



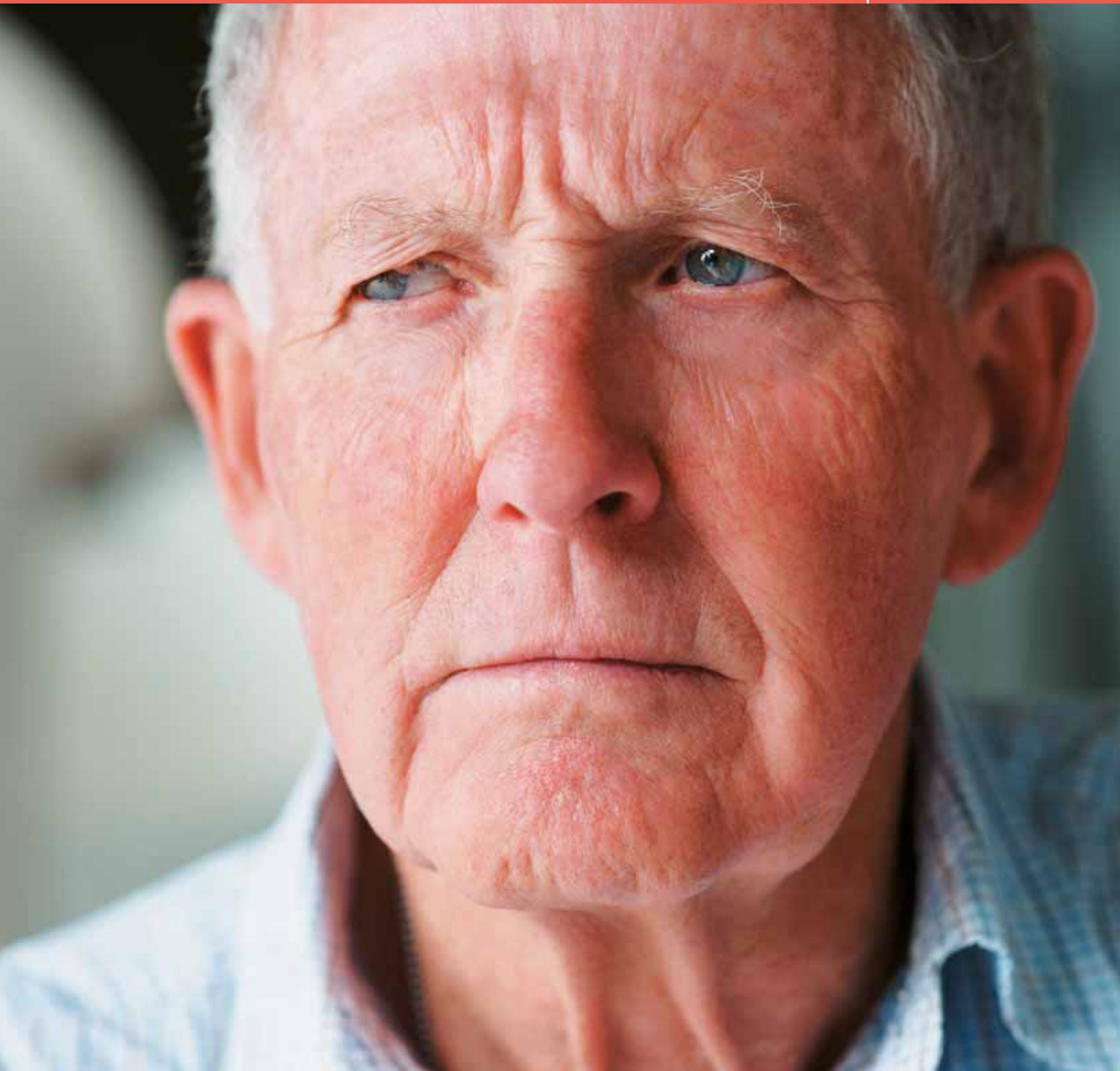
FRANKFURTER FORUM : DISKURSE

Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft



Heft 1
Juni 2010

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen



Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen durch führende Persönlichkeiten aus der deutschen Gesellschafts- und Gesundheitspolitik diskutieren und zu beantworten versuchen. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent gemacht und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheidungsträger im deutschen Gesellschafts- und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 1
Juni 2010

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen

Inhalt

Editorial – Wer wir sind, was wir wollen 4

Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft –

Ethische Aspekte 6

Medizinische Aspekte 14

Ökonomische Aspekte 22

Die prekäre Balance zwischen
Solidarität und Wettbewerb – ein Fazit 32

Organisations- und Programmkuratorium

Philosophisch-Theologische Hochschulen : Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, Fachbereich Ev. Theologie, Universität Marburg

Kassenärztliche Vereinigungen : Dr. med. Jürgen Bausch, Vorsitzender, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Frankfurt |
Dr. med. Margita Bert, Vorsitzende des Vorstandes, Frankfurt

Krankenkassen : Dr. med. Bernhard Egger, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Berlin

Politik : Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D, Frankfurt

Ökonomie/Gesundheitsökonomie : Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Bayreuth

Gesundheitsmanagement : Dr. med. Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg

Forschende Pharmaindustrie : Dr. phil. Gary Lee Geipel, Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland, Bad Homburg

Kommunikation : Wolfgang v. d. Bergh, Chefredakteur Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg |
Dr. Florian Staeck, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg

Projektmanagement : Dietmar Preding, Health Care Relations, Hanau

Wer wir sind – was wir wollen

GUDRUN SCHAICH-WALCH, JÜRGEN BAUSCH, WOLFGANG V. D. BERGH, GARY L. GEIPEL, DIETMAR PREDING



Die gesundheitliche Versorgung in unserem Land ist in den zurückliegenden Jahren in ihren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten immer besser und vielfältiger geworden. Der kontinuierliche medizinische Fortschritt, der allen zur Verfügung steht, lässt sich gut am Anstieg der Lebenserwartung ablesen. Allerdings sorgt der medizinische Fortschritt auch dafür, dass unsere Gesundheitsversorgung immer teurer wird und alle Akteure im Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen stehen.

Gesundheitspolitiker, Ärzte und Patienten, Krankenkassenvorstände, Ökonomen und Gesundheitswissenschaftler, Theologen, Ethiker und Juristen sowie forschende Unternehmen geraten alle in ihrer Verantwortung in unserer Gesellschaft in stillen Stunden ins Grübeln, wenn sie in die Zukunft schauen. Einerseits, weil sie auch einmal Betroffene sein werden, und andererseits, weil sie eben die Verantwortung tragen für das, was heute bereits passiert oder auch unterlassen wird. Viele sind von der Sorge getrieben, ob wir für die Lösung der zu erwartenden Zukunftsprobleme auch die erforderlichen Vorbereitungen getroffen haben.

Der Altersaufbau der Bevölkerung unseres Landes hat sich irreversibel und dramatisch zu Gunsten der „Alten“ und zu Ungunsten der „Jungen“ verändert. Selbst wenn unsere Geburtenrate sprunghaft steigen sollte, wird sich dies in den nächsten 30-50 Jahren nicht in einer Veränderung der Rahmenbedingungen niederschlagen. Die gesellschaftlich positiven wie schwierigen Seiten einer alternden Gesellschaft stellen neue Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung, in welche eine umfassende Pflege mit eingebunden sein muss.

Noch ist zurzeit im Prinzip alles, was erforderlich ist, bezahlbar. Auch wenn Budgetdruck existiert, wird bisher nur mit anekdotischer Evidenz über Fälle von stiller Rationierung und fallbezogener Priorisierung berichtet. Defizite in der Heim- und Hauskrankenpflege sind bereits unleugbar evident, von Sonderproblemen wie Demenz oder Altersschicksalen von Migranten ohne familiären Hintergrund ganz zu schweigen.

Dort, wo sich jeder Einzelne in seinem Fachbereich Gedanken macht, ohne die Chance zu haben, sich auf breiter Ebene mit anderen Menschen aus anderen Standorten auszutauschen und gemeinsam über Lösungen in die Zukunft hinein zu diskutieren, liegt die Idee, ein offenes Diskussionsforum zu eröffnen, sehr

nahe. Dazu braucht es einen „harten Kern“ (Dr. med. Jürgen Bausch, Frau Dr. med. Margita Bert, Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, Dr. med. Bernhard Egger, Dr. phil. Gary L. Geipel, Dietmar Preding, Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Frau Gudrun Schaich-Walch Parlamentarische Staatssekretärin a.D., Dr. med. Nick Schulze-Solce, Wolfgang van den Bergh), einen Ort, an dem man sich vorbereitend trifft (der KV Hessen sei gedankt), und einen Finanzier, der die großen Forumsveranstaltungen unterstützt (Die „Lilly-Stiftung“). Das Frankfurter Forum soll engagierten und interessierten Menschen aus den verschiedensten Bereichen mit unterschiedlichen Anschauungen eine offene Diskussionsplattform bieten, welche die Möglichkeit eröffnet, sich an Diskussionen zu beteiligen, die uns alle als Akteure oder potenziell Betroffene angehen.

Im Frühjahr 2009 konnten wir mit unserem ersten Themenschwerpunkt „Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft“ starten und nicht nur mit herausragenden Referenten, sondern auch mit einer exzellenten Diskussionsrunde beginnen. Nach einem erfolgreichen zweiten Forum im Januar 2010 war der Ruf der Forumsmitglieder unüberhörbar: Was in Grundsatzreferaten und vertiefenden Diskussionen erarbeitet wurde, soll auch publiziert werden. Damit erstens die Forumsmitglie-

der selbst an den Ergebnissen partizipieren können und zweitens alle Interessierten in der Lage sind, sich kundig zu machen.

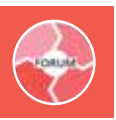
Das vorliegende erste Heft einer Schriftenreihe nähert sich der Frage: „Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft.“ Die ethischen, ökonomischen und medizinischen Aspekte werden aufgezeigt und lebhaft diskutiert. Die Warnung vor einem „Altersalarmismus“ aus ethischer Sicht ist unüberhörbar (F. Hengsbach SJ). Die im Sommer nachfolgende zweite Ausgabe berichtet dann über das zweite Forum zum Thema: „Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft“. Die dargestellten Lösungsansätze sind einerseits vielfältig und ermutigend, andererseits gibt es Defizite in der flächendeckenden Umsetzung. Die Kästnersche Erkenntnis drängt sich auf: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.“

Im Herbst 2010 und im Frühjahr 2011 liegt der geplante Forumsschwerpunkt auf der Problematik der Finanzierbarkeit des GKV-Systems verbunden mit den Reizthemen der Priorisierung und Rationierung, wobei ein Blick über die Grenzen Deutschlands geworfen werden soll.

Kontakt: Dietmar Preding, Health Care Relations, Mozartstrasse 5, 63452 Hanau, E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft – Ethische Aspekte

PROFESSOR EM. DR. FRIEDHELM HENGSBACH SJ, LUDWIGSHAFEN AM RHEIN



Verehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses Forums, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, ich empfinde es als eine besondere Ehre und bin auch sehr dankbar dafür, dass ich den Einleitungsimpuls geben darf. Es geht um „ethische Aspekte“, so dass ich nicht genötigt bin, eine geschlossene Ethik des medizinischen Fortschritts in einer alternden Gesellschaft zu reflektieren.

Ich will meine Überlegungen in zwei Teilen vortragen. Erstens will ich den Begriff der alternden Gesellschaft hinterfragen. Ich denke an Niklas Luhmanns Aufgabenbeschreibung der Ethik. Ethik soll vor Moral warnen. Das will ich tun. Ich möchte vor einer Alarmstimmung warnen, die durch den Drohbegriff einer alternden Gesellschaft in der Öffentlichkeit ausgelöst wird. Und zum Zweiten will ich versuchen, mich dem Begriff des medizinischen Fortschritts zu nähern, und fragen, was die normativen Orientierungspunkte des medizinischen Fortschritts seien.

Warnung vor einer Alarmstimmung

Ich kann die alternde Gesellschaft in einer begrifflichen Annäherung ziemlich neutral beschreiben. Anschließend will ich die öffentliche Erregung relativieren, die sich an diesem Begriff entzündet, indem ich die vielschichtige Deutung des Begriffs erläutere.

Begriffliche Annäherung

Für die begriffliche Annäherung nenne ich drei Stichworte: Die Lebenserwartung der Mitglieder steigt, das Verhältnis der Altersgruppen verschiebt sich und die Geburtenrate ist gleich der Netto-Reproduktionsrate oder liegt darunter. Damit wäre ein zustimmungsfähiger und kaum umstrittener Begriff einer alternden Gesellschaft gewonnen.

Ich kann diesen Begriff dynamisieren. Dann spreche ich von einer Gesellschaft im demografischen Übergang. Die mit etwa vier oder fünf vielleicht auch mit sechs Phasen charakterisiert wird.

Während der ersten Phase sind die Geburtenrate und die Sterberate relativ stabil – auf hohem Niveau. Während der zweiten Phase bleibt die Geburtenrate relativ konstant, die Sterberate sinkt langsam ab. Während der dritten Phase verharrt die Sterberate auf einem niedrigen, relativ konstanten Niveau, die Geburtenrate sinkt langsam ab. Während der vierten Phase sinkt die Sterberate kaum noch, die Geburtenrate jedoch sinkt stark. Während der fünften Phase verharran die Geburten- und Sterberate relativ stabil auf einem niedrigen Niveau. Einige Experten können sich vorstellen, dass die Geburtenrate die Sterberate weiter unterlaufen wird. Deren Prognosen

Gesellschaft im demografischen Übergang

1. Phase: Geburten- / Sterberate stabil
2. Phase: Konstante Geburten- / Sinkende Sterberate
3. Phase: Langsam sinkende Geburten- / Niedrige Sterberate
4. Phase: Stark sinkende Geburten- / konstante Sterberate
5. Phase: Geburten- / Sterberate relativ stabil

Quelle: Nell-Breuning-Institut



In der alternden Gesellschaft steigt die Lebenserwartung und das Verhältnis der Altersgruppen verschiebt sich.

erstrecken sich weit in die Zukunft. Es könnte jedoch eine andere Entwicklung eintreten.

Nach der begrifflichen Annäherung will ich zeigen, dass der Begriff des Alterns in der Gesellschaft eine vielschichtige Deutung zulässt, die sich einer präzisen Eingrenzung entzieht.

„Alter“ - ein gesellschaftliches Konstrukt

Das „Alter“ ist ein gesellschaftliches Konstrukt. Dieses wird erkennbar an der herkömmlichen Vorstellung, es gäbe eine Phase der Kindheit oder des Jugendalters, daran schließe sich das Erwachsensein und schließlich das Altsein an. Das Konstrukt besteht auch darin, dass auf der einen Seite diese Phasen jeweils unter bestimmten Aspekten verklärt oder verteufelt werden. Verklärt werden etwa die unschuldigen Kinder oder die jugendliche Unruhe oder der erwachsene „Homo faber“, der ins berufliche Leben hinaustritt, die Welt gestaltet. Einem solchen „Conquistador“ entspricht - sexistisch sortiert - die mütterlich sorgende Hausfrau. Schließlich wird das Alter in ein verklärendes Licht gütiger Weisheit gekleidet.

Es gibt auch eine gegenteilige Zuschreibung, die Verteufelung, Dämonisierung, Abwertung und Ächtung. Das Ekel des „Homo pubertensis“, von denen eine Frankfurter Journalistin im alltäglichen Kleinkrieg und unter fortwährenden Geduldsproben, die ihr zwei vierzehn- und sechzehn-jährigen Söhne bereiten, erzählt. Dem „workoholic“ als männlichem Monster steht das „Heimchen am Herd“ in der weiblichen Form gegenüber. Und schließlich redet man vom tatterigen Greis und der pflegebedürftigen, tütteligen oder gar dementen Oma.

Man kann auch zu einer spannenden Entdeckungsreise in die bunte Vielfalt alternder Menschen aufbrechen. Wichtig ist die Unterscheidung, das Alter biosomatisch oder psychosomatisch zu betrachten. Noch wichtiger ist die Selbstdeutung der älteren Menschen. Einige von Ihnen erfahren diese Phase – als Menschen, die zwar nicht mehr im so genannten Erwerbsleben stehen, aber vor Energie sprühen. Es sind die jungen Alten, die einfach das weitermachen, was sie bisher getan haben, die endlich das in Angriff nehmen, was sie während ihrer Berufstätigkeit nie haben verwirklichen können.

Zumindest lässt sich sagen, dass es ein kreatives Altern gibt. Die Kreativität und Flexibilität älterer Menschen kann so intensiv sein, dass gleichzeitig verschiedene Rollen gespielt werden – der Rentner, Wähler, Wohnungseigentümer, Konsumenten, Verkehrsteilnehmer, Mitarbeiter in Betrieben, ehrenamtlich Tätigen, Bildungsinteressierten, Unternehmensberater, Entwicklungshelfer, Sozialarbeiter, die andere begleiten, beraten und helfend zur Seite stehen. Auch die so genannten Wahl-Großeltern in „Patchwork“-Familien, in der Nachbarschaft oder im Freundeskreis übernehmen aktiv gesellschaftliche Rollen. Viele werden als Opa oder Oma angeredet, obwohl sie keine natürlichen Großeltern sind.

