

Zum guten Umgang mit Krankheiten und Behinderungen befähigen

Abschlussbericht des Ausschusses „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich (2000 - 2002)

**für die Diakonische Konferenz
15. bis 17. Oktober 2002 in Dresden**

Dokumentation

■ Impressum

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)
Hausanschrift: Staffenbergstr. 76, 70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:

Andreas Wagner

Abteilung Information und Kommunikation im Diakonischen Werk der EKD

Postfach 10 11 42, 70010 Stuttgart

Telefon (07 11) 21 59-4 54

Telefax (07 11) 21 59-5 66

E-Mail: redaktion@diakonie.de

Internet: www.diakonie.de

Redaktion:

Dr. Peter Bartmann

Theologisch-diakonisches Grundsatzreferat

Telefon (07 11) 21 59-5 74

E-Mail: bartmann@diakonie.de

Layout:

Andrea Niebsch-Wesser

Bestellungen:

Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der EKD

Karlsruher Str. 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen

Telefon (07 11) 9 02 16-50

Telefax (07 11) 7 97 75 02

E-Mail: vertrieb@diakonie.de

Der Bezug von Diakonie Korrespondenz und Diakonie Dokumentation bis zu zehn Exemplaren ist kostenlos. Bei Bestellungen ab zehn Exemplaren stellen wir für jedes zusätzliche Exemplar einen Euro in Rechnung.

Die Texte, die wir in Diakonie Korrespondenz und Diakonie Dokumentation veröffentlichen, sind im Internet unter www.diakonie.de frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vervielfältigt werden.

Druck: Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD),
Karlsruher Straße 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen

■ **Inhaltsverzeichnis**

Vorwort	5
Ein Überblick über die Beratungen 2000-2002	7
Solidarität, Nächstenliebe, Eigenverantwortung und die Befähigung zu eigenständiger Lebensführung. Ethische Grundsätze der Diakonie für die Gestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens	8
Rationierung im Gesundheitswesen. Begriffsklärungen, Beispiele und offene Fragen	10
Wie wird das gesundheitlich Notwendige bestimmt?	12
Auf dem Weg zu einem integrierten Gesundheits- und Sozialwesen mit ganzheitlichen Zielen	13
Nahtlosigkeit im System der gegliederten Sozialversicherung	20
Aufgaben und Grenzen der Prävention im Gesundheitswesen	25
Reflexionen über die Aufgaben und Grenzen des Gesundheitswesens	27
Konsequenzen für die Gesundheitspolitik	29
Anhang: Mitglieder des Ausschusses „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“	30

Vorwort

Das Gesundheitswesen steht erneut im Mittelpunkt politischer Reformvorhaben. Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass eine vordergründige und kurzfristige Kostenorientierung dem hochgeschätzten und komplexen Gut der Gesundheitsvorsorge nicht gerecht werden kann. Die Gesellschaft muss sich vielmehr über die Ziele und Maßstäbe der Gesundheitsvorsorge klar werden.

Ein wichtiger Maßstab für das Gesundheitswesen entwickelter Gesellschaften ist die Lebensqualität. Sie lässt sich beschreiben als die Fähigkeit, mit den Herausforderungen des Lebens umzugehen. Wenn man Lebensqualität so bestimmt, steht der einzelne Mensch mit seinen Möglichkeiten und Begrenzungen im Mittelpunkt. Ein Gesundheitswesen, das sich an den Fähigkeiten der Menschen zur Bewältigung von Krankheiten und ihren Folgen sowie Behinderungen orientiert, wird sich weniger als bisher üblich auf einzelne kurative Interventionen verlassen, sondern Prävention und Stärkung, Unterstützung und Mobilisierung der betroffenen Menschen in ihrem Lebensumfeld einen höheren Stellenwert einräumen.

Eine entscheidende Verbesserung ist von einer intensiven Beratung, einem individuellen case management sowie einer möglichst wohnortnahen Versorgung von Patienten und Rehabilitanden zu erwarten. Der große Beratungsbedarf der Patienten liegt auf der Hand. Beratung muss den individuellen Unterstützungsbedarf ermitteln und mit den zuständigen Kostenträgern abklären. Damit die Patienten ihre persönlichen sozialen Ressourcen in den Heilungs- bzw. Rehabilitationsprozess einbringen können, müssen sie die Möglichkeit haben, auch mit schweren, insbesondere chronischen Krankheiten in ihrem persönlichen Lebensumfeld umzugehen. Dazu sind quer zu den bisherigen Sektoren des Gesundheitswesen hochwertige ambulante Dienste auszubauen. Leistungen, die bislang nur stationär verfügbar sind, sollen nach Möglichkeit am Wohnort des Patienten oder mobil angeboten werden.

Umgekehrt müssen Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung schlechtere Chancen zur Genesung bzw. Rehabilitation haben, ein Zuhause auf Zeit in der stationären Versorgung erhalten.

Alle diese Schritte dienen in erster Linie der Verbesserung der Lebensqualität von leidenden Menschen. Sie sind aber auch geeignet, gesundheitliches Fehlverhalten, Über- und Fehlversorgung sowie aufwändige stationäre Behandlungen zu reduzieren.

Dem Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“, der drei Jahre lang im Auftrag der Diakonischen Konferenz die wirtschaftlichen Veränderungen im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die Situation der Patienten und auf die medizinisch-pflegerische Praxis beobachtet und erörtert hat, danke ich für seinen hier vorliegenden Abschlussbericht. Ausgehend von der Praxis der diakonischen Arbeit stellt er kritische Fragen besonders an die Verwaltungspraxis der Kostenträger, an die Aufteilung des Gesundheitswesen in verschiedene Sektoren, aber auch an die Praxis der Leistungserbringung. Er stellt die Grundlagen des solidarischen Gesundheitswesens heraus, die für die Diakonie als Teil der Evangelischen Kirche in Deutschland unverzichtbare Voraussetzungen sind. Dass er in der Befähigung der leidenden Menschen auch in ökonomischer Perspektive die entscheidende Größe sieht, ist ein Signal der Zukunftsfähigkeit: Befähigung bedeutet für die Diakonie nicht die Übertragung einer unkalkulierbaren oder sogar untragbaren Krankheitslast auf das Individuum, sondern schließt die individuell erforderliche Unterstützung durch das Solidarsystem ein.

*Pfarrer Jürgen Gohde
Präsident des Diakonischen Werkes
der Evangelischen Kirche in Deutschland*

Ein Überblick über die Beratungen 2000 - 2002

Der Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ ist auf der Diakonischen Konferenz 1999 in Trier eingesetzt worden, um sich „mit den ethischen und praktischen Aspekten von Rationierungen im Sozialbereich und im Gesundheitswesen (zu) befassen“. Im Folgejahr hat der Diakonische Rat in Abstimmung mit dem Theologischen Ausschuss die Mitglieder des Ausschusses berufen (siehe Anhang).

In seinem ersten Jahr hat der Ausschuss einen Bericht für die Diakonische Konferenz 2000 in Cottbus erarbeitet, der als Diakonie Korrespondenz 11/2000 veröffentlicht wurde: „Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen“ (im folgenden zitiert als: Ethische Gesichtspunkte) konzentrierte sich auf Situationen im Gesundheitswesen, die im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit standen.

Aufgrund dieses Berichtes hat die Konferenz den Ausschuss darum gebeten, die Diskussion über Rationierungen im Gesundheitswesen in Form einer Fachtagung öffentlich fortzuführen. Die Ergebnisse dieser Tagung im Spätsommer 2001 (Symposium: Rationierung im Gesundheitswesen, zitiert als: Symposium) wurden als Diakonie Dokumentation 03/2001 veröffentlicht und lagen der Diakonischen Konferenz 2001 in Stuttgart vor: Diese beauftragte den Ausschuss (nun in veränderter Zusammensetzung, s. Anhang) mit weiteren Beratungen, die über das Gesundheitswesen hinausgehen und den sozialen Bereich mitberücksichtigen sollten. Am Ende dieses dritten Beratungsjahres ist der vorliegende Bericht verfasst worden.

Zum Charakter dieses Abschlussberichts

Dieser Bericht fasst die Beratungen des Ausschusses „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ zusammen, sofern sie nicht bereits in den „Ethischen Gesichtspunkten“ bzw. im Tagungsbericht über das Symposium „Rationierung im Gesundheitswesen“ veröffentlicht worden sind. Ziel des Berichtes ist es, Rechenschaft abzulegen und zur Beteiligung an der unabgeschlossenen Diskussion über die Zukunft unseres Gesundheitswesens anzuregen.

Bei aller Komplexität ist diese Diskussion nicht nur eine Angelegenheit hoch spezialisierter Fachleute, sondern eine interdisziplinäre und gesellschaftliche Herausforderung. In diesem Sinne hat sich der Ausschuss – ausgehend von praktischen Anfragen und Beispielen aus der Diakonie – mit Grundfragen und Problemen des Gesundheits- und Sozialwesens beschäftigt.

Die Beratungen des Ausschusses hatten den Charakter von *case studies*. An konkreten Beispielen, so wie sie Angehörige des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des Sozialdienstes usw. aus ihrer Sicht schilderten, wurden charakteristische Probleme des Gesundheitswesens und der sich daraus ergebende Reformbedarf diskutiert. Einige dieser Beispiele, die sich dem Briefwechsel mit diakonischen Einrichtungen und Diensten verdanken, sind den Überlegungen des Ausschusses in anonymer, ansonsten aber unveränderter Form beigegeben. Sie geben nicht die Auffassung des Ausschusses, sondern subjektiv gefärbte Einschätzungen und Erfahrungen aus der Praxis unseres Gesundheitswesens wieder. Gerade in dieser Form haben sie wesentlich zur Diskussion und Urteilsbildung des Ausschusses beigetragen.

Solidarität, Nächstenliebe, Eigenverantwortung und die Befähigung zu eigenständiger Lebensführung. Ethische Grundsätze der Diakonie für die Gestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens

Der Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ hat sich in seinen Beratungen darum bemüht, Herausforderungen der Praxis und grundsätzliche Anfragen an die Struktur unseres Gesundheits- und Sozialwesens nicht nur in einer fachlich interdisziplinären Perspektive zu betrachten, sondern zugleich die ethischen Grundsätze zur Geltung zu bringen, von denen sich die Diakonie als Werk der evangelischen Kirche und konfessioneller Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege leiten lässt. Die folgenden Abschnitte fassen die Überlegungen im Ausschuss zu den ethischen Grundsätzen zusammen:

Das Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland ist das Ergebnis einer über hundertjährigen Tradition der Solidarität und sozialen Fürsorge. In den letzten Jahrzehnten ist es, aufgrund verschiedener Faktoren wie der strukturellen Arbeitslosigkeit, des medizinischen Fortschritts und gesteigener Erwartungen stark belastet und in Frage gestellt worden. In der gegenwärtigen Debatte müssen die Grundprinzipien in Erinnerung gerufen werden, damit zeitgemäße und zukunftsfähige Formen der Solidarität und Selbstverantwortung gefunden werden.

Solidarität im Gesundheits- und Sozialwesen bedeutet, dass die Angehörigen des Solidarsystems die Last der Krankheiten und der Krankheitsfolgen gemeinsam tragen. Der Sinn des Solidarsystems ist die Sicherstellung von Hilfen im Falle von Krankheit oder Behinderung oder anderen Notlagen, die die Menschen nicht allein bewältigen können und der Ausgleich natürlicher und sozialer Ungleichheiten, für die kein Mensch selbst verantwortlich ist (zum Beispiel Krankheitsdispositionen, Unfälle, Behinderungen oder das Aufwachsen in einem ungünstigen sozialen Umfeld). Damit sind zugleich die Grenzen der Solidarität markiert: Die Solidargemeinschaft darf nicht zum Schutz vor Risiken herangezogen werden, die die Betroffenen normalerweise selbst vermeiden oder kompensieren können. Im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips hat

der Einzelne Verantwortung für sich zu übernehmen, soweit ihm dies möglich ist (vgl. hierzu insgesamt die Studie der EKD-Kammer für Soziale Ordnung „Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen“ (1994), bes. Ziff. 71-76).

Im Gesundheitswesen ist dem Grundsatz der Eigenverantwortung nicht ohne weiteres Geltung zu verschaffen. Schon der Umgang mit leicht vermeidbaren gesundheitlichen Risiken ist quer durch alle gesellschaftlichen Schichten hochgradig irrational: Bekannte Grundregeln der Ernährung und Bewegung oder des Umgangs mit Suchtmitteln werden kaum beachtet, obwohl die daraus statistisch resultierenden gravierenden Einbußen an Lebensqualität und ökonomischen Ressourcen ebenfalls bekannt sind.

