

MIT
BEITRÄGEN
VON

ADAM H.
AMELUNG V.
AMMANN D.
BRODMANN G.
BUSS E.
CANDIDUS W.-A.
ENGELMANN A.
FREWER A.
GÖRRES S.
GREINER W.
HARTOG C.
KEMSER J.
KERRES A.
KIECHLE M.
KNOEPFFLER N.
KNÜPPER P.
KOLOMINSKY-RABAS P.
KOPPEL O.
MAIER C.
MAINZER K.
MENNICKEN R.
NASS E.
OBERENDER P.
OSTERMANN D.
OZEGOWSKI S.
RAFFELHÜSCHEN B.
RASHID A.
REINHART K.
SAUERBREY G.
SCHALLER S.
SCHLEGEL T.
SCHMID A.
SCHMITZ H.
SCHREINER M.
SCHREYÖGG J.
SELBMANN H.-K.
SODAN H.
SOMMER U.
THIELMANN K.
TUREK J.
ULRICH V.
WOLF N.
ZERTH J.

P. Oberender, J. Zerth, G. Brodmann (Hrsg.)

PATIENT GESUNDHEITSWESEN



Unsere gemeinsame Verantwortung die Zukunft zu gestalten



PATIENT GESUNDHEITSWESSEN

MISSION 2030

MIT
BEITRÄGEN
VON

P. Oberender, J. Zerth, G. Brodmann (Hrsg.)

PATIENT GESUNDHEITSWESEN

MISSION 2030

ADAM H.
AMELUNG V.
AMMANN D.
BRODMANN G.
BUSS E.
CANDIDUS W.-A.
ENGELMANN A.
FREWER A.
GÖRRES S.
GREINER W.
HARTOG C.
KEMSER J.
KERRES A.
KIECHLE M.
KNOEPFFLER N.
KNÜPPER P.
KOLOMINSKY-RABAS P.
KOPPEL O.
MAIER C.
MAINZER K.
MENNICKEN R.
NASS E.
OBERENDER P.
OSTERMANN D.
OZEGOWSKI S.
RAFFELHÜSCHEN B.
RASHID A.
REINHART K.
SAUERBREY G.
SCHALLER S.
SCHLEGEL T.
SCHMID A.
SCHMITZ H.
SCHREINER M.
SCHREYÖGG J.
SELBMANN H.-K.
SODAN H.
SOMMER U.
THIELMANN K.
TUREK J.
ULRICH V.
WOLF N.
ZERTH J.

Unsere gemeinsame Verantwortung die Zukunft zu gestalten

 QUINTESSENZ VERLAG

Berlin, Chicago, Tokio, Barcelona, Bukarest, Istanbul, London, Mailand, Moskau, Neu-Delhi, Paris,
Peking, Prag, Riad, São Paulo, Seoul, Singapur, Warschau und Zagreb



Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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



Quintessenz Verlags-GmbH

Ifenpfad 2–4

12107 Berlin

www.quintessenz.de

© 2015 Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Schlussredaktion: Dr. Tong-Jin Smith, Gecko Media, Berlin

Lektorat: Gesine Heinrich, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Herstellung: Ina Steinbrück, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Layout und Titelgestaltung: Valeri Ivankov, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Idee und Konzeption: Dr. Alexander Ammann, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Druck: Bosch Druck GmbH, Landshut/Ergolding

ISBN: 978-3-86867-253-4

Printed in Germany

Geleitwort



Die Reaktion war stürmisch, die Empörung heftig, die Kritik gespalten. Das Thema war wochenlang in den Schlagzeilen. Eine Art erster Shitstorm, im aufkommenden Zeitalter von Twitter und Facebook. Es war: wie erwartet, wie erhofft. Der Programmverbund zum Thema „2030 – der Aufstand der Alten“ war auf größtmögliche Aufmerksamkeit ausgerichtet. Ein Thriller in der Form einer Sozialutopie, eine Illustration einer durchaus plausiblen Zukunftsvariante der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft. Ein Film mit beinhardter Behauptung: Wenn Politik und Zivilgesellschaft weiterhin die Augen verschließen, dann wird das, was die Fiktion als soziales Desaster unserer Gesellschaft prophezeit, schwierigste Realität. Ein „Bürgerkrieg der Generationen“. Der Film legte den Finger in eine der schmerzhaftesten Wunden unserer Gegenwartsprobleme: Der Generationsvertrag steht vor der Auflösung. Der sperrige Begriff des „demografischen Wandels“ sollte – mit zugebenermaßen drastischer Fantasie und dramatischen Bildern – ein konkretes Gesicht bekommen. So entstand eine extrem spannende Geschichte über ein mögliches gesellschaftspolitisches Fiasko, über ein Szenario des Politikversagens und über ein Desaster für unsere gesellschaftliche Zukunft.

Das war vor fast zehn Jahren. Nur wenige Filme im ZDF haben eine so komplexe Diskussion und eine so erfolgreiche Aufmerksamkeit gefunden wie „2030 – Aufstand der Alten“. Die Wirkung der phantasievollen „Doku-Fiktion“ hat ein paradoxes Ergebnis: Im Lager der Politik und der Publizistik wurde fortan deutlich sachlicher und seriöser über das bald „Methusalem“-Syndrom genannte Großthema unserer gesellschaftlichen Entwicklung diskutiert. Jahr für Jahr entstanden neue Publikationen, konzentrierten sich die Diskussionen auf konkrete Konsequenzen für eine schon greifbare Zukunft.

Ich bin sehr zufrieden darüber, dass dieser Film mit seiner sehr extremen Rezeption eingemündet ist in eine sehr konstruktive Reflexion. Wir alle denken jetzt neu über ein Thema nach, das schon seit den 1970er Jahren evident ist und auf der Hand liegt, aber lange aus Bequemlichkeit totgeschwiegen wurde. Auch weil das Thema so unendlich komplex ist.

Ich freue mich deshalb, dass diese sehr verdienstvolle Publikation „Patient Gesundheitswesen – Mission 2030“ sich nicht nur als eine wissenschaftlich interdisziplinäre Herausforderung versteht, sondern auch darüber, dass sich 43 Autoren mit ihren jeweiligen Expertisen an diese Komplexität heranwagen. Es werden Vorstellungen entwickelt für ein dauerhaftes Forum zur ständigen Vergewisserung der Gesellschaft und darüber, wo wir in einer Frage stehen, die entscheidender und weichenstellender für unsere Zukunft ist als die meisten Themen der Tages- und Wahlkampfpolitik.

