aus denen sie ihren Hausarzt wählen. Dieser entscheidet in eigener Regie über die Tätigkeiten, die er bei seinem Klientelkreis benötigt, um diesen gesund zu erhalten. Er erhält ein großes Budget von der Kasse, aus dem er alle Leistungen begleichen muss, die er im Krankheitsfalle eines Klienten – wiederum gewichtet nach Eigenverantwortungsanteil der Krankheit – verordnet. Bei Unfällen und Krankheit mit Eigenverantwortungsanteil gleich oder nahe Null ist der Leistungsanteil des Arztes und Patienten ebenfalls Null; die Kosten übernimmt in diesem Falle die Solidargemeinschaft. Bei Unfällen oder Krankheiten mit steigendem Eigenverantwortungsanteil übernimmt der Patient und anteilmäßig auch der Arzt einen Teil der Kosten, die entstehen. Das Kassenbudget, das dem Arzt für solche Fälle zur Verfügung steht, wird anteilig berechnet anhand der Anzahl Klienten, die er versorgt. Ein solches Konzept hätte den unbestreitbaren Vorteil, dass es solche Menschen belastet, die ihre

Gesundheit leichtfertig oder aus sportlichen Gründen aufs Spiel setzen, wobei es Drachenfliegern, Motorradfahrern etc. natürlich unbenommen bleibt, gegen die von ihnen eingegangenen Risiken einen besonderen Versicherungsschutz zu suchen. Es würde auch bei Ärzten den Anreiz verstärken, Interesse an der Gesundheit ihrer Patienten zu haben. Derjenige Arzt, der verantwortlich mit Ressourcen umgeht – diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Medikamenten, etc. –, hat tendenziell einen größeren Verdienst, weil das eingesparte Budget bei ihm als Einkommen verbleibt. Am meisten verdienen würden z.B. heilerische oder homöopathische Zauberkünstler, die mit Minimalinterventionen ein Maximum an Effekt erzielen und erst noch zur Gesundherhaltung ihrer Klienten beitragen.

Man müsste in einem solchen Modell für Gerechtigkeit sorgen durch verschiedene Maßnahmen: Ärzte müssten ein Verweigerungsrecht gegenüber renitenten Patienten erhalten. Wenn etwa ein Klient trotz eindringlicher Warnung nicht bereit ist, seinen Alkoholkonsum, sein Rauch- oder Freizeitverhalten und sein Gewicht einzuschränken, muss es dem Arzt freigestellt sein, diesen Patienten aus seiner Obhut zu entlassen, und der Klient muss auf eigene Verantwortung einen ärztlichen Betreuer suchen, der das Risiko zu tragen bereit ist, ihn aufzunehmen. Umgekehrt müssen Ärzte, die bereit sind, Hochrisikopatienten zu behandeln bzw. aufgrund der Lebensgeschichte einen Patienten altern und erkranken sehen, Ausgleich in ihrem Budget erhalten. Dies könnte durch altersabhängige Gewichte für bestimmte Erkrankungen bewerkstelligt werden, die als Korrektiv für die Eigenverantwortlichkeitsfaktoren eingeführt werden.

Dadurch, dass das Wettbewerbsverbot für Ärzte komplett entfällt, können sowohl Kassen als auch Patienten sich in öffentlichen Foren über die Qualifikationen, die Behandlungsphilosophie und -erfahrung eines Arztes informieren. Ärzte müssen auf der anderen Seite ein Interesse daran haben, möglichst hoch qualifiziert zu sein und sich um die effektivsten Verfahren zu kümmern; denn alles andere führt zu Einkommenseinbußen. Dieses Konzept hätte auch den eleganten Nebeneffekt, dass es die beweisgestützte Medizin (EBM) aus der akademischen Diskussion an den Bewährungsort der Praxis holt. Denn nicht das, was auf dem Papier als wirksam gilt, sondern das, was sich in der Praxis wirklich bewährt, wird sich durchsetzen. Der Anreiz, immer teurere und dennoch nicht wirksamere Substanzen zu entwickeln, entfällt. Denn nur was wirksamer, weniger nebenwirkungsträchtig und nicht kostenintensiver ist, wird auf einem solchen Markt einen Raum haben, da Ärzte teurere Substanzen aus ihrem eigenen Budget zu berappen haben. Selbstverständlich stünde es Patienten frei, Pharmaka, die der Arzt nicht ausdrücklich aus seinem Budget zu bezahlen bereit ist, selbst zu erstehen. Aber in diesem Modell würden sich beide, Arzt und Patient, sehr genau überlegen, welche Pharmaka sie anwenden wollen. Überverordnungen, wie sie wohl eher die Regel als die Ausnahme sind, würden unterbleiben, und mit ihnen eine ganze Reihe von Folgeerkrankungen, die man als kumulierte Arzneimittelnebenwirkungen im Laufe eines Lebens betrachten muss.