Die Verpflichtung zur Eigenverantwortung kann nicht im Ausschluss statistisch vermeidbarer oder verminderbarer Risiken aus der solidarischen Sicherung bestehen. Denn erstens sind im einzelnen Fall die vermeidbaren Risikofaktoren nicht eindeutig von unvermeidbaren Risikofaktoren zu trennen und zweitens ist es nach christlicher Auffassung ethisch nicht zu rechtfertigen, Kranke nicht zu versorgen, auch wenn ihre Erkrankung teilweise oder sogar wesentlich selbstverschuldet ist (Joh. 9, 1-3). Nach christlicher Auffassung baut die Solidargemeinschaft nicht nur auf dem Prinzip der gegenseitigen gleichen Absicherung auf, sondern dient auch der einseitigen Hilfe in Not, die das Gebot der Nächstenliebe fordert (Lev 19,18) und das Gleichnis vom Barmherzigen Samariter illustriert (Lk 10,25-37): Auch der verletzte Fremde am Straßenrand soll nach Gottes Willen gerettet und in die Solidargemeinschaft hineingezogen werden. Sinngemäß gilt dies auch für denjenigen, der sich seinen solidarischen Pflichten entzogen hat (Lk 15, 11-31). In letzter Konsequenz bedeutet dies, dass die Solidargemeinschaft - ersatzweise der soziale Staat - auch die Krankheitskosten derer trägt, die sich

weder eigenverantwortlich noch solidarisch verhalten haben. Nicht zuletzt muss das Solidarsystem auch die Versorgung derer sicherstellen, die – wie zum Beispiel schwerbehinderte Neugeborene – selbst keine Verantwortung übernehmen können.

Das Solidarsystem verbindet Starke und Schwache. Für die Gesellschaft insgesamt ist es wichtig, wenn Krankheiten oder Behinderungen nicht zur Verarmung führen, wenn Kranke nicht unbehandelt bleiben und resignieren müssen und wenn jedem, der einen legitimen Bedarf hat, Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Das Solidarsystem ist nur tragfähig, wenn sich alle entsprechend ihren Fähigkeiten eigenverantwortlich verhalten. Unter diesen Voraussetzungen muss die Solidargemeinschaft Schritte unternehmen, um ihre Mitglieder zur Eigenverantwortung zu befähigen.

Die Verantwortung für die eigene Gesundheit ist im Zusammenhang mit der Patientenautonomie (vgl. EKD-Studie, a. a. O., Ziff. 32) und mit der Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung zu betrachten. Patienten haben ein Interesse an einem Gesundheitswesen, das Krankheiten vermeiden, vermindern oder beseitigen sowie Verschlimmerung zu verhüten hilft, Krankheitsbeschwerden lindert, und Folgen von Krankheiten wie zum Beispiel Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vermeidet, beseitigt, mindert, deren Verschlimmerung verhütet oder ihre Folgen mildert und das die persönliche Entwicklung ganzheitlich fördert und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht (vgl. § 27 SGB V und § 4 SGB IX). Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit und das eigene Leben im Zusammenhang mit Autonomie als Patient heißt in diesem Kontext auch, dass das Gesundheitswesen den Patienten unterstützen und befähigen muss, seinen eigenen Beitrag zu den genannten Zielen zu leisten, insbesondere sich so zu verhalten, dass er zu seiner Gesundheit beitragen kann und zugleich mit den Folgen auch soweit wie möglich sinnvoll selbstständig umgehen und diese bewältigen kann.

Insofern wird ein Gesundheitswesen, das nicht nur Krankheiten behandeln und deren Folgen vermeiden will, sondern auch zur Befähigung der Betroffenen selbst beitragen will, die Elemente der Information, Beratung, Schulung und der Rehabilitation künftig stärker gewichten als bisher. Information, Beratung und Rehabilitation ermöglichen dem Patienten die Erfüllung einer Rolle als Koproduzent von Gesundheit und sind insofern nicht einfach nur konsumierbar sondern fordern eine aktivere Rolle der Patienten und ihres Umfeldes. Zugleich dienen Beratung und Information auch der verbesserten und rationalen Nutzung und Inanspruchnahme von Diensten des Gesundheitswesens. Auch darin liegt eine Chance, Fehl- und Überversorgung abzubauen.

Das Gesundheitswesen muss schonend und nachhaltig mit den verfügbaren Ressourcen umgehen. Neben den finanziellen Mitteln, die die Solidargemeinschaft aufbringt, sind auch die Ressourcen einzubeziehen, die Patienten und die Menschen in den Heilberufen einbringen müssen, auf der einen Seite gesundheitsbewusstes Verhalten, Geduld, Besonnenheit im Umgang mit den Angeboten des Gesundheitswesens, *Compliance* in Behandlungen u. ä. – auf der anderen Seite die Bereitschaft, das eigene Leben bewusst mit Krankheiten und Behinderungen zu führen und viel Zeit in Ausbildung, Beruf und lebenslanges Lernen zu investieren. Bei allen Beteiligten ist das Bewusstsein für diese begrenzten und oft nicht verrechenbaren Ressourcen zu wecken.

Die angeführten Gesichtspunkte sind im Ausschuss nicht im Sinne einer ethischen Grundlegung, sondern im Zusammenhang mit Anfragen und Beispielen aus der diakonischen Praxis erörtert worden. Auf der einen Seite liegt dem Ausschuss viel daran, einer etwaigen Entsolidarisierung entgegenzutreten, auf der anderen Seite hat er sich intensiv mit den Möglichkeiten auseinandergesetzt, Eigenverantwortung konkret zu fassen.

Rationierung im Gesundheitswesen. Begriffsklärungen, Beispiele und offene Fragen

Zu Beginn der Ausschussberatungen im Jahr 2000 wurde der Begriff der Rationierung in der Öffentlichkeit zumeist polemisch verwendet, um auf die Folgen begrenzter Budgets in der Gesetzlichen Krankenversicherung hinzuweisen. Der Ausschuss sah es als seine Aufgabe an, diese Diskussion über Rationierung zu versachlichen. Er begann deshalb mit einer Begriffsklärung (s. Ethische Gesichtspunkte S. 4): Rationierung ist demnach als Begrenzung von *notwendigen* Leistungen zu verstehen. Nicht jede Leistungsbegrenzung im Gesundheitswesen und Sozialbereich ist demnach eine Rationierung. Weiter ist zwischen *expliziter* und *impliziter* Rationierung zu unterscheiden: Rationierung ist explizit, wenn Leistungen ausdrücklich begrenzt oder ausgeschlossen werden, wie es im deutschen Gesundheitswesen bislang die Ausnahme ist. Rationierung ist implizit, wenn Leistungen zwar nicht ausdrücklich verweigert, aber aufgrund von Budgets oder bürokratischen bzw. juristischen Hürden nicht gewährt werden. Implizite Rationierung gibt es auf der einen Seite schon immer, weil die Ressourcen im Gesundheitswesen und der Zugang zu ihnen schon immer beschränkt waren (ohne dass die Absicht bestanden hätte, Leistungen zu verweigern). Auf der anderen Seite wird implizite Rationierung zu einem ethischen Problem, wenn sie intentional herbeigeführt wird.

Solange Gesellschaft und Politik die Absicht hatten, im Rahmen des Solidarsystems im Prinzip alle medizinisch sinnvollen Leistungen zur Verfügung zu stellen, konnten begrenzte Ressourcen oder ein begrenzter Zugang (z. B. aufgrund unzureichend ausgebauter Versorgungsstrukturen) ethisch als vorübergehendes Problem betrachtet werden. Nachdem der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Festlegung der Beitragssätze eine Begrenzung der Einnahmen politisch verordnet wurde, konnten implizite Rationierungen nicht länger als schicksalhaft vorgegebene oder vorübergehende, künftige zu vermeidende Begrenzungen hingenommen werden. Um diese Problematik schärfer herauszuarbeiten, hat Prof. Dr. Christoph Fuchs auf dem Symposium „Rationierung im Gesundheitswesen“ (Symposium, S. 9-10) vorgeschlagen, von „verdeckter Rationierung“ zu sprechen, die in einer

Demokratie nicht tragbar sei. Rationierungsentscheidungen seien auf der Makroebene nach öffentlicher Diskussion von einem legitimierten Fachgremium zu treffen. Damit nimmt Prof. Fuchs Forderungen des Ausschusses auf (Ethische Gesichtspunkte, S. 7 f.)

Die Frage, wann und unter welchen Voraussetzungen in einen solchen öffentlichen Diskurs über Rationierungen bzw. Priorisierungen einzutreten sei, ist im Ausschuss (wie in der Fachöffentlichkeit) kontrovers diskutiert worden. Dabei bestimmten zwei gegensätzliche Gesichtspunkte die Diskussion:

Auf der einen Seite wurde betont, dass die dem deutschen Gesundheitswesen zur Verfügung gestellten Ressourcen insgesamt ausreichend sein dürften, jedoch besser verteilt und effizienter eingesetzt werden müssten. In kurzfristiger Perspektive dürfte sich die Frage nach der Rationierung also gar nicht stellen, im Gegenteil: Diese Diskussion sollte gar nicht geführt werden, damit nicht vermeidbare Engpässe ethisch akzeptabel gemacht würden (vgl. auch Symposium S. 15).

Auf der anderen Seite wurde darauf hingewiesen, dass sich Fragen der Rationierung oder Priorisierung langfristig unvermeidlich stellen (und in anderen Teilen der Welt täglich stellen), so dass eine Tabuisierung der Frage unverantwortlich wäre. Auf dieser Seite der Debatte wurden auch grundsätzliche Erwägungen zum Umgang mit Begrenzungen und eine kritische Einstellung gegenüber den Versprechungen des Gesundheitswesens geltend gemacht (vgl. auch Symposium S. 9).

Einigkeit bestand hinsichtlich der Forderung nach einem effektiven und effizienten Einsatz der Mittel, also darin, dass Rationalisierung angesichts begrenzter Mittel nicht nur eine ökonomische Forderung, sondern auch ein ethisches Gebot sei. Damit die Leistungserbringer rational und nachhaltig mit den ihnen anvertrauten Ressourcen umgehen können, müssen sie nach der Auffassung des Ausschusses eine faire ökonomische Perspektive erhalten (vgl. dazu auch Symposium S. 13).

■ Rationierung im Gesundheitswesen

Ein wichtiges Element der Ausschussberatungen war die Diskussion von Beispielen für Rationierungen (Ethische Gesichtspunkte, S. 11-29), die über diakonische Einrichtungen gesammelt worden waren. Der Ausschuss wollte sich mit diesen Beispielen Einsichten in die Alltagsprobleme des Gesundheitswesens verschaffen und analysieren, wie die vermuteten Rationierungen im Gesundheitswesen zustande kommen. Die Sammlung von Beispielen ist bei der Veröffentlichung im Herbst 2001 auf besonders großes Interesse gestoßen: Offenbar bestand und besteht in der Öffentlichkeit ein Interesse an konkretem Diskussionsmaterial.

Für den Ausschuss war die wichtigste Einsicht aus der Diskussion der Beispiele, dass neben den Budgets bürokratische und juristische Hindernisse eine patientenorientierte Leistungserbringung behindern. Schwerpunkte der Beratungen in den Folgejahren waren infolgedessen die Beschreibung von „Schnittstellenproblemen“ und die Konzeption einer „nahtlosen“ Versorgung angesichts der gegliederten Strukturen auf der Seite der Kostenträger und der Leistungserbringer (s. u. „Schnittstellenprobleme“ und „Nahtlosigkeit“).

Wie wird das gesundheitlich Notwendige bestimmt?

Wenn Rationierung die begrenzte Zuteilung *notwendiger* Leistungen bezeichnet, lautet die ethisch entscheidende Vorfrage: Wie wird das gesundheitlich Notwendige bestimmt? Der Ausschuss hat sich zu Beginn seiner Beratungen mit dem Konzept des Bedarfs und dem mit diesem Konzept eng verknüpften Programm der nachweisgestützten Medizin (*evidence based medicine*) auseinandergesetzt.

Schlechte Erfahrungen mit Evidence-based Medicine

„Bei der Einführung neuer Methoden wird dem MDK der Krankenkassen zuviel Entscheidungsmacht zugebilligt. Viel-fach sind begutachtende Ärzte fachlich nicht in der Lage komplexe Krankheitsbilder zu verstehen.

Entscheidungen werden nach Aktenlage getroffen, nur selten wird der Patient vom MDK-Arzt untersucht. Entscheidungen werden nach formalen, nicht medizinischen Kriterien getroffen.

Bei der Beantragung neuer Methoden wird während des Verfahrens mehrfach die „Spielregel“ geändert. So geschehen ist dies bei dem Antrag für die HBO-Therapie. Genügte eingangs scheinbar die Evidenz-Klasse II, so wurden am Ende Daten der Gruppen I gefordert, wohlwissend, dass auf Grund der Patientenzahl derartige Studien nie vollendet werden könnten.