Verletzung eines Religionsvertrags

Das Unbehagen, das aus dem Gedanken an eine alternde Gesellschaft erwächst, könnte dadurch erklärt werden, dass „religiös musikalische“ Menschen im Gedanken an den Schöpfungsbericht der Bibel die beschriebene demografische Tendenz als Verletzung eines religiösen Man-

dats sehen. Im Paradies hören die Menschen die Weisung: „Seid fruchtbar und mehret euch.“ Vermutlich spukt dieses Mandat in den Köpfen vieler Menschen weiter. Wenn sie die alternde Gesellschaft betrachten, urteilen sie: Da muss irgendwas schief gelaufen sein – vielleicht jener Wertewandel oder Werteverlust, der die moderne plurale Gesellschaft an den Rand eines Abgrunds treibt. Für die Protestanten während der Reformationszeit und noch im letzten Jahrhundert die Katholiken wurden von den Amtsträgern belehrt, dass der Hauptzweck der Ehe die Erzeugung und Aufzucht der Kinder sei. Als Nebenzwecke wurden die sexuelle Erfüllung und die gegenseitige Hilfe zugelassen, die Mann und Frau bieten. Der Betriebsunfall der römischen Lehre, der mit dem Rundschreiben „Humanae Vitae“ jede angeblich nicht natürliche Empfängnisverhütung verwarf, sowie Äußerungen des Ratzinger-Papstes während seiner Afrikareise über Kondome haben diesen blinden Fleck der katholischen Kirchenleitung wieder unterstrichen.

Dabei haben mündige Mitglieder einer demokratischen Gesellschaft nach allgemeinem Verständnis das Recht, unabhängig von partikularen Handlungsorientierungen religiöser Gruppen ihre menschlichen, erotischen und sexuellen Beziehungen sowie ihre Kinderwünsche souverän und autonom zu bestimmen. Gerade Entwicklungsländer sind verpflichtet, den Teufelskreis zwischen Armut und Bevölkerungsentwicklung zu durchbrechen. Und er ist in einigen Ländern tatsächlich ein Teufelskreis, der sich durch keine Dogmatik und Prinzipienethik durchbrechen lässt.

Soziokultureller Verlust

Aus dem Erfahrungsschatz vieler Familien stammt die Einsicht, dass eine alternde Gesellschaft einen sozialpsychischen oder soziokulturellen Verlust darstellt. Die prickelnde Vitalität von Kindern und Jugendlichen wird als sozialpsychische Bereicherung empfunden. Wenn sie verloren geht, kommt es nicht zu einer Konfrontation verschiedener Lebensbereiche, Lebensstile und Milieus. Der Konflikt zwischen den Generationen, der sich an abweichenden Optionen und Weltsichten entzündet, bleibt aus. Es könnte aber auch sein, dass wir Klischees anhängen, die unterstellen, dass die Jugend prickelnd und die alten Herrschaften langweilig seien. Der französische Cartoonist Jean-Jacques Sempé hat dazu eine faszinie-

Alternde Gesellschaft - ökonomische Defizite?

Kreatives Arbeitsvermögen der Jüngeren !!
ist aber zeit- / situationsabhängig

Erosion der Erwerbsbiografie in drei Phasen !!
schon jetzt fließende Phasenübergänge

Sinkender Lebensstandard (BIP) !!

Andere Güternachfrage / Faire Verteilung / Aktive Beteiligung / Mehr Zeitwohlstand

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Die These, eine alternde Gesellschaft gehe mit sinkendem Lebensstandard einher, ist falsch.

rende Karikatur gezeichnet: Ein älterer Herr sitzt behäbig im breiten Sessel, ihm gegenüber ein schüchterner junger Mann. Der Ältere sagt: „Als ich 18 war, wollte ich alles in die Luft sprengen und jetzt habe ich Angst, dass alles in die Luft fliegt.“ Das Klischee der Karikatur trifft nicht zu, wenn Jugendliche irgendwo rumhängen oder wenn – wie beispielsweise auf dem Attac-Kongress in Berlin – extrem unterschiedliche Jahrganggruppen mit der gleichen Lebendigkeit sich dafür engagieren, dass eine andere Welt wirklich wird.

Ökonomische Defizite

Eine alternde Gesellschaft, so erklären Betriebswirte und Volkswirtschaftler, erzeuge schwerwiegende ökonomische Defizite. Die kostbarste Ressource einer reifen Industriegesellschaft sei das Arbeitsvermögen. Dieses Arbeitsvermögen entfalte seine höchste Kreativität und Phantasie zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr. Später gehe diese Innovationskraft wieder zurück und im Alter sei sie verdampft. Diese Argumentation klang Ende der 90iger Jahre sehr überzeugend, als die Technik-Euphorie der Neuen Wirtschaft ihren Höhepunkt erreichte. Junge Unternehmer, die mit den neuen Informationstechniken vertraut waren, haben mit schauspielerischem Talent ihre Zukunftspläne dargestellt, obwohl sie keine Bilanzen und Gewinn- und Verlustrechnungen aus der Vergangenheit vorweisen konnten. Ihre Darstellungs- und Überzeugungskraft war so gewaltig, dass Kapitalgeber schnell bereit waren, ihnen die gewünschten Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Aus dieser Phase stammt die Äuße-

rung des damaligen Vorsitzenden des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Bert Rürup, dass diese Menschentypen in der Lage seien, eine Volkswirtschaft voran zu bringen, weil sie die traditionelle Gesetze der Ökonomie außer Kraft setzen können. Nach dem Platzen der New-Economy-Blase sind solche Stimmen verstummt. Auch jetzt würden nur noch wenige bereit sein, jene jungen Leute, die auf den Finanzmärkten die innovativen Produkte verbreitet haben, als Vorbilder hervorzuheben, nachdem gerade sie eine beispiellose Finanz- und Wirtschaftskrise verursacht haben.

Ein weiterer Gesichtspunkt hebt die dreiteilige Erwerbsbiographie hervor. Diese sei durch lange Ausbildungsgänge, unterbrochene Arbeitsverhältnisse und am Ende den Ruhestand markiert. Eine stabile Balance zwischen diesen drei Phasen sei wichtig, damit die sozialen Sicherungssysteme finanziert werden können. Derzeit sei zu beobachten, wie sich das Verhältnisse der Altersgruppen auf Grund des demografischen Wandels verschiebt. Folglich seien die sozialen Sicherungssysteme auf Dauer nicht finanzierbar. Aber dabei ist bereits das feste Schema von Jung und Alt unterstellt, das angeblich die Bauelemente der Erwerbsarbeitsgesellschaft zusammen halte. Vertreter der gesetzlichen Rentenversicherung wenden dagegen ein, dass es gar nicht um den biologischen Aufbau einer Bevölkerung gehe, wenn deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit geprüft wird. Es sei egal, ob die Erwerbstätigen jung oder alt sind. Vielmehr sei die Grundvoraussetzung einer funktionierenden Erwerbsgesellschaft, dass eine Gruppe von Erwerbstätigen Produkte auf den Markt bringt, die nachgefragt werden. Vor 150 Jahren waren acht Bauern notwendig, um einen Nichtbauern oder eine Nichtbäuerin mit zu ernähren. Heute kann ein Bauer 88 Nichtbauern oder Nichtbäuerinnen mit ernähren. In der Industrie ist das ähnlich. Bei Opel in Rüsselsheim kann die Belegschaft innerhalb von zehn Jahren auf ein Drittel reduziert werden, ohne, dass ein Auto weniger das Band verlässt. Die Beschäftigung, die Produktivität und die kaufkräftige Nachfrage sind die entscheidenden Faktoren, um die sozialen Leistungen einschließlich der allen verfügbaren Gesundheitsgüter zu finanzieren.

Eine alternde Bevölkerung, so wird behauptet, lasse unausweichlich den allgemeinen Lebensstandard sinken. Es komme zu Wachstumseinbußen und zu einem

sinkenden Bruttosozialprodukt pro Kopf. Denn ältere Menschen seien genügsam, beleben nicht den Markt, stehen modernen und innovativen Produkten reserviert gegenüber. Folglich entstehen Überkapazitäten, die Unternehmer verringern ihre Investitionen, die Wirtschaft schrumpft. Stimmt dieses Argument? Zunächst ist davon auszugehen, dass alternde Gesellschaften eine andere Bedürfnisstruktur entwickeln. Darauf reagieren die Unternehmen normalerweise, indem sie andere Güter auf den Markt bringen. Dass die Agrarwirtschaft in eine industrielle Konsumgesellschaft und diese in eine kulturelle Dienstleistungsgesellschaft transformiert wird, ist allgemein anerkannt und führt dazu, dass die Unternehmen sich an einen solchen Strukturwandel anpassen. Warum sollten nachhaltig denkende Manager und Unternehmer nicht lernen, sich an die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft anzupassen? Beispielsweise bietet die Firma Datev Beratungsseminare an, in denen thematisiert wird, wie sehr die Zukunft der Arbeit nicht in der Industrie und in der Exportwirtschaft, sondern in der Arbeit an den Menschen liegt. Im Gesundheitssektor geht es um die Arbeit an den Menschen. Also liegt die große Herausforderung der deutschen Wirtschaft darin, sich nicht an einem industrielastigen Bruttosozialprodukt festzuklammern, das für die 50iger und 60iger Jahre gegolten hat. Heutzutage sollten diejenigen, die andere Bedürfnisse anmelden, einen höheren Anteil an der wirtschaftlichen Wertschöpfung erhalten und mit einer höheren Kaufkraft ausgestattet werden. Es geht also um eine andere Verteilung der wirtschaftlichen Wertschöpfung und um eine aktive Beteiligung breiter Bevölkerungsschichten an den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen – in der Kommune, in den Ländern und im Bund. Darüber hinaus könnte man die grundsätzliche Frage stellen: Ist das Bruttosozialprodukt, wie es derzeit gemessen wird, überhaupt ein geeigneter Maßstab der Lebensqualität? Die Zeitautonomie oder die geringe Differenz zwischen der Absicht, die Zeit zu verwenden, und der tatsächlich verwendeten Zeit wäre der angemessene Maßstab der Lebensqualität einer alternden Gesellschaft.

Räumliche Entleerung

Eine schrumpfende Gesellschaft führe zu einer Entleerung natürlicher Lebensräume, wird befürchtet. Dies lasse sich vor allem im Osten Deutschlands beobachten. Ver-

lassene Städte oder menschenleere Landschaften werden als Kulturverlust beurteilt. Aber gibt es eine vorgegebene balancierte Beziehung zwischen einem geografischen Raum und der Zahl der darin Wohnenden? Etwas überspitzt gesagt: Ist ein Rechtsanspruch vorstellbar, den ein geographisches Gebiet, etwa der Geltungsbereich des Grundgesetzes auf eine bestimmte Zahl von Bewohnern anmelden könnte?

Umweltfreunde finden die Entleerung von bisher dicht besiedelten Räumen nicht als problematisch: Die natürlichen Lebensräume für Füchse und Wölfe könnten sich ausdehnen, wenn Menschen sich aus der Fläche zurückziehen. Vermutlich gibt es keine optimale Balance und auch kein natürliches Gleichgewicht zwischen einer räumlich definierten natürlichen Umwelt und einer darauf zugeschnittenen idealtypischen Bevölkerung.

Sozialwissenschaftler widersprechen der Option, dass nicht nur in Entwicklungsländern, sondern auch in Europa die Bevölkerung schrumpfen sollte. Sie begründen den Vorteil einer stabilen Bevölkerung damit, dass moderne Gesellschaften mit den notwendigen Anpassungen der räumlichen Infrastruktur an eine rapide wachsende oder schrumpfende Bevölkerung überfordert seien. In Europa war über Jahrhunderte die Bevölkerung relativ stabil, allerdings auf einem niedrigeren Niveau. Ob die Menschen damals weniger glücklich waren oder eine geringere Lebensqualität hatten? Nach heutigen Standards zu urteilen, mag ihre Lebensqualität geringer gewesen sein. Aber wie auch immer die Lebensqualität definiert wird, an der Zahl der Menschen oder am Wachsen oder Schrumpfen einer Bevölkerung innerhalb eines definierten Raums kann die Lebensqualität wohl nicht abgelesen werden. Zwischen dem Niveau an Lebensqualität, den Wirkungen einer stabilen Bevölkerung und den Vor- und Nachteilen räumlicher Verdichtung ist ein direkter und unmittelbarer Zusammenhang nicht feststellbar.

Unterdrückte Autonomie

Die alternde Gesellschaft ist, so meine Ahnung, eine Folge individueller Entscheidungen, die von den Individuen nicht frei gewählt worden sind. Wir respektieren grundsätzlich die freie Entscheidung von Lebenspartnern und -partnerinnen, wenn sie sich für ein gemeinsames Leben entscheiden. Aber wenn eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch einer gelingenden Partnerschaft und den tat-

sächlich eingegangenen Partnerschaften besteht? Wenn der Wunsch, Kinder zu haben, von der Realisierung dieses Wunsches abweicht? Und wenn es zutrifft, dass solche Entscheidungen häufig nicht freiwillig sondern unter äußerem Zwang getroffen werden? Bewirken betriebliche Interessen, politische Erwartungen, die seit Jahrzehnten verfestigte Massenarbeitslosigkeit und das Zwangsverhältnis des angeblich freien Arbeitsvertrags, dass junge Erwachsene mit qualifizierter Ausbildung übereilt darin einwilligen, sich vollzeitig dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stellen?

Falls der Druck der aktuellen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse zutreffend charakterisiert ist, der die Freiheit abhängig Beschäftigter dermaßen einschränkt, dass sie ihre Lebensentwürfe als Individuen, Partner oder Eltern gemäß den individuellen und gemeinsamen Prioritäten nur sehr beengt gestalten können, sind nicht die Individuen der Schlüssel der beobachteten oder zu verändernden Trends. Die Individuen und Partner reagieren höchst rational auf gesellschaftliche und politische Verhältnisse, die Haushalte mit Kindern in ein tendenzielles Armutrisiko treiben.

Der Begriff der alternden Gesellschaft deckt eine Blickverengung auf, die auf die demografische Veränderung, die Stagnation oder Schrumpfung der Bevölkerung fixiert ist. Viel entscheidender scheint mir jedoch die Frage zu sein, ob in finanzkapitalistischen Gesellschaften ein halbwegs selbstbestimmtes Leben in gelingenden Partnerschaften und auch mit Kindern, eine sinnvolle Erwerbsarbeit mit angemessenem Einkommen, eine faire Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen auf alle Jahrganggruppen und eine Beteiligung aller an den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen.

Medizinischer Fortschritt

Welche Konsequenzen haben die vorherigen Überlegungen zur alternden Gesellschaft für die inhaltliche Bestimmung des Begriffs: „Medizinischer Fortschritt“? Ich versuche zunächst eine begriffliche Annäherung.

Begriffliche Annäherung

Der erste Eindruck, den dieser Begriff vermittelt, rückt ihn in die Nähe einer Zauberformel oder Kampfformel.

Individueller medizinischer Nutzen

Medizinischer Fortschritt – kein Selbstwert

Dienstwert auf eine Mitte hin

Der leidende Mensch
Das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben

Gesundheit ≠ höchstes Gut

Länger Leben – nicht um jeden Preis
Lebensqualität » Lebenszeitquanten

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Medizinischer Fortschritt ist ein Instrument, das auf einen Zweck – höhere Lebensqualität – hingeeordnet ist.

Milton Friedmann meint, dass „medizinischer Fortschritt“ ein schwarzes Loch sei. Dieses verschluckt eine Menge wirtschaftlicher Ressourcen ohne ernsthafte Wirkung. Das Paradox des medizinischen Fortschritts bestehe darin, dass er einerseits unbezahlbar und andererseits unverzichtbar ist.

Der medizinische Fortschritt hat eine höhere Lebenserwartung bewirkt – vor allem durch die Behandlung von Frühgeborenen und die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter. Man könnte auf Erfolge hinweisen, die Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität von Menschen erheblich verbessert haben. Medizinischer Fortschritt hat dazu beigetragen, Krankheiten besser zu erklären und zu behandeln, deren Verlauf zu verlangsamen und erträglicher zu gestalten oder sie ganz zu vermeiden. Operationstechniken konnten verfeinert und minimalinvasive Operationsformen eingeführt werden.

Dass der medizinische Fortschritt die Lebensqualität breiter Bevölkerungsschichten verbessert und die allgemeine Lebenserwartung erhöht hat, ist eindeutig und unbestritten. Eine alternde Gesellschaft ist die Folge medizinischen Fortschritts. Trotzdem ist der Begriff normativ oder weltanschaulich hoch aufgeladen – ein Zweck in sich selbst. Er ist wie der Begriff: „Reform“ als gut und richtig ausgezeichnet, ein doktrinäres Leitbild; kritische Einwände sind nicht zugelassen.