Prof. Dr. h. c. Markus Schächter
Intendant des Zweiten Deutschen Fernsehens, 2002–2012

Vorwort der Herausgeber



Im Jahr 2040 wird laut OECD das Medianalter auf 50 Jahre steigen und Deutschland wird das höchste Medianalter der Welt haben. Gleichzeitig wachsen die Möglichkeiten in Medizin und Pflege technologisch und organisatorisch kontinuierlich an. Wir stehen vor dem Dilemma, wie den künftigen Ansprüchen an das Gesundheitssystem, insbesondere die Möglichkeit für weite Teile der Bevölkerung am medizinischen Fortschritt teilnehmen zu können, begegnet werden soll.

Steht die Säule unseres Gesundheitswesens mit dem Generationenvertrag vor der Kündigung? Welchen Spielraum hat der Staatshaushalt überhaupt noch, wenn der diskretionäre Rahmen darin von 63 % im Jahre 1970 auf heute deutlich unter 10 % gesunken ist?

Es sind über 30 Gesundheitsreformen seit 1972 zu verzeichnen, die stets nur auf die Symptome reagiert haben und weitgehend keine Antwort auf die Zukunftssicherung unseres Sozialstaates geben. Der Medizinbetrieb mit der Gesundheit und der Pflege sieht sich jedoch kontinuierlich der Herausforderung ausgesetzt, mit ökonomischer Knappheit umgehen zu müssen und dabei den sozialen Anspruch zu gewährleisten, allen Bürgern soweit als möglich Zugang zu einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung zu gewähren.

Wird ein Mehrklassensystem unsere Gesellschaft spalten, werden die Innovationen der Medizintechnik und Pharmaprodukte nur noch einer Minderheit zugutekommen können und wird der volkswirtschaftliche Nutzen der „Alten“ zu einer fundamentalen ethischen Frage der Leistungsgesellschaft führen? Diese Fragen zu stellen heißt aber auch sich bewusst zu machen, dass das Gesundheitswesen ein enormes Wachstumspotenzial hat. Es ist sowohl sozial- als auch wirtschaftspolitisch einer der Zukunftsbereiche für den Standort Deutschland. Dabei gilt es, sich den ethischen Implikationen eines wachsenden Gesundheitswesens bewusst zu sein. Eine zukunftsichere Gestaltung und Organisation ist daher eine der Schlüsselaufgaben für die nächsten Jahre. Dabei gilt es bewusst die Frage zu stellen, wie „krank“ unser „Patient“ Gesundheitswesen ist und wie unsere Verantwortung aussieht, um die Antworten auf die vielen ungeklärten Fragen geben zu können. Mit der Sprache der Vergangenheit kann keine Zukunft beschrieben werden; erst recht nicht, wenn wir es nicht schaffen, das politische Periodendenken in ein gesellschaftliches Generationendenken zu überführen.

Um eine breite Diskussion in der Öffentlichkeit und in der Fachwelt zu begleiten, dient dieses Thesenwerk. Es versteht sich als eine iterative Initiative, die aus dem Basiswerk des vorliegenden Buches und einem begleitenden Dialog über ein Online-Forum für Experten, Politiker, Journalisten und die Öffentlichkeit besteht. Mit einer methodisch in dieser Weise noch nicht vorliegenden komprimierten Struktur, an Thesen orientiert vorzugehen, können wir wichtige Fragestellungen mit der Dreiteilung „These“, „Hintergrund“ und „Fazit“ präzise adressieren und den Leser zum Weiterdenken anregen. Damit dieses Werk kein Meinungsbild einzelner Experten spiegelt, sondern das Thesenspektrum den Realitäten und den relevantesten im Kontext stehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht, beteiligen sich führende Analysten und Wissenschaftler mit ihrer jeweiligen Perspektive an dieser gesellschaftlichen Herausforderung. Es gilt in gemeinsamer Verantwortung die Zukunft zu gestalten – in der Gesundheitsversorgung, in der Pflege und vor allem mit den Patienten und den Leistungspartnern.

Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender

Prof. Dr. Jürgen Zerth

Dr. Gerhard Brodmann

Vorwort des Verlages



An das Datum 16. Januar 2007 erinnere ich mich noch sehr gut, als die dreiteilige ZDF-Doku-Fiction „2030 – Aufstand der Alten“ von Jörg Lühdorff gesendet wurde. Eine schockierende aber zugleich real klingende „Doku-Fiktion“ zu der uns bewegenden Frage unserer alternden Gesellschaft und unserer eines Tages persönlichen Begegnung mit unserem eigenen Alter. Hierzu zählen die eventuell vielen Arztbesuche, eine Medikamentenflut, die Behandlung durch die High-Tech-Medizin in einem kühlen und kommunikationsarmen Klinikbetrieb, die Schmerzen, ein Siechtum und dann womöglich auch ein würdeloses Sterben. Es kann jeden treffen und auch die Ärzte selbst, die plötzlich zum Opfer in ihrem eigenen System werden.

Die Gesundheit verdrängt alles – aber oft bringt uns tragisch selbst Erlebtes im Freundes- und Bekanntenkreis doch zu dem Wunsch: Das wollen wir nicht. Dass das ZDF sich dieser so schwierigen und komplexen Thematik seinerzeit in dieser Form angenommen hat, ist hoch zu loben. Nur was war die Reaktion in der Politik, Wissenschaft und Gesellschaft? Sicherlich wurde viel diskutiert und die Sachlage mit vielen wissenschaftlichen Abhandlungen und Studien bewertet. Im Ergebnis befinden wir uns im Jahre 2015 in der 39. inklusive der aktuell in parlamentarischen Beratung und im Referentenentwurf befindlichen Gesundheitsreform seit 1972. Wir nehmen laufend Symptombehandlungen in einem ökonomisierten Gesundheitsbetrieb vor, der längst an einer systemischen und chronischen Erkrankung leidet. Das Gesundheitswesen ist selbst zum Patienten geworden.