Ungeachtet dessen werden viele Therapien traditionell angewendet, ohne dass die Wirkung bewiesen ist. Bei diesen Therapien genügt auch die Gesamtheit der medizinischen Erfahrung. Selbst für Aspirin wurde meines Erachtens nie gem. der bestehenden Evidenzkriterien bewiesen, dass das Medikament wirksam ist. Es lassen sich viele weitere Beispiele finden.“

Im Unterschied zum Bedürfnis der Patienten ist der Bedarf eine objektivierte Größe. Zwar gilt: Bedarf besteht nur da, wo auch ein entsprechendes Bedürfnis besteht. Aber nicht alle Behandlungsbedürfnisse stellen auch einen objektiven Bedarf dar. Behandlungsbedarf besteht nämlich nur dann, wenn eine erwiesenermaßen

zweckmäßige oder medizinisch-fachlich begründete Behandlungsoption zur Verfügung steht. Der Neigung, Patienten entsprechend ihren Bedürfnissen zu behandeln, auch wenn keine geeignete Behandlung zur Verfügung steht, *ut aliquid fiat*, wird damit ein Riegel vorgeschoben. Noch komplexer wird das Problem, wenn man danach fragt, *wer* den Behandlungsbedarf bestimmt. Traditionell tut dies der Arzt in Abstimmung mit dem Patienten. Das Konzept der *evidence based medicine* erfordert nun, dass die Zweckmäßigkeit einer Behandlung wissenschaftlich nachgewiesen wird. Der Ausschuss hat dieses Konzept rezipiert (Ethische Gesichtspunkte, S. 6), es im weiteren Verlauf seiner Beratungen aber aus zwei verschiedenen Richtungen kritisch beleuchtet.

Erstens hat PD. Dr. Michael Seidel auf dem Symposium (Symposium, S. 11 f.) darauf hingewiesen, dass am Normalmaß orientierte Behandlungen und Leitlinien kranken Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen nicht gerecht werden. Hier besteht zum einen ein besonderer und komplexer Forschungsbedarf, zum anderen ein konkreter, gegenüber dem Normalpatienten erhöhter Behandlungsbedarf, dem gesondert Rechnung zu tragen ist.

Zweitens ist der Versuch, mithilfe der *evidence based medicine* die Ressourcen im Gesundheitswesen nach wissenschaftlichen Maßstäben zu verteilen, noch einmal grundsätzlich hinterfragt worden. Es wurde darauf hingewiesen, dass das Gesundheitswesen nicht rein wissenschaftlich verfasst ist, sondern eine gesellschaftliche Realität darstellt, die politisch nach kulturellen Normen und unter dem Einfluss großer wirtschaftlicher Interessen gesteuert wird. Eine reine wissenschaftliche Evaluierung gehe an der konkreten Arzt-Patienten-Beziehung, an der gesellschaftlichen Funktion des Gesundheitswesens und an den massiven ökonomischen Interessen der Beteiligten vorbei. Ein auf das Maß des im strengen Sinne gesundheitlich Notwendigen zurückgeführtes Gesundheitswesen würde also weitreichende wirtschaftliche und gesellschaftliche Konsequenzen nach sich ziehen. Diese Konsequenzen wurden in der Diskussion einerseits angesichts der wachsenden Bedeutung des Gesundheitssektors problematisiert, andererseits als Freisetzung von Ressourcen für andere gesellschaftliche Aufgaben positiv bewertet.

Auf dem Weg zu einem integrierten Gesundheits- und Sozialwesen mit ganzheitlichen Zielen

Der Auftrag des Ausschusses bezog sich von Anfang an nicht nur auf das Gesundheitswesen, sondern auch auf den sozialen Bereich. Nachdem sich die Beratungen 2000-2001 auf den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung konzentriert hatten, also die Perspektive der Gesundheit in den Vordergrund stellten, hat der Ausschuss ab Herbst 2001 die Perspektive gewechselt. Aus einer sozialen, lebensweltlich orientierten Perspektive wurde nun die Situation von Menschen mit chronischen Leiden betrachtet. Es wurde also nach einer Versorgungsstruktur gefragt, die der Lebenswelt der Betroffenen und ihren primären sozialen Netzwerken entspricht. Auf dem Symposium war die Notwendigkeit einer solchen Betrachtungsweise am Beispiel der Altenhilfe/geriatrischen Versorgung deutlich geworden (Symposium, S. 13), die unter der Aufteilung in ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung leidet.

Die oft geforderte stärkere Vernetzung oder Integration der verschiedenen Sektoren wurde vom Ausschuss auf verschiedenen Ebenen diskutiert: Mit Blick auf die Praxis diakonischer Arbeit schien es sinnvoll, die Übergänge zwischen den verschiedenen Sektoren zu beschreiben und zu verbessern (s. u. „Schnittstellenprobleme“ und „nahtlose Versorgung“). Aus der Praxis diakonischer Arbeit kommen aber auch Impulse und Anregungen, die Aufteilung des Gesundheitswesens in verschiedene Sektoren und die Zergliederung der Behandlungen in verschiedene professionsbestimmte Handlungsfelder grundsätzlich zu hinterfragen.

1. Befähigung zu eigenständiger Lebensführung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Der Ausschuss hat sich sowohl mit der systemimmanenten Verbesserung wie auch mit den grundsätzlichen Anfragen an das Gesundheitswesen befasst. Leitbegriff dieser Phase der Diskussion war der Begriff der *Befähigung* zur autonomen Lebensführung und Teilnahme an der Gesellschaft trotz gesundheitlicher Einschränkungen und Behinderungen. Entscheidend ist, dass im Konzept der Befähigung gesundheitlicher und sozialer Hilfebedarf *nicht* auseinander dividiert werden. Konkretisiert wurde dieses grundlegende Anliegen in Diskussion mit Bezug auf das Sozialgesetzbuch (SGB) IX und die „International Classification of Functioning“ (ICF). Das Modell der „Befähigung“, das in der internationalen ethischen Debatte (Amartya Sen, Martha Nussbaum) als Modell zur Beschreibung und Begründung sozialstaatlicher Aufgaben diskutiert wird, bricht mit vielen Denkgewohnheiten, die auch in der Diakonie tief verankert sind. An die Stelle eines Versorgungssystems, das individuelle Defizite kompensiert, tritt eine auf die Autonomie, das Selbsthilfepotential und das primäre soziale Netzwerk der Patienten abgestimmte Unterstützung.

Unter *Befähigung* ist die Befähigung zu einer eigenständigen Lebensführung und Teilnahme am sozialen Leben zu verstehen. Damit wird dem Gesundheits- und Sozialwesen ein allgemeines und ganzheitliches Ziel vorgegeben, an dem einzelne Maßnahmen gemessen werden können. Medizinische Maßnahmen sind also nicht nur daran zu messen, ob sie ihr diagnostisch-therapeutisches Teilziel (zum Beispiel die Bekämpfung einer bestimmten Krankheit) erreichen, sondern auch daran, inwieweit sie dazu beitragen, den Leidenden ein möglichst eigenständiges Leben in sozialen und gesellschaftlichen Bezügen zu ermöglichen. Die Leistungen des Gesundheitswesens werden in eine Reihe mit anderen Leistungen zum Beispiel sozialer Unterstützung, Bildung oder Schulung gestellt, die ebenfalls die eigenständige Lebensführung unterstützen.

Individuelle Hilfeleistungen

„Aus dem Bereich der Behindertenhilfe tauchen in der letzten Zeit vermehrt Probleme bei Unterstützungssuchenden auf, deren Hilfebedarf nicht in die „vorgefertigten“ Hilfeformen der Behindertenhilfe passen. Zielformulierungen wie „ambulant vor stationär“ oder „Planung vor Platzierung“ lassen sich selten realisieren, wenn die (potenziellen) Nutzerinnen zwischen Subsystemen wechseln oder ihnen nicht eindeutig zuzuordnen sind. Die unterschiedlichen Systemrationalitäten schränken de facto die Konstruktionen individueller Hilfeleistungen ein, da die jeweiligen Sozialleistungsträger zur Wahrung ihrer Budgetsouveränität und Ausgabenreduzierung Sonderlösungen, die oft gesamtgesellschaftlich preiswert wären, nicht zulassen.“

Wenn beispielsweise ein hilfesuchender junger Erwachsener mit geistigen Behinderungen aus dem elterlichen Haushalt ausziehen will/soll und nach einer altersgemäßen Wohnform sucht, kann er nur wählen zwischen der „Vollversorgung“ in einer stationären Behindertenhilfeeinrichtung oder dem ambulanten Betreuten Wohnen. Beide Einrichtungstypen – chronisch ausgebucht – lassen Zwischenformen der Betreuungsintensität kaum zu. Entweder „Heim“ oder Betreuung in der eigenen Häuslichkeit mit einer Betreuungsintensität von ca. zwei Stunden pro Woche. Individuelle Hilfeleistungen bestehend aus zum Beispiel individueller Assistenz, Betreutem Wohnen, gezielten Mobilitäts- und Freizeithilfen, die in der Summe meist kostengünstiger wären als ein Heimplatz, werden von Sozialleistungsträgern nicht arrangiert und Freie Träger bei entsprechenden Versuchen nicht unterstützt. Dies wurzelt vor allem in der Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe für stationäre Hilfen und der finanziellen Verantwortung des örtlichen Trägers für den bunten Strauß der ambulanten Dienste. Der chronische Geldmangel beim letztgenannten gipfelt dann nicht selten in eine „Verschiebungsberatung“ zu den stationären Hilfen für die dann der überörtliche Träger aufkommen muss. Die Folge ist eine teure Überversorgung, die wertvolle (finanzielle) Ressourcen verschwendet und gesetzliche Zielformulierungen konterkariert.“

Nach der Auffassung des Ausschusses empfiehlt sich das Denkmodell der Befähigung nicht nur für den gesellschaftlichen Umgang mit Behinderungen, sondern auch für Bereiche des Gesundheitswesens, die bislang mit primär kurativen Zielsetzungen arbeiten. Diese notwendige Akzentverlagerung ist nicht zuletzt auf die medizinischen Erfolge bei der Lebensrettung zurückzuführen:

Im Gesundheitswesen entwickelter Länder zeichnet sich seit längerem eine Verlagerung der Krankheitslast von den akuten Erkrankungen zu chronischen Leiden ab. Zu den bekannten chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Asthma, die angesichts der gestiegenen Lebenserwartung statistisch zunehmen, kommen neue chronische Krankheitsbilder hinzu, die sich aus den Erfolgen bei der Lebensrettung und -erhaltung ergeben. Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, Krebserkrankungen, aber auch etwa die im Weltmaßstab epidemische AIDS-Erkrankung nehmen bei ausreichender medizinischer Versorgung einen chronischen Verlauf. Sie erfordern laufende Beobachtung und Behandlung und brin-

gen dauerhafte Einschränkungen mit sich. Zu den Krankheitsfolgen zählen u. a. Einschränkungen von Aktivitäten, die im jeweiligen Alter und der jeweiligen Gesellschaft für normal gehalten werden, so zum Beispiel bei der beruflichen Tätigkeit, der Erfüllung von Rollenverpflichtungen in der Familie, der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung und vieles mehr.

Die Zunahme chronischer Krankheitsverläufe erfordert also eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens. Es kann nicht mehr nur auf einzelne medizinische Interventionen setzen, sondern muss auf eine möglichst gute und dauerhafte Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen zielen. Da das medizinische System den Betroffenen das Leben mit chronischen Krankheiten und Behinderungen nicht abnehmen, sie wohl dabei unterstützen kann, rücken die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt der Reformbemühungen. Bei chronischen Krankheiten ist das medizinische System auf den Lebenswillen, die Einsicht, die Mitwirkung der Betroffenen angewiesen. Außerdem sind in vielen Fällen nicht-medizinische Maßnahmen notwendig,

um den Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in ihrem sozialen Umfeld und in Teilhabe der Gesellschaft zu ermöglichen. Die medizinisch-pflegerischen Interventionen müssen also in ein Gesamtkonzept der Unterstützung eingebettet werden. Ein solches Konzept kann nicht auf der Grundlage rein medizinisch-diagnostischer Krankheitsbeschreibungen entwickelt werden, die zudem vielfach somatisch fixiert sind.

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist an der Lebenswelt der Betroffenen orientiert, wenn diese die notwendige Unterstützung für ihr selbstbestimmtes Leben an ihrem Lebensmittelpunkt und in ihren alltäglichen Bezügen erhalten. Eine lebensweltlich orientierte Versorgung arbeitet vorrangig ambulant und bezieht das primäre soziale Netzwerk ein. Sie ermittelt den konkreten Bedarf an sozialer und gesundheitlicher Unterstützung und setzt eine enge Kooperation der verschiedenen Fachdienste und Einrichtungen voraus.