Dadurch, dass verschiedene Gesundheitsmodelle miteinander in den Wettbewerb treten können, wird ideologisch bedingte Monokultur verhindert. Man könnte durch entsprechende begleitende Regeln verhindern, dass Patienten versuchen, je nach wirtschaftlicher Situation von Modell zu Modell zu springen.

Auch andere Modelle sind vorstellbar. Auf jeden Fall müsste ein wirksames Modell erstellt werden, bei dem Gesundheit, Gesunderhaltung und Krankheitsprävention die absolute Priorität haben und wirtschaftliche Rentabilität sichern. Profit durch Krankheit egal durch wen, vor allem auf Kosten der Allgemeinheit, muss verhindert werden.

Durch eine Umlenkung des Denkens und Verhaltens auf gesundheitsorientierte Konzepte, weg von krankheitsbetonten, sollte dies möglich sein.

2.4. Wissenschaftlichen Fortschritt und Gesundheitsökonomie entkoppeln

Momentanes Verständnis:

Krankheit ist ein primär von außen kommendes, schicksalhaftes Agens, das sich vor allem im Körperlichen ereignet. Indem man immer bessere diagnostische Methoden entwickelt, um pathologische Prozesse aufzuspüren, kann man Krankheit immer besser feststellen, lokalisieren und dadurch auch bekämpfen. Dies führt dazu, dass immer feinere, immer kostspieligere und immer sensiblere Testverfahren entwickelt werden. Andererseits wird durch unser wachsendes Verständnis pathologischer Prozesse die Möglichkeit individualisierter, im Idealfall kausaler Therapie verbessert. Da die gesamte Gesundheitsindustrie – Entwicklung und Serienproduktion neuer diagnostischer und therapeutischer Produkte – durch öffentliche Kassen finanziert wird, diese Entwicklung jedoch immer kostspieliger wird, kann eine Steigerung der Kosten gar nicht verhindert werden, solange diese Koppelung bestehen bleibt.

Künftiges Verständnis:

Wir haben anzuerkennen, dass die medizinische Theoriebildung und Grundparadigmata der Behandlung und Diagnose von Krankheit nicht unveränderlich feststehen, sondern langfristigen Trends sozialer und ökonomischer Durchdringung von Forschung und Wirtschaft folgen. Lange Zeit wurden objektiv schädigende Praktiken beibehalten, weil sie einem ideologischen Zweck dienten. Der Aderlass etwa, wiewohl er im Einzelfall sogar hilfreich gewesen sein mag, wurde in der Regel aufgrund einer heute obsoleten Theorie viel zu häufig und oftmals mit Todesfolge angewandt. Die Erfahrung konnte gegen diese schädigende Praxis solange nichts ausrichten, als das Grundparadigma – die antike Säftelehre in einer bestimmten Auslegung – bestehen blieb. Erst als sich dieses langsam zu einem zellulärpathologischen Verständnis hin änderte, wurden Krankheit und damit Therapie anders definiert.

Aufgrund eines allgemeinen historischen Bewusstseins kann man antizipieren, dass mit unseren heute gültigen Grundparadigmata etwas ähnliches geschehen wird. Insofern müssen der wissenschaftliche Fortschritt und die soziale Gesundheitspraxis immer in einer gewissen kritischen Distanz zueinander bleiben. Denn nichts garantiert, dass die heutige medizinische Theoriebildung und aus ihr abgeleitete Therapieformen nicht in ähnlicher Weise obsolet werden, wie seinerzeit der Aderlass. Durch eine solche Entkopplung lässt sich vor allem ein modernistisches Vorurteil korrigieren: dass nämlich die einzige und beste Methode der medizinischen Therapie entweder pharmakologische oder chirurgische Maßnahmen sind. Ein epidemiologisch wichtiges Beispiel ist die Bluthochdruckerkrankung. Alle Kraft unseres medizinischen Systems fließt, was diese Krankheit anlangt, in die effektive pharmakologische Kontrolle des Blutdrucks. Mit Recht, scheint es, denn es gibt ja potente pharmakologische Therapeutika. Man kann hier beobachten, wie Krankheitsentität, Theoriebildung und pharmakologische Therapie eine komplette Einheit bilden. Kaum jemand verwendet Energie auf die Überlegung, wie sich hoher Blutdruck als Volkskrankheit verhindern lässt, wie also die pharmakologische Behandlung vermeidbar wäre. Zwar liegen viele Forschungsergebnisse vor, die zeigen, dass berufliche Belastung, vor allem wenn sie mit Autonomieverlust gekoppelt ist, und sozialer Druck, vor allem, wenn er an Grundexistenzfragen rührt, hohen Blutdruck begünstigen. Aber diese Fragen liegen außerhalb der momentanen medizinischen Therapiekompetenz. Es gibt keinen einzigen Grund, außer dem des ökonomischen Profits auf