Der Generationenvertrag existiert in einer ethischen und gesellschaftlichen Normvorstellung nicht mehr. Fehlt der Mut zum Umdenken oder gibt es einfach kein Patentrezept, aus dem gewinnmaximierenden System auszubrechen, weil die vielen divergierenden Partikularinteressen nicht in Einklang zu bringen sind? Alles als gegeben anzusehen wäre der falsche Weg, denn es ist unsere gemeinsame Verantwortung, die Zukunft zu gestalten und diese nicht im Rhythmus einer Legislaturperiode zu betrachten. Vor dem Hintergrund ist dieses Werk entstanden und wir danken den Herausgebern und den 43 Autoren, dass sie sich dieser fast unlösbaren Herausforderung mit ihrer jeweiligen Expertise angenommen haben. Denn es sollte ein Werk entstehen, das die Komplexität, wenn auch ohne Anspruch auf Vollständigkeit, komprimiert und ohne den Verlust an Wissenschaftlichkeit wiedergibt und verdeutlicht, wo die Probleme bestehen und im wahrsten Sinne des Wortes „der Finger in die Wunde gelegt wird“.

Hierfür wurde ein redaktionelles und methodisches Format gewählt, das den Themenkomplex in die Teile Gesundheit, Pflege und Leistungspartner einteilt. Jedes darin enthaltene Thema wird jeweils auf einer Seite mit den Fakten, der These, dem Hintergrund, dem Fazit und der zitierten Literatur behandelt. So ist ein horizontales Lesen über das gesamte Themenspektrum möglich und eine Vertiefung durch ein vertikales Lesen gegeben. Ergänzend zu diesem Werk wird auch ein Online-Forum entstehen. Dieses ist als ein iteratives Werk zu verstehen, denn zu jedem Thema wird eine Dialogform geschaffen, die zu einer laufenden Anpassung der Thesen führen soll. So können durch die Beiträge der Diskussionsstand und die gesundheitspolitischen Maßnahmen verfolgt werden, in welchem Reifeprozess der Erkenntnis und der dringenden Handlungsmaßnahmen wir uns befinden.

Möge dieses Werk „Patient Gesundheitswesen – Mission 2030“ auch als eine Hommage an den Mut der seinerzeitigen ZDF-„Doku-Fiktion“ verstanden werden, verbunden mit dem Wunsch einer breiten öffentlichen Diskussion, nicht nur unter den Wissenschaftlern und Politikern, sondern auch in unserer demokratischen und aufgeklärten Wissens-Gesellschaft. Es ist unsere gemeinsame Verantwortung, die Zukunft zu gestalten, denn jeder von uns ist davon betroffen, früher oder später.

Alexander Ammann,
Dr. Dipl. Wirt. Ing.
Quintessenz Verlag

Zum Gedenken und Dank an Prof. Oberender



Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender ist am 25. Februar 2015 nach kurzer aber schwerer Krankheit verstorben. Sein Tod hat viele in der akademischen sowie gesundheitspolitischen Welt erschüttert, aber insbesondere alle sehr betroffen gemacht, die Peter Oberender als einen inspirierenden Wissenschaftler und Hochschullehrer kennenlernen durften. Peter Oberender war nicht nur einer der renommiertesten Gesundheitsökonomien Deutschlands mit unzähligen wissenschaftlichen Beiträgen, Gutachten und Stellungnahmen, sondern auch ein profilierter Vertreter eines klar liberalen Ordnungsverständnisses, das ihn auch für die Politik häufig zu einem unbequemen Mahner gemacht hat.

Wir, seine Mitherausgeber, alle Autoren des Buches und der Verlag haben mit Peter Oberender nicht nur einen Impulsgeber für das vorliegende Werk verloren, sondern auch einen engagierten und streitbaren Gesundheitsökonomien und besonders einen Freund, der sowohl seine wissenschaftliche als auch akademische Arbeit immer im Lichte des einzelnen Menschen gesehen hat und daher den Schutz des Einzelnen vor Überforderung immer als Leitprinzip seiner akademischen Arbeit betont hat. Diese Überzeugung Peter Oberenders ging einher mit einem deutlich ordnungspolitischen Leitbild, das dem Prinzip dezentraler Steuerung über Märkte und der Selbstverantwortung des Einzelnen immer einen Vorrang eingeräumt hat. Gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Gestaltung bedeutete für ihn immer die Verantwortungsebene der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen in den Blick zu nehmen. Dabei verknüpfte er mit dem zwingenden Zusammenspiel von „Handeln und (finanzieller) Verantwortung“ einen elementaren Grundsatz eines ordnungspolitischen, ordnungsethischen Denkens.

Prof. Oberender hat immer dafür geworben, klar Position zu beziehen und einen akademischen Streit immer geachtet und befördert, solange unterschiedliche Meinungen eine gute Begründung finden konnten. Diese wissenschaftliche Weite und damit ein offener konstruktiver Umgang mit unterschiedlichen Positionen in einem Wettstreit guter Ideen waren für ihn wichtig und waren und sind auch handlungsleitend für das vorliegende Projekt „Mission 2030“. Es ist für uns sehr traurig, dass wir die Fertigstellung des Buches, das zu großen Teilen sein Projekt war, nun ohne ihn vornehmen müssen. Gleichwohl sind wir uns sehr bewusst, dass sich die Inspiration Peter Oberenders nicht nur in seinen Beiträgen in diesem Band, sondern auch im gesamten Buch deutlich widerspiegelt und auch in der Zukunft widerspiegeln wird.

An dieser Stelle bleibt somit nur, uns vor einem großartigen Menschen zu verneigen, im Bewusstsein seiner Lebensleistung aber vor allem im Bewusstsein, dass es uns eine sehr große Ehre war, mit ihm arbeiten zu dürfen.