Da künftig die Fähigkeit der Menschen zur Bewältigung von Krankheiten und krankheits- oder behinderungsbedingten Einschränkungen stärker unterstützt und gefördert werden soll, gewinnt die Erhebung der Behinderung im Sinne der ICF und

der Kontextfaktoren, insbesondere der vorhandenen und benötigten Ressourcen, vor allem des sozialen Unterstützungsbedarfs an Gewicht. Erkenntnisse aus der Rehabilitation sind noch wenig genutzt und reichen für das Gesundheitswesen insgesamt noch nicht aus. Von zentraler Bedeutung ist deshalb in Zukunft ein Case Management, bei dem auf der Basis der Ressourcenanalyse Unterstützungsbedarf erfasst, konkretisiert und im Rahmen der gesellschaftlichen Regelungen befriedigt wird (vgl. die Beispiele aus dem Bereich des Krankenhaus-Sozialdienstes). Ihre Aufgabe bestünde darin, mit den Patienten den Bedarf lebensnah und ganzheitlich zu ermitteln und die verfügbaren Unterstützungsangebote zu eruieren.

Nicht nur bei der Ermittlung des Bedarfs, sondern auch bei Erbringung der Dienstleistungen ist Ganzheitlichkeit eine wichtige Forderung. Viele Menschen mit chronischen Erkrankungen, aber auch mit Behinderungen werden durch viele verschiedene – unzureichend koordinierte – Einzelleistungen nicht gut versorgt. Sie brauchen eine koordinierte komplexe Leistung, unter Umständen „quer“ zu den bestehenden Sektoren des Gesundheitswesens. Ein Komplexleistungsangebot wird seit langem in der Geriatrie, aber auch für die Behandlung psychisch kranker Menschen gefordert.

Ambulante mobile Rehabilitation von Schlaganfallpatienten....

„Hilfen für Menschen mit Schlaganfall sind meist nicht optimal aufeinander abgestimmt und vernachlässigen das Rehabilitationspotential. Typisch ist das Fehlen einer frühestmöglichen rehabilitativ ausgerichteten Therapie bereits in den ersten Tagen des Krankenhausaufenthaltes, abgesehen von einigen geriatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen und wenigen rehabilitativ ausgerichteten Stroke Units, die Überleitung nur einer kleinen Zahl von Patienten in eine Rehabilitationseinrichtung, die unzureichende Gestaltung des Überganges stationäre – ambulante Versorgung, die nicht konstante, zumindest nicht zuverlässig zugehende Versorgung zu Hause, die mangelnde Koordination des Gesamtprozesses und die oft zu frühe Heimeinweisung und die unzureichend rehabilitierende Pflege sowie Überlastung der Angehörigen.

Ein Beispiel für die Überbrückung dieser Schnittstellen und eine Verstärkung der Rehabilitation in häuslicher Umgebung unter Einbeziehung der konkreten Lebenssituation und der Pflegenden ist die Mobile Rehabilitation, die es in Deutschland nur an wenigen Stellen modellhaft gibt und gegen deren Einführung es erhebliche Widerstände gibt, da althergebrachte Grenzen aufgeweicht und Offenheit und Flexibilität insbesondere der Kostenträger und der Vertragsärzte notwendig sind.

In der Mobilen Rehabilitation werden Patienten unter zentraler Koordination und ärztlicher Leitung durch ein Team aus Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Pflegekräften, Arzt und Sozialarbeiter in der eigenen Wohnung behandelt. Sie fördert die Entwicklung von Ressourcen, stärkt sie und nimmt auf die Kontextfaktoren direkt im häuslichen Umfeld Einfluss. Es handelt sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Kostenträger sind vor allem die gesetzlichen Krankenkassen und andere Träger der Krankenhilfe und Rehabilitation.“

2. Ambulant vor stationär?!

Eine lebensweltlich orientierte befähigende Unterstützung durch gesundheitliche und soziale Dienstleistungen muss nicht zwingend ambulant erfolgen. In vielen Fällen ist eine stationäre Versorgung unumgänglich, vor allem wenn ein intensiver Überwachungsaufwand und eingreifende medizinische Maßnahmen erforderlich sind. Aber auch aus sozialen Gründen, zum Beispiel der familiären Situation, kann ein stationärer Aufenthalt sinnvoll sein. Andererseits bieten neuartige

ambulante Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen auch schwerbetroffenen Patienten Perspektiven, zum Beispiel in der teilstationären oder ambulanten geriatrischen, neurologischen oder der mobilen Rehabilitation, zu Hause zu verbleiben und gleichzeitig eine hochwertige und effektive Behandlung zu erfahren. Von vielen Patienten wird die ambulante Behandlung bevorzugt. Insofern ist ein Ausbau leistungsfähiger ambulanter und mobiler Dienste neben den stationären Angeboten erforderlich.

Stationär vor ambulant...

„Als Pneumologen behandeln wir viele multi-morbide Patienten, vorwiegend mit chronisch-obstruktiver Atemwegserkrankung und Lungenemphysem. Diese Patienten sind in hohem Alter nicht selten zusätzlich durch eine erhebliche Osteoporose mit Wirbelkörpersinterungen beeinträchtigt. Es entwickelt sich dann ein Teufelskreis zwischen Immobilität und negativen Einflüssen auf die Atmung durch die Schmerz-Medikation und Verschlechterung der Grunderkrankung. Diese Patienten bedürfen einer mittelfristigen stationären Zuwendung, die sich aus den Komponenten Pflege, kontinuierliche Anpassung der Medikation, physikalische Therapie, Sauerstofflangzeittherapie, Inhalationstherapie 6-x-12x täglich u. a. zusammensetzt. Eine zu kurze Verweildauer dieser Patienten, zum Beispiel unter dem Kostengesichtspunkt einer Fallpauschale führt jedoch mit absoluter Sicherheit zu „Drehtüreffekten“, so dass diese Patienten sehr rasch hier wieder aufgenommen werden müssen. Die übliche Pflegeversicherung ist jedoch nicht in der Lage, die komplexen Anforderungen, die diese Patienten an ihre weitere Versorgung stellen müssen, zu gewährleisten.“

„Bei der Behandlung von Tumorkrankheiten, die sich im Thorax manifestieren, spielen zunehmend neuere Zytostatika der so genannten 3. Generation eine Rolle. Diese Substanzen sind jedoch in aller Regel sehr teuer. Ihr Einsatz unter stationären Bedingungen ist aus wirtschaftlicher Sicht nicht möglich, da die Tagestherapiekosten bei weitem die Pflegesätze übersteigen. Bei sehr schwer erkrankten Patienten ist jedoch eine ambulante Chemotherapie nur im begrenzten Maße zumutbar und durchführbar. Hier ergibt sich also eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Möglichen und dem Machbaren.“

Rationierung in der häuslichen Krankenpflege

„Patientin F., 72 Jahre alt, hat durch einen Sturz eine offene Radiusfraktur mit Fixateur externe. Sie wurde nach chirurgischer Behandlung nach Hause entlassen. Der weiterbehandelnde Orthopäde verordnete für vier Wochen Grund- und Behandlungspflege nach § 37.1 SGB V, da die Patientin durch den Fixateur nicht in der Lage war, ihre Körperpflege selbstständig durchzuführen. Auch der mit im Hause lebende Ehemann war dazu außerstande. Die Kasse genehmigte zehn Tage; danach musste die Patientin irgendwie selbst zurechtkommen, da sie sich die Eigenfinanzierung nicht leisten konnte.“

„Patientin K., 85 Jahre alt, erlitt nach einem gemeinsamen Sturz mit ihrem 94-jährigen Ehemann Frakturen an beiden Armen, die konservativ (Gips) versorgt wurden. Auch hier verordnete der weiterbehandelnde Arzt vier Wochen Grund- und Behandlungspflege; genehmigt wurden 14 Tage. Nach Ablauf dieser Zeit musste die Patientin weitere 14 Tage selbst finanzieren.

Beide Patientinnen waren abgesehen von der akuten Situation nicht pflegebedürftig, so dass auch eine Einstufung gemäß Pflegeversicherung nicht möglich war.“

„Gemäß Bundessozialgerichtsurteil vom 30.10.2001 weigert sich die Krankenkasse, bei Patientin L., 86 Jahre, alleinlebend, das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe nach § 37.2 SGB V zu übernehmen. Sie begründet dies mit der Pflegestufe 1, nach der Frau L. laut Gutachten ohnehin täglich Hilfe beim An- und Auskleiden benötigt. Da die Patientin aber nur Hilfe im Rahmen von Hauswirtschaft und Einkaufen in Anspruch nimmt, muss sie nun über die Pflegeversicherung zweimal täglich Modul 8 (Mobilisation; dies nach Aussage der Leistungsabteilung der betreffenden Kasse) in Anspruch nehmen. Das bedeutet für Frau L. eine Zuzahlung von Euro 506,32 ausschließlich für das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe. Ein Mitarbeiter der Krankenkasse empfahl, auf diese Zuzahlung angesprochen, den Gang zum Sozialamt; ein anderer einen Antrag auf Höherstufung, der nach pflegerischer Einschätzung keine Aussicht auf Erfolg hat.“

Beklagt werden müssen in diesem Zusammenhang die nach wie vor rigiden Grenzen in der häuslichen Krankenpflege. Dass es ausgerechnet in der häuslichen Krankenpflege, die aufwendige stationäre Aufenthalte vermeidet und Patienten in ihrem Lebensumfeld unterstützt, nach wie vor eine *explizite Rationierung* gibt, auf die der Ausschuss schon vor zwei Jahren hinwies (Ethische Gesichtspunkte, S. 11, Symposium S. 11), muss scharf kritisiert werden.

Angesichts knapper Ressourcen und Kapazitäten in der ambulanten Versorgung erscheint die weiterhin geplante und mit den DRGs umgesetzte Verkürzung der stationären Behandlung ein fragwürdiges Ziel.

Probleme ambulanter Nachsorge

„Des Weiteren ergeben sich Schwierigkeiten daraus, dass in den Krankenhäusern in der Regel ambulant-chirurgisch behandelte Patienten bei der jetzigen Abgrenzung zwischen Niedergelassenem und Krankenhausbereich mit großer Wahrscheinlichkeit nicht adäquat nachbehandelt werden könnten. Spezielle diesbezügliche Probleme wären die hausärztlich-chirurgische Versorgung bzw. die schmerztherapeutische Versorgung zu ungünstigen Zeiten.“

„Die Bewilligung von Hilfsmitteln wie eines Rollators, Rollstuhls oder eines behindertengerechten Bettes für die ambulante Versorgung ist oft ein aufwendiges Unterfangen bei der Diskussion mit Krankenkassen und Sozialbehörden. Dadurch verschiebt sich die Verlegung des Patienten nach Hause oft um mehrere Tage.“

„Krebspatienten stehen nach dem Krankenhausaufenthalt oder Anschluss-Heilbehandlung völlig alleine da. Eine weitere Hilfestellung durch den Sozialdienst sollte ermöglicht werden.“

„Bei Patienten, die Haushaltshilfe benötigen (v. a. ältere Patienten) ist die Kostenübernahme völlig ungeklärt, weil die Einstufung durch die Pflegeversicherung erst nach drei bis vier Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt.“

Dazu gibt es Patienten, die als nicht pflegebedürftig eingestuft werden und dennoch Haushaltshilfe für die erste Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt benötigen.“

Die von den meisten Patienten gewünschte ambulante Versorgung wird nur dann eine lebensweltliche orientierte patientennahe Versorgung sein, wenn parallel zum „Bettenabbau“ im stationären Bereich in ambulante Dienste investiert wird. Doch selbst durch einen Ausbau der ambulanten Strukturen würden viele dem Ausschuss vorgetragene Probleme nicht grundsätzlich gelöst werden. Deshalb will der Ausschuss die öffentliche Diskussion auf eine integrierte bzw. vernetzte Versorgung hinlenken.

3. „Schnittstellenprobleme“

„Schnittstellenprobleme“ - dieser Sammelbegriff hat sich im Briefwechsel des Ausschusses mit Fachleuten in Krankenhäusern, Diakoniestationen und Beratungsstellen als Problemanzeige für alle *administrativen Unterbrechungen von Heilungsprozessen* eingebürgert.

„Der MDK kommt zur Begutachtung nicht ins Krankenhaus. Die Einstufung erfolgt zu Hause oder im Pflegeheim. Dadurch entstehen für den Patienten Nachteile, weil es oft zu einer Fehleinschätzung des Gesundheitszustands kommt.“

Aus administrativer oder juristischer Sicht handelt es sich um sehr unterschiedliche Vorgänge: angefangen von „Übergaben“ innerhalb eines Krankenhauses, aus der stationären in die ambulante Versorgung oder umgekehrt, aus der Klinik in die Rehabilitation über die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bis hin zu Fragen der Zuständigkeit eines Versicherungsträgers. Aus der Perspektive des Heilungsprozesse erscheinen diese Vorgänge als Unterbrechungen, Störanfälligkeiten, Zuständigkeitsfragen – oder positiv gesprochen: als komplexe informative, kommunikative, administrative und juristische Anforderungen an die Patienten bzw. die Menschen in den Heilberufen.