Dabei ist „medizinischer Fortschritt“ ein Instrument, das auf einen Zweck, nämlich die höhere Lebensqualität hingeeordnet ist. Gemäß einem solchen Maßstab könnte differenziert ermittelt werden, was er wirklich leistet und was nicht. Falls er eine höhere Lebensqualität zu errei-

Gesellschaftlicher medizinischer Nutzen

Individualität / Subjektivität = Intersubjektivität

Problematisch: Addition von Nutzenquanten

Wohl der Gesellschaft > Nutzensumme

Chancen und Risiken gelingenden Lebens

Leben in vertrauter Umgebung / Menschliche Begleitung / Wohngruppen

Quelle: Nell-Breuning-Institut



Die normative Orientierung des Fortschritts ergibt sich aus dem Grundsatz der Gerechtigkeit als Gleichheit.

chen gewährleistet, ist er vernünftiger Weise zu bejahen. Falls er diese zu erreichen erschwert, ist er gemäß den Regeln der gleichen Vernunft zurückzuweisen. Es gibt indessen wirtschaftliche Interessen und Institutionen, die den Begriff des medizinischen Fortschritts mit ihren partikulären Interessen aufzufüllen, in der Gesellschaft breit zu verankern und die eigenen Interessen mit denen der Regierenden zu kombinieren suchen.

Selektiver Blick

Ist der medizinische Fortschritt auf selektive Phänomene oder selektive Methoden beschränkt? In welchem Ausmaß ist er beispielsweise auf naturwissenschaftliche und technische Verfahren fokussiert? Eine solche Selektion könnte bewirken, dass die Diagnose vorrangig bewertet wird und die Therapie auf einen nachrangigen Platz rückt – als bloß technische Umkehrung einer Ursache-Wirkungsfolge in die Zweck-Mittelbeziehung. Dies würde eine Akzentuierung des Wissens, der Evidenzbasis, der Sammlung von Informationen und vor allem die Perfektionierung der Diagnose bedeuten.

Eine zweite Selektion folgt aus der ersten, die Vorliebe und das Vertrauen in technische Apparate. Auch hier stellt sich wieder die Zweckfrage, wozu die technischen Instrumente verwendet werden, um die Diagnose zu perfektionieren oder die Therapie abzusichern. Aber die technischen Apparate können zum Selbstzweck werden. Es wird häufig darüber geklagt, dass viele technische Untersuchungen mehr oder weniger überflüssig sind. Falls diese Klage berechtigt ist, hat sich die Technik zum

Selbstzweck gemacht.

Eine dritte Selektion liegt in der ökonomischen Wertbarkeit. Der medizinische Fortschritt wird in Sektoren und Verfahren gelenkt, die stärker durch private Interessen bestimmt ist. Das öffentliche Gut bzw. Grundrecht eines Mindestzugangs zu Gesundheitsgütern wird tendenziell zu einem privat angebotenen und nachgefragten Gut. Die zur Mobilisierung des technischen Fortschritts gebündelten Interessen drängen dann auf die Kommerzialisierung der Gesundheitsgüter. Damit tritt die Vorstellung in den Hintergrund, dass Gesundheit zu den öffentlichen Gütern gehört, die allen gesellschaftlichen Mitgliedern unabhängig von ihrer Kaufkraft angeboten und in Anspruch genommen werden. Ebenso verblasst der öffentliche Kontext des medizinischen Fortschritts und dessen Hinordnung auf die Lebensqualität aller, insbesondere der gesellschaftlich Benachteiligten.

Normativer Bezugspunkt

Wie ist der normative Orientierungspunkt des medizinischen Fortschritts zu bestimmen? Ich sehe ihn zum einen in dem individuellen Nutzen des leidenden oder des alternden Menschen. Wie eben bereits angedeutet, ist der medizinische Fortschritt kein Selbstwert sondern ein Dienstwert, wenngleich die Neigung groß ist, ihn zu einem wissenschaftlich, und ökonomisch selbstreferenziellen System werden zu lassen. Aber es steht im Dienst des leidenden Menschen, um dessen Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen abzumildern. Und über die Bekämpfung gesundheitlicher Beeinträchtigung hinaus ist es ein Dienst, dass ältere Menschen ihr Grundrecht verwirklichen können, ein selbst bestimmtes Leben zu führen. Gesundheit ist indessen kein absolutes Gut, vielmehr ein Mittel, um mit Beeinträchtigungen selbst bestimmt leben zu können. Wenn der medizinische Fortschritt dazu einen Beitrag leistet, bleibt sein normativer Bezugspunkt im Blick. Aber auch das individuelle Recht auf Leben als solches ist kein absolutes Recht. Es gibt weder einen Zwang noch ein Gebot, Leben um jeden Preis zu verlängern. Schon gar nicht, wenn Zeitquanten (Tag, Monat, Jahr) auf der einen Seite und Lebensqualität auf der anderen Seite gegeneinander abzuwägen sind. Dass bloße Zeitquanten des Lebens gegenüber der Lebensqualität als vorzuzugswürdig gelten, scheint mir als normativer Orientierungspunkt fragwürdig zu sein.

Wer den medizinischen Nutzen am individuellen Subjekt orientiert, wird gleichzeitig daran denken, dass Subjektivität immer Inter-Subjektivität ist. Folglich heißt individueller Nutzen gleichzeitig gesellschaftlicher Nutzen. Zwar lassen sich individuelle Nutzen nicht so aufsummieren, dass daraus ein gesellschaftliches Wohl wird. Aber umgekehrt gilt, dass die Gesellschaft als Ganzes der Orientierungspunkt des medizinischen Fortschritts ist. Denn die Individuen stehen immer im Kommunikationszusammenhang mit allen anderen Mitgliedern der Gesellschaft. Die normative Orientierung des medizinischen Fortschritts lässt sich vom individuellen Nutzen her so formulieren: Nutzen für alle – und besonders für die am wenigsten begünstigten Gruppen der Gesellschaft. Der Grund einer solchen Orientierung ist im moralischen Grundsatz der Gerechtigkeit als Gleichheit zu suchen. In einer demokratischen Gesellschaft klingt die Gleichheitsvermutung einigermassen plausibel. Die Juristen formulieren: „Gleiches muss gleich und Ungleiches ungleich behandelt werden“. Die Gewerkschaften fordern: „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“. Gleiche Gerechtigkeit heißt ja nicht Identität. So sind Zwillinge zwar gleich aber nicht identisch. Es geht um verhältnismäßige Gleichheit: Menschen sind unter einer Rücksicht gleich, unter anderer Rücksicht nicht gleich. Moralische Gleichheit heißt, dass wir uns in einer Gesellschaft vor allen Unterschieden des Geschlechts, der Hautfarbe oder des Alters wechselseitig das gleiche Recht zugestehen, als Gleiche behandelt und anerkannt zu werden. In der Anerkennung der moralischen Gleichheit sehe ich die grundlegende normative Orientierung des medizinischen Nutzens. Daraus folgt zumindest, dass in der direkten Orientierung am individuellen Nutzen, also am gelingenden Leben des individuellen Subjekts immer der Kontext jener Chancen und Risiken beispielsweise des Alterns für alle einzubeziehen ist – beispielsweise im Nahbereich, vor Ort, im vertrauten Wohnumfeld, in der Begleitung durch Gleichaltrige oder Freunde, in Wohngruppen, in Beratungseinrichtungen, wo ältere Menschen nicht als passive Rezeptoren sondern in erster Linie als aktiv Beteiligte respektiert werden.

Nicht zum Nulltarif

Der medizinische Fortschritt ist ein knappes Gut. Seine Bereitstellung konkurriert mit der Bereitstellung anderer Güter. Folglich kann er nicht zum Nulltarif angeboten

werden. Andererseits ist die Behauptung, der medizinische Fortschritt sei die Hauptursache der Explosion der Gesundheitskosten und deshalb auf Dauer nicht finanzierbar, eine doppelte Legende. Denn zum einen steigen die Ausgaben für Gesundheitsgüter nicht überproportional zum Wachstum des Volkseinkommens. Und zum anderen unterliegen die Mittel, die für den medizinischen Fortschritt zur Verfügung gestellt werden, einer Kosten/Nutzen-Kalkulation im Vergleich mit anderen Verwendungsweisen dieser Mittel.

Die staatliche Deckelung der Gesundheitsausgaben ist eine willkürliche, sehr fragwürdige politische Option, denn in einer wohlhabenden Gesellschaft werden bestimmte Güter weniger, andere dafür mehr geschätzt. In einer Gesellschaft, in der die Befriedigung materieller Bedürfnisse ein relativ hohes Niveau erreicht hat, werden andere Bedürfnisse wach oder sie werden geweckt, wie etwa die Gesundheitspflege oder das Interesse an Weiterbildung, Musik und Freizeitaktivitäten. Folglich steigen in einer solchen Gesellschaft die Ausgaben für Gesundheitsgüter und vergleichbare Dienste. Aber es besteht kein Grund, warum ein solidarisches Sicherungssystem im Umlageverfahren sich einer solchen säkularen Tendenz widersetzen müsste.

Die Verwendung knapper Güter unterliegt einer vernünftigen Güterabwägung. Beispielsweise kann das Recht auf ein gelingendes Leben abgewogen werden gegen das Recht auf eine bloß quantitative Verlängerung des Lebens um einige Tage, Wochen oder Monate. Oder der Lebensnutzen und die Kosten, die eine technisch fortschrittliche Therapie älteren Menschen bietet, kann ceteris paribus mit dem Lebensnutzen und den Kosten verglichen werden, die eine vergleichbare Therapie bei jüngeren Menschen erzeugt. In einer solchen Abwägung steht Leben gegen Leben, aber nicht Leben gegen die Standortqualität der deutschen Wirtschaft, die Stabilisierung der Beiträge oder sonstige Maßnahmen der Umverteilung. Aber die Unterstellung, dass wir in einer Welt absoluter Knappheit leben würden, ist unterkomplex. Denn das Bruttoinlandsprodukt ist im Durchschnitt der vergangenen Jahre gestiegen, der gesellschaftliche Reichtum hat trendmäßig zugenommen. Die entscheidende Frage besteht darin, wie die wirtschaftliche Wertschöpfung auf die Ressourcen, die diese Wertschöpfung erarbeitet haben, verteilt wird, nämlich auf das Natur-, Arbeits-, Gesellschafts- und Geldvermögen. Und wie

stark die Solidarität als Steuerungsform zur Verteilung der Wertschöpfung eingeschaltet wird.

Soll sich die Solidarität zwischen den Älteren und Jüngeren sowie zwischen den Gesunden und Kranken, gemäß der die Beiträge entsprechend der Leistungsfähigkeit erbracht, die Hilfeansprüche jedoch entsprechend dem Bedarf gewährt werden, auf die abhängig Erwerbstätigen beschränken, oder soll sie „demokratisch“ ausgeweitet werden? Dann nämlich würden alle, die im Geltungsbereich des Grundgesetzes ihren Lebensmittelpunkt haben, in eine solche Solidargemeinschaft einbezogen. Und warum sollen nicht alle Einkommen, die im Geltungsbereich des Grundgesetzes entstehen, in diese Solidargemeinschaft einbezogen werden und beitragspflichtig werden? Der Finanzierungsspielraum zur Realisierung des medizinischen Fortschritts würde so ganz erheblich erweitert. Damit ist die Verpflichtung zur Güterabwägung im Einzelfall nicht aufgehoben. Aber es wäre eine „demokratische Solidarität“ entstanden, die jenseits von Klassen und Ständen, der derzeit immer noch das Gesundheitswesen spalten, Jüngere und Ältere, Wohlhabende und weniger Wohlhabende und damit auch die am wenigsten Begünstigten einschließt.

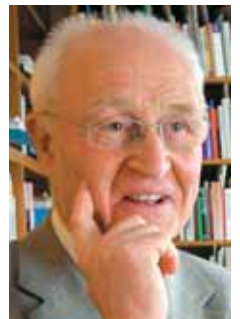
.....
PROFESSOR EM. DR. FRIEDHELM HENGSBACH



Friedhelm Hengsbach SJ, Prof. em.

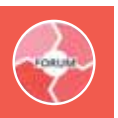
Dr. oec., Jahrgang 1937, hat Philosophie, Theologie und Wirtschaftswissenschaft in München, Frankfurt und Bochum studiert. Er promovierte über die Assoziierung afrikanischer Staaten an die EG und habilitierte sich über das Thema Arbeitsethik. Von 1977

bis 2005 lehrte er im Fach Christliche Gesellschaftsethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main. Von 1992 bis 2006 leitete Hengsbach das Nell-Breuning Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik. Er lebt und arbeitet seit 2009 im Heinrich Pesch-Haus - Katholische Akademie Rhein-Neckar in Ludwigshafen.



Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft – Medizinische Aspekte

PROF. DR. MED. DR. PHIL. DR. THEOL. H.C. ECKHARD NAGEL, UNIVERSITÄT BAYREUTH



M eine Aufgabe ist es, über den medizinischen Fortschritt in einer alternden Gesellschaft zu sprechen und dabei die medizinischen Aspekte besonders zu betonen. Auf der einen Seite habe ich als ausgebildeter Arzt und tätiger Transplantationschirurg mit dem medizinischen Fortschritt relativ viel zu tun. Und auf der anderen Seite bin ich Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth, in dem Studenten in Gesundheitsökonomie ausgebildet werden und ich immer wieder mit den finanziellen Aspekten des medizinischen Fortschritts konfrontiert werde. Ich habe meine Überlegungen in drei Abschnitte unterteilt. Erstens geht es mir um den als Explosion des Machbaren wahrgenommenen medizinischen Fortschritt. Zweitens soll die Frage behandelt werden, inwieweit knappe Ressourcen dazu führen, dass der medizinische Fortschritt und die Veränderung innerhalb unserer Gesellschaft problematische Beziehungen miteinander eingehen. Hier gilt es, nach konkreten Lösungen zu suchen. Drittens versuche ich zu klären, inwieweit beim alternden Menschen der medizinische Fortschritt mit anderen Fragen einhergeht, als etwa bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Explosion des Machbaren

Ich beginne mit der Explosion des Machbaren. Man kann feststellen, dass wir eine steigende Lebenserwartung unserer Bevölkerung haben. Die meisten älteren Menschen, die ich erlebe, sehen im Alter etwas Positives. Primär hat der medizinische Fortschritt also positive Auswirkungen auf unser gesellschaftliches Umfeld. Denn es ist keineswegs so, wie immer wieder vermutet wird, dass diese Lebensverlängerung erkaufte wäre mit Multimorbidität und schlechter Lebensqualität. Selbstverständlich bringt es die höhere Lebenserwartung mit sich, dass wir alle früher oder später mehr oder weniger mit Krankheit werden leben müssen.

Was sind die Vorstellungen, die wir mit medizinischem Fortschritt verbinden? Fortschritt in der Medizin wird im Wesentlichen als etwas begriffen, das Erkenntnisgewinn bringt – und dies wird in der Regel als positiv wahrgenommen. Wir wollen gerne wissen, wie Stammzelle X sich unter bestimmten Gesichtspunkten verhält und das Ergebnis begreifen wir dann als Fortschritt. Dabei ist es zunächst irrelevant, ob es sich dabei tatsächlich um einen medizinischen Fortschritt handelt. Das kommt erst sehr viel später zum Tragen. Wenn wir hier vom medizinischen Fortschritt sprechen, dann von dem, der sich auf die Gesundheit oder Krankheit der Menschen konkret auswirkt. Es stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien oder Anreizsystemen sich dieser Fortschritt entwickelt. Sicher ist dabei nicht nur der Forscherdrang des Einzelnen maßgeblich. Es geht immer auch um das im Wissenschaftssystem Machbare. Was sind dabei die wesentlichen Punkte? Wenn wir zum Beispiel die jüngsten Entwicklungen in der Pharmakotherapie betrachten,

Medizinischer Fortschritt



Quelle: Nagel

Medizinischer Fortschritt stellt heute das dominierende Anreizsystem im Gesundheitswesen dar

Innovationen stehen im Wettbewerb um die bestmögliche Behandlung und damit um die zur Verfügung stehenden Ressourcen



Medizinischer Fortschritt soll Erkenntnisgewinn bringen..

dann können wir sagen, dass wir leben in einer für Ärzte dankbaren Zeit leben. Zwischen der Zeit, in der ich mein Studium abgeschlossen habe und heute liegt ein großer medizinischer Fortschritt in diesem Bereich. Nehmen wir als Beispiel die Situation bei HIV: Wer hätte sich vor 20 Jahren vorstellen können, dass es heute eine substantielle Therapie bei HIV gibt, die tatsächlich zu einer Lebenserwartung führt, die vergleichbar ist mit der bei anderen weit weniger schwerwiegenden Viruserkrankungen? Keiner von uns hätte sich das wirklich vorstellen können.

Medizinischer Fortschritt und seine Konsequenzen

Nehmen wir als weiteres Beispiel das Leben mit einem künstlichen Organ. Klinische Studien zeigen, dass es für diejenigen Patienten, die nicht mehr transplantiert werden können, möglich ist, mit dem künstlichen Herz die annähernd volle Leistungsfähigkeit wieder herzustellen.