Für die Herausgeber
Prof. Dr. Jürgen Zerth
Dr. Gerhard Brodmann

Für den Verlag
Dr. Alexander Ammann

GESUNDHEIT – Peter Oberender

1

1.1	Proaktive vs. reaktive Medizin Hat die moderne Medizin ein Konzept?	<i>Klaus Thielmann</i>	2
1.2	Periodendenken vs. Generationendenken Hat der Staatshaushalt noch einen Spielraum?	<i>Volker Ulrich</i>	3
1.3	Umlageverfahren vs. Kapitaldeckung Hat der Generationenvertrag noch eine Zukunft?	<i>Bernd Raffelhüschen</i>	4
1.4	Rationalisierung vs. Rationierung Ist die Rationierung unvermeidbar?	<i>Hendrik Schmitz</i>	5
1.5	Menschenwürde vs. Ökonomie Tod auf der Warteliste?	<i>Nikolaus Knoepffler</i>	6
1.6	Herrschaftsnutzen vs. Gemeinschaftsnutzen Zweiklassenmedizin – Bessere Behandlungsqualität nur für Reiche?	<i>Jonas Schreyögg</i>	7
1.7	Schrotflintenmedizin vs. Personalisierte Medizin Von der Symptombehandlung zur Kausaltherapie?	<i>Peter Oberender</i>	8
1.8	High-Tech-Apparatemedizin vs. menschenwürdige Behandlung – ein Widerspruch? Drohende Schieflage der Intensivmedizin	<i>Konrad Reinhart, Christiane Hartog</i>	9
1.9	Objektivität vs. Subjektivität Wirksamkeit und Nutzen – ein Widerspruch?	<i>Wolfgang Greiner</i>	10
1.10	Ideologie der Medizin vs. Ideologie des Marktes Ethik und Ökonomie als Wertegemeinschaft?	<i>Nikolaus Knoepffler</i>	11
1.11	Ethik vs. Forschung Geht das Konzept eines präventiven Verbots klinischer Prüfungen mit ethischem Erlaubnisvorbehalt zu Lasten des medizinischen Fortschritts?	<i>Daniel Ammann</i>	12
1.12	Mensch vs. Maschine Humanoide Robotik – als Lösung eines Problems?	<i>Andreas Schmid</i>	13
1.13	Entscheidungskompetenz vs. Verantwortungskompetenz Einheit von Handeln und Haften?	<i>Peter Oberender</i>	14
1.14	Eminenz- vs. evidenzbasierte Medizin Symbiose von Erfahrung und Wissen?	<i>Hans-Konrad Selbmann</i>	15
1.15	Territorialitäts- vs. Ursprungslandprinzip Wird die Gesundheit europäisch?	<i>Anja Engelmann</i>	16
1.16	Grenzenlose Medizin vs. Medizinethik Einheit von Handeln und Moral im Gesundheitswesen	<i>Andreas Frewer</i>	17



Inhaltsverzeichnis

1.17	Quantified Self, Big Data und Smart Data vs. Persönlichkeitsrechte Datenschätze als Allheilmittel für den Patienten „Gesundheitswesen“?	<i>Asarnusch Rashid</i>	18
1.18	Sozialromantik vs. Rationalität Medizin, Ökonomie und Ethik – ein Widerspruch?	<i>Peter Oberender</i>	19
1.19	Hilfe beim Sterben vs. Hilfe zum Sterben Wie kann die Beihilfe zum Suizid detailliert geregelt werden?	<i>Marion Kiechle</i>	20
1.20	Paradise now vs. zukunftsorientierte Verpflichtungsethik Unterläuft der Wertewandel die Ressourcen unseres Gesundheitswesens?	<i>Eugen Buß</i>	21
1.21	Solidarität vs. Eigenverantwortung Umverteilung unter den Generationen im Lichte des Verfassungsrechts	<i>Helge Sodan</i>	22

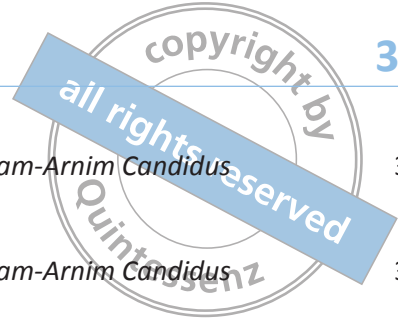
PFLEGE – Jürgen Zerth

25

2.1	Autonomie vs. Abhängigkeit Müssen wir alle gepflegt werden?	<i>Stefan Görres</i>	26
2.2	Hilfe vs. Unabhängigkeit Was ist Pflegebedürftigkeit?	<i>Stefan Görres</i>	27
2.3	Individualisiert vs. Solidarität Können uns die „Töchter“ noch pflegen?	<i>Andrea Kerres, Johannes Kemser</i>	28
2.4	Haus vs. Heim Letzter Pflegeanker – Standort zu Hause?	<i>Jürgen Zerth</i>	29
2.5	Technik vs. Mensch Unser Rettungsanker – Die technischen Assistenzsysteme?	<i>Jürgen Zerth</i>	30
2.6	Bedarf vs. Finanzierbarkeit Kann die Pflege noch finanziert werden?	<i>Christian Maier, Andreas Schmid</i>	31
2.7	Care vs. Cure Müssen Medizin und Pflege zusammenwachsen?	<i>Peter Kolominsky-Rabas, Sandra Schaller</i>	32
2.8	Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung Ist Telecare eine Lösung für die Pflege in der Fläche?	<i>Peter Kolominsky-Rabas, Sandra Schaller</i>	33
2.9	Reha vs. Pflege Soll die Reha Vorfahrt haben?	<i>Roman Mennicken</i>	34
2.10	Sterbehilfe vs. Sterbebegleitung Sterben in Würde?	<i>Notker Wolf</i>	35

LEISTUNGSPARTNER – Gerhard Brodmann

3.1	Patientenautonomie vs. Herrschaftswissen Ist der Kranke nun Patient oder Kunde?	<i>Wolfram-Arnim Candidus</i>	38
3.2	Transparenz vs. Blackbox Wie finde ich die richtige Information und „meinen“ Arzt?	<i>Wolfram-Arnim Candidus</i>	39
3.3	Braindrain vs. Braingain Gehen Deutschland die Ärzte aus?	<i>Oliver Koppel</i>	40
3.4	Stadt vs. Land Kennen unser Enkel den Landarzt nur noch als Märchenfigur?	<i>Ulrich Sommer</i>	41
3.5	Epidemiologische Realität vs. versorgungspolitische Realität Werden Bedeutung und Folgen psychischer Störungen unterschätzt?	<i>Daniel Ammann</i>	42
3.6	Individuelle vs. virtuelle Betreuung Heilberufe im Wandel – Gesundheit per App?	<i>Peter Knüpper</i>	43
3.7	Qualität vs. Ökonomie Mehr Patientensicherheit durch CIRS?	<i>Diana Constanze Ostermann</i>	44
3.8	Delegation vs. Substitution Die Arbeit neu verteilen! Wer gehört zum Team?	<i>Peter Knüpper</i>	45
3.9	Administrierter Preis vs. Marktpreis Gleiche Leistung, gleicher Preis?	<i>Hans Adam</i>	46
3.10	EU vs. Mitgliedstaaten Wer entscheidet zukünftig über die Krankenhausversorgung?	<i>Marc Schreiner</i>	47
3.11	Innovationen vs. AMNOG Ist der freie Zugang zu Medikamenten ein realistischer Wunsch?	<i>Günther Sauerbrey</i>	48
3.12	Datenschutz vs. Big Data in der Medizin Weckt die Digitalisierung schrankenlose Begehrlichkeit bei der „Goldgrube Gesundheitsmarkt“?	<i>Klaus Mainzer</i>	49
3.13	Behandlungsoptionen vs. Kosteneffizienz Ist Gesundheitstelematik ein zukunftsfähiger Lösungsweg?	<i>Jürgen Turek</i>	50
3.14	Solidarität vs. Subsidiarität Notwendigkeiten und Grenzen einer Solidargemeinschaft?	<i>Elmar Nass</i>	51
3.15	Sektorengrenzen vs. Wertschöpfungsketten Sektorales Denken als Kostenfalle?	<i>Thomas Schlegel</i>	52
3.16	Krankheitskosten vs. Steuereinnahmen Wieviel verdient der Staat an seiner kranken Bevölkerung?	<i>Thomas Schlegel</i>	53
3.17	Kostenfaktor vs. Wachstumsfaktor Worin definiert sich das Potenzial eines Gesundheitsmarktes?	<i>Peter Oberender, Jürgen Zerth</i>	54