Die dem Ausschuss zugegangenen Problembeschreibungen und Einschätzungen, die durchweg subjektiv geprägt sind, lassen sich nicht summieren und auf einen Nenner bringen. Bei vielen Beispielen entsteht, wenn man sie einzeln betrachtet, der Eindruck, dass die Spielräume administrativen Handelns nicht zum Wohl der Patienten ausgeschöpft worden sind.

■ Auf dem Weg zu einem integrierten Gesundheits- und Sozialwesen

Weil sich die Fälle aber häufen, erscheint es sinnvoll, das Verwaltungshandeln sowohl bei den Kostenträgern als auch bei den Leistungserbringern unter ethischen Gesichtspunkten zu überdenken.

„Patienten klagen vielfach darüber, dass sich das Schalterpersonal der Krankenkasse wie ein letztinstanzliches Kontrollorgan aufführt. Gerade Tumorpatienten haben erkrankungsbedingt Bedürfnisse, auf die nach menschlichen, und nicht rein formalen Gesichtspunkten reagiert werden muss. Patienten bleiben vielfach über ihre Rechte im unklaren. Der Zugriff auf die Pflegeversicherung ist nur in seltenen Fällen erfolgreich beantragt worden. Zumeist bringt dann eine nachhaltige ärztliche Intervention bei der Kasse den notwendigen Fortgang des Antrags.“

„Krebspatienten unterscheiden sich in vielen Punkten von „normalen“ Patienten in der Hausarztpraxis. Sie sollten deshalb von der strengen Anwendung der Richtlinien für die Befreiung von Zuzahlungen bei Arznei- und Hilfsmitteln ausgenommen werden. Therapien sind oft langwierig und Krebspatienten benötigen neben den Spezialmedikamenten supportive Hilfsmittel, die dem Grundsatz nach nicht verordnungsfähig sind. So mögen zwar die Voraussetzungen für eine Befreiung fehlen, dennoch gerät der Patient durch Zahlungspflicht in Bereiche, in denen sein sozialer Bestand gefährdet ist.“

Die grundlegende Schwierigkeit der gegenwärtigen Praxis liegt nach Auffassung des Ausschusses darin, dass kranke oder rekonvaleszente Menschen nicht nur durch den Heilungs- bzw. Rehabilitationsprozess gefordert sind, sondern sich auch um die Bewilligung der erforderlichen Mittel bemühen müssen.

Angesichts der Belastung, die eine Krankheit, insbesondere wenn sie chronisch verläuft und/oder die Teilnahme am Leben stark einschränkt, darstellt, ist es unbillig, die Patienten mit der administrativen Vertretung ihrer Sache zusätzlich zu belasten. Zudem dürfte hier eine Schwelle liegen, die sozial schlechter gestellte und schlechter ausgebildete Patienten nicht überschreiten können. Es ist also auch eine Frage der Gerechtigkeit bzw. des gleichen Zugangs zu gesundheitlichen Leistungen, dass andere Akteure für die Patienten eintreten.

„Problemkreis Patiententransport: Patienten mit gutartigen Gelenkerkrankungen können in den meisten Fällen von der Bestrahlung profitieren. Die Erkrankung ist nicht immer der Grund dafür, dass Patienten nicht eigenständig zur Bestrahlung kommen können. Das Einzugsgebiet für die Strahlenklinik in A-Stadt umfasst etwa 100 km. Öffentliche Verkehrsmittel gibt es nicht aus allen Orten, ein eigener PKW steht nicht immer zur Verfügung und der Transport mit einem Taxi darf nur aus medizinischen Notwendigkeiten verordnet werden. Mangelnde Transportmöglichkeit ist jedoch kein medizinischer Grund für die Verordnung. Patienten haben Anspruch auf eine Bestrahlungsbehandlung, müssen aber den Transport zu einer Spezialeinrichtung selbst finanzieren. Dies ist vielfach nicht möglich!“

In der Praxis wird diese anwaltliche Aufgabe oft vom Sozialdienst in Krankenhäusern übernommen – offenbar mit guten Ergebnissen.

„Unser Haus ist mit dem Sozialdienst auf dem richtigen Weg. Die Zusammenarbeit funktioniert hervorragend. Diese Einrichtung sollte dahin ausgebaut werden, so dass dieser Dienst zum „Anwalt“ der Patienten wird. Alle Anträge von chronisch Kranken sollten über diesen Dienst laufen.“

„Im gesamten gesehen, sollte der Sozialdienst in den Abstimmungsfragen eine bessere Kompetenz bekommen. Dieses wäre für alle Beteiligten, besonders die Patienten eine große Hilfestellung.“

Aber es sind auch andere „kleine“ Schritte auf dem Weg zu einem patientenorientierten Gesundheitswesen denkbar. So sollten alle Sozialleistungsträger sicherstellen, dass ihre Klienten/Patienten gegebenenfalls im Krankenhaus, in der Pflegeeinrichtung, in der Rehabilitationseinrichtung durch Fachleute aufgesucht werden, die ein Assessment durchführen, Hilfebedarf ermitteln und Hilfen organisieren können. Die Humanisierung des Verwaltungshandelns bedarf nach der Auffassung des Ausschusses aber auch eines anderen ethischen Grundsatzes: Nicht der kranke Mensch, sondern die gesunden professionellen Kräfte müssen die notwendigen administrativen und juristischen Klärungen herbeiführen, damit die Heilungs- bzw. Rehabilitationsprozesse ohne äußere Störung voranschreiten können.

„Schnittstellenprobleme“ zwischen Krankenhaus und Rehabilitation

„Bei den zahlreichen Patienten mit Schlaganfall, die wir betreuen, ist die Frührehabilitation ein wichtiges Therapieziel. Im stationären Bereich haben wir in der 1. Med. Klinik viel zu wenig Kranken-gymnasten. Trotz des Einsatzes der wenigen Mitarbeiter, die sich sehr bemühen, reicht deren Behandlung nicht aus. Unser Ziel ist es daher, die Patienten so bald, wie möglich in ein Zentrum für neurologische Frührehabilitation zu verlegen. Dies ist verbunden mit langen Wartezeiten, da die Plätze rar sind.“

Als Verbesserungsmöglichkeit wäre eine engere Verzahnung mit Rehabilitationskliniken am besten natürlich sogar Einrichtungen vor Ort denkbar, in die diese Patienten frühzeitig verlegt werden könnten, auch mit der Option der Rückverlegung, falls die Patienten sich klinisch wieder verschlechtern sollten und dann medizinische Versorgung wieder mehr im Vordergrund steht.“

„Eine Frührehabilitation ist schwer zu bekommen. Diese sollte an großen Krankenhäusern angegliedert werden, damit die Kontinuität der Versorgung des Patienten gewährleistet wird. Eine Versorgung in einer Frührehabilitation ist oftmals teurer als in der Akutklinik, obwohl in der Akutklinik gleiches geleistet wird oder sogar noch mehr. Der Verlegungszeitpunkt sollte hinterfragt werden und nicht aus belegungsstatistischen Gründen gewählt werden. Ein schwerkranker Patient mit Schlaganfall oder auch Polytrauma kann von der Intensivstation bzw. Stroke Unit auf die Normalstation, dann zur Frühreha und schließlich in die Reha verlegt werden, jedes Mal wird seine Geschichte neu aufgenommen, er trifft neue Menschen, die Familienangehörigen müssen sich neu orientieren. Wünschenswert ist eine ortsnahe Frühreha und Reha – möglichst angegliedert an ein großes Versorgungskrankenhaus.“

„Bei der Koronaren Herzkrankheit ist die Rehabilitation gewissermaßen ein Selbstläufer. Völlig unproblematisch bekommen wir Termine für die Nachbehandlung in entsprechenden Herz-Kreislauf-Rehabilitationszentren. Doch sind diese Nachbehandlungen sinnvoll?“

Die berechtigte Kritik an dieser Behandlung zeigt, dass die gesetzten Ziele, nämlich langfristige Korrektur der Risikofaktoren mit Veränderungen der Verhaltensweise und vor allem des Ernährungsverhalten, nicht erreicht werden. Dies könnte sicher viel erfolgversprechender und wahrscheinlich auch preisgünstiger durch eine begleitende ambulante wohnortnahe Rehabilitation erzielt werden, ohne dass der Patient aus seiner gewohnten Umgebung herausgenommen wird. Im Gegensatz zur oben erwähnten neurologischen Rehabilitation, bei der die Patienten oft noch in hohem Maße pflegebedürftig sind und daher bis zum Wiedererlernen ihrer Motorik in der Rehabilitation noch nicht nach Hause gelassen werden können, sind die Herz-Kreislauf-Patienten sehr wohl in der Lage in ihre häusliche Umgebung zurückzukehren. Ein weiteres Defizit ist die Dauer der Rehabilitation, die sie nicht nur auf drei Wochen begrenzt sein müsste, sondern so lange begleitend erfolgen sollte, bis die Ziele erreicht sind.“

„Zum Teil werden Patienten gezwungen eine AHB (Anschluss-Heil-Behandlung) anzutreten, obwohl sie die nicht möchten. Sie werden auf den Verlust von Ansprüchen hingewiesen. Der Bereich ambulante Reha im Heimatort ist vielen Schalterangestellten unbekannt.“

Zur rechtlichen Verwirklichung dieses Postulats hat Prof. Dr. Otto Krasney folgende juristische Ausarbeitung vorgelegt, die der Ausschuss mit Dank zur Kenntnis genommen und eingehend diskutiert hat. Seine Ausführungen gehen vom System der gegliederten Sozialversicherung (Gesetzliche Krankenversiche-

rung, Rentenversicherung, soziale Pflegeversicherung usw.) und den bestehenden Sektoren der ambulanten, teilstationären bzw. stationären Versorgung aus und zeigen, wie mit systemimmanenten Veränderungen viel für eine patientengerechte Versorgung getan werden kann.

Nahtlosigkeit im System der gegliederten Sozialversicherung

I. Grundentscheidungen des Gesetzgebers

Nach § 12 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. An erster Stelle stehen nach dem Gesetz also die Kriterien, welche die erforderliche Hilfe an den Versicherten bestimmen. Nur in deren Rahmen ist dann nach § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V die wirtschaftliche Leistung zu wählen.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre und vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird (siehe § 4 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch <SGB>, Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung – <SGB XI>). Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 25 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Auch hier ist unter den wirksamen Mitteln das zu wählen, was auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht.

Wirtschaftlich ist für beide Rechtsgebiete (Krankenversicherung und Pflegeversicherung) somit nicht gleichzusetzen mit der geldmäßig billigsten Leistung. Wirtschaftlich kann auch eine Einzelleistung selbst dann sein, wenn es zwar zunächst nicht die billigste Leistung, aber die Leistung ist, die insgesamt in der Gesamtfolge der Leistungen die wirtschaftlichste ist. Allerdings ist hier nicht die wirtschaftliche Gesamtrechnung einschließlich der außerhalb des jeweiligen Sozialleistungsträgers liegenden Faktoren zu berücksichtigen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung kann nur im Rahmen des eigenen Leistungsbereiches des jeweiligen Sozialleistungsträgers erfolgen. Die Sozialleistungssysteme auf diese wirtschaftliche Gesamtrechnung auszurichten ist in einem gegliederten System vornehmlich und weitgehend dem Gesetz- und Ordnungsgeber zugewiesen. Das entpflichtet die Sozialversicherungsträger jedoch keinesfalls, innerhalb ihres Bereiches die wirtschaftliche Gesamtrechnung immer wieder zu prüfen und neuen Entwicklungen anzupassen. Die

nicht verkannte Bedeutung dieser Aufgabe darf aber nicht dazu führen, zum Beispiel die Forderung ambulanter Leistungen vor stationären Aufenthalten ausschließlich unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu entscheiden. Voran steht die auf den Kranken bezogene Beurteilung, ob die stationäre oder die ambulante Leistung ausreichend und zweckmäßig ist. Nicht nur die „wirtschaftliche Gesamtrechnung“ hat in dem Sicherungssystem ihre Grenzen. Allgemein sei hier in Erinnerung gebracht, dass gerade aus Sicht der Diakonie die umfassende erforderliche Verzahnung und Nahtlosigkeit der Leistungen über den Bereich der gesetzlichen Sicherungssysteme hinaus in den Aufgabenbereich der freien Wohlfahrtspflege fällt und die Zusammenarbeit mit deren Trägern erfordert.