Seiten der pharmazeutischen Industrie und ihrer Verquickung mit der forschenden akademischen Medizin, weswegen pharmakologische Bluthochdruckbehandlung einer multikausalen Präventionsstrategie vorgezogen werden sollte. Ein weiterer Grund für diese Situation ergibt sich aus dem ersten: pharmakologische Therapie ist, bis auf die Compliance, leichter durchzusetzen als komplexe Verhaltensänderungen, Vorbeugen auf der sozial-politisch-beruflichen Ebene, etc.

Durch ein Präventivkonzept der medizinischen Grundversorgung ließe sich diese Verquickung zwischen medizinischer Forschung, Gesundheitsindustrie und praktischer Behandlung lockern, so dass im Einzelfall abgestimmte Therapiekonzepte angewandt werden könnten. Wenn außerdem neu entwickelte Diagnostika und Therapeutika nicht automatisch zu Lasten der Solidargemeinschaft in wirtschaftlichen Profit verwandelt werden können, verändert sich das Forschungs- und Produktionsverhalten der entsprechenden Akteure der Industrie von selber. Bestimmte Großgeräte, die für komplexe diagnostische Verfahren benötigt werden, würden nicht automatisch in jeder Spezialarztpraxis stehen und zur Amortisierung der hohen Anschaffungskosten 'sicherheitshalber' viel zu oft eingesetzt werden, sondern nur in wirklich nötigen Fällen in diagnostischen Spezialzentren. Neue pharmakologische Substanzen würden nicht nach dem Prinzip entwickelt, für epidemiologisch weit verbreitete Erkrankungen immer neue, immer teurere Medikamente zu suchen, weil dort der Markt am größten ist.

Wenn nämlich Entwicklungs- und Vermarktungskosten nicht automatisch an die Solidargemeinschaft weitergegeben werden können, weil verordnende Ärzte und Patienten anteilmäßig die Substanzen nach den oben skizzierten Prinzipien zu bezahlen hätten, dann würde sich die Neuentwicklung und Forschung automatisch auf Substanzen und Prozeduren richten, die vorhandene Methoden so ersetzen, dass Folgekomplikationen – Nebenwirkungen, Folgeerkrankungen – minimiert werden. Denn eine neue, teurere Substanz würde sich marktwirtschaftlich nur dann lohnen, wenn sie mit gleichem Effekt weniger Folgeprobleme erzeugt. Die Forschung würde automatisch sorgfältiger werden. Substanzen würden nicht nur auf ihre Wirksamkeit hin getestet werden, sondern vermehrt auf ihre Langzeitverträglichkeit. Medizinische Forschung würde weniger zur Handlangerin der pharmazeutischen Entwicklung und Industrie werden, sondern vermehrt das leisten, was ihre genuine Aufgabe ist: Erkenntnisgewinn im Interesse und Dienst der Allgemeinheit. Dann würde es sich plötzlich lohnen, Forschungsfragen zu verfolgen, die derzeit völlig unmodern und inakzeptabel sind, aber dringend notwendig wären: Etwa die nach der epidemiologischen Verquickung von bestimmten Langzeitmedikationen und späteren Folgekomplikationen. Derzeit interessiert sich z.B. niemand dafür, ob und inwiefern die weit verbreitete Therapie kindlicher Infektionen mit Fiebersenkern und routinemäßigen Antibiotikagaben in irgend einer Form mit späteren Konsequenzen für immunologisch vermittelte Erkrankungen einhergehen, wie etwa rheumatoider Arthritis, multipler Sklerose, gehäufte Infektanfälligkeit mit all den Folgeerkrankungen wie Kreuzimmunreaktionen, etc. Umgekehrt interessieren sich sehr viele Interessengruppen dafür, natürliche Abwehr- und Lernvorgänge des kindlichen Immunsystems bei Infektionen als behandlungsbedürftige Erkrankungen zu etikettieren und entsprechend zu behandeln. Um es ganz krass auszudrücken: Beim derzeitigen Krankheitssystem müssen sowohl Ärzte, als auch die pharmazeutische Industrie ein Interesse daran haben, bereits den kindlichen Organismus krankheitsbetont zu konditionieren, um die medizinisch-pharmakologische Profitmaschine aufrechtzuerhalten, von der alle zusammen leben. Die Öffentlichkeit hingegen und die Eltern müssten ein verstärktes Interesse daran haben, diese Prozesse der Medikalisierung zu unterbrechen bzw. gar nicht erst entstehen zu lassen. Die gesamte medizinische Forschung würde als logische Folge eines veränderten Grundparadigmas ihre Schwerpunktsetzung verändern.