Es gibt neue diagnostische Verfahren und neue Medikamente. Dabei stellt sich die Frage, ob die personalisierte oder individualisierte Medizin dazu führen wird, dass viele therapeutische Strategien, die wir heute haben und in vielen Fällen bisher nicht wirksam sind, am Ende vielleicht nicht mehr verfolgt werden müssen. So könnten auch unnötige Nebenwirkungen vermieden werden. Mit einer individualisierten pharmakogenetischen Diagnostik könnten am Ende nur noch die therapiert werden, die tatsächlich von einer Therapie auch profitieren. Das sind spannende Entwicklungen, die für die einzelnen Gruppen sehr hilfreich sein werden.

Aber auch Umfeldentwicklungen in anderen Bereichen, wie zum Beispiel in der Informationstechnologie,

können eine positive Auswirkung auf die medizinische Versorgung haben. So hat beispielsweise die elektronische Gesundheitskarte das Potenzial, durch besseren persönlichen Informationszugriff zu vermeiden, dass Komplikationen auftreten und dazu beizutragen, dass Menschen besser für ihr eigenes Wohlergehen sorgen können.

Das sind alles Beispiele für den medizinischen Fortschritt, die gar nicht hoch genug eingeschätzt werden können. Selbstverständlich ist medizinischer Fortschritt nur dann ein Fortschritt, wenn er sich als Add-on-Technologie darstellt – also zusätzlichen Nutzen, zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten und damit Therapieoptionen eröffnet. In selteneren Fällen mag das auch für eine

Ökonomische Konsequenzen des Fortschritts



Prozessinnovationen (machen bestehende Behandlungsoptionen kostengünstiger)



Add-on-Technologien (vergrößern Kreis der Behandlungsfähigen)



Halfway-Technologien (verlängern die Zeitspanne zwischen dem Zeitpunkt der Diagnose einer Erkrankung und dem des Todes)



Quelle: Nagel



Die ökonomischen Folgen des medizinischen Fortschritts können sich in unterschiedlichen Dimensionen ausdrücken.

schnellere oder nur einmalige Applikation eines Medikamentes so gesehen werden. In der Regel müssen wir bei medizinischem Fortschritt davon ausgehen, dass am Ende auch die Kosten steigen. Zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten verbrauchen auch mehr Ressourcen.

Ich möchte nun die Frage des medizinischen Fortschritts im Hinblick auf ältere Menschen fokussieren. Geht die Explosion des Machbaren tatsächlich mit Fortschritt einher? Ich möchte dazu einige Beispiele vorstellen.

Der erste Punkt ist der Aspekt der geriatrischen Einrichtungen. Selbstverständlich ist die Veränderung der Lebenserwartung und auch der demographischen Struktur unserer Gesellschaft damit verbunden, dass sich die Gesundheitsversorgung den neuen Begebenheiten anpassen muss.

Ich kann mich noch daran erinnern, dass in der Chirurgie Mitte der 80er Jahre ein 70-jähriger Patient als jemand wahrgenommen wurde, der in die Kategorie ‚älterer Patient‘ fiel. Heute ist für uns ein 70-Jähriger keineswegs ein älterer Patient, er ist ein Durchschnittspatient. Das Spektrum älterer Patienten beginnt heutzutage bei etwa 80 bis 85 Jahren – erst bei dieser Alterskohorte diskutieren wir immer wieder mal, ob eine Operation sinnvoll oder weniger sinnvoll ist. Bei einem 70-jährigen Patienten dagegen kämen wir heute gar nicht mehr auf die Idee, darüber zu diskutieren, ob das Alter Beschränkungen der Therapieoptionen mit sich bringt.

Chirurgie für Betagte und Hochbetagte

Eine weitere Frage drängt sich auf: Wie verhält es sich mit der Pharmakotherapie bei einem 80-Jährigen – was ist der Unterschied im Vergleich zu klinischen Studien, die alle über 65-Jährigen von vorne herein ausschließen, weil sie nicht mehr als Studienkandidaten gelten? Die Frage sei erlaubt, ob das ein sinnvolles Vorgehen ist. Hier gibt es Erkenntnisbedarf – und dieser Bedarf wird zum Teil durch eine ganze Reihe zusätzlicher Einrichtungen gedeckt. Allerdings muss man feststellen, dass der kontinuierliche Aufbau geriatrischer Abteilungen und Einrichtungen erstaunlicherweise zum Halten gekommen ist. Haben wir hier schon das gewünschte Versorgungsniveau erreicht, obwohl die Zahl älterer Menschen weiter steigt? Das ist eine Entwicklung, die man kritisch hinterfragen sollte.

Ein zweiter Punkt, den ich vorstellen möchte, betrifft die Transplantationsmedizin. Auch hier gibt es den Trend,

dass immer mehr ältere Personen dialysiert werden. Ich erinnere mich an Experimente, die damals in der Medizinischen Hochschule Hannover bei Professor Pichlmayr durchgeführt worden sind: Da hieß es immer, ein Organ eines über 50-Jährigen verträgt eine Konservierung eigentlich nicht. Aber wir haben 13.000 Patienten auf den Wartelisten, die auf eine Nierentransplantation in Deutschland warten. Auch an den Wartelisten lässt sich die demografische Entwicklung ablesen. Dort wird man viele Patienten über 65 Jahre finden, die zumindest theoretisch transplantiert werden könnten. Es sind dazu Ex-

Chirurgie für Betagte und Hochbetagte

Bypass mit 85 – auch alte Herzen profitieren:

Hohes Alter sollte aus medizinethischer Sicht nicht von vornherein als Ausschlusskriterium für eine Bypass-OP gesehen werden

Da jedoch Komplikationen im Alter häufiger entstehen, ist ein intensives Arzt-Patient-Gespräch über Chancen und Risiken vonnöten

Neue neuroradiologische Möglichkeiten (z.B. SPECT oder PET) machen es heutzutage möglich, die Patientengruppe zu selektionieren, die am meisten profitiert und die, die gefährdet ist

Quelle: Nagel



Die Definition dessen, was ein älterer Patient ist, hat sich in eine andere Alterskohorte verschoben.

Chirurgie für Betagte und Hochbetagte

Wissenschaftliche Studien belegen:

Herzchirurgische Operationen im hohen Alter zeigen gute Ergebnisse im kurz- und langfristigen Bereich mit einer Verbesserung der Lebensqualität

Rich MW. et al (1988): Morbidity and mortality of coronary bypass surgery in patients 75 years of age or older. *Ann Thorac Surg* 46:638-644.

Akins CW. et al (1997): Cardiac operations in patients 80 years old and older. *Ann Thorac Surg* 64: 606-615.

Davis MD. et al (2004): Open Heart Surgery in Patients 85 Years and Older. *J Card Surg* 19: 7-11.

Quelle: Nagel



Die Studienlage zeigt vielfältige Belege dafür, in welchem Ausmaß sich die Lebensqualität von über 80-Jährigen verbessert.

perimente vorgenommen worden, die durchaus positiv verlaufen sind. Man kann auch die Niere eines 70-, 75- oder 80-Jährigen entnehmen und sie mit gutem Erfolg transplantieren. Und wenn man dies tut, dann ist es sinnvoll, das Organ nicht gerade einem 20- oder 25-jährigen Empfänger zu implantieren. Wir haben heute spezielle Verteilungsverfahren, die wir früher nur aus der Transplantationsmedizin für Kinder kannten – also alte Organe für alte Patienten. Das hat zur Folge, dass die Wartezeit für einen über 65-Jährigen deutlich geringer geworden ist. Diese Entwicklung macht deutlich, dass es im Hinblick auf die medizinischen Möglichkeiten tatsächlich positive Veränderungen gegeben hat.

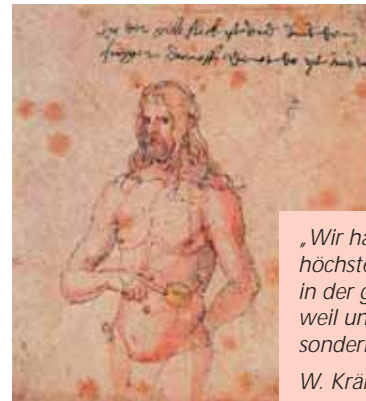
Ein weiteres Beispiel aus der Herzchirurgie – der Bypass bei über 85-Jährigen. Bei früheren Chirurgenkongressen kam es nicht selten zu einem Konflikt. Während Ordinarien auftraten und solche Operationen als Heroen-Taten verkauften, haben Kollegen abgewunken und gesagt, dass sei Unsinn. Und sie gingen noch weiter: Solchen Kollegen müsse man eigentlich das Operieren verbieten. Die Situation ist heute so, dass wir feststellen können, dass sehr wohl ein großer Prozentsatz dieser Menschen tatsächlich auch wieder sozial reintegriert werden kann. Es ergibt sich also keineswegs die Situation, dass diese Menschen dann dauerhaft pflegebedürftig werden. Wissenschaftliche Studien zeigen: Im Jahr 1988 wurde eine solche Operation bei über 75-Jährigen gemacht, 1997 bei über 80-Jährigen und 2004 bei über 85-Jährigen. Man kann das fortschreiben und vermuten, wie entsprechende Publikationen im Jahr 2011 aussehen werden.

Chirurgie als Schritt zur regenerativen Medizin

Wie sieht es aber bei Erkrankungen aus, die einen unmittelbaren Bezug zum Alter haben – wenn es also sozusagen um den ‚Verschleiß‘ unseres Körpers geht, insbesondere unserer Gelenke? Die Alternative, die es dazu gibt, ist heute nicht mehr die Amputation. Auch das war in vielen Fällen noch in den 60er und 70er Jahren die einzige Möglichkeit, chronische Schmerzen oder aber auch Veränderungen wie Durchblutungsstörungen zu beheben: Die Alternativen sind heute die Arthroplastik, also rekonstruktive Operation, der Ersatz durch körperfremdes Material.

Wenn man sich die Operationsstatistiken ansieht,

Medizinischer Fortschritt und Altersmedizin



Je mehr Krankheiten behandelt werden, umso mehr haben die Menschen Gelegenheit, andere, bisher weniger verbreitete Krankheitsbilder zu entwickeln

„Wir haben in Deutschland mit die höchsten Raten an Nierenkranken in der ganzen Welt, aber nicht, weil unsere Medizin so schlecht ist, sondern weil sie so gut ist.“

W. Krämer, 1997

Quelle: Nagel Albrecht Dürer (1510): „Der kranke Dürer“



Der Fortschritt der Medizin erzeugt immer neue Behandlungsoptionen und neuen Behandlungsbedarf.

vor allem in der Unfallchirurgie und Orthopädie, dann schießen die Zahlen in die Höhe und sie werden in den nächsten Jahren weiter steigen. Eine Veränderung, die wir in der Chirurgie gar nicht so gerne sehen – gerade im Hinblick auf die Verteilung von Ressourcen.

Das gilt auch für den Bereich der regenerativen Medizin. Natürlich wäre es sinnvoller, sich beginnende Veränderungen im Sinne der Degeneration mit vitalem Material, also mit Stammzellen, zu behandeln. Und das zu einem Zeitpunkt, wo tatsächlich eine Regenerationsfähigkeit des Organismus noch vorliegt. Man kann, wenn man die Biologie des Menschen anschaut, davon ausgehen, dass das auch bis ins hohe Alter funktioniert.

Da wir alle noch bis ins hohe Alter Stammzellträger sind, und Regenerationsprozesse dauerhaft und stetig vorstatten gehen, wird meines Erachtens die regenerative Medizin für die Zukunft ein wesentlicher Fortschritt sein. Ein wichtiges Beispiel ist die Neurologie. Dort haben wir mit der Zunahme des Alters viele Patienten mit degenerativen Erkrankungen, die es zu behandeln gilt. Bei Alzheimer und Morbus Parkinson findet sich in den Krankheitsstatistiken eine steigende Morbidität mit zunehmendem Alter der Bevölkerung. Gleiches gilt für onkologische Erkrankungen. Bei Schmerz, Migräne, Bewegungsstörungen, neuromuskulären Erkrankungen – in all diesen Bereichen gibt es positive Entwicklungen, die gerade ältere Menschen betreffen.

Ich möchte abschließend noch hinweisen auf ein Bei-

spiel adjuvanter Medizintechnik, das unseren Alltag heute stärker betrifft als viele andere Dinge: den Rollator. Ich war kürzlich mit meinen Kindern auf dem Spielplatz und habe dort Großeltern mit Rollatoren beobachtet. Im Internet findet man mittlerweile 600 verschiedene Modelle mit unterschiedlicher Ausstattung zu ganz unterschiedlichen Preisen. Sie haben unzweifelhaft zur Mobilität vor allem der älteren Bevölkerung beitragen können. Das hat auch die gesetzlichen Kassen belastet. Allerdings empfinde ich diese ursprünglich schwedische Erfindung im Hinblick auf die Versorgung alter Menschen außerordentlich positiv. Sie erreichen dadurch eine Beweglichkeit, die sie ansonsten nicht hätten.

Ich könnte weitere begeisternde Beispiele von medizinischem Fortschritt in Einzelfällen darstellen – und Zuhörer würden irgendwann ermüden und einwenden, dieser Fortschritt bringe auch Probleme mit sich. Der Einwand lautet: Welche Konsequenzen hat dieser Fortschritt für die knappen Ressourcen, die uns zur Verfügung stehen? Oder allgemeiner: Was hat dieser gesellschaftliche Wandel überhaupt für Folgen?

Medizinischer Fortschritt, knappe Ressourcen und gesellschaftlicher Wandel

Wenn Sie morgens in einer Stadt wie Bad Kissingen spazieren gehen, dann haben Sie das Gefühl, dass dieser gesellschaftliche Wandel durchaus Folgen hat. Damit möchte ich mich jetzt beschäftigen. Einer unserer Kollegen, der Gesundheitsökonom Walter Krämer aus Dortmund, hat bereits 1997 postuliert, dass wir mit dem medizinischen Fortschritt in eine Fortschrittsfalle laufen. Denn mit dem demografischen Wandel entstünden viele Krankheiten, die anderenfalls nicht entstanden wären. Damit erzeuge die Medizin sich selber immer neuen Handlungsbedarf. Der Jungbrunnen, von dem wir alle träumen, der sei tatsächlich eine Fortschrittsfalle. Insofern müsse man umkehren. Dieser Wunsch wird an vielen Stellen vernehmbar vorgetragen – in aller Regel von jungen Menschen, die das Gefühl haben, Krankheit liege noch weit vor ihnen. Selten wird der Wunsch nach Umkehr von älteren oder direkt Betroffenen vorgetragen.

Es gibt sehr unterschiedliche Sichtweisen, mit denen man sich auseinandersetzen muss, abhängig davon, in welcher Situation man sich befindet, ob Sie jemand sind, der von einer Krankheit betroffen ist, ob Sie Angehöriger

eines Kranken sind oder aber jemand, der lediglich Krankenversicherter ist und der sich mit der Frage von Krankheit noch gar nicht auseinandergesetzt hat.

Mit Blick auf die These von Krämer müsste man feststellen, dass wenn die moderne Medizin zu einer beständigen Medikalisation der Bevölkerung führt, am Ende alle Menschen nur noch mit dem Pillendöschen herumlaufen und keiner mehr Herr seiner eigenen Lebenssituation ist. Also Medikalisation der Bevölkerung versus Kompression. Denn die Kompressionsthese ist die Gegenhypothese: Durch den medizinischen Fortschritt werden Krankheiten auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Es gibt keine eindeutige Antwort und nicht ausreichend Daten, um zu entscheiden, welche der beiden Hypothesen definitiv zutrifft. Was man aber feststellen kann, ist, dass wahrscheinlich die zweite Hypothese – die Kompressionsthese – tatsächlich eher zutrifft, und zwar nicht nur in Deutschland, sondern in allen westlichen Nationen.

Man muss es aber gar nicht auf westliche Nationen eingrenzen. Egal ob man auf China, Indonesien oder Malaysia schaut, überall findet man dieselben demografischen Entwicklungssituationen, wie in der so genannten westlichen Welt. Die strukturellen Implikationen sind eindeutig: Was bedeutet es für die Lebensgestaltung jedes Einzelnen, wenn man davon ausgehen kann, dass man heute mit 65 Jahren tatsächlich noch ein Viertel seiner Lebenserwartung vor sich hat? Das ist eine völlig andere Situation als noch vor 20 oder 25 Jahren.

Implikationen für das Gesundheitswesen

Unabhängig von der direkten medizinischen Versorgung, ist zu konstatieren: Pflegebedürftigkeit wird aus ethischer und ökonomischer Sicht zu einem Thema. Aber auch die Gesellschaftsstruktur verändert sich, weil die Arbeits- und Lebensbedingungen sich verändert haben, weil familiäre Kontexte nicht mehr so tragfähig sind wie früher, weil Lebensarbeitsverhältnisse sich verändern. Und dieser neue Kontext führt dazu, dass man, ähnlich wie beim medizinischen Fortschritt, das Älterwerden vor allem als finanzielles Problem sieht. Ich finde das ausgesprochen unerfreulich und eine ökonomisch verengte Sichtweise.