Die sozialen Leistungssysteme beweisen sich somit nicht allein durch ihre Grundsätze, sondern vor allem durch die gesetzlichen Einzelregelungen, die zum Teil diese Grundsätze einschränken. Die gesetzlichen Einzelregelungen können ebenso Rationalisierungseffekte bezwecken wie explizite Rationierungen festlegen. In der Verwaltungspraxis vermögen vor allem finanzielle und/oder personelle Engpässe zu impliziten Rationierungen führen.

Die den folgenden Ausführungen zugrunde liegenden Beispiele sind vorwiegend dem stationären Bereich und seiner Verzahnung zu ambulanten Leistungen – einem besonderen Erfahrungsbereich der Arbeit der Diakonie im Gesundheitswesen – entsprungen.

II. Nahtlosigkeit bei erforderlicher stationärer und ambulanter Behandlung oder Rehabilitation oder Pflege

Vorsorglich sei sogleich noch einmal betont, dass sich die folgenden Ausführungen auf die erforderliche Nahtlosigkeit rechtlich festgelegter Leistungen bezieht. Inwieweit darüber hinaus der Erkrankte, der Rehabilitand oder Pflegebedürftige weiterer Hilfeleistungen bedarf, die bisher nicht in den Leistungsbe-

■ Nahtlosigkeit im System der gegliederten Sozialversicherung

reich der Sozialversicherung einbezogen sind, kann hier nicht behandelt werden.

1. Leistungen von Kostenträgern verschiedener Sozialversicherungszweige

1.1. Lücken in der Nahtlosigkeit

Das System der gegliederten Sozialversicherung birgt viele Vorteile gegenüber einer alles umfassenden Einheitsversicherung, weist aber häufig in der Verwaltungspraxis vor allem erhebliche Nachteile auf, wenn sich im Rahmen einer erforderlichen Versorgungskette an die Leistung eines Sozialversicherungsträgers – zum Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung stationäre Krankenhausbehandlung – die Leistung eines anderen Trägers der Sozialversicherung – zum Beispiel stationäre Rehabilitation durch den Träger der Rentenversicherung oder stationärer Pflege durch die Pflegekasse – anschließen soll. Erfolgt die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen durch den neuen Leistungsträger – zum Beispiel des Rehabilitationsträgers – jeweils im Einzelfall erst nach Abschluss der vorausgegangenen Sozialversicherungsleistung – zum Beispiel der stationären Heilbehandlung –, so kommt es in nicht wenigen Fällen zu zeitlichen Verzögerungen, die den Erfolg der gesamten Behandlung für den Betroffenen nicht zumutbar beeinträchtigen können. Zum Teil kann es auch zusätzlich zu rein wirtschaftlichen Defiziten und daraus entstehenden kostenrechtlichen Streitigkeiten führen, wenn der Patient nach der stationären Behandlung zwar in die Anschlussrehabilitation oder stationäre Pflege kommen, nicht aber nach Haus entlassen werden kann. Im Vordergrund stehen aber stets die Nachteile, die den behandlungs- oder rehabilitations- oder pflegebedürftigen Betroffenen belasten.

Es ist jedoch zu beachten, dass die weitaus größere Zahl der Rehabilitanden nicht aus der stationären, sondern aus der ambulanten Behandlung mit ärztlicher Beratung in die stationäre Behandlung gelangt. Insofern klagen viele Rehabilitationseinrichtungen darüber, dass in der ambulanten Praxis erhobene, für die Rehabilitation wesentliche Befunde fehlen. Die ambulante Praxis begegnet diesem Vorwurf zum Teil mit dem Hinweis, dass die Rehabilitationseinrichtungen jeweils unabhängig von den vorliegenden Befunden stets eigene Befunderhebungen durchführen. Von den Rehabilitanden wird nicht selten geltend gemacht, es

fehle immer noch an ausreichenden Möglichkeiten für eine qualitativ gesicherte ambulante Rehabilitation.

Die zeitlichen Verzögerungen liegen in der Prüfung der sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der anschließenden Leistungen, die zudem durch eigene Befunderhebungen des neuen Leistungsträgers bedingt sei und zu dem Ergebnis führen können, dass der neue Leistungsträger – wie zum Beispiel der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung wegen der andersartigen Zielrichtung der von ihm zu gewährenden Rehabilitation – bereits seine Zuständigkeit verneint oder aber sie zwar bejaht, aber die medizinische Notwendigkeit für die vorgeschlagene Leistung verneint und keine oder eine andere medizinische oder berufliche Leistung zur Teilhabe für notwendig erachtet. Gleiches gilt bei der Aufnahme von Patienten aus der Pflegeeinrichtung in eine stationäre Klinikbehandlung und umgekehrt. In allen diesen Fällen ist jedoch der betreffende Kranke oder Rehabilitand oder Pflegebedürftige der Leidtragende für die verspätete Leistung, für den Zuständigkeitsstreit und für den Streit über die sachgerechte Leistung. Es ist einer der praktischen Problemkreise, denen sich das gegliederte System nicht ausreichend gestellt hat, obwohl sie dem Betroffenen unmittelbar und in einer in der Regel für ihn besonders schwierigen Lebensphase erfasst.

1.2. Rechtliche Gegensteuerung

Besteht Streit nur darüber, welcher Leistungsträger zuständig ist, so enthält § 43 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) Allgemeiner Teil (SGB I) folgende allgemeine Regelung, die für alle Bereiche des Sozialrechts gilt:

„Besteht ein Anspruch auf Sozialleistungen und ist zwischen mehreren Leistungsträgern streitig, wer zur Leistung verpflichtet ist, kann der unter ihnen zuerst angegangene Leistungsträger vorläufige Leistungen erbringen, deren Umfang er nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt. Er hat Leistungen nach Satz 1 zu erbringen, wenn der Berechtigte es beantragt; die vorläufigen Leistungen beginnen spätestens nach Ablauf eines Kalendermonats nach Eingang des Antrags“.

Diese Regelung hat den sogleich erkennbaren Nachteil, dass zunächst vom Betroffenen nacheinander zwei Leistungsträger anzugehen sind und erst danach der zunächst angegangene Leistungsträger – wiederum erst aufgrund einer Initiative des Betroffenen – die

■ Nahtlosigkeit im System der gegliederten Sozialversicherung

vorläufigen Leistungen zu erbringen hat, und zwar – erst – innerhalb eines Monats nach Antragstellung.

Man kann davon ausgehen, dass im Regelfall mindestens zwei Monate nach Feststellung der Notwendigkeit der Leistungen vergehen.

Diesen zeitliche Nachteil und auch die doppelte Antragstellung des Betroffenen verkürzt § 14 SGB IX Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) für Leistungen zur Teilhabe.

Dessen Abs. 1 Sätze 1 bis 3 lauten:

„Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 des Fünften Buches. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt“.

Aber auch hier bleibt doch regelmäßig ein Zeitraum von mindestens einem bis eineinhalb Monaten, bevor die Leistung erbracht wird.

Die gegenüber § 13 Abs. 2 SGB V noch erweiterte Regelung des § 15 SGB IX ermöglicht zwar den Bedürftigen im Rahmen der gesetzlichen Regelungen, selbst beschaffte Leistungen von dem Träger der Leistungen zur Teilhabe erstattet zu erlangen. Aber auch sie sichert keine Nahtlosigkeit und setzt die Vorauszahlung durch den Betroffenen und die Durchführung eines wenn auch relativ kurzen Verwaltungsverfahrens voraus.

Die aufgezeigten Regelungen haben jedoch zusätzlich einen entscheidenden, eigentlich an erster Stelle der Kritik zu nennenden Nachteil. Sie betreffen im Regelfall einen Menschen, der durch eine Krankheit oder eine Behinderung oder sogar durch seine Pflegebedürftigkeit in starkem Maße auch und gerade für die

Einleitung und Führung eines entsprechenden Verwaltungsverfahrens nicht im Stande ist. Entsprechendes gilt für seine Angehörigen, die schon mit der Fürsorge um den Betroffenen neben den laufenden Alltagsbeanspruchungen voll ausgelastet sind.

Als Vorbild für eine bessere, die aufgezeigten Nachteile der vorstehend angeführten Regelungen zumindest wesentlich mildernde Vorschrift könnte § 23 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) Arbeitsförderung (SGB III) dienen.

„Solange und soweit eine vorrangige Stelle Leistungen nicht gewährt, sind Leistungen der aktiven Arbeitsförderung so zu erbringen, als wenn die Verpflichtung dieser Stelle nicht bestünde“.

Diese Regelung umfasst für die Arbeitsförderung die Fälle, in denen die noch erforderliche Leistung von einem anderen Leistungsträger oder auch nur einer vorrangigen Stelle desselben Leistungsträgers nicht unmittelbar im Anschluss an die vorangegangene Leistung – aus welchen Gründen auch immer – erbracht werden kann.

Als allgemeine Regelung wäre in etwa zu formulieren:

„Besteht Anspruch auf weitere Sozialleistungen und ist streitig, welcher Leistungsträger hierfür zuständig ist, so hat der bisher leistende Sozialleistungsträger auch die weiteren Leistungen zu erbringen bis der zuständige Leistungsträger seine Leistungspflicht festgestellt hat und die weitere Leistung erbringt. Der zuständige Leistungsträger hat dem bisher leistenden Leistungsträger alle Aufwendungen zu ersetzen, die dieser für die weiteren Leistungen erbracht hat. Beruht die verspätete Feststellung des zuständigen Leistungsträgers auf einer nicht rechtzeitigen ausreichenden Unterrichtung durch den bisher leistenden Leistungsträger, so hat der zuständige Leistungsträger nur die Kosten zu erstatten, die ihm bei rechtzeitiger Unterrichtung entstanden wären. Entsprechendes gilt, wenn der zuständige Leistungsträger die von ihm zu erbringende Leistung nicht im erforderlichen Anschluss an die Leistung einer anderen Stelle erbringt.“

Eine solche oder entsprechend anders formulierte Regelung würde den oben aufgezeigten Nachteil vermeiden. Die differenzierende Erstattung der Kosten

wird sowohl den zuständigen Leistungsträger zu einer schnellen Entscheidung führen als auch den bisher und auch zunächst weiterhin leistenden Leistungsträger zu einer rechtzeitigen, umfassenden Unterrichtung des neuen Leistungsträgers oder der neuen Stelle veranlassen.

1.3. Organisation von Versorgungsketten

Zu erinnern bleibt, dass diese Regelungen und der erweiterte Regelungsvorschlag nur die Nahtlosigkeit von festgelegten sozialen Leistungen betreffen. Inwieweit an sich weitere Maßnahmen nahtlos erforderlich wären, die aber nicht zu den jeweils – bis auf die Sozialhilfe – abgeschlossenen Leistungskatalog in einem Sozialversicherungsbereich liegen, gehört in den Aufgabenbereich des Gesetz- und Verordnungsgebers.

Die vorstehend behandelten Probleme und aufgezeigten Vorschläge dürfen aber nicht übersehen lassen, dass zahlreiche Lücken in einer Versorgungskette nicht nur aus einem Streit über die Zuständigkeit entstehen, sondern sich „lediglich“ aus einer unzureichenden Organisation der Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der stationären Behandlung und den niedergelassenen Ärzten oder den Pflegeeinrichtungen oder des Trägers der Rehabilitation ergeben. Der Sicherstellungsauftrag der Träger der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung ist nicht nur eine jeweils interne Aufgabe, sondern umfasst eine enge Zusammenarbeit aller Sozialleistungsträger und vielfältige Verzahnungen einzelner Leistungsbereiche, um der gesetzlichen Vorgabe nachzukommen. Die – als Beispiel aus den angeführten Fällen – nunmehr kraft ausdrücklicher Regelung in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallende Frührehabilitation im Krankenhaus (siehe § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGG V; siehe auch unten unter 2) mit der anschließenden Rehabilitation durch einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder weiterhin durch die gesetzliche Krankenversicherung hatte früher so häufig zu Lücken in den kontinuierlichen Abläufen geführt. Nicht selten konnte innerhalb der Akutbehandlung noch nicht oder nicht rechtzeitig geklärt werden, ob der Patient schon rehabilitationsfähig war. Die Frührehabilitation im Rahmen der Akutbehandlung vermag auch diese Frage zu klären und zugleich den frühestmöglichen Beginn der Rehabilitation zu sichern. Sie ist auch nunmehr gesetzlich abgesichert und durch die §§ 10 ff. SGB IX noch verstärkt worden.

Gleiches gilt für das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Pflegekassen, die zudem organisatorisch einander angegliedert sind. Hier wäre ein erfolgreicher politischer Druck auf die Selbstverwaltung besser als eine gesetzliche Regelung, wobei zu beachten ist, dass diese Zusammenarbeit zwischen den Sozialleistungsträgern gerade zu den wenigen Bereichen im Sozialrecht gehört, in dem die Selbstverwaltung noch eigene, von ihr auszufüllende Aufgaben und Erfüllungsmöglichkeiten besitzt. Dabei sollte man die bestehenden faktischen Möglichkeiten der Selbstverwaltung, zu gemeinsamen Lösungen zu kommen, nicht unterschätzen. Bei aller Berücksichtigung ihrer jeweiligen Eigeninteressen haben die Träger der Sozialversicherung doch auch ausreichende gemeinsame Interessen.