2.5. Die Krankenkasse als Gesundheitskasse

Momentanes Verständnis:

Krankheit als unverschuldetes Schicksal ist von der Solidargemeinschaft zu tragen. Krankenkassen haben die Aufgabe, die von der Solidargemeinschaft bereitgestellten Gelder nach den gültigen Gesetzen und Regeln gerecht zu verteilen.

Künftiges Verständnis:

Die heutige Krankenkasse muss komplett umstrukturiert werden. Ziel sollte es sein, wirtschaftlich denkende, kompetent agierende und wohlinformierte Gesundheitszentren zu schaffen, die bei allen Gesundheitsfragen erste Anlaufstelle für ihre Klientel sind. Durch entsprechende Profilbildung und Wettbewerb sollte es möglich sein, eine lebendige und diverse Landschaft zu schaffen, in der kreative Ideen und Problembewältigungsstrategien von selber generiert werden. Durch vielfältige Angebote und Portfolios können Gesundheitskassen individuell Gesundheit und Gesunderhaltung fördern. Das oben kurz skizzierte Pauschalbetreuungsangebot würde hierher gehören. Versicherte bezahlen einen Pauschalbetrag, der vergleichsweise niedrig ist, wenn sie vertragsmäßig Bonuspunkte sammeln. Solche könnten vergeben werden aufgrund von Selbstverpflichtungen für gesundheitsförderndes oder -erhaltendes Verhalten und soziale Faktoren, deren protektives Potenzial bekannt ist. Dies könnte eine Versicherung je nach politischer und ideologischer Ausrichtung selbst gestalten. So wäre es etwa denkbar, dass gute Schulbildung, Eingebundensein in einer Ehe oder eheähnlichen festen Partnerschaft, starke soziale Bindungen, eigenverantwortliches Gesundheitsbewusstsein – bekannte soziale und psychologische Protektivfaktoren – von einer Kasse belohnt werden, von einer anderen, mit anderer ideologischer Ausrichtung nicht. Es läge in der Logik der Sache, dass andere Kassen z.B. sportliche Aktivitäten, sofern sie nicht als Risikosportarten einzustufen sind, durch Bonuspunkte belohnen, oder die Selbstverpflichtung zu täglicher Entspannung und Meditation, oder das Eingebundensein in eine religiöse soziale Gruppierung, usw. Gleichzeitig könnten problematische Verhaltensweisen sanktioniert werden und die Kosten für Gesundheitsvorsorge erhöhen.

Anders als bisher sollten in den Kassen durch Zusammenarbeit mit beratenden Einrichtungen, die über aktuelle Forschungsergebnisse bestens informiert sind, das medizinisch-psychologische Wissen gebündelt werden, das für eine kompetente Gesundheitsberatung notwendig ist. Dies könnte etwa dadurch geschehen, dass Kassen selber kompetente Mediziner und Psychologen in ihren Dienst nehmen, die vor allem Torhüter- und Beratungsfunktion hätten. Dadurch, dass diese für ihre Dienste ein gutes Gehalt beziehen und jenseits persönlicher Profitinteressen vor allem ein Interesse an fachlich kompetenter Beratung haben müssen, können Klienten bzw. Patienten bei ihnen optimale Beratung erhalten. Sie könnten Patientenvertrauensärzte und -therapeuten sein. Sie würden bei Problemen von Klienten der Kasse zuerst konsultiert. Dadurch, dass ihr Einkommen nicht von der Zahl der beratenen Klienten oder Patientenkontakte abhängt, sondern davon, wie hoch die Gesamtbelastung der Kasse durch die von ihnen beratene Patientengruppe ist, muss ihr Interesse darin bestehen, die optimalen, gesundheitsrelevanten Maßnahmen vorzuschlagen oder einzuleiten. Jede Kasse würde ihrer Klientel eine Reihe solcher Primärversorger anbieten. Diese würden zunächst vor allem vorbeugende Funktion haben. Klienten kämen bei Bedarf zu Beratungsgesprächen und würden eine Minimalanzahl von kostenfreien Vorbeugebesuchen einhalten, um ihre vergünstigten Beitragssätze beibehalten zu können. Im Krankheitsfalle hätten diese kassengebundenen Primärversorger vor allem diagnostische und beratende Funktion. Sie würden bei Bagatellerkrankungen — nur wenn indiziert — eine