Inhaltsverzeichnis

- 3.18 Selektivvertrag vs. Kollektivvertrag
Bedeutung Selektivverträge das Aus für die etablierten
Versorgungsstrukturen? *Gerhard Brodmann* 55
- 3.19 Freie Arztwahl vs. Managed Care
Wer zahlt, schafft an? *Volker Amelung, Susanne Ozegowski* 56



Gesundheitsreformen 1972–2015 58

- Übersicht 59
- Merkmale 60

Abkürzungsverzeichnis 70

Portraits der Herausgeber und Autoren 72





Gesundheit

Aufgrund der Demografie und des medizinischen Fortschritts wird der Bedarf im Gesundheitswesen weltweit weiter steigen. Begleitet wird diese Entwicklung von vielfältigen Paradigmenwechseln. Bezüglich der Finanzierung wird der Generationenvertrag zunehmend infrage gestellt und obsolet. Angesichts zunehmender Diskrepanz zwischen dem medizinisch Möglichen und der Finanzierbarkeit wird eine Rationierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen unumgänglich. Dabei stellt sich die Frage nach dem Verhältnis von Ökonomie und Ethik.

Auch die Rolle und das Selbstverständnis der Leistungserbringer werden einem Wandel unterworfen sein. Durch das Vordringen der personalisierten Medizin wird die Versorgung der Patienten immer spezifischer und damit komplexer.

Zunehmend werden Qualitätsaspekte der Gesundheit in den Vordergrund gerückt. Wichtig wird es dabei sein, die Diskrepanz zwischen Handeln und Haften für alle Akteure im Gesundheitswesen zu beheben.

Es wird darum gehen, das Verhältnis von Medizin, Ökonomie und Ethik zu klären. Schließlich muss darauf eingegangen werden, wie die Einstellung der Gesellschaft zur Sterbebegleitung und zur Sterbehilfe sein wird.

Da es auch im Gesundheitswesen nicht die eine Wahrheit gibt – Medizin ist weitgehend auch das Produkt einer Kultur – finden sich in diesem Buch häufig unterschiedliche Ansichten und Aussagen. Dies ist auch im Sinne eines wissenschaftlichen Diskurses zu sehen, der anregen soll, sich mit der Materie konsequent auseinanderzusetzen.

Bayreuth, 11. November 2014
Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender

Proaktive vs. reaktive Medizin Hat die moderne Medizin ein Konzept?



- 63 % aller Todesfälle weltweit¹, 86 % in der europäischen WHO-Region und 77 % der Krankheitslast² sowie mehr als drei Viertel der Gesundheitsausgaben wurden 2010 durch chronische, nicht übertragbare Krankheiten (NCD) verursacht.
- 25–30 % der Gesundheitsausgaben in Deutschland lassen sich durch langfristige Prävention vermeiden.³
- 99.768 verkehrsfähige Arzneimittel gibt es in Deutschland, davon 46.571 rezeptpflichtige, 19.577 apothekenpflichtige und 32.182 frei verkäufliche.⁴

THESE

NCD (Non Communicable Disease) sind die größte Herausforderung der heutigen Medizin. Die Behandlung von NCD-Patienten verbessert deren Lebensqualität und Lebenserwartung, aber Heilung ist selten. Kurativer Fortschritt ohne Heilung überfordert schließlich jedes Gesundheitswesen, Gleichbehandlung vorausgesetzt. Pauschale bevölkerungswirksame Präventionsprogramme sind unverzichtbar und wirksam, doch unzureichend. Es fehlt eine wirksame, individualisierte Prävention.

HINTERGRUND

Die primären Ursachen von NCD wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, bösartige Neubildungen, Diabetes und andere Stoffwechselstörungen, psychische Erkrankungen sowie Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparats sind weitgehend unklar, sicher sind nur einige genetische Zusammenhänge und der Einfluss von Lebensweise und Lebensbedingungen. Bemühungen das NCD-Risiko zu reduzieren richten sich an die Bevölkerung mit Appellen zu gesunder Lebensweise sowie an gesellschaftliche und wirtschaftliche Sektoren mit Forderungen nach Gesundheitsschutz und -förderung. Verhaltens- und Verhältnisprävention sind wichtige Ansätze, doch das NCD-Risiko ist individuell sehr unterschiedlich, abhängig von Konstitution, persönlichem Verhalten sowie wirtschaftlichen und sozialen Determinanten.

Eine erfolgreichere NCD-Prävention fordert neben allgemeinen bevölkerungswirksamen auch personalisierte Maßnahmen. Die Akteure benötigen dafür umfassende medizinische Kenntnisse, soziales Engagement sowie vorausschauendes Denken und Handeln. Die heutige medizinische Ausbildung bereitet ÄrztInnen auf der Grundlage naturwissenschaftlicher Kenntnisse und linearer reduktionistischer Konzepte vor allem auf standardisiertes Reagieren auf manifestierte Krankheiten vor. Eine wirksamere Primärprävention von NCD setzt darüber hinaus proaktives Denken und Handeln in Kenntnis komplexer individueller bio-psycho-sozialer Bedingungen von Gesundheit und Krankheit voraus. Diese Profilerweiterung fordert die Schaffung guter Bedingungen für eine im sozialen Umfeld verwurzelte integrative Allgemeinmedizin.