Sind somit einerseits die rechtlichen Möglichkeiten, die Nahtlosigkeit und Verzahnung von Leistungen zwischen Sozialleistungsträgern in verwaltungsmäßiger Zusammenarbeit zu schließen, bei weitem nicht ausgeschöpft, so entfällt andererseits nicht die Pflicht des Gesetzgebers, dort tätig zu werden, wo ein Versagen der Sozialverwaltung zu Lasten der Versicherten nicht mehr hinnehmbar ist. Dabei ist aber auch hier zu beachten, dass es nicht Aufgabe dieses Ausschusses ist, unterschiedliche sozialpolitische Regelungsmöglichkeiten zu bewerten. Ob zum Beispiel die Nahtlosigkeit von stationärer und ambulanter Behandlung oder Rehabilitation besser im Rahmen von selbständigen oder an stationäre Einrichtungen angegliederten Ambulanzen durchgeführt wird, ist eine sozialpolitische, vom Gesetzgeber zu lösende Aufgabe.

2. Nahtlosigkeit beim Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder stationärer Behandlung und ambulanter Rehabilitation innerhalb eines Leistungsträgers der gesetzlichen Krankenversicherung

Bei diesen Fallgruppen werden überwiegend organisatorische Verbesserungen ausreichen, um die Nahtlosigkeit und Verzahnung ohne besondere gesetzliche Regelungen zu sichern. Das kann zum Beispiel durch eine weitergehende generelle Vereinbarung als bisher für die Anschlussrehabilitation bei bestimmten Krankheitsgruppen geschehen.

Aber auch bei den weitergehenden in Einzelfällen zu treffenden Maßnahmen der Rehabilitation beste-

■ Nahtlosigkeit im System der gegliederten Sozialversicherung

hen noch ungenutzte organisatorische Möglichkeiten für eine bessere nahtlose Leistungserbringung und Leistungsverzahnung.

Da die Krankenkassen sowohl Träger der stationären als auch der ambulanten Rehabilitation sind sowie allgemein im Rahmen der stationären Akutbehandlung die Frührehabilitation und auch die stationäre Rehabilitation den Versicherten zu erbringen haben, für die nicht die Rentenversicherungsträger leistungspflichtig sind, haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung durch entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenhäusern, den niedergelassenen Ärzten und den Rehabilitationseinrichtungen sicherzustellen, dass entsprechende Vorschläge des Krankenhauses zur ambulanten oder stationären Rehabilitation so rechtzeitig erfolgen, um die Versicherten im Rahmen einer vordringlichen unverzüglichen Bearbeitung des Leistungsfalles die weiteren Leistungen nahtlos zu gewährleisten. So umfasst zum Beispiel nach § 39 Abs. 1 Satz 3 letzter Halbsatz SGB V „die akut stationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderliche und zum frühest möglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“. Haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung wegen fehlender Zuständigkeit eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung die ihnen ebenfalls obliegende anschließende stationäre Rehabilitation nicht rechtzeitig organisatorisch so vorbereitet, dass sie nahtlos folgen kann, und ist eine Unterbrechung der Frührehabilitation im Krankenhaus durch eine Entlassung des Versicherten in den häuslichen Bereich contraindiziert, so muss sichergestellt sein, dass die Krankenkassen dann die weitere Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausbehandlung finanziell abzusichern haben.

Bei der Verzahnung zwischen stationären und ambulanten Leistungen oder stationären Leistungen in anderen Einrichtungen kommt dem Sozialdienst im Krankenhaus besondere Bedeutung zu. Die Krankenkassen haben die für die ausreichende personelle Besetzung erforderlichen Mittel in den Budgetverhandlungen mit der Klinik anzuerkennen.

Auch die begleitende ortsnahe Rehabilitation kann bereits nach dem geltenden Recht von allen Rehabilitationsträgern erbracht werden. Nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V steht für den Träger der Krankenversicherung die ambulante Rehabilitation sogar vorrangig vor der stationären an erster Stelle. Dass für die wohnortnahe Rehabilitation zusätzlich gefordert wird, sie müsse für

eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich sein, soll berücksichtigen, dass die Errichtung regionaler wohnortnaher Einrichtungen nur dann erfolgen soll, wenn dies nicht auf Kosten der Wirtschaftlichkeit und der Qualität geschieht. Damit wird der Erfahrung Rechnung getragen, dass es bislang nur wenige wohnortnahe ambulante Einrichtungen mit hohen Qualitätsstandards gibt, die wirtschaftlich arbeiten.

Die Leistungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sind nicht auf stationäre Leistungen zur Rehabilitation beschränkt (siehe §§ 9 ff. SGB VI). Allerdings betragen sie zahlenmäßig wohl doch den größten Teil der Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Die ambulanten Leistungen müssen jedoch in Einrichtungen erbracht werden, die den Anforderungen des § 15 Abs. 2 SGB VI entsprechen. Die Durchführung der ambulanten und stationären Rehabilitation ist zwar in das Ermessen der Sozialversicherungsträger gestellt, jedoch sind bereits nach § 33 Satz 1 SGB I die jeweiligen besonderen Verhältnisse des jeweiligen Rehabilitanden zu beachten. Zusätzlich sind die angemessenen Wünsche der Rehabilitanden sowohl nach § 33 Satz 2 SGB I als auch nach § 9 SGB IX zu berücksichtigen.

Die Durchführung medikamentös besonders aufwendiger Behandlungen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung im ambulanten Bereich (s. o.) ist selbst mit teuren Medikamenten wie den Zytostatika der so genannten dritten Generation ebenfalls rechtlich sowohl für den Patienten als auch für den niedergelassenen Arzt grundsätzlich ausreichend abgesichert. Dies sollte jedoch organisatorisch einfacher und mit weniger Arbeitsaufwand für den Arzt gestaltet werden, um eine sonst im Einzelfall zu befürchtende implizite Rationierung zu vermeiden. Ebenfalls ohne zusätzliche Regelungen organisatorisch stärker abzusichern ist die rechtzeitige Verordnung von Hilfsmitteln nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Weil eine Vielfalt von Schnittstellenproblemen durch die Selbstverwaltung ohne weiteres Eingreifen des Gesetzgebers beseitigt oder gemildert werden können, muss die Selbstverwaltung entsprechend in die Pflicht genommen werden.

Aufgaben und Grenzen der Prävention im Gesundheitswesen

Auf der Tagesordnung der gesundheitspolitischen Reformdiskussion steht seit Jahren auch die Aufwertung der Prävention. Der Ausschuss „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ hat sich mit der Präventionsthematik aus unterschiedlichen Blickwinkeln beschäftigt.

Erstens sind einige Präventionsmaßnahmen (v. a. Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention) gesundheitlich notwendige Leistungen, die unter Umständen nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt, also rationiert werden. Beispiele sind die Diabetikerschulung sowie die Prophylaxe bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

„Besonders beklagenswert ist meiner Meinung nach die Situation bei den Diabetikern. Diese Patienten, die zu der Gruppe mit dem höchsten Risiko hinsichtlich nachfolgender komplizierender Erkrankung gehört, werden in unserem Gesundheitswesen vernachlässigt. Nachweislich werden in dieser Patientengruppe Risikofaktoren einschließlich Einstellung des Diabetes unzureichend durchgeführt. Unkomplizierte Anmeldung zur Schulung und engmaschigen Mitbetreuung der Diabetiker, zum Beispiel nach deren Entlassung aus der stationären Behandlung, die ganz entscheidend ambulant in der gewohnten häuslichen Umgebung erfolgen müsste, sind zur Zeit nicht in ausreichenden Maße möglich.“

„Genannt werden sollte auch die Prophylaxe gerade bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Obwohl wir heute in der Medizin sehr wohl in der Lage sind, Patienten mit hohem Erkrankungsrisiko zu benennen. Ist eine entsprechende vorbeugende Behandlung dieser Patientengruppe nicht vorgesehen.“

Als Beispiel möchte ich Patienten nennen, bei denen im Rahmen einer stationären Aufnahme zwar eine akute Erkrankung (zum Beispiel Herzinfarkt) ausgeschlossen wird, die aber sehr wohl ein komplexes Risikoprofil aufweisen. Mehr noch als die Herzinfarktpatienten, bei denen sozusagen die Katastrophe bereits eingetreten ist, sollte für diese Patientengruppe die Möglichkeit einer konsequenten Schulung und Therapie der Risikofaktoren im Sinne einer Krankheitsprophylaxe eingesetzt werden.“

Zweitens versprechen erfolgreich durchgeführte und qualitativ gesicherte Präventionsprogramme eine Verringerung der Krankheitslast und der krankheitsbedingten Kosten, sind also unter dem Gesichtspunkt der Rationalisierung des Gesundheitswesens zu empfehlen.

Allerdings gelten beide Aussagen nicht generell für jede Form von Präventionsmaßnahmen. So sind Maßnahmen der *Primärprävention* (Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsförderung) für den einzelnen gesundheitlich nicht notwendig, auch wenn sie, statistisch betrachtet, eine günstige Wirkung haben. Unter diesen Voraussetzungen ist also nicht von einer Rationierung zu sprechen. Aber auch Aussagen über vermutete Rationalisierungsgewinne durch Prävention sind schwer zu verallgemeinern.

Der Ausschuss hat in diesem Zusammenhang die Stellung der Prävention in der Sozialgesetzgebung analysiert und die Maßnahmen zur Stärkung der Prävention unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung und der Patientenautonomie diskutiert:

Bislang wird es offenbar nicht für möglich gehalten, eine allgemeine Krankheitsverhütung umfassend qualifiziert gesetzlich zu regeln und durch Sozialleistungsträger durchzuführen. Ausnahmen bilden einzelne Vorschriften, zum Beispiel § 3 SGB IX (Allgemeiner Vorrang der Prävention), § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe), § 21 und § 22 SGB V (Zahnerkrankungen), § 23 SGB V (Medizinische Vorsorgeleistungen), § 5 SGB XI (Vorrang von Prävention und Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit), das SGB VII (betriebsbezogene Prävention und Unfallverhütung), diverse Bestimmungen zur Arbeitssicherheit etc..

Aus der Sicht des Ausschusses empfiehlt es sich, Fragen der Prävention differenziert zu betrachten und von den Fragen der Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen zu trennen. Der Idee der gesundheitlichen Prävention muss in der gesamten Gesellschaft mehr Rechnung getragen werden. Dazu bedarf es verschiedener Formen von Anreizen. Monetäre Anreize zur Primärprävention haben sich in einigen Fällen (zum Beispiel bei der zahnärztlichen

■ Aufgaben und Grenzen der Prävention im Gesundheitswesen

Prophylaxe) als sinnvoll erwiesen. Im Mittelpunkt von Präventionskampagnen sollte für die Adressaten die Lebensqualität, und nicht die Einsparung von Kosten stehen. Bei der Sekundärprävention (nach Eintritt einer gesundheitlichen Schädigung) ist ein gutes präventives Angebot der entscheidende Faktor.

Am Beispiel der Prävention von Unfällen am Arbeitsplatz ist über die Klärung der gesellschaftlichen Verantwortung für Präventionsmaßnahmen diskutiert worden:

Das Engagement der Arbeitgeber erklärt sich ökonomisch daraus, dass die Kosten für Unfälle am Arbeitsplatz von der Arbeitgeberseite getragen werden. Bei vielen anderen gesundheitlichen Schäden ist die Kostenverantwortung nicht klar geregelt. Dies führt nicht nur dazu, dass Krankheitskosten „verschoben“ werden können, sondern auch dazu, dass kein Akteur ein eindeutiges ökonomisches Interesse an gesundheitlicher Prävention hat.

Reflexionen über die Aufgaben und Grenzen des Gesundheitswesens

Bei seinen Beratungen über die Chancen der Rationalisierung und die Problematik der Rationierung im Gesundheitswesen hat der Ausschuss immer wieder grundsätzlich nach den Zielen und Grenzen des Gesundheitswesens gefragt. Einerseits wurde das quantitative Wachstum des Gesundheitssektors kritisch hinterfragt und zwar mit Blick auf die Notwendigkeit und Qualität der erbrachten Leistungen (auch der privat finanzierten Leistungen), aber auch mit Blick auf die eingesetzten Ressourcen, die in anderen Bereichen sozialstaatlichen Handelns sinnvoll eingesetzt werden könnten oder von den Bürgerinnen und Bürgern nicht aufgebracht werden müssten. Andererseits wurde das wachsende Leistungsspektrum positiv bewertet.