Behandlung einleiten. Falls Anzeichen für eine chronische Problematik oder beginnende Chronifizierung vorhanden sind, würden sie Überweisungen zu ebenfalls zu der Kasse gehörigen Spezialärzten vornehmen, die ggfs. entsprechende Spezialabklärungen zu treffen hätten. In jedem Falle aber hätte die Kasse die Gewähr, dass die von ihnen angestellten Ärzte unbedingt das Wohle der Patienten im Auge haben und nicht Verordnungen oder diagnostische Maßnahmen zur Sanierung des eigenen Kontos vornehmen. Denn die Gehälter der Ärzte wären abhängig vom altersbereinigten Gesamtgesundheitszustand der von ihnen betreuten Klientel und der entsprechenden Kosten. Durch umfassende Schulungsmaßnahmen und Weiterbildungsangebote, deren Inanspruchnahme mit weiteren Bonuspunkten honoriert werden könnten, wird die von einer Kasse betreute Klientel über aktuelle Erkenntnisse informiert, bzw. kann neue Maßnahmen oder Verhaltensweisen erlernen. Wenn etwa neue Methoden der Stress- oder Konfliktbewältigung entwickelt wurden, könnten diese in solchen Kursen vermittelt werden. Angebote von Unterstützungsgruppen und Vermittlung von Selbsthilfegruppen könnte die Patientenautonomie fördern. Viele weitere Maßnahmen sind denkbar, die von Gesundheitskassen initiiert werden könnten, wenn sie rechtlich und politisch die entsprechenden Kompetenzen und Ausstattungen erhielten.

2.6. Ärzte als Gesunderhalter im Regelfall und als Behandler im Ausnahmefall

Momentanes Verständnis:

Ärzte sind Mechaniker der Krankheit. Sie treten in Aktion, wenn Krankheit aufgetreten ist und behandeln in der Regel den Körper wie eine komplexe Maschine, die außer Kontrolle geraten ist, ähnlich wie ein Mechaniker ein Auto repariert.

Künftiges Verständnis:

Ärzte verstehen sich als Fürsorger der Gesundheit. Der Organismus produziert normalerweise fortlaufend Gesundheit und wirkt, solange er gesund ist, regulierend, ausgleichend und selbsttätig. Alles, was diese Selbsttätigkeit stört hilft der Arzt vermeiden, indem er seine Klienten berät, schult und unterweist. Tritt einmal Krankheit auf, wird sie nicht analog dem Maschinenparadigma kuriert, sondern als Symptom einer komplexen Störung der Selbstheilungskräfte gesehen. Die Aufgabe des Arztes ist es, den Körper bei seinem Bemühen, gesund zu bleiben, zu unterstützen. Konservierende, anregende und unterstützende Maßnahmen werden demzufolge den invasiv-eingreifenden vorgezogen. Dadurch, dass Ärzte entweder im Dienst der Gesundheitskassen stehen und ein pauschales Gehalt sowie gegebenenfalls geeignete Prämien beziehen, oder aber Pauschalbudgets erhalten, von denen die von ihnen verordneten Maßnahmen bezahlt werden, haben sie kein Interesse daran, überflüssige oder gar potenziell schädigende Interventionen vorzunehmen, bzw. muss ihr Interesse über das unmittelbar-kurzfristige medizinische Ziel der Problembeseitigung hinaus reichen und den gesamten Zustand einer Person im Blick haben. Da ärztliche Kunstfehler zu den nicht vom Patienten zu verantwortenden Krankheiten gehören würden, müssten die in einem Globalmodell tätigen Ärzte in jedem Einzelfall genau erwägen, welche Maßnahmen wirklich im Dienste der Gesundheit verordnet werden. Auf jeden Fall würden sie, um eigenes Risiko zu vermeiden, keine notwendigen Maßnahmen zugunsten eigenen Profits vorenthalten. Dadurch wäre ein wirtschaftlicher Anreiz zu wirklich therapeutischem Verhalten und zur Belohnung therapeutischer Kompetenz geschaffen. Denn dann würde das alte pragmatische Prinzip "wer heilt, hat Recht" durch das ökonomische "wer heilt, gewinnt, wer stümpert, verliert", erweitert. Ärzte wären gezwungen, ihrer unvoreingenommenen therapeutischen Erfahrung zu folgen. Dann könnten wirklich diejenigen gute Verdienste erwerben, die sich als gute Therapeuten profilieren und hätten auch einen wirtschaftlichen Anreiz solche zu sein. Andere Ärzte, denen dieses unternehmerische Risiko zu groß ist,