FAZIT

Die moderne Medizin braucht ein strategisches Konzept mit einem neuen Verhältnis von proaktivem präventiven zu reaktivem kurativen Denken und Handeln. Wichtigstes Ziel ist die Senkung des Erkrankungsrisikos für NCD, wobei das Präventionspotenzial der NCD noch unzureichend genutzt ist; wichtigstes Instrument ist eine gesundheitsorientierte integrative Allgemeinmedizin; wichtige Bedingungen sind integrative medizinische Ausbildung, zweckmäßige Versorgungsstruktur, Gesprächszeit und gezielte Anreize für ÄrztInnen und die Bevölkerung. Es ist zu hoffen, dass der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), wenn er denn schließlich kommen sollte, eine Lösungen parat hat.

¹ UN High level meeting on noncommunicable disease prevention and control, New York 2011.

² EUR/RC61/12 Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016.

³ Bundesregierung Deutschland, Unterrichtung des Bundestages über: Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bd. I, Drucksache des Bundestages 14/5660, S. 73.

⁴ ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Stand Januar 2015.

Periodendenken vs. Generationendenken Hat der Staatshaushalt noch einen Spielraum?



- Nur 5 % des Bundeshaushaltes von 300 Milliarden Euro sind frei veränderbar.
- Über 50 % beträgt der Anteil sozialer Leistungen der gesamten Bundesausgaben, die Investitionsquote liegt dagegen bei unter 10 %.

Der Bund besitzt kaum Handlungs- und Gestaltungsspielräume. Der Anteil sozialer Leistungen an den gesamten Bundesausgaben beläuft sich auf über 50%. Hinzu kommen mehr als 10%, die für Zinszahlungen zu leisten sind. In einem Bundeshaushalt sind wahrscheinlich höchstens noch 5% der Mittel frei veränderbar. Die Ausgaben des Bundes belaufen sich derzeit auf nahezu 300 Milliarden Euro. Strukturell, d. h. um konjunkturelle Einflüsse und um rein finanzielle Transaktionen bereinigt, weist der Bundeshaushalt seit 46 Jahren erstmals wieder eine schwarze Null aus.

THESE

Die Kontinuität des Wohlfahrtsstaats hat in den vergangenen Jahrzehnten die Entwicklung der Ausgabenstruktur des Bundeshaushalts stark geprägt.¹ Die Sozialleistungsquote ist seit den 1960er Jahren stark angestiegen, Schuldenstand und Nettokreditaufnahme haben Rekordstände erreicht, während investive Ausgaben oftmals eher stiefmütterlich behandelt worden sind: Die Investitionsquote im Bundeshaushalt ist beispielsweise von 1998 bis 2012 von 13 auf 9,6% gesunken.² Zudem kennzeichnet den Bundeshaushalt eine Komplexität, die sich nur unter hohem Aufwand und mit riskantem Ausgang verändern lässt. Der Wunsch mithilfe neuer Schulden Handlungsspielräume zu gewinnen, erweist sich als eher trügerisch. Einfache Modellrechnungen zeigen, dass das Verhältnis von Zinssatz und Wachstumsrate über den potenziellen Handlungsspielraum bestimmt, der zudem nur von eher kurzfristiger Natur ist.

HINTERGRUND

Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, um die langfristige Tragfähigkeit der Staatsfinanzen zu verbessern.³ Weitreichende Strukturreformen auf dem Arbeitsmarkt und in den Systemen der sozialen Sicherung haben zu einer Stärkung der öffentlichen Finanzen beigetragen. Mit der Einführung der Schuldenregel hat der Gesetzgeber das Prinzip der langfristigen Tragfähigkeit der Haushalte von Bund und Ländern im Grundgesetz verankert. Damit sind erste institutionelle Rahmenbedingungen geschaffen, die bestehende Tragfähigkeitslücke abzubauen. Allerdings hat die Krise seit 2008 dazu geführt, dass sich die Ausgangslage für die Konsolidierung der öffentlichen Haushalte wieder verschlechtert hat. Hinzu kommt, dass der demografische Wandel ebenfalls einen potenziellen Sprengsatz für die öffentlichen Haushalte bildet. Bei einer schrumpfenden und alternden Bevölkerung ist es kaum möglich, zu konsolidieren. Es besteht auch aus dieser Perspektive kein finanzieller Handlungsspielraum für neue staatliche Wohltaten.

Eine tragfähige Haushaltspolitik muss über Legislaturperioden hinausschauen. Sie muss sowohl die langfristigen Bevölkerungs- und Wachstumstrends als auch die heutigen politischen Entscheidungen auf die öffentlichen Haushalte der kommenden Jahrzehnte berücksichtigen. Dazu benötigt sie auch einen finanziellen Handlungsspielraum, um gestalten zu können. Es geht darum, die Grundlagen für Wohlstand, Generationengerechtigkeit und Wachstum für die kommenden Generationen zu legen, ohne ihnen die Luft zum Atmen zu nehmen.

FAZIT

¹ Zimmermann H, Henke KD, Broer M. Finanzwissenschaft. München: Vaheln, 2012.

² Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013, Sozialbericht, Berlin.

³ Bundesministerium der Finanzen 2011, Dritter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, Berlin.

Umlageverfahren vs. Kapitaldeckung Hat der Generationenvertrag noch eine Zukunft?



- 2014 liegt in Deutschland das Medianalter bei 45,7 Jahren: Platz 4 von 234 Ländern.
- 2040 wird das Medianalter auf 50 Jahre steigen: Platz 1, Deutschland wird somit das höchste Medianalter der Welt haben.¹

THESE

Der Generationenvertrag ist aufgrund der demografischen Entwicklung in der bisherigen Form nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist nach dem Umlageverfahren finanziert und stellt somit einen Drei-Generationen-Vertrag dar, in welchem die erwerbstätigen Kinder und die Generation im Ruhestand mitfinanzieren. Aufgrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung wird dieses Verfahren unter massiven Finanzierungsdruck geraten.

HINTERGRUND

Aus demografischer Sicht befindet sich die GKV, welche ihre Beiträge nach dem Umlageverfahren an den Lohn bzw. an Lohnersatzleistungen gekoppelt erhebt, in einer prekären Situation.

Die sogenannten Baby-Boomer-Generationen stehen zum größeren Teil noch im Erwerbsleben und müssen zwar schon relativ viele Rentnerjahrgänge, aber auch relativ wenige Kinder finanzieren. Mit der Alterung dieser Baby-Boomer-Generationen und dem Nachrücken relativ kleiner Kohorten wird die Umlagefinanzierung aber unter massiven Druck gesetzt. Das Ausmaß dieser Problematik hängt freilich davon ab, ob die Alterung gesund oder krank erfolgt; ein Missverhältnis aus Beitragszahlern und Leistungsempfängern wird es auf jeden Fall geben.² Verstärkt wird das zukünftige Finanzierungsproblem auch durch die Ausgabensteigerungen aufgrund medizinischer Innovationen.