Im Hinblick auf konkrete Daten haben jüngere Menschen einen anderen Blick auf Kosten, solange sie nicht krank werden. Das gilt für ältere Menschen nicht. Natürlich verursachen sie mehr Kosten, um zum Beispiel mit

Medizinischer Fortschritt – Angaben zur Abhängigkeit des Lebensalters

Altersgruppen	Gesundheitsausgaben für Überlebende*	Gesundheitsausgaben für Sterbende*
60 bis unter 65	3 620,05	88 552,67
65 bis unter 70	3 777,67	76 105,54
70 bis unter 75	4 017,74	58 606,24
75 bis unter 80	4 331,67	45 062,95
80 bis unter 85	4 669,31	35 242,50
85 bis unter 90	5 007,00	27 552,57
90 bis unter 95	5 639,18	20 098,00
95 bis unter 100	7 749,33	11 217,27

*(Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben im Jahr in DM)

Quelle: Kruse A, Knappe E, Schulz-Nieswandt F, Schwartz FW, Wilbers J, Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? 2003



Die Gesundheitsausgaben für Überlebende und für Sterbende entwickeln sich bei zunehmendem Lebensalter gegenläufig.

chronischer Erkrankung ein Jahr zu überleben. Ein weiteres Beispiel für die stark ökonomische Sichtweise findet sich bei der Einführung der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Man konnte etliche Beiträge lesen mit dem Tenor: Können wir uns es leisten, im Hinblick auf nur 100 oder 200 neuerkrankte Frauen pro Jahr eine millionenschwere Investition vorzunehmen?

Ich würde gerne jeden, der das schreibt, zu mir auf die Station einladen und zu einer Patientin mit Zervixkarzinom bringen und ihn dann fragen, ob es sich gelohnt hätte, eine entsprechende Investition vorher getätigt zu haben. Das mag blauäugig, sehr plakativ und unter Umständen eine nicht durchzuhaltende Argumentation sein: Dennoch müssen beide Seiten gesehen werden, die positive als auch die problematische Seite.

Altersmedizin als ärztliche und pflegerische Herausforderung

Ich möchte noch auf die Frage der Versorgung in der Geriatrie eingehen. Die Geriatrie sollte als Pflichtfach auch in die Innere Medizin integriert und die wissenschaftliche Forschung in diesem Bereich sollte ausgeweitet werden. Aus unterschiedlichen Gründen lässt sich dies nicht einfach durchsetzen – vielleicht auch, weil die Geriatrie nicht unbedingt im Fokus der Aufmerksamkeit steht.

Altersmedizin als persönliche, ärztliche und pflegerische Herausforderung



Für eine menschenwürdige Spitzenmedizin ist es notwendig, **die persönliche und menschliche Dimension** in die medizinische Versorgung integrieren zu können

Kurative und palliative Therapie darf nicht auf ein „**technisches**“ oder „**finanzielles Problem**“ reduziert werden

Quelle: Nagel



Eine Altersrationierung verstößt gegen den grundgesetzlich verbürgten Würdeschutz.

Natürlich ist es hoch befriedigend, wenn ich ein Kind operiere und am Ende hat das Kind eine normale Lebenserwartung. Natürlich ist es eine besondere Herausforderung, bei einem 40-Jährigen wieder eine Restitutio ad integrum zu erreichen. Das verändert sich, wenn ich bei einem 85- oder 90-jährigen Patienten mit der Frage konfrontiert werde: Lohnt sich das noch? Das ist eine Frage, die sehr stark auf einen Patienten orientiert ist. Ganz unabhängig von den finanziellen Aspekten, die diejenigen, die diese Patienten betreuen, bewegt. Insofern ist es meines Erachtens eine besondere Herausforderung, ein Gleichgewicht der Positionen in einer sehr stark rationalisierten und auf Effizienz getrimmten Medizin zu realisieren. Gerade in der Palliativmedizin dürfen die Handlungsoptionen nicht unter dem Aspekt einer Kosten-Nutzen-Relation gesehen werden. Für mich stellt sich die Frage, inwieweit Kosten-Nutzen-Relationen tatsächlich über alle Altersgrenzen hinweg anwendbar sind. Die Frage nach dem Würdeschutz stellt sich in der Geriatrie viel stärker als in anderen Bereichen der medizinischen Entwicklung. In der Vergangenheit hat das Thema Altersrationierung dem einen oder anderen vor allem dazu gedient, sich ins politische Rampenlicht zu stellen.

Eine Altersrationierung verstößt gegen den grundgesetzlich verbürgten Würdeschutz. Ich hätte vor einiger Zeit gesagt, so etwas wie Altersrationierung gibt es in

Deutschland nicht. Ich muss mich aber korrigieren, und zwar, weil die obersten Richter im Land bestätigt haben, dass Altersrationierung im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung durchaus rechtlich nachvollziehbar und sinnvoll ist. Dabei beziehe ich mich auf die Frage der In-vitro-Fertilisation (IVF). Hier ist bestätigt worden, dass eine Altersgrenze von 40 Jahren legitim ist und dass eine gesetzliche Krankenversicherung eine entsprechende Behandlung älterer Menschen nicht mehr bezahlen muss. Insofern müssen wir die Frage der Altersrationierung durchaus noch mal anders diskutieren.

Ärztliche Aufgaben in der Geriatrie

Das bedeutet nicht, dass es nicht gute Argumente geben kann, bestimmte Patienten von bestimmten Behandlungen auszuschließen. Es gibt sehr gute Argumente zu sagen, aus medizinischen Gründen verbietet sich eine entsprechende Behandlung. Aber ob tatsächlich ein Alterskriterium dabei wirksam werden sollte, muss aus meiner Sicht nochmals gesondert diskutiert werden.

Schließlich stellt sich die Frage, inwieweit die Medizin auch den letzten Weg im Leben – Stichwort Hospiz oder Palliativmedizin – tatsächlich begleiten sollte. Dieser Diskussion hat sich die Medizin erst in den letzten 20 Jahren geöffnet. Vom Selbstverständnis des medizinischen Behandlungsauftrages gehört die Sterbephase nicht in den Behandlungskontext der Ärztinnen und Ärzte. Hier haben sich aber die Umstände deutlich geändert. Doch dies ist nicht nur eine Frage des Alters. Das ist auch relevant für sterbende Kinder, für sterbende Menschen in jedem Alter. Es handelt sich also nicht um einen Aspekt, auf den sich speziell die Altersmedizin fokussieren sollte. Problematisch ist allerdings der Anspruch in der Geriatrie, dass auch dann, wenn eine sinnvolle Therapie nicht mehr möglich ist, Therapieversuche durchgeführt werden sollen.

Hier ergibt sich ein Widerspruch in unserem Rechtssystem zwischen dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialrechts und der optimalen Behandlung, die der Bundesgerichtshof fordert. Dieser Widerspruch fördert eine Form von Defensivmedizin, die nicht immer förderlich ist – vermutlich aber auch nicht immer zum Schaden der Patienten gereicht.

Dieses Thema lässt sich nicht allein auf rechtliche Aspekte beschränken, sondern es ist auch mit einer wissen-

Herausforderung heute – tun oder unterlassen?



Quelle: Nagel

BGH: Forderung nach optimaler Behandlung, unter Vernachlässigung ökonomischer Gesichtspunkte

Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialrechts (§ 12 SGB V)

Folge: Defensivmedizin – Pflicht zum übermäßigen Einsatz diagnostischer oder therapeutischer Verfahren



Das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialrechts und die Vorgaben oberster Gerichte geraten immer öfter in Widerspruch.

schaftstheoretischen Grundannahme der Medizin verbunden, nämlich dass das, was machbar ist, tatsächlich auch gemacht werden sollte. Ich persönlich bin davon überzeugt, dass man auch in der Forschung bestimmte Wege nicht unbedingt beschreiten muss, wenn man das Gefühl hat, dass sie ethisch nicht vertretbar sind. Dennoch kann es nicht die Aufgabe der Medizin sein, sich sozusagen von sich aus Beschränkungen aufzuerlegen.

Ich erinnere mich an eine Tagung in Zürich mit Theologen aus ganz Europa, die mich fragten: „Wo um alles in der Welt, will die Medizin denn noch hin? Jetzt werden die Leute doch schon 90 Jahre, dann muss es doch einmal gut sein.“ Ich habe darauf mit Unverständnis reagiert. Zwar haben wir eine sehr stark naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin. Sie ist aber ganz sicherlich nicht eine Naturwissenschaft, sondern, wenn überhaupt, dann nur eine angewandte Naturwissenschaft. Es kann nicht die Aufgabe der Forschung sein, von sich aus eine fiktive Alterserwartung zu definieren, ab der das Leben dann nicht mehr sinnvoll ist und ab der auch keine weiteren Behandlungen und entsprechenden Forschungen mehr gemacht werden sollten. Daher denke ich, dass wir den ärztlichen Behandlungsauftrag in vollem Umfang ausschöpfen sollten. Die Humanität unserer Gesellschaft zeigt sich daran, inwieweit wir den Menschen unsere Unterstützung geben, die in existentielle Not geraten sind.

.....
**PROF. DR. MED. DR. PHIL. DR. THEOL. H.C.
ECKHARD NAGEL**
.....

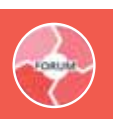


hat von 1978 bis 1986 Humanmedizin studiert an den Universitäten Hannover, Vermont (USA), an der Dumfries Royal Infirmary (England), in Grenoble und an der Dartmouth Medical School. In den Jahren 1979 bis 1988 schloss sich in Hannover ein Studium der Philosophie und Geschichte an. Nagel wurde im Mai 1986 als Arzt approbiert. Seine Promotion zum Dr. med erfolgte 1987, die zum Dr. phil. im Jahr 1995. Im Juni 1999 erhielt er den Ruf auf eine C4-Professur an der Universität Bayreuth. Seit 2008 ist er Mitglied des Deutschen Ethikrats, dem Vorgängergremium gehörte er seit 2001 an. Eckhard Nagel ist 2010 Evangelischer Präsident des 2. Ökumenischen Kirchentages in München.



Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft – Ökonomische Aspekte

PROFESSOR DR. VOLKER ULRICH, UNIVERSITÄT BAYREUTH, LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III



Ich habe drei Gliederungspunkte mitgebracht. Ich werde auch etwas über den demografischen Wandel und den technischen Fortschritt erzählen und auf die These von der Medikalisierung und von der Kompression eingehen – das allerdings stärker mit ökonomischen Bezügen. Ich werde mit einem Punkt schließen, der mir besonders am Herzen liegt. Dabei geht es um die intergenerativen Aspekte der demografischen Entwicklung und des technischen Fortschritts. Eine meiner Kernaussagen wird letztlich sein, dass es sehr stark um Verteilungsprobleme im demografischen Wandel gehen wird und die Art und Weise, wie wir uns an diese Verteilungsprobleme heranwagen. Wie mutig oder wie zögerlich wir sie anpacken wird entscheidend sein, ob wir bei der Bewältigung dieser Probleme erfolgreich sein werden oder nicht.

Einleitung

Ich habe Ihnen einige Eingangszitate mitgebracht: Sie sehen, schon vor 150 Jahren bemerkte man, die Gesundheit überwiegt alle anderen Güter so sehr, dass wahrscheinlich ein gesunder Bettler glücklicher war als ein kranker König. Wenn Sie so wollen, spiegelt sich in diesem Satz die doppelte Bedeutung der Gesundheit wider. Bereits Schopenhauer erwähnte, wie unendlich wertvoll Gesundheit für uns sei, während die Ökonomen darauf hinweisen, dass die Gesundheitsversorgung teuer, vielleicht sogar zu teuer ist. Wir werden in naher Zukunft eine Revolution erleben, wie das Ralph Weissleder ausdrückt, geprägt durch Früherkennung, personalisierten Therapien und neuen Behandlungsmöglichkeiten. Für die Ökonomen ergibt sich dadurch die spannende Frage: Schaffen wir es, die Qualität der Versorgung zu steigern, ohne dass uns die Kosten aus dem Ruder laufen? Wir hatten von der Explosion des Machbaren gesprochen. Damit ist natürlich auch die Finanzierung dieser Leistungen verbunden.

Demografischer Wandel und seine Folgen

Die zentralen Determinanten der zukünftigen Entwicklung im Gesundheitswesen sind der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt. Zu beiden möchte ich Ihnen einige stilisierte Fakten vorstellen. Neudeutsch spricht man von einem Double-Aging-Prozess, also einem doppelten Alterungsprozess. Der anhaltende Geburtenrückgang geht einher mit einer steigenden Lebenserwartung, was zunächst äußerst positiv zu bewerten ist. Ökonomen thematisieren aber sehr stark die fi-

„Die Gesundheit überwiegt alle äußeren Güter so sehr, dass wahrscheinlich ein gesunder Bettler glücklicher ist als ein kranker König.“

Arthur Schopenhauer
(1788-1860)

„Wir werden in Zukunft eine Revolution im Gesundheitswesen erleben - geprägt durch Früherkennung, personalisierte Therapien und neue Behandlungsmöglichkeiten.“

Professor Ralph Weissleder,
Harvard Medical School

„Ziel muss es sein, die Qualität der Versorgung zu steigern, ohne dass die Kosten aus dem Ruder laufen.“

Jim Reid-Anderson,
CEO Siemens Healthcare

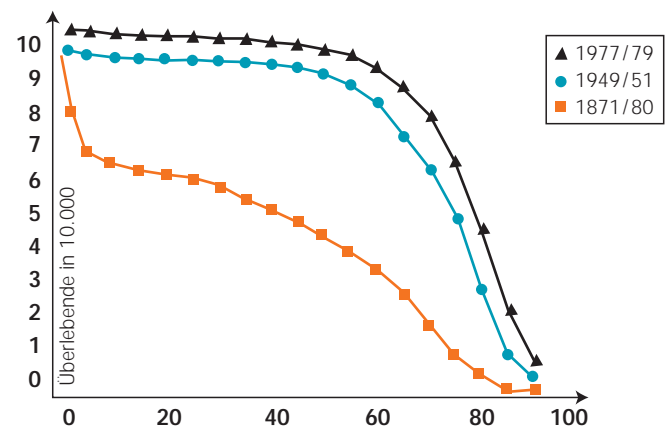
nanziellen Probleme, die damit einhergehen, vor allem bedingt durch die Art und Weise, wie wir das System der sozialen Sicherung finanzieren: Stichwort Umlageverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Wir werden eine Zunahme der Ein-Personen-Haushalte erleben und wir werden Änderungen im Konsum- und im Freizeitverhalten in einer alternden Gesellschaft feststellen. Das ist nicht normativ zu sehen, sondern zunächst einmal positiv, weil eben ältere Menschen andere Güterbündel nachfragen im Vergleich zu jüngeren Menschen. Der demografische Wandel wird gemeinsam mit den Wechselwirkungen des technischen Fortschritts zu einem makroökonomischen Strukturproblem führen.

Ökonomen finden eine größere Gütervielfalt in einer wachsenden Wirtschaft besser, da dies unter anderem auch den Verteilungsspielraum erhöht. Das heißt, wenn wir auch zukünftig in einer schrumpfenden Gesellschaft ein höheres Konsumniveau anstreben, dann müssen das weniger Erwerbstätige erwirtschaften. Das geht natürlich nur, wenn wir entweder mehr importieren oder wenn diese geringere Zahl an Erwerbstätigen besser wird. Und besser werden bedeutet, die Arbeitsproduktivität zu erhöhen. Das ist eher langfristig möglich – etwa durch vermehrte Bildungsanstrengungen, so dass wir auch hoffen, hier einen Einflusskanal zu besitzen, über den wir noch nicht diskutiert haben. Die Arbeitsproduktivität steigt aber auch dann, wenn die Kapitalintensität in der Produktion steigt. Für den Ökonomen gibt es einen Satz, den man auch in Lehrbüchern findet: „Eine alternde Gesellschaft braucht mehr Kapital.“ Das beinhaltet nicht nur Sach- oder Realkapital, sondern auch Humankapital. Am einfachsten erkennt man diese Zusammenhänge in der

Rentenversicherung. Wer in jungen Jahren keine Kinder in die Welt gesetzt oder nichts gespart hat, der wird im Alter darben. Es geht also immer um Real- und/oder Humankapital.