könnten in Anstellungsverträgen, etwa im Dienste von Kassen, Gesundheitszentren oder Krankenhäusern arbeiten. Wenn Kassen die Kompetenz von Patienten durch Schulungen, Kurse und Weiterbildungen auf ihre Kosten stärken, dann würden gute Ärzte nach Abwägungen des Für und Wider invasiver pharmakologischer oder anderer Maßnahmen vielleicht öfter solche Interventionen wählen, welche die Verantwortlichkeit und Kompetenz von Patienten betonen – etwa Rückenschulen, aktive Physiotherapie, etc. – anstatt die Passivität und Erwartungshaltung von Patienten zu bedienen. Es ist beispielsweise nicht einzusehen, warum Patienten Anspruch auf Medikamente auf Kosten der Allgemeinheit haben sollen, während völlig selbstverständlich von jedermann und jederfrau erwartet wird, dass sie ihre Lebensmittel in Eigenverantwortung auswählen und von ihrem Gehalt bezahlen.

2.7. Gesundheit und Krankheit als ganzheitliche Prozesse

Momentanes Verständnis:

Unser ganzes medizinisch-therapeutisches System beruht auf den impliziten Annahmen eines Dualismus zwischen körperlichen Krankheiten und psychischem Erleben. Es gibt Krankheiten, die sind klarerweise körperlicher Natur und gehören vom Arzt behandelt. Außerdem gibt es psychische Probleme, für die je nach Naturell der Psychiater, der Psychologe oder der Seelsorger und Lebensberater zuständig ist.

Künftiges Verständnis:

Wir haben mittlerweile eine Fülle von Erkenntnissen, die belegen, dass die begriffliche und sachliche Trennung zwischen leiblichen und psychischen Prozessen nicht mehr aufrechtzuerhalten ist. Es gibt kaum eine Krankheit – von unverschuldeten Unfällen abgesehen –, die nicht eine psychische Komponente haben, und kaum eine psychische Erkrankung, die nicht eine körperliche Komponente hätte. Psychoneuroimmunologische und -endokrinologische Forschung hat in den letzten Jahren belegt, wie innig die Verzahnung zwischen Erleben und körperlichen Systemen und umgekehrt ist. Sogar die These, dass Krankheit zunächst in der Psyche entsteht, auch wenn sie sich dann körperlich manifestiert, lässt sich aufgrund vielfältiger sozialmedizinischer und psychosomatischer Befunde stützen. Das herrschende Medizinverständnis rückt die externen und materiellen Faktoren in den Vordergrund – Erreger, genetische Veranlagung, pathogene Prozesse – während ein integral-ganzheitliches Verständnis die internen Prozesse des Organismus ins Zentrum der Betrachtung stellt: die immunologische Kompetenz eines Organismus, seine Fähigkeit, Belastungen zu puffern und mit temporären Überforderungen oder Anforderungen fertig zu werden. Viele epidemiologische Studien belegen, dass die Mehrzahl von Besuchen zum Allgemeinmediziner oder Hausarzt aufgrund psychischer Problemsituationen erfolgt, dass aber eine Überweisung zu einem speziell geschulten psychologischen Fachmann die Ausnahme darstellt. Das herrschende Kassenarztsystem führt dazu, dass Ärzte ein Interesse am “Halten” ihrer Klientel haben müssen, und nicht an einer Überweisung in kompetentere Hand. In der Regel wollen die Patienten wohl auch gar nicht wissen, daß die Krankheit etwas mit ihnen selber zu tun hat.

Durch das Modell entweder eines budgetierten Arztes in eigener Regie oder von angestellten Gesundheitsberatern im Dienste der Gesundheitskasse wird eine Verkennung von Problemsituationen und eine Verschleppung oder unnötige Medikalisierung von Problemen vermieden. Denn in beiden Fällen muss den behandelnden oder diagnostizierenden Ärzten daran gelegen sein, unnötige medizinische Fixierung von psychologischen Problemfällen zu vermeiden und eine baldige psychologische Hilfe hinzuzuziehen.

Dies könnte erleichtert werden, indem für solche Zwecke ein neuer Berufsstand bzw. ein neues Studienfach geschaffen wird, das klinisch-psychologische Kenntnis mit medizinischem Sachverstand verbindet, in dem die medizinische Grundausbildung mehr psychologisches Wissen integriert, oder eine psychologische Grundausbildung stärker medizinisches Grundwissen berücksichtigt und eine postgraduierte Weiterbildung speziell die disziplinenübergreifende Vertiefung zum Ziel hat. Dies würde die sachlich längst fällige, in der Praxis aber kaum vorhandene Integration somatischen und psychologischen Wissens vorantreiben. Die vorherrschende Tendenz der immer stärkeren Spezialisierung ist zwar als komplementäre Vertiefung in Spezialgebiete nötig, muss aber unbedingt durch disziplinenübergreifende Querverbindung ergänzt werden. Ein Nebeneffekt wäre, dass dadurch die von Patienten angemahnte ganzheitliche Betrachtungsweise eingelöst werden könnte.