Dies ist auch eine Herausforderung für die Kapitaldeckung, welche das Finanzierungsprinzip in der Privaten Krankenversicherung (PKV) darstellt. Zwar werden in einigen Tarifen der PKV mittlerweile auch Rücklagen für erwartete Kostensteigerungen gebildet, ob diese ausreichen bzw. wie es sich mit der großen Anzahl an Altverträgen verhält, weiß niemand. Hinzu kommt das Risiko einer stetig steigenden Lebenserwartung, welche in den Sterbetafeln³ der Versicherungswirtschaft in den vergangenen Dekaden fast immer unterschätzt wurde. Insgesamt ist die Kapitaldeckung in der PKV dennoch besser auf die demografischen Herausforderungen in der Krankenversicherung vorbereitet, denn zumindest ist ein großer Teil des demografischen Risikos abgedeckt, und das System ist auf die lange Frist hin ausgerichtet.

FAZIT

Das Umlageverfahren in der GKV wird in der Zukunft vor große Herausforderungen gestellt. Es stellt sich die Frage, ob für die GKV-Versicherten noch genügend Zeit bleibt, nennenswerte Kapitalrücklagen zu bilden. Soll der Generationenvertrag eine Zukunft haben, gilt es vielmehr ihn von Ballast zu befreien. Soll heißen: Eine Konzentration auf die wirklich großen Lebensrisiken bei Einführung anreizoptimaler Selbstbehalte im ambulanten Sektor und mehr Wettbewerb auf Kassen- als auch Leistungserbringerseite.

¹ OECD. Factbook 2014. Economic, Environmental and Social Statistics.

² Fetzner S. Zur nachhaltigen Finanzierung des gesetzlichen Gesundheitssystems. Frankfurt: Lang, 2006.

³ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. <http://www.destatis.de>

Rationalisierung vs. Rationierung Ist die Rationierung unvermeidbar?



- 2014 betrug der GKV-Beitragssatz 15,5 %.¹
- 2030 betrüge er 23,8 % ohne Änderungen am Status Quo.¹
- Im Jahr 2013 kommen auf 100 Menschen im Erwerbsalter 34 Seniorinnen und Senioren, 2060 werden es 60 sein.²

Eine Rationierung medizinischer Leistungen wird notwendig werden, denn infolge des medizinisch-technischen Fortschritts steigen die Gesundheitsausgaben kontinuierlich an. Die Rationierung sollte im gesellschaftlichen Konsens organisiert sein und nicht - wie derzeit - verdeckt und implizit.

THESE

Der zu erwartende starke Anstieg der GKV-Beiträge dürfte gesellschaftlich nicht erwünscht sein. Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, darauf zu reagieren und den allgemeinen Beitragssatz im Rahmen zu halten:

1. Hebung von Effizienzreserven („Rationalisierung“)
2. Reduktion des Leistungspakets („Rationierung“)

Zwar ist unstrittig, dass derzeit noch beachtliche Effizienzreserven im Gesundheitssystem vorliegen, die gehoben werden sollten.³ Jedoch ist gar nicht klar, wie genau das bewerkstelligt werden soll. Und selbst wenn im äußerst unwahrscheinlichen Fall alle Ineffizienzen beseitigt werden könnten, wäre das nur ein „Einmaleffekt“, der das stetige Kostenwachstum durch die Explosion des medizinisch Machbaren langfristig kaum aufhalten kann.

Wer Rationierung als Schreckensszenario der Zukunft ansieht, sollte sich klarmachen, dass dies bereits heute praktiziert wird. In einem System mit Budgets für die einzelnen Gesundheitssektoren obliegt es dem Arzt zu entscheiden, auf welche Patienten er die begrenzten Ressourcen verteilt. Und so verwundert es nicht, dass bereits heute die Mehrheit der Krankenhausärzte mindestens gelegentlich rationiert. 78% der Krankenhausärzte rationieren gelegentlich, 13% sogar häufig.⁴

HINTERGRUND

An der Abkehr vom System, in dem die stets neueste Medizin vollständig und für alle finanziert wird, führt kein realistischer Weg vorbei. Es ist verständlich, dass die Politik diesem heiklen Thema aus dem Weg geht. Jedoch führt die Weigerung sich mit der Realität auseinanderzusetzen nur zu ungerechten Lösungen, weil Ärzte verdeckt auf der Mikroebene rationieren müssen. Wünschenswert wäre eine offene Diskussion mit der Gesellschaft, die im Ergebnis zu transparenten und gerechten Regeln zur Rationierung führt und die parallel durchzuführende Rationalisierung ergänzt. Rationierung muss nicht einmal zu einer schlechteren Versorgung führen, wenn vor allem diejenigen neuen Behandlungen nicht flächendeckend finanziert werden, die nur einen geringen Zusatznutzen im Vergleich zur Standardtherapie aufweisen.

FAZIT

¹ Augurzky B, Felder S, Tinkhauser A. Perspektiven des Gesundheitssektors: Wachstumsmotor oder Milliardengrab? RWI Position #44, 2011.

² Alterungsbericht der EU-Kommission vom 12. Mai 2015

³ Augurzky B, Tauchmann H, Werblow A, Felder S. Effizienzreserven im Gesundheitswesen. RWI Materialien #49, 2008.

⁴ Strech D, Danis M, Lob M, Marckmann G. Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. Dtsch Med Wochenschr 2009;134:1261–1266.

Menschenwürde vs. Ökonomie Tod auf der Warteliste?



Auf der Warteliste für ein Organ standen in Europa 2014:

- 10.689 für eine Niere, 1.140 für ein Herz und 1.853 für eine Leber.
- Demgegenüber wurde 2014 ca. folgende Anzahl an Organen transplantiert: 3.119 Nieren, 615 Herzen und 1.491 Lebern.¹

THESE

Bei der Frage wie wir das Leben von Menschen auf den Wartelisten für Organtransplantationen retten wollen, wird manchmal das Prinzip der Menschenwürde gegen ökonomische Überlegungen ausgespielt, nach denen ein geregelter Organhandel das Problem entschärfen könnte. Eine angemessene Lösung könnte jedoch ordnungsethisch Regelungen empfehlen, die einerseits helfen, Todesfälle auf der Warteliste zu vermeiden, ohne andererseits auf den Handel mit Organen zurückgreifen zu müssen.