Im Zusammenhang mit dem Wachstum des Gesundheitssektors ist über den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen diskutiert worden: Im Rückblick auf die 1970er und 80er Jahre wurde über das Versprechen der bestmöglichen Therapie im Rahmen der Solidargemeinschaft in Deutschland diskutiert, das nicht nur einen gesundheitspolitischen Sinn, sondern eine soziale/sozialpolitische Funktion gehabt habe, nämlich in diesem Versorgungsbereich die Gleichheit aller Bürger zu verwirklichen. Aufgrund dieses Verständnisses von sozialer Gleichheit konnte es sinnvoll erscheinen, Überversorgung in Kauf zu nehmen. Ob jedoch der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen damit gut geregelt ist, darf bezweifelt werden: Zwar standen und stehen Krankenhäuser zur Notaufnahme rund um die Uhr zur Verfügung und werden auch in Anspruch genommen, aber das Gesundheitswesen insgesamt kann nicht als niedrigschwellig und gleich zugänglich betrachtet werden.

Der bekannten Problematik der angebotsinduzierten Nachfrage, die in der Bevölkerung zudem sehr ungleich verteilt ist, darf aus gesundheitlicher und ethischer Sicht nicht nur mit einer Rückführung der verfehlten Anreizstrukturen begegnet werden, sondern es muss zugleich etwas dafür getan werden, dass das Gesundheitswesen den vorhandenen gesundheitlichen Bedarf auch deckt.

Zwei bekannte gesellschaftliche Entwicklungen weisen auf eine Erhöhung des Bedarfs an gesundheitlicher und sozialer Unterstützung hin. Aus der demographischen Entwicklung, die bei stagnierenden Geburtenzahlen einen größeren Bevölkerungsanteil alter Menschen erwarten lässt, lässt sich ein erhöhter sozialer und gesundheitlicher Unterstützungsbedarf ableiten. Aufgrund der steigenden Zahl von Einpersonenhaushalten (und weiteren Faktoren, zum Beispiel der hohen Arbeitsmobilität) lässt sich vermuten, dass die innerhalb der Familie geleistete soziale und gesundheitliche Unterstützung alter Menschen statistisch abnehmen wird und durch formal organisierte Dienstleistungen ersetzt werden muss. Wenn beide Faktoren zusammenwirken und nicht durch andere Kräfte gemildert werden, ist also mit einem hohen und weiterhin steigenden Hilfebedarf zu rechnen. Ob dieser Hilfebedarf bei einem stärkeren Wettbewerb um die erwerbstätige Bevölkerung durch professionelle Kräfte gedeckt werden kann und ob künftig die finanziellen Ressourcen dafür bereitgestellt werden, sind offene Fragen. Eine solidarische Gesellschaft muss diese Entwicklung nicht fatalistisch hinnehmen, sie ist vielmehr dazu aufgerufen, sie solidarisch auszugestalten: Es liegt in der Hand der Bürgerinnen und Bürger, wie sie ihre Solidarität praktizieren, welchen Anteil der erforderlichen Hilfen sie einander abstrakt durch Zahlung von Versicherungsbeiträgen und Steuern und welchen sie konkret in ihren sozialen Netzwerken leisten wollen.

In diesem Zusammenhang hat der Ausschuss über den Umfang notwendiger professioneller Hilfen und ihr Verhältnis zur Selbsthilfe, Laienpflege usw. nachgedacht. Der Umfang notwendiger professioneller Hilfe hängt davon ab, ob und wenn ja, unter welchen Bedingungen die Bürgerinnen und Bürger soziale und praktische Unterstützung für ihre Familie, ihre Nachbarn, für Angehörige einer Selbsthilfegruppe o. ä. selbst erbringen können und wollen. Welche gesundheitlichen Kompetenzen haben primäre soziale Netzwerke (bzw. können sie entwickeln)? Ist die Bereitschaft zu unmittelbarer Hilfe vorhanden? Eine Beschränkung des Gesundheitswesens auf gesundheitliche Kernleistungen setzt also voraus, dass die krankheits-

■ Reflexionen über die Aufgaben und Grenzen des Gesundheitswesens

und behinderungsbedingten sozialen Lasten von der Gesellschaft anders getragen werden. Oft scheinen bei der Bewältigung krankheits-, aber auch behinderungsbezogener Probleme neben medizinisch-fachlichen eher lebenspraktische Probleme im Alltag im Vordergrund zu stehen, wie sich zum Beispiel in der Betreuung schwerstbehinderter Menschen, zum Beispiel sogar unter Beatmung zeigt. Insofern muss auch die Aufgabenbeschreibung fachlicher Dienste, etwa der ambulanten Krankenpflege, überdacht werden, da sich die Pflege- und Versorgungsbedarfe chronisch kranker und behinderter Menschen völlig anders darstellen als die Bedarfe Akutkranker. Es wird bei der Umgestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens nach der Auffassung des Ausschusses auf eine neue Abstimmung des Verhältnisses rein professioneller Hilfen und lebenspraktischer Aufgaben ankommen, die von „Laien“ wahrgenommen werden können. Professionelle Arbeit wird häufiger den Charakter von Beratung, Schulung und punktueller Intervention erhalten.

Als Teil des Solidarsystem ist das Gesundheitswesen nach Auffassung des Ausschusses auf eine bewusste Erneuerung der Solidarität angewiesen. Diese Aufgabe ergibt sich praktisch aus der Erosion des Solidarsystems aufgrund der strukturellen Arbeitslosigkeit und anderer Faktoren und versicherungsfremder Leistungen sowie aufgrund des falsch angelegten entsolidarisierenden Wettbewerbs der Krankenkassen um Patienten. Die systematische Herausforderung liegt jedoch tiefer: Es geht um nichts weniger als eine von den Bürgerinnen und Bürgern gewählte, ausschließlich gesetzlich erzwungene und nicht paternalistisch verordnete Form der Solidarität. Eine Grundvoraussetzung dieser neuen Solidarität ist eine höhere Transparenz über die Aufgaben, die Struktur, das Leistungsspektrum und die Finanzierung des Gesundheits- und des Sozialwesens.

Konsequenzen für die Gesundheitspolitik

1. Die notwendige Reform des Gesundheitswesens erfordert eine breite Diskussion in Fachkreisen und in Gesellschaft und Politik.

In der Öffentlichkeit sollten die Ziele und Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens deutlicher gemacht werden und um eine Erneuerung der Solidarität gerungen werden. In der Fachdiskussion ist besonders auf die Vernetzung zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialwesen zu achten. Insbesondere darf die Diskussion nicht nur unter fiskalischem Gesichtspunkt geführt werden. Der vorliegende Bericht versteht sich als Beitrag zu einer solchen Diskussion.

2. Die Diakonie orientiert sich in dieser Debatte an der Würde, Autonomie und Individualität jedes Menschen.

Das Gesundheits- und Sozialwesen muss der Würde und Autonomie kranker und behinderten Menschen gerecht werden. Heilung und Rehabilitation gelingen um so eher, je besser der einzelne Mensch angesprochen und einbezogen wird.

3. Im Mittelpunkt der Debatte muss ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff stehen, aus dem Ziele für die verschiedenen gesundheitlichen und sozialen Dienste abgeleitet werden.

Vom Gesundheitsbegriff hängt für die Steuerung des Gesundheitswesens viel ab. Aus einem primär somatischen Gesundheitsbegriff folgt ein Vorrang für medizinische Interventionen. Ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff bezieht hingegen die selbstbestimmten Lebensvollzüge der betroffenen Person sowie ihre Fähigkeiten zur Bewältigung von Krankheit und Behinderung ein.

4. Nicht der kranke Mensch selbst, sondern die zuständigen Fachleute haben die administrativen und juristischen Voraussetzungen zu schaffen, damit Heilungs- bzw. Rehabilitationsprozesse ohne äußere Störung gelingen können.

Das System der gegliederten Sozialversicherung muss für die Betroffenen einfacher und durch-

schaubarer werden. In vielen Fällen, besonders bei komplexen Krankheitsbildern sind sie darauf angewiesen, dass Fachleute, zum Beispiel des Sozialdienstes im Krankenhaus, die individuell erforderliche Unterstützung aushandeln. In Zukunft könnte gemeinsam mit den Betroffenen im Rahmen eines Case Managements der individuelle gesundheitliche und soziale Unterstützungsbedarf lebensnah ermittelt werden.

5. Für eine möglichst wohnortnahe Krankenversorgung und Rehabilitation empfiehlt sich – über die bisherigen Versorgungssektoren hinweg – der Aufbau hochwertiger ambulanter Dienste.

Heilungs- und Rehabilitationsprozesse verlaufen in der Regel um so erfolgreicher, je besser sie in die Lebenswelt der Betroffenen eingepasst sind. Bisher nur stationär bereitgestellte Angebote werden ergänzend ambulant, gegebenenfalls sogar mobil bereitgestellt zusätzlich zu den vorhandenen ambulanten Diensten.

6. Die weiterhin bestehenden Rationierungen in der häuslichen Krankenpflege müssen aufgehoben werden.

Die häusliche Krankenpflege verkürzt teure Krankenhausaufenthalte. Bei der geplanten Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus nimmt ihre Bedeutung zu. Dennoch unterliegt sie einer fragwürdigen expliziten Rationierung.

7. Die menschlichen und finanziellen Ressourcen des Gesundheits- und Sozialwesens sind schonend und nachhaltig einzusetzen.

Die Geduld und Mitwirkung der Patienten, die Lebenszeit und der Einsatz der Menschen in den Heilberufen und die durch Beiträge geleistete Solidarität der Versicherten sind kostbare Güter für den Einzelnen wie für die Allgemeinheit. Alle Beteiligten müssen damit schonend umgehend. Das Kriterium der Nachhaltigkeit muss stärker beachtet werden.

Mitglieder des Ausschusses „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“

Mitglieder 2000/2001:

Pfarrerin Cornelia Coenen-Marx, Theologischer Vorstand des Diakoniewerks Kaiserswerth, Stellvertretende Vorsitzende der EKD-Kammer für soziale Ordnung, Mitglied im Theologischen Ausschuss der Diakonischen Konferenz.

Pastor Norbert Groß, Verbandsdirektor des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands (Gast).

Prof. Dr. Martin Honecker, Professor emeritus für Sozialethik an der Theologischen Fakultät der Universität Bonn, Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

Heinz Kölking, Verwaltungsdirektor des Diakoniekrankenhauses Rotenburg/Wümme, Präsident des Verbandes deutscher Krankenhausdirektoren.

Prof. Dr. Otto Krasney, Vizepräsident a. D. des Bundessozialgerichts Kassel.

Direktor Dr. Dieterich Pfisterer, Diakonisches Werk der EKD (DWEKD), Geschäftsführer des Theologischen Ausschusses (Vorsitz).

Ernst Rabenstein, Referent für Hilfen für Behinderte, Abteilung Gesundheit und Rehabilitation, DWEKD.

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, Professor für Epidemiologie, Vorsitzender des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Klaus Tanner, Professor für Systematische Theologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Mitglieder der EKD-Kammer für Öffentliche Verantwortung und des Theologischen Ausschusses.

Cornelia Weber, Abteilungsleiterin Gesundheit und Rehabilitation, DWEKD.

Dr. Peter Bartmann, Abteilung Theologie DWEKD (Geschäftsführung).

Mitglieder 2001/2002:

Pfarrerin Cornelia Coenen-Marx, Theologischer Vorstand des Diakoniewerks Kaiserswerth, Stellvertretende Vorsitzende der EKD-Kammer für soziale Ordnung, Mitglied im Theologischen Ausschuss der Diakonischen Konferenz.

Pastor Norbert Groß, Verbandsdirektor des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands (Gast).

Prof. Dr. Martin Honecker, Professor emeritus für Sozialethik an der Theologischen Fakultät der Universität Bonn, Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

Heinz Kölking, Verwaltungsdirektor des Diakoniekrankenhauses Rotenburg/Wümme, Präsident des Verbandes deutscher Krankenhausdirektoren.

Prof. Dr. Otto Krasney, Vizepräsident a. D. des Bundessozialgerichts Kassel.

PD Dr. Udo Krolzik, Vorstandsvorsitzender des Evangelischen Johanneswerks Bielefeld.

Direktor Dr. Dieterich Pfisterer, Diakonisches Werk der EKD (DWEKD), Geschäftsführer des Theologischen Ausschusses (Vorsitz).

Ernst Rabenstein, Referent für Hilfen für Behinderte, Abteilung Gesundheit und Rehabilitation, DWEKD.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Professor für Sozialmedizin, Universität Lübeck, Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Leitender Arzt, Kreuznacher Diakonie, Bad Kreuznach.

Cornelia Weber, Abteilungsleiterin Gesundheit und Rehabilitation, DWEKD.

Dr. Peter Bartmann, Abteilung Theologie DWEKD (Geschäftsführung).