Ein weiterer Punkt, den wir auch in diesem Zusammenhang diskutieren müssen, ist das Thema Nachhaltigkeit. Dem jetzigen System der sozialen Sicherung wird vorgeworfen, es sei nicht nachhaltig, wobei dieser Begriff nicht exakt definiert ist. In der Forstwirtschaft definiert man den Begriff wie folgt: Es kann nur das genutzt und auch abgeholzt werden, was langfristig auch

Veränderung der Überlebenskurve am Beispiel Deutschland (Frauen)



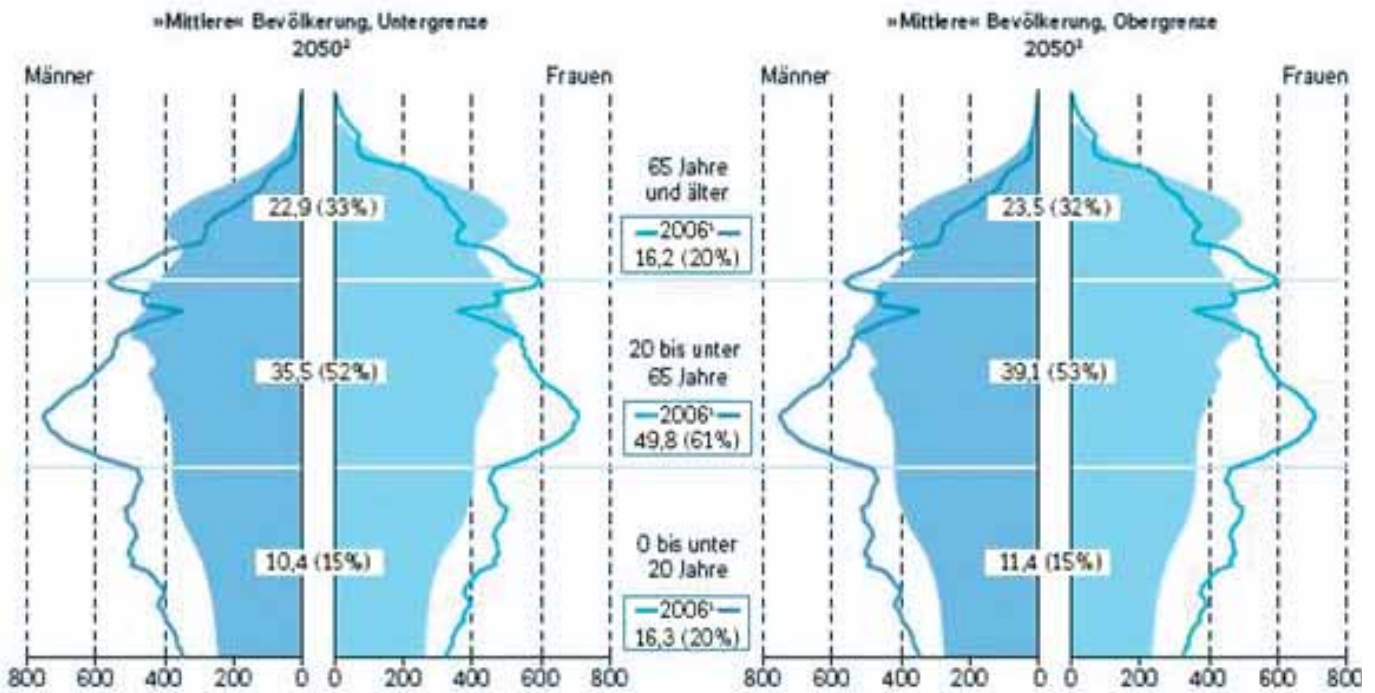
Überlebende von 100.000 Personen bei Alter X, Deutsches Reich 1871/80 Bundesgebiet 1949/51, Bundesrepublik Deutschland 1977/79

Quelle: Breyer / Zweifel 1999



Die Überlebenskurven für bestimmte Alterskohorten nähern sich sukzessive dem maximalen Lebensalter von 100 Jahren an.

Altersaufbau der Bevölkerung in den Jahren 2006 und 2050 in 1000 (in %)



1 Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung 2006.
 2 Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (»mittlere« Bevölkerung Unter- und Obergrenze); animierte Variante unter www.destatis.de.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008



Die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er und 1970er Jahre, die sogenannten Babyboomer, werden in drei bis vier Jahrzehnten den Pilz der Bevölkerungsdarstellung bilden.

wieder nachwächst, damit zukünftige Generationen über ähnliche Ressourcen verfügen. Ich verwende den Begriff der Nachhaltigkeit hier etwas anders. Bei Nachhaltigkeit rede ich gerne über die Problematik der intergenerativen Verteilung oder plakativ ausgedrückt: Leben wir heute zu Lasten zukünftiger Generationen? Also zu Lasten der Kinder und der Kindeskiner und noch extremer, zu Lasten derjenigen, die heute noch gar nicht geboren sind?

Das 20. Jahrhundert – das Jahrhundert der Medizin

Das 20. Jahrhundert war das Jahrhundert der Medizin. Ich möchte im Folgenden insbesondere auf die ökonomische Herausforderung dieser Entwicklung hinweisen.

Eine zentrale Herausforderung wird dabei sein, wie wir den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die ja solidarisch über lohnproportionale Beiträge finanziert wird, langfristig den Innovationszugang si-

chern und wie wir die Finanzierung medizinisch sinnvoller und notwendiger Innovationen in einer alternden Gesellschaft schultern? Wie schaffen wir es, dass wir etwa im Leistungskatalog der GKV weiterhin Zugang zu Innovationen für den breiten Kreis der Bevölkerung erhalten? Das sehe ich als eine der zentralen Herausforderungen in der Zukunft an.

Die Abbildung charakterisiert sehr plakativ den Kampf um die knappen Mittel. Sie sehen hier abgetragen Überlebenskurven, jeweils für bestimmte Alterskohorten. Die untere Reihe bezieht sich auf die Kohorte von 1870, die mittlere Reihe auf die Kohorte von 1949 und die obere Reihe auf die Kohorte am Ende der 70iger Jahre. Es kommt sehr schön zum Ausdruck, was man mit Begrifflichkeiten wie Verrechteckigung oder Rektangularisierung bezeichnet. Sie kennzeichnen eine Entwicklung, die darin besteht, dass sich die Überlebenskurven dem maximalen Lebensalter von 100 Jahren annähern. Die Morta-

litätsraten sinken in allen Altersklassen und ermöglichen den meisten Mitgliedern einer Alterskohorte nahezu eine maximale Lebenslänge von 100 Jahren.

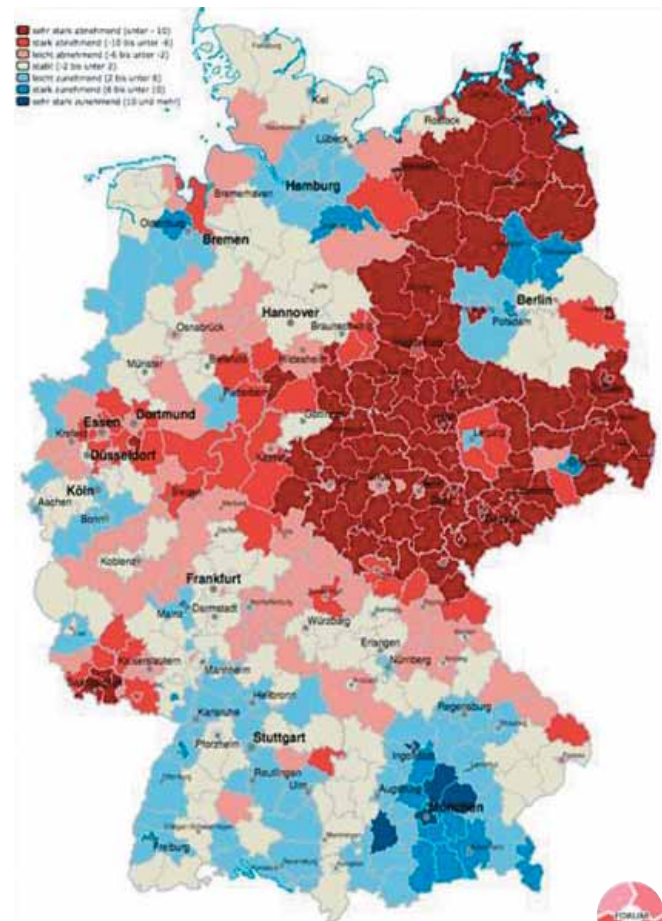
Alternde Gesellschaften sind damit Kennzeichen des Erfolgs einer medizinischen und technologischen Entwicklung im Gesundheitswesen. Auch die jetzige Situation des demografischen Übergangs wird langfristig wieder zu einer stationären Bevölkerung führen. Das zeigen interessante Theoreme aus der Demografie. Es ist interessanter Weise nicht so entscheidend, dass die Geburtenrate niedrig ist, sondern die Geburtenrate und die Sterberate, also die vitalen Raten, über längere Zeiträume konstant sein müssen, damit wir wieder stationäre Bevölkerungen erreichen. Die haben dann aber ein anderes Aussehen als die Bevölkerungspyramide, an die wir uns im Laufe von Jahrzehnten gewöhnt haben. Wir haben ja nicht umsonst zu Beginn des letzten Jahrhunderts von einer Bevölkerungspyramide gesprochen. Wenn Sie das so sehen, käme heute niemand von uns mehr auf die Idee, hier den Begriff der Bevölkerungspyramide zu verwenden, eher schon des Bevölkerungsbaums bzw. des -pilzes. Abgetragen sehen Sie zwei Darstellungen für den Bevölkerungspilz. Die blaue Linie betrifft die aktuelle Situation, die farbig eingezeichneten Teile betreffen die Situation in vier bis fünf Jahrzehnten

Man erkennt gut, welche Bevölkerungsanteile sich verschieben und wie sich die Bevölkerung letztlich zu dem hinentwickelt, was man als einen Pilz bezeichnet.

Ich wollte Sie noch auf den mittleren Bereich der Abbildung aufmerksam machen. Das ist die Bevölkerungskohorte, der für Ursache und Lösung des demografischen Problems große Bedeutung zukommt. Das sind diejenigen, die gerne als Babyboomer bezeichnet werden, also die geburtenstarken Jahrgänge der 60er und 70er Jahre, die sich in der Zwischenzeit in der Mitte des Bevölkerungsbaums befinden. Und das sind diejenigen, die in drei bis vier Jahrzehnten den Pilz der Bevölkerungsdarstellung bilden. Ich werde später darauf eingehen, warum diese Alterskohorte für die Lösung des demografischen Problems eine zentrale Bedeutung besitzt.

Die nächste Abbildung verdeutlicht die regionalen Effekte des demografischen Wandels. Wir diskutieren im Moment die regionalen Effekte mehr im Zusammenhang mit der Honorarreform der Ärzte. In unserem Zusammenhang zeigt die Abbildung, dass demografischer Wandel eine regionale Komponente besitzt. Rot bedeutet, es

Bevölkerungsentwicklung 2006 bis 2025 für Landkreise und kreisfreie Städte (in %)

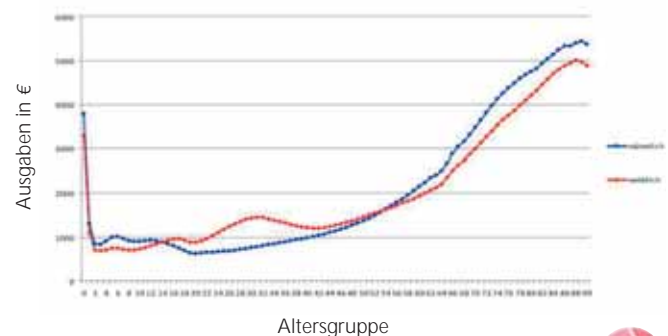


Quelle: © Bertelsmann Stiftung

Rot kennzeichnet Regionen mit mehr als 10 Prozent Bevölkerungsverlust, Blau steht für Zuwanderung von mehr als 10 Prozent.

Demografischer Ausgabeneffekt

Finanzierungseffekt unstrittig, demografischer Ausgabeneffekt nicht



Quelle: Professor Dr. E. Wille

Ab etwa dem 60. Lebensjahr steigt die Ausgabenkurve zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung.

kommt zu einem Bevölkerungsverlust von mehr als zehn Prozent. Blau heißt, es kommt bis zum Jahr 2050 zu einer Zuwanderung von mehr als zehn Prozent und man erkennt sehr deutlich, dass es zu starken Bevölkerungsverlusten im Osten kommen wird und zu größeren Zuwächsen in den alten Bundesländern und hier insbesondere in Süddeutschland. Das führt natürlich zu Konsequenzen für die zukünftige Versorgung, also auf das Angebot an Ärzten, auf den Sicherstellungsauftrag und auf die Versorgung im ländlichen Raum. Diese Entwicklung wird die medizinische Versorgungslandschaft prägen und nachhaltig verändern.

Konsequenzen für das Gesundheitswesen

Was bedeutet das mit Blick auf das Gesundheitswesen – insbesondere natürlich für die Finanzierung? Wie beeinflussen demografische Alterung und medizinisch-technischer Fortschritt die weitere Entwicklung der Gesundheitsausgaben? Da hören Sie zunächst beruhigende Meldungen oder Sie hören eher Horrorszenarien. Wo befinden wir uns in der wissenschaftlichen Argumentation? Bei vielen Thesen liegt widersprüchliche empirische Evidenz vor. Mit Blick auf das Gesundheitswesen lassen sich Effekte auf der Finanzierungsseite von Effekten auf der Ausgabenseite unterscheiden. Die einen reden der Medikalisierung das Wort und zeigen, dass die Entwicklung komplex und kaum bezahlbar verlaufen könnte. Die anderen beruhigen uns mit der Kompression und betonen, dass wir zukünftig die gleichen Ausgaben lediglich weiter an das Lebensende verschieben und dadurch gesunde Lebensjahre hinzugewinnen. Was kann man dazu Näheres sagen?

Generell würde man doch denken, dass alternde Bevölkerungen mit steigenden Gesundheitsausgaben einhergehen. Ich habe Ihnen das RSA-Profil mitgebracht – also das Ausgabenprofil für Männer und Frauen aus dem Risikostrukturausgleich des Jahres 2005

Man erkennt, dass die Gesundheitsausgaben mit dem Alter zunehmen. Interessanterweise kosten wir die gesetzliche Krankenversicherung über einen langen Zeitraum unseres Lebens so ziemlich genau 1000 Euro. Das ist etwas mehr in jungen Jahren und hängt mit den Leistungen bei Geburt zusammen. Wir werden dann aber teurer, wenn wir die Grenze bei 60 Jahren überschritten haben. Dann werden auch die Männer, die bis dahin aus-

gabentechnisch gesprochen stets unterhalb der Frauen lagen, teurer.

Nicht das Kindesalter ist relevant

Zusammengefasst könnte man folgern: In einer alternenden Gesellschaften würde man steigende Gesundheitsausgaben erwarten. Und genau daran ist in der Wissenschaft ein heftiger Streit entbrannt. Fakt ist, dass es sehr unterschiedliche Effekte des Alters und des technischen Fortschritts auf die Gesundheitsausgaben gibt, die zum Teil gegenläufig verlaufen

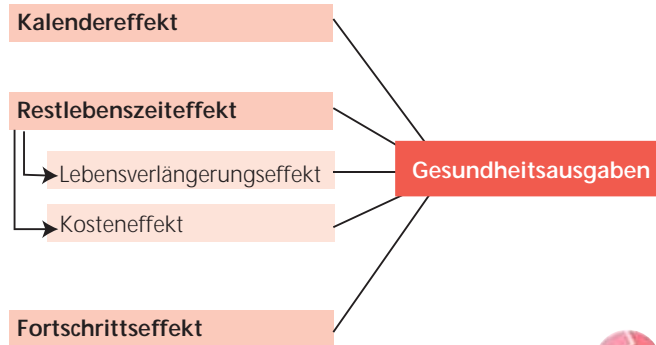
Der erste Effekt ist vielleicht der naheliegendste Effekt, an den wir bei der Alterung denken: der Kalendereffekt. Das Lebensalter spielt für die Höhe der Gesundheitsausgaben eine Rolle. Ein 80-Jähriger ist nun einmal teurer als ein 50-Jähriger. Die Wissenschaft argumentiert hier differenzierter. Im Englischen redet man von einem Red-Herring-Phänomen. Denn nicht das Kalenderalter ist relevant, sondern die Nähe zum Tod. Entscheidend ist, ob wir uns in unserem letzten Lebensjahr befinden. Das lässt sich empirisch nicht immer ganz einfach messen, weil man dazu natürlich andere Datensätze benötigt. Aber nichts desto trotz gibt es einen so genannten Sterbekosten- oder auch Restlebenszeiteffekt. Die Gesundheitsausgaben massieren sich am Ende des Lebens. Im Sinne der Alphakampf-Kultur wird alles unternommen, um den Menschen noch um eine gewisse Zeit am Leben zu erhalten. Ist dieser Effekt relevant? Ich habe eine Grafik mitgebracht, die zeigt, dass der Sterbekosteneffekt selbst zwei gegenläufige Komponenten aufweist.