2.8. Krankheit als existenziell-spiritueller Prozess

Momentanes Verständnis:

Krankheit als zufällig auftretende Schicksalsmacht hat bestenfalls verhindernde, unterbrechende Effekte in einem ansonsten auf andere Ziele gerichteten Leben. Sie manifestiert sich vor allem im körperlich-materiellen Bereich, was auch für sog. psychische Erkrankungen gilt, die sich zwar im Erleben äußern, aber letztlich irgendwo im Gehirn lokalisierbar sind. Daher muss Krankheit beseitigt werden, wo dies möglich ist, durch materiell-somatische Eingriffe.

Künftiges Verständnis:

Krankheit hat neben der oberflächlich sichtbaren Struktur einer Unterbrechung der gewöhnlichen Lebensabläufe in der Regel eine nicht unmittelbar augenfällige Tiefenstruktur, die man als tieferen Sinn der Krankheit oder als spirituelle Dimension ansprechen kann. Sie erschließt sich nicht unbedingt sofort und benötigt eine sorgfältige Betrachtung der gesamten Lebenssituation, um erkannt zu werden. Man kann sie auch nicht immer ausmachen, und die Tatsache, dass man im Einzelfall keine tiefere Struktur zu entdecken imstande ist, heißt weder, dass es sie nicht gibt, noch, dass man sich nicht tiefgreifend genug damit auseinandergesetzt hat.

Wegen der Sinnstruktur von Krankheit kann die Wiedererlangung von Gesundheit bzw. die Beibehaltung der zurückgewonnenen Gesundheit vom Verständnis dieser Tiefenstruktur abhängig sein. Beispielsweise kann eine wiederkehrende Anfälligkeit für Infekte ein Zeichen dafür sein, dass ein Mensch in einer gewissen Berufs- oder Lebenssituation über- oder unterfordert ist, jedenfalls aber nicht zu sich kommt und tiefgreifende Hilfe benötigt. Selbstverständlich kann eine solche Sinnstiftung nur individuell und nicht schematisch, außerdem schon gar nicht zwangsweise erfolgen. Wo sie jedoch möglich ist, sollte sie versucht werden. Dies kann nur in einer vertieften Betrachtung der gesamten Lebenssituation geschehen, die von kompetenten Beratern und Gesundheitsexperten erleichtert und eingeleitet werden könnte. Das erfordert Zeit. Ein ganzheitliches Gesundheitssystem muss so ausgestattet werden, dass Kostenabrechnung nicht über aufgewendete Zeit geschieht, sondern über anfallende bzw. eingesparte Kosten für Diagnostik und Behandlung, Gesprächszeit ausgenommen. Ein Großteil aller Gesundheitsprobleme würde sich im Anfangsstadium durch kompetente Beratung auffangen lassen. Durch eine Verlegung der Ressourcen in die ausführliche Beratung und Analyse der Lebenssituation würde die heutige Krankheitsmedizin zum guten Teil überflüssig. Durch eine Bindung von Klienten an nicht profitorientierte Gesundheitsberater ihres Vertrauens wäre ein erster Schritt zu einem solchen System getan.