Beginnen wir mit der Kostenkurve vor dem Tod für das Jahr 1995. Die Ausgaben für ältere Menschen, also der Aufwand, der betrieben wird, um das Leben zu retten, sinkt mit zunehmendem Alter. Eine interessante Feststellung, über die man sicherlich auch unter ethischen Aspekten diskutieren kann. Vor allem in jüngeren Jahren wird ein höherer finanzieller Aufwand zur Lebensrettung betrieben. In der Abbildung befinden wir uns im Punkt A, der einem Sterbealter t_0 entspricht. Sie sehen, derjenige, der in diesem Alter verstirbt, verursacht Sterbekosten in Höhe von A

Die spannende Frage lautet, was passiert, wenn die Sterberaten durch den technischen Fortschritt im Zeitablauf sinken werden? Wenn wir uns entlang des 1995er Profils bewegen, ist die Antwort eindeutig: Wir gelangen

Alters- und Fortschrittseffekte auf die Gesundheitsausgaben

Finanzierungseffekt unstrittig, demografischer Ausgabeneffekt nicht



Quelle: Professor Dr. Volker Ulrich

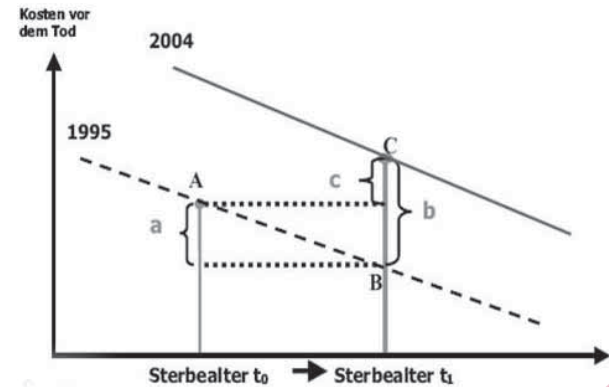


Nicht das kalendarische Alter, sondern die zeitliche Nähe zum Tod ist relevant für die Gesundheitsausgaben.

zum Punkt B und der Zugewinn an Lebensjahren führt dazu, dass die Sterbekosten im Umfang von a sinken. Der reine Mortalitätseffekt (a) wäre also im Hinblick auf die Kosten vor dem Tod negativ. Allerdings zeigen empirische Untersuchungen, dass das nur ein Teileffekt ist. Der zweite Effekt, der hinzukommt lautet, dass, wenn wir das Leben verlängern, sich auch das Ausgabenprofil nach oben verschiebt. Es bleibt nicht beim Profil des Jahres 1995, sondern 10 Jahre später gilt das neue, höhere Ausgabenprofil des Jahres 2004. Will heißen: Wenn wir uns die Effekte insgesamt anschauen, dann haben wir nach wie vor einen negativen Mortalitätseffekt durch die Lebensverlängerung und den Rückgang der Mortalität (a), zu dem aber ein positiver Kosten- bzw. Schichteffekt hinzukommt in der Größenordnung von b . Die spannende Frage lautet nun, ob dieser Effekt b , der die Sterbekosten nach oben verlagert, größer oder kleiner ausfällt als der Effekt a durch die sinkende Mortalität. In der Zeichnung ist das so dargestellt, dass insgesamt die Sterbekosten mit zunehmendem Alter weiter ansteigen.

Das muss aber nicht so sein. In der Literatur zeichnet sich eine gewisse Tendenz ab, zugunsten der Medikalisierung. Wir hätten also insgesamt ausgabenerhöhende Effekte über die Sterbekosten und wir bekommen nach wie vor ausgabenerhöhende Effekte über den Kalendereffekt, also über die Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben.

Gesundheitsausgaben vor dem Tod und steigende Lebenserwartung



Quelle: Zusammengestellt aus Niehaus 2006



Zwischen 1995 und 2004 sind die Sterbekosten bei wachsendem Lebensalter auf ein höheres Niveau gestiegen.

Medikalisierungs- versus Kompressionsthese

Bei Gültigkeit der Kompressionsthese käme es dagegen zu einer Rechtsverschiebung der Ausgabenkurve hin zu dem höheren Lebensalter. Kompression würde bedeuten, dass sich die gleichen Ausgaben nach rechts zum Ende des Lebens verlagern. Auch dafür gibt es empirische Evidenz. Der Heidelberger Geriatriker Andreas Kruse hat Berechnungen vorgelegt, dass in den letzten drei Jahrzehnten fünf gesunde Lebensjahre hinzugewonnen wurden. Das entspricht durchaus unseren täglichen Erfahrungen. Sie hatten ja darauf hingewiesen, dass heute der 75jährige im Krankenhaus unter Altersaspekten gar nicht zur Diskussion steht. Und wir alle, wenn wir uns in unserem täglichen Umfeld bewegen, sehen ja, dass ältere Menschen häufig fit sind. Die Gegenthese wäre die Medikalisierungsthese. Die längere Lebenserwartung geht einher mit einem Gewinn an Lebensjahren. Aber in dieser Zeitspanne fallen weitere Gesundheitsausgaben an. Das Paradoxon der modernen Medizin lautet: Je besser die moderne Medizin ist, desto stärker senkt sie die Überlebensschwelle ab. Weil man auch noch denjenigen helfen kann, die früher keine Chance gehabt hätten, zu überleben.

Bei der Suche nach empirischer Evidenz will ich mich auf eine neuere Arbeit beschränken. Es ist eine Arbeit von Friedrich Breyer aus Konstanz, die eine der wenigen Arbeiten ist, welche die Frage nach den finanziellen Ef-

fekten einer steigenden Lebenserwartung mit einem Längsschnittdatensatz untersucht.

Unterm Strich zeigt die Arbeit, dass sich die jährliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2050 auf 1,24 Prozent beläuft. Es bestehen also Hinweise für die Medikalisierungsthese. Wenn die Medikalisierungsthese die Gesundheitsausgaben weiter nach oben treibt, dann könnte es zu einer so genannten Versteilerung des Ausgabenprofils kommen. Damit ist gemeint, dass die Ausgabenprofile nicht zeitkonstant verlaufen, sondern sich nach oben verlagern. Sie erhöhen sich insbesondere in den hohen und höchsten Altersklassen da der medizinische Fortschritt auch insbesondere älteren Menschen zugute kommt.

Wenn man aber unterstellt, dass auch das Wirtschaftswachstum eine vergleichbare Größenordnung erreicht, ergäbe sich eine in etwa konstante Gesundheitsquote. Das wäre eine frohe Botschaft. Konkret würde dies bedeuten, dass die Finanzierung dessen, was machbar ist, auch in einer alternden Gesellschaft letztlich zu leisten wäre. Hier besteht sicherlich aber weiterer Forschungsbedarf.

Medizinische Versorgung kennt keine Sättigungsgrenze

Wenn ich die Punkte Gesundheitsausgaben, Demografie und technischen Fortschritt zusammenfasse, ergeben sich folgende Schlussfolgerungen: A priori kennt medizinische Versorgung keine Sättigungsgrenze. Was fehlt, ist eine stärkere Anbindung des technischen Fortschritts an prioritäre Versorgungsaspekte. Wir dürfen nicht so tun als ob wir alle unendlich leben, die so genannte biologische Norm muss mitberücksichtigt werden. Wir brauchen eine Balance dessen, was wir können und was unter psychosozialen Aspekten für ein menschenwürdiges Altern erforderlich ist. Im gegenwärtigen GKV-System dominiert die kurze Sicht: Nutzen fallen viel später an als Kosten. Deswegen lehnen wir bestimmte Verfahren und Programme ab, die langfristig durchaus sinnvoll sein und sogar zu Einsparungen führen können. Wir achten zu sehr auf den reinen lebensverlängernden Effekt und verschenken dadurch mögliche Einsparungen durch alternative Therapieformen. Eine Kosteneffektivität des technischen Fortschritts wird bisher nicht hinreichend beachtet bzw. nachgewiesen. Ob die personalisierte Medizin, von der wir heute schon gehört haben, ein sinnvoller Ansatz

Nachhaltigkeitslücke und implizite Steuern in der GKV 2005

	MRD.
FEHLENDE NACHHALTIGKEIT IN DER GKV	+ : BELASTUNG
	- : ENTLASTUNG
Implizite Steuer inkl. zukünftige Generationen	+ 562 Mrd.
Gewinner: alle lebenden Jahrgänge (1906-2004)	- 68 Mrd.
Gewinner: alle älteren Jahrgänge (1906-1964)	- 802 Mrd.
Verlierer: alle jungen Jahrgänge (1965-2004)	+ 734 Mrd.

Quelle: Professor Dr. Volker Ulrich



Nur bei den Jahrgängen nach 1964 sind die Nettobeitragslasten in der GKV positiv.

ist, können wir nicht abschließend diskutieren. Allerdings ist aus meiner Sicht die individualisierte Medizin eine Hilfestellung, um Therapieversagen zu minimieren.

Intergenerative Effekte im Gesundheitswesen

Damit komme ich zu meinem letzten Gliederungspunkt: den intergenerativen Aspekten. Auch dazu ein Cartoon. Es gibt letztlich jemanden, der die finanzielle Last der demografischen Entwicklung trägt. Das wäre ein junger Mensch oder im Extremfall ein noch nicht geborener Mensch. Woran liegt das? Das hängt damit zusammen, dass wir die heutigen Systeme der sozialen Sicherung mit wenigen Ausnahmen im Umlageverfahren finanzieren. Wenn Sie sich an eine der ersten Folien erinnern hatte ich dort betont, dass der demografische Wandel sowohl einen Finanzierungs- als auch einen Ausgabeneffekt besitzt. Das Umlageverfahren ist im demografischen Wandel sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite anfällig. Das gilt nicht in gleichem Ausmaß für das Kapitaldeckungsverfahren, denn der Finanzierungseffekt besteht nicht. Es gilt aber zu betonen, dass es kein Finanzierungsverfahren gibt, das gegen die finanziellen Folgen des demografischen Wandels immunisieren kann.

Mein Plädoyer lautet, dass wir stärker als bisher die spezifischen Vorteile der Finanzierungsverfahren berücksichtigen und nicht ausschließlich auf ein Finanzierungsverfahren vertrauen. Das Umlageverfahren geht zudem mit hohen impliziten Schulden einher. In den letzten Jah-

ren hat das Verfahren der Generationenbilanz viel Aufmerksamkeit erhalten. Sie erkennen eine so genannte Generationenbilanz aus dem Konzept des Generational Accounting, d.h. der Bilanzierung der intergenerativen Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung. Ich möchte auf den Kern der Argumentation hinweisen. Konzentrieren Sie sich bitte auf die drei Altersgruppen der 20-, 25- und 30-Jährigen. Das sind die einzigen Altersklassen, bei denen die Nettobeitragslasten positiv ausfallen. Das sind also die Altersklassen, die langfristig das GKV-System finanzieren. Man kann also kaum behaupten, dass die GKV auf einem breiten Fundament aufbaut, denn langfristig finanzieren nur die genannten drei Altersklassen das vorherrschende Umlagesystem. Alle anderen Generationen erhalten höhere Auszahlungen als sie im Laufe ihres Lebens in das System einbezahlt haben. Daher auch die Befürchtung, dass das keine nachhaltige oder tragfähige Finanzierung darstellt. Die resultierenden impliziten Schulden belaufen sich auf rund 600 Milliarden Euro im GKV-System und damit auf schwindelerregende Höhen.

GKV ist unter intergenerativen Aspekten eine „Black Box“

Unter intergenerativen Aspekten stellt die GKV-Finanzierung eine Black Box dar. Der Grund für das Vorhandensein und die Höhe der impliziten Schulden hängt natürlich eng mit dem vorherrschenden Umlageverfahren zusammen. Wenn Sie ein Umlageverfahren einrichten, entsteht automatisch eine erste implizite Schuld. Das nennt man das Geschenk an die erste Generation. Beispiel: das Rentenversicherungssystem. Es gibt eine erste Generation, die die Rente im Umlagesystem erhält. Bezahlen muss das nicht diese erste Generation von Rentnern, sondern die Rente wird finanziert von der nachfolgenden Generation der Erwerbstätigen. Dem entspricht ja gerade die Idee des Umlageverfahrens. Und immer dann, wenn dieses System ausgedehnt bzw. erweitert wird (beispielsweise durch Anrechnung von Ausbildungs- und Erziehungszeiten, durch Aufnahme von Zuwandernden oder im Fall der Wiedervereinigung) oder wenn die Wachstumsrate der Bevölkerung hinter dem Kapitalmarktzins zurück bleibt, steigt die implizierte Schuld an.

Der Rentenexperte von der Universität Mannheim, Axel Börsch-Supan, traut den Generationenbilanzen nicht so richtig über den Weg. Er betont, sie seien nur eine Mo-

mentaufnahme, die sich sehr auf den Einkommenstransfer zwischen den Generationen unter Status quo-Bedingungen fokussiert. Ein sauberes Gesamtkonzept, das im Sinne einer Gesamtschau alle finanziellen Beziehungen zwischen den Generationen abbildet, müsste noch mehr leisten. Dazu habe ich einen interessanten Beitrag von Peter Bofinger gefunden. Das Finanzierungsmodell der Rentenversicherung erläutert er mit dem Modell eines Bauernhofes auf dem drei Generationen leben. Hier lebt und arbeitet die mittlere Generation, die den Bauernhof bewirtschaftet. Es gibt weiterhin eine Großelterngeneration, die lebt auf dem Altenteil. Und wir haben die Kinder bzw. die Enkelkindergeneration, die später einmal den Bauernhof übernehmen wird. Die Frage lautet, welche Vermögen werden in diesem Modellrahmen vererbt und welche Folgen hat das für die Beziehung zwischen den Generationen unter Gerechtigkeitsaspekten? Sicherlich wird zunächst ein Vermögen vererbt. Die mittlere Generation hat den Hof von der älteren Generation bekommen. Normalerweise würde die mittlere Generation den Hof auch an die nächste Generation also an ihre eigenen Kinder weitervererben. Und als Gegenleistung würde die aktive Generation die ältere Generation sowie die eigenen Kinder finanziell unterstützen bzw. versorgen.

Ambivalente Effekte auf die Vermögenssituation

Sie sehen, wir haben zwei im Verhältnis der Generationen unterschiedliche Transferströme. Der Vermögenstransfer, d.h. die Vererbung des Bauernhofes ist zu unterscheiden vom Einkommenstransfer, d.h. die Zahlung des Unterhalts sowohl der Kinder als auch der Eltern. Ein Vorwurf an die Generationenbilanz lautet, dass sie sich fast ausschließlich auf den Einkommenstransfer konzentriert, in dem Nettosteuerbelastungen errechnet werden. Natürlich muss man im Sinne der Gesamtschau auch den Vermögenstransfer und seine zeitliche Veränderung mit berücksichtigen.

Der demografische Wandel besitzt unter dieser erweiterten Gesamtschau durchaus ambivalente Effekte auf die Vermögenssituation unserer beteiligten Generationen. Wenn die Kinderzahl im demografischen Wandel sinkt, erhöht sich das zu vererbende Pro-Kopf-Vermögen. Waren früher fünf Kinder da, verbleibt nun nur noch ein Kind: es wird nicht mehr durch fünf geteilt, sondern durch eins. Das heißt, derjenige, der übrig bleibt, be-

kommt mehr als bisher. Hinsichtlich der Vermögenskomponente, also der Übergabe des Hofes, erlebt die nächste Generation somit eine Besserstellung im demografischen Wandel. Allerdings besteht ein gegenläufiger Effekt bei dem Einkommenstransfer, denn nun müssen weniger Personen die gleiche Zahl an Eltern und Großeltern finanziell unterstützen. Unterm Strich bleibt offen, ob der demografische Wandel bei der Gesamtschau aller Effekte die nachfolgende junge Generation besser oder schlechter stellt.

Übertragen wir diese Überlegungen auf die gesamtwirtschaftliche Ebene in Deutschland. Im internationalen Vergleich fällt die Sparquote in Deutschland relativ hoch aus. Deutschland verzeichnet Leistungsbilanzüberschüsse, das heißt, es werden Auslandsforderungen aufgebaut. Bezogen auf das Modell des Bauernhofes könnte man sagen, die junge Generation hat a priori keinen Grund zu klagen. Denn die Substanz des Hofes hat sich im Zeitablauf erhöht und der Wert des Hofes stellt ein größeres Vermögen dar im Vergleich zur Höhe des Vermögens, das die Aktiven selbst übertragen bekamen.

Ungleiche Verteilung des Vermögens

Als problematisch erweist sich somit nicht die Höhe des Vermögens, sondern die Verteilung des Vermögens, die in Deutschland eher schief verläuft. Die Privatvermögen sind rechtsschief verteilt, d.h. ein kleiner Teil der Bevölkerung verfügt über einen großen Anteil des Vermögens und der Staat sieht es üblicherweise als seine Aufgabe an, hier korrigierend einzugreifen, um unseren Gerechtigkeitsvorstellungen zu entsprechen. Dazu hat die öffentlich Hand in der Vergangenheit vergleichsweise stärker in Bildung oder in Infrastruktur investiert, der Staat kommt dieser Aufgabe in jüngster Zeit aber nur noch in einem sinkenden Ausmaß nach. Wir leben also nicht unbedingt auf Kosten der jüngeren Generationen, wir privilegieren bzw. diskriminieren aber dennoch einzelne zukünftige Jahrgänge, d.h. es besteht nicht nur ein intergeneratives, sondern auch ein intrageneratives Problem innerhalb der nachkommenden Generationen.

Übertragen wir die Überlegungen noch einmal auf das Gesundheitssystem, auf die Umlagefinanzierung, dann zeigen diese Beispiele, dass ein Umlageverfahren nicht funktionieren kann, wenn immer weniger Beitragszahler nachkommen als letztlich Menschen hinzukommen, die

einen Versorgungsanspruch besitzen. Die Tendenz ist unstrittig, denn die Zahl der versorgungsberechtigten älteren Menschen nimmt explosionsartig zu und gleichzeitig nimmt die Gruppe der Jüngeren implosionsartig ab. Die Hauptwirkung des demografischen Wandels in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt besteht letztlich in der Zunahme der sozialen Ungleichheit und in der Zunahme makroökonomischer Strukturprobleme. Der daraus resultierende Verteilungsstress wird zu einem echten Prüfstein für die Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme in den nächsten Jahrzehnten.

Wie könnte eine Lösung der Finanzierungsprobleme des demografischen Wandels aussehen? Sie erinnern sich, ich hatte Ihnen die Babyboom-Generation gezeigt wie sie die Bevölkerungspyramide durchläuft. Der grundlegende Mechanismus zur Abfederung der Demografieprobleme besteht in einer vermehrte Eigenvorsorge dieser Babyboom-Generation. Denn unter Gerechtigkeitsaspekten sind das diejenigen, die die Krise mit verursacht haben, da sie sich der Reproduktion verweigern. Daher sollten sie aus Gründen der Fairness auch höhere finanzielle Lasten in der Alterssicherung und in der Gesundheitsversorgung tragen, damit die anderen und insbesondere die jüngeren Generationen entlastet werden können. Und das wäre aus meiner Sicht auch nicht ungerecht, weil die Babyboom-Generation durch das Ausbleiben der Kinder auch entsprechende finanzielle Vorteile besitzt.

Plädoyer für mehr Kapitaldeckung

Wenn wir also an umlagefinanzierten Systemen festhalten müssen wir akzeptieren, dass die Basis dafür konstante Bevölkerungsstrukturen bilden. Das erscheint in der näheren Zukunft aber nicht realisierbar, sondern nur auf sehr lange Sicht. Daher bietet es sich an, die Finanzierung der Systeme der sozialen Sicherung auf mehrere Säulen zu verteilen. In der Rentenversicherung sind wir bei diesen Überlegungen bereits einen Schritt weiter. Neben die bisherige umlagefinanzierte Rente, die zukünftig an Bedeutung verlieren wird, treten die Riester-Rente und die betriebliche Rente. Das heißt, wir bauen in der Rentenversicherung auf ein so genanntes Mehr-Säulen-Modell, wie es auch international zur Anwendung kommt. Damit lassen sich die spezifischen Vorteile der einzelnen Finanzierungsverfahren besser miteinander kombinieren bzw. ausbalancieren. Das ist auch ein Plädoyer, selbst in den

schwierigen Zeiten der Finanzmarktkrise, für mehr Kapitaldeckung im Gesundheitswesen. Denn das Kapitaldeckungsverfahren erlaubt es, die finanziellen Belastungen durch den demografischen Wandel in Kombination mit den Effekten des medizinisch-technischen Fortschritts vorzufinanzieren. In der Summe werden die Belastungen nicht geringer, aber sie können zeitlich gestreckt bzw. vorfinanziert werden.

Wenn wir bei den bevorstehenden Reformen dagegen auf die Mehssäulen-Modelle verzichten bzw. das Geschäftsmodell der PKV sogar weiter erschweren, wird insbesondere der Versicherungszweig bestraft, der für diese Entwicklung besser gerüstet ist als das umlagefinanzierte System.

.....

PROFESSOR DR. VOLKER ULRICH

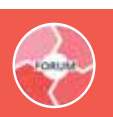
.....



wurde im Jahr 1988 an der Universität Mannheim zum Dr. rer. pol. promoviert. Dort erfolgte 1995 auch seine Habilitation. Nach einer Lehrstuhlvertretung an der Universität der Bundeswehr München erfolgte 1997 der Ruf an die Universität Greifswald. Dort hatte er bis 2002 den Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre (insbesondere Finanzwissenschaft) inne. Forschungsaufenthalte führten den gebürtigen Schweizer 2001 an die University of Arizona in Tucson und die University of California in Berkeley. Seit 2002 ist Ulrich Inhaber des Lehrstuhl für Volkswirtschaft III an der Universität Bayreuth. 2010 ist er designierter Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ).



Die prekäre Balance zwischen Solidarität und Wettbewerb – ein Fazit



Ein in der öffentlichen Debatte oft gepflegter Alters-Alarmismus, die Warnung vor dem demografischen Niedergang Deutschlands, ist überzogen und verstellt den Blick auf die Chancen, die mit der Alterung der Bevölkerung einhergehen. Darin waren sich die Teilnehmer des 1. Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen einig. Es gibt zu dieser verengten Sicht des demografischen Wandels inzwischen eine Gegenbewegung, stellte das Forum fest: Studien deuteten darauf hin, dass für einen großen Teil dieser Menschen ein höheres Alter nicht mit zunehmenden Einschränkungen, sondern über weite Phasen mit guter Lebensqualität einhergeht. Dies werde für die Gesellschaften des Alterns in Europa inzwischen sogar als internationaler Wettbewerbsvorteil gesehen. Insoweit biete das Humanpotenzial älterer Menschen tatsächlich Chancen für einen Wachstumsprozess.

Forumsteilnehmer warnten in diesem Zusammenhang vor einer Verengung des Produktivitätsbegriffs auf die ökonomische Produktivität. Produktivität gehe weit über das hinaus, was mit Gelderwerb abgegolten wird. Im traditionellen Begriff von Produktivität geraten viele Aktivitäten aus dem Blickfeld, die als gesellschaftlich wertvoll erachtet werden, aber keinen Beitrag zur Wertschöpfung leisten – etwa die Pflege oder die Erziehung. Viele Menschen erfahren heute erst im Alter von über 80 Jahren substantielle Funktionseinschränkungen. Daher gebe es eine große Gruppe von 60-bis 80-Jährigen, die noch im gesellschaftlichen Produktionsprozess integriert sein könnten, und zwar weit über Tätigkeiten in Pflege und Familie hinaus. Teilnehmer betonten, eine schrumpfende Gesellschaft sei auf diese Gruppe der aktiven Alten

künftig angewiesen. Diese grundsätzlich positive Sicht des gesellschaftlichen Alterungsprozesses wurde von Forumsteilnehmern befragt im Hinblick auf die künftige Finanzierbarkeit der Sozialsysteme. Kernproblem sei, dass eine stärker werdende Alterskohorte ihre Rente und Gesundheitsversorgung von einer kleiner werdenden Kohorte finanziert bekommen will. Der sich verändernde Altersaufbau könne auch mit einer politischen Prioritätenverschiebung einhergehen, warnten Teilnehmer: Dann bestünde die Gefahr, dass alternde Gesellschaften nicht genügend Geld in Bildung investieren und stattdessen eher die Gesundheitsversorgung ausbauen. Sich wandelnde Mehrheitsverhältnisse zwischen Alterskohorten werden sich auch in Wahlentscheidungen widerspiegeln, lautete eine weitere These.

Solidarität – ein vieldeutiger Begriff

Für kontroverse Diskussionen sorgte der Begriff der Solidarität in der Gesundheitsversorgung. Besonders bewegte Teilnehmer die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass auch alte Menschen künftig Zugang zum medizinischen Fortschritt haben. Die eine Position beklagte, dass in der politischen Debatte immer stärker die Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen in den Sozialsystemen betont wird. Als Folge gebe es Bestrebungen, einen Teil der großen Lebensrisiken – wie etwa Krankheit – zu individualisieren. Das gehe auch mit einer Abwertung der Solidargemeinschaft und der solidarischparitätischen Finanzierung der GKV einher. Diesem Trend müsse Einhalt geboten werden. Zugespitzt lautete die These, dass Knappheitsproblem in den Sozialsystemen sei tatsächlich

ein Verteilungsproblem. Denn anders als oft behauptet sei die Beständigkeit des so genannten Generationenvertrags in den Sozialversicherungssystemen nicht durch die Alterung gefährdet.

Die andere Position warnte vor dem Glauben, man könne Knappheitsprobleme in der Versorgung alleine über wachsende Verteilung und damit Egalisierung regeln. Für den Gesundheitszustand der Menschen und für die soziale Verteilung von Gesundheitschancen seien andere Faktoren viel wichtiger als die finanzielle Ausstattung des Gesundheitswesens. Denn eine Ungleichheit der Gesundheitschancen bestehe bereits, bevor ein noch so egalitär angelegtes Gesundheitssystem überhaupt zu wirken beginne. Vielmehr zeige sich, dass Sozialstatus, Bildung, Einkommen, Beruf und Gesundheitsverhalten eng miteinander verknüpft sind. Bei jeder Investition in die Gesundheitsversorgung müsse man daher die Opportunitätskosten bedenken, die dadurch entstehen, dass diese Mittel nicht mehr für andere wichtige Zwecke – etwa gesunde Wohnverhältnisse, Umweltschutz oder Bildung – zur Verfügung stehen. Nicht trotz, sondern wegen der sozialen Gerechtigkeit müsse über Leistungseinschränkungen und Kostenbegrenzungen im Versorgungssystem nachgedacht werden, lautete das Plädoyer.

Ausgehend von dieser Beobachtung entspann sich unter den Teilnehmern eine Debatte über Vor- und Nachteile der kapitalgedeckten versus der umlagefinanzierten Krankenversicherung. Knappheit werde in Gesellschaften des Alterns unausweichlich sein, weil sich zwar die Lebenserwartung, nicht aber die Erwerbstätigkeit verlängere. Bereits seit zehn Jahren sei beobachtbar, dass die Alterseinkünfte real sinken. Dieser Trend werde sich

aller Voraussicht nach fortsetzen. Damit aber werde die Finanzierungsbasis für öffentliche Güter immer schmaler. Allein mit einer breiteren Bemessungsbasis für die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung sei es daher nicht getan, lautete die eine These. Denn die gesetzliche Krankenversicherung vernachlässige die Solidarität zwischen den Generationen, weil sie trotz demografischer Veränderungen keine Vorsorge für künftige Generationen von Beitragszahlern treffe, lautete das Plädoyer für die kapitalgedeckte Vorsorge.

Stärken und Schwächen der Umlagefinanzierung

Die Gegenthese hob darauf ab, der umlagefinanzierte Generationenvertrag sei die einzig zuverlässige Option, die die Chancen und Risikenverteilung auf lange Sicht unter Berücksichtigung der volkswirtschaftlichen Gegebenheiten abfedere. Wollte man auch nur 15 Prozent des Leistungsversprechens der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Kapitaldeckung stützen, dann rede man von einer Billion Euro. Diese Summe rentabel an den Finanzmärkten unterzubringen, sei schwierig, gaben Verfechter des umlagefinanzierten Systems zu bedenken. Der aktuelle Schwachpunkt solidarisch finanzierter Systeme werde stets ausgeblendet: Er bestehe darin, dass bereits seit mehreren Jahre die Entwicklung der wirtschaftlichen Produktivität schwächer wächst als die Einkommensumverteilung. Vor allem dieser Umstand habe die umlagefinanzierte Krankenversicherung in Turbulenzen gebracht.

Jenseits von Verteilungs- und Finanzierungsproblemen betonten Teilnehmer die Notwendigkeit einer Debatte über Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung.

Denn die GKV sei auf den gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsnutzen ausgerichtet. Und hier werde die Schere zwischen dem, was medizinisch für den Einzelnen machbar und dem, was das Kollektiv fähig und willens sei zu zahlen, immer größer, lautete die Diagnose. Nötig sei daher eine neue Balance zwischen dem, wofür die Solidargemeinschaft benötigt wird und dem, was der einzelne Bürger an Lebensrisiken selber tragen muss. Der Solidarität sei als Komplementärbegriff die Eigenverantwortung zuzuordnen, wurde argumentiert. Hierbei lohne der Blick in andere Länder, um zu sehen, wie dort die Grenze zwischen Solidarität und Eigenverantwortung gezogen wird. Ein Beispiel dafür sei Dänemark, wo strengere Maßstäbe für die Indikationsstellung von Ärzten gelten würden. Statt im Erkrankungsfall sogleich sämtliche diagnostische Maßnahmen auszuschöpfen, würden im Nachbarland weitaus restriktiver Leistungen veranlasst als in Deutschland.

Allerdings bezweifelten Teilnehmer, ob eine Übertragung dieser Maßstäbe auf Deutschland möglich ist. Ärzte arbeiteten stets im Spannungsfeld zwischen Zivil- und Haftungsrecht einerseits und sozialrechtlichen Pflichten andererseits. Danach schulden Ärzte ihren Patienten auf der einen Seite eine Versorgung gemäß dem medizinischen Behandlungsstandard, auf der anderen Seite gilt für sie das Wirtschaftlichkeitsgebot, nur das zu tun, was wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig ist. Das Kriterium der Eigenverantwortung, so das Fazit, taue als Steuerungsinstrument im deutschen Gesundheitswesen nur sehr begrenzt. Kritisch wurde angemerkt, dass dies nicht nur an der Anspruchshaltung von Patienten liege, die Leistungen einforderten, sondern auch an Ärzten, die häufig selbst Vorbehalte gegen effektive Steuerungsinstrumente zur Kostenbegrenzung hätten.

Eigenverantwortung als Worthülse

Krankenkassen und Ärzte fürchteten, dass Patienten, die auf ihre Eigenverantwortung hingewiesen werden, abwandern. So, wie die Gesetzliche Krankenversicherung angelegt sei, müsse die im Sozialgesetzbuch V statuierte Eigenverantwortung eine Worthülse bleiben, stellten Teilnehmer klar. Denn die als Prämisse unterstellte Solidargemeinschaft zwischen Krankenkassen und unter Ärzten existiere nicht, vielmehr befänden sie sich im Wettbewerb. Daher werteten Teilnehmer die Diskussion über

Solidarität als „fiktiv“: Weder Versicherte, noch Krankenkassen verhielten sich entsprechend. Das sei nicht verwunderlich, weil der Patient als Nachfrager medizinischer Leistungen nicht gleichzeitig der ist, der diese finanziert – das tun die Krankenkassen. Damit entfalle ein regulatives Element zwischen Angebot von medizinischen Leistungen und der Nachfrage. Die weltweit höchste Rate von 18 Arztkontakten pro Patient und Jahr im deutschen Gesundheitswesen sei dafür nur ein Beleg. Damit stelle sich die Frage, was sich die Gesellschaft in der Gesundheitsversorgung leisten wolle. Auf der Agenda stünden damit Instrumente wie beispielsweise Kosten-Nutzen-Bewertungen. Mit ihrer Hilfe, so plädierten viele Teilnehmer, sollten finanzielle Grenzen gezogen werden, um die Gesamtfinanzierung des Systems nicht zu gefährden.

Kontrovers verlief die Debatte über die Frage, ob eine wachsende Individualisierung der Therapie unkontrollierbare Kostenfolgen in der Gesundheitsversorgung nach sich ziehen wird. Ärzte erhoffen sich von einer individualisierten pharmakogenetischen Diagnostik, dass die Patienten davon profitieren können, die auf Standardtherapien nicht ansprechen. Einzelne Teilnehmer befürchteten, diese neuen Therapieoptionen könnten frühere Bemühungen von Ärzten, Patienten für eine standardisierte, leitlinienorientierte Therapie zu gewinnen, wieder erschweren. Andere Teilnehmer wiesen diese Befürchtung zurück: Eine individualisierte Therapie eröffne für einzelne – genetische – Prädispositionen bei Patienten neue Möglichkeiten. Das bedeute aber nicht, dass es dann keinen medizinischen Standard mehr gebe und Kosten nicht mehr verglichen werden können.

Das Fazit dieser Teilnehmergruppe war insoweit optimistisch: Der medizinisch-pharmakologische Fortschritt leistet unter der Maßgabe, dass die Gesellschaft die Hilfe für den in Not geratenen Einzelnen in den Mittelpunkt stellt, einen wichtigen Beitrag für eine bessere Versorgung.

DISKUSSIONSTEILNEHMER
BEIM FRANKFURTER FORUM



Martina Barwig
Dr. med. Jürgen Bausch
Wolfgang van den Bergh
Dr. med. Margita Bert
Dr. med. Bernhard Egger
Dr. med. Hans Georg Faust
Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Dr. med. Jan Geldmacher
Dr. h.c. Jürgen Gohde
Dr. Hartmut Günther
Prof. Friedhelm Hengsbach SJ
Eicke Hovermann
Prof. Dr. jur. Stefan Huster
Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel
Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling
Dr. jur. Helmut Platzer
Prof. Dr. med. Franz Porzsolt
Dietmar Preding
Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm
Staatssekretärin a.D. Gudrun Schaich-Walch
Dr. med. Nick Schulze-Solce
Dr. med. Ursula Stüwe
Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen,
Frankfurt am Main

Verlag:

Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH
Am Forsthaus Gravenbruch 5
63263 Neu-Isenburg

Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Florian Staeck,
Wolfgang van den Bergh

Autoren:

Prof. em. Dr. Friedhelm Hengsbach SJ
Prof. Dr. Volker Ulrich
Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel
Dr. Florian Staeck

Bildnachweis:

Titelbild: © imago

Layout / Grafik:

Cornelia Hannebohn,
Till Schlünz (Titelgestaltung)

Druck:

Griebsch & Rochol Druck GmbH, Hamm

Springer Medizin

© Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH,
Neu-Isenburg, Juni 2010



In Zusammenarbeit und mit
freundlicher Unterstützung der
Lilly Deutschland GmbH,
Bad Homburg,
www.lilly-pharma.de



Antworten, auf die es ankommt.