3. Konsequenzen und Nebeneffekte

1. Die Verzahnung von Spezialgebieten wäre durch eigens ausgebildete Berater gewährleistet. Damit wäre die von Patienten zunehmend geforderte und sachlich nötige Ganzheitlichkeit der medizinischen Versorgung gewahrt.
2. Der medizinische Fortschritt führt nicht notwendig zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Dadurch, dass Fortschritt, Profit und Kassenleistung entkoppelt werden, wird das Fortschrittsbemühen von selber in solche Bahnen gelenkt, die sozial verträglich, wirtschaftlich nachhaltig und wirksam zu einer Stabilisierung der Gesundheit führen und nicht nur zu kurzfristigen Effekten. Dadurch, dass Gesundheitserhaltung und nicht Krankheitsbeseitigung Ziel des Systems wird, werden Maßnahmen sparsamer und effizienter eingesetzt.
3. Patienten werden zu Klienten und Agenten. Nicht die Verlängerung des Lebens um jeden Preis wird Ziel des medizinischen Systems, sondern die möglichst eigenverantwortliche und sinnerfüllte Gestaltung dieses Lebens.
4. Die Entscheidungsmacht wird auf Gesundheitskassen und Patienten verlagert. Fachleute haben unterstützende, informierende und helfende, aber keine entscheidende Funktion mehr.
5. Die Ausbildung von Ärzten und klinischen Psychologen muss sich fundamental wandeln. Dies wird zu einer Diversifizierung vor allem der ärztlichen und psychologischen Praxisformen führen. Ärzte etwa, die im Rahmen von Notfalloperationsstationen tätig sind, müssen andere Qualifikationen aufweisen als diejenigen, die im Rahmen ganzheitlicher Diagnostik und Gesundheitsberatung tätig sind, etc. Diese Spezialisierung unterscheidet sich von der fachärztlichen.
6. Die politische Situation muss sich ändern. Krankenkassen erhalten als neu definierte Gesundheitskassen weitreichende Kompetenzen und Wettbewerbsoptionen. Ärzte und ihre Vertreter müssen sich ebenfalls an eine diversifizierte Angebotslandschaft gewöhnen. Körperschaftliche Verhandlungen, wie etwa derzeit durch Ausschüsse oder kassenärztliche Vereinigungen, gehören der Vergangenheit an, genauso wie die entsprechenden Organe.
7. Versorgungsorientierte Forschung verzahnt akademische Erkenntnis und politische Notwendigkeit. Welche Maßnahmen im Rahmen einer Gesundheitskasse erstattet werden, wird nicht am grünen Tisch entschieden, sondern in der Praxis. Entsprechende Aufsichtsgremien sollten im Sinne von Patienten- und Konsumentenschutz darüber wachen, dass keine schädlichen oder unsittlichen Maßnahmen getroffen werden. Ansonsten finden Entscheidungen über Erstattungsfähigkeit und Brauchbarkeit im Rahmen von versorgungsorientierter Forschung statt. Dies wird zur Entstehung neuer Forschungsagenturen führen.
8. Private, profitorientierte Forschung der Gesundheitsbranche würde ihren Schwerpunkt automatisch weg von kurzfristiger Wirksamkeit und Profit hin zu Nachhaltigkeit und Risikominimierung umorientieren. Der Patentschutz für wirklich komplett innovative und nachhaltig wirksame sowie risikoarme Interventionen müsste verlängert werden, damit gestiegene Entwicklungskosten und veränderte Einkommenssituation die Innovationskraft nicht lähmen.
9. Die Schul- und Ausbildung wird die neuen Erkenntnisse in stärkerem Maße vermitteln

müssen als bisher. Neue politische Formen der Gesundheitsvorsorge müssen vermutlich zunächst im Rahmen der Versicherung und Versorgung von Kleinkindern implementiert werden und in longitudinal angelegten Studien auf ihre Effekte hin beobachtet werden.

10. Kleine Inseln des Experimentierens könnten solche Modelle integrieren. Die bereits im Sozialgesetzbuch vorhandenen Instrumente der Modellvorhaben und der Integrierten Versorgung wären eine Möglichkeit, mit neuen Formen Erfahrungen zu sammeln.

11. Die Entwicklung einer neuen Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und dem Umgang damit ist ein komplexer sozialer Prozess, der Generationen in Anspruch nimmt. Er wird meistens von der jüngeren Generation in Gang gesetzt und getragen. Ein breit angelegter politischer Diskussions- und Willensbildungsprozess auf vielen Ebenen muss die Implementation eines solchen neuen Modells tragen und begleiten.

12. Diese Veränderung muss einen globalen Blick behalten. Da unser westliches Modell in vieler Hinsicht beispielgebend ist, haben wir auch eine Verantwortung nicht nur gegenüber künftigen Generationen, sondern auch gegenüber anderen Ländern und deren künftigen Generationen. Wenn wir heute nicht damit beginnen, die Zukunft der Gesundheitsversorgung neu zu denken, wird dies unsere Nachfolgenerationen dadurch treffen, dass die weiter exportierten Strukturprobleme einer verfehlten Gesundheitspolitik wieder auf uns zurückfallen.

13. Das gleiche gilt auf erkenntnistheoretischem Gebiet: Eine präventiv-ganzheitlich ausgerichtete Gesundheitspolitik und Forschung würde durch Gesundheitspraktiken anderer Kulturen und Länder Anregungen erhalten, wie kulturspezifische schädliche Verhaltens- und Lebensweisen besser zu gestalten wären.

14. Wir würden gesamtheitlich andere Forschungsschwerpunkte setzen. Das pathogene Forschungsmodell würde durch ein salutogenetisches ergänzt werden. Die Konsequenzen aus einer solchen Umorientierung sind noch nicht abzusehen, dürften aber enorm sein.