HINTERGRUND

Das Prinzip der Menschenwürde, wie es seit der Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen 1948 grundsätzlich verstanden wird, ist mit Grundrechten verbunden – in erster Linie dem Recht auf Leben, auf körperliche Unversehrtheit und auf Selbstbestimmung. Freilich ist umstritten, ob das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nicht auch eine Pflicht impliziert, das Leben und die eigene körperliche Unversehrtheit zu schützen, weswegen eine Lebendorgangabe, insbesondere der Verkauf eigener Organe problematisch ist. Auch ist umstritten, wie weit das Selbstbestimmungsrecht über den Tod hinausreicht, ob also zur Bekämpfung des Todes auf der Warteliste eine strenge Widerspruchsregelung zulässig ist.

Eine andere Sichtweise hat der Markt. Hier ist die Idee: Alles, auch Organe, könnten einen Marktpreis haben. Dann wäre nur ein angemessenes Regelsystem für einen Organhandel zu etablieren, durch den ein wesentliches Problem, der Mangel an Nieren und Lebern, behoben werden könnte. Somit müssten viel weniger Menschen auf der Warteliste sterben.

FAZIT

Geht man davon aus, dass das Prinzip der Menschenwürde eine Bewahrung körperlicher Unversehrtheit nahelegt, also einen Organhandel ausschließt, und geht man davon aus, dass mit dem Tod die Menschenwürde im strengen Sinn endet, wäre es angemessen, Verstorbenen die Organe zu entnehmen, es sei denn, sie hätten zu Lebzeiten aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts gegen die Entnahme verfügt. Ordnungsethisch wäre demnach eine Widerspruchsregelung mit flankierenden Maßnahmen sinnvoll, wie sie beispielsweise Spanien eingeführt hat. In diesem Land finden sich auf eine Million Einwohner gerechnet etwa dreimal soviel Organspender wie beispielsweise bei uns. Nimmt man die Sichtweise der Weltgesundheitsorganisation hinzu, wonach wir ein Anspruchsrecht auf eine bestmögliche Gesundheitsversorgung haben, so sollten große Anstrengungen unternommen werden, dass niemand auf der Warteliste deshalb versterben muss, weil nötige Organe beerdigt oder verbrannt werden. Hier könnte man zumindest insoweit ökonomische Überlegungen aufnehmen, als man zwar nicht für Organe einen Marktpreis etabliert, aber doch Organspender honoriert, beispielsweise durch die Übernahme der Beerdigungskosten. Eine solche Honorierung wäre nicht als Bezahlung misszuverstehen, sondern als eine Weise der Ehrung der Tat der Nächstenliebe des Verstorbenen, der die Entnahme seiner Organe zu Lebzeiten nicht ausgeschlossen hat.

¹ Eurotransplant Statistik 2014

Herrschaftsnutzen vs. Gemeinschaftsnutzen

Zweiklassenmedizin – Bessere Behandlungsqualität nur für Reiche?

- 86,5 % gesetzlich Versicherte, 11 % privat Versicherte und 2,5 % Sonstige gab es 2010 in Deutschland.¹
- 2,28fach höher ist die Vergütung, die Ärzte für privat Versicherte im Vergleich zu gesetzlich Versicherten erhalten.

Im Unterschied zu anderen Ländern existieren in Deutschland primär zwei Versicherungssysteme, die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV). Es existieren Unterschiede in der Vergütung und dem Leistungskatalog, die zu einer Besserstellung der PKV-Versicherten gegenüber von GKV-Versicherten beim Zugang zu medizinischen Leistungen führen. Diese äußern sich z. B. in geringeren Wartezeiten. Wenn auch die Öffentlichkeit eine Differenzierung der medizinischen Versorgung zwischen GKV und PKV wahrnimmt, sind bislang Unterschiede im Behandlungsergebnis nicht nachweisbar.

THESE

Durch unterschiedliche ambulante Vergütungssysteme erhält ein behandelnder Arzt im Durchschnitt für eine medizinisch identische Leistung bei einem PKV-Versicherten eine rund 2,28-fach höhere Vergütung als für einen GKV-Versicherten.² Es besteht damit der Anreiz zu einer Differenzierung nach Umfang, Wartezeit und anderen Behandlungsmerkmalen.

In der Tat zeigen Studien, dass die Wartezeit auf einen Arzttermin für GKV-Versicherte höher ist als für PKV-Versicherte, z. B. 16 versus neun Tage beim Facharzt.³ Im internationalen Vergleich wird jedoch deutlich, dass Wartezeiten auf einen Termin beim Haus- oder Facharzt in Deutschland sehr gering ausfallen.⁴ Zudem gibt es bisher keine wissenschaftliche Evidenz für einen negativen Einfluss längerer Wartezeit von wenigen Tagen auf die Behandlungsqualität. Darüber hinaus existieren in Deutschland bisher keine belastbaren Studien, die Unterschiede in der medizinischen Versorgung, z. B. durch andere Arzneimittel, aufgrund des Versichertenstatus und daraus resultierender Unterschiede in den Behandlungsergebnissen nachweisen.

HINTERGRUND

Im stationären Bereich erhalten Krankenhäuser dieselbe Vergütung für GKV- und PKV-Versicherte über die sogenannten DRGs (Diagnosis-Related Groups) bei gleichem Leistungskatalog. Wahlleistungen, unter anderem Chefarztbehandlung und Unterbringung in einem Einzelzimmer, sind keine Leistungen die per se in jedem PKV-Vertrag eingeschlossen sind. Zudem existieren bisher keine Studien, die einen Vorteil dieser Leistungen für Behandlungsergebnisse nachweisen. Darüber hinaus sind versicherungsbezogene Unterschiede von Wartezeiten auf einen stationären Aufenthalt in Deutschland sehr gering.⁵

Für tatsächliche Versorgungsunterschiede (Zweiklassenmedizin) in Deutschland zwischen GKV- und PKV-Versicherten, existiert keine belastbare Evidenz. Der Begriff der Zweiklassenmedizin sollte daher nicht von Politikern benutzt werden, um politisch motivierte soziale Umverteilungserfordernisse zu begründen.

FAZIT

¹ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Destatis (2014). <http://www.destatis.de>

² Walendzik A, Greß S, Manouguian M, Wasem J. Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Discussion Paper Nr. 165: Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen, 2008.

³ Roll K, Stargardt T, Schreyögg J. The effect of type of insurance and income on waiting time in outpatient care, Geneva Papers of Risk and Insurance 2012;37(4):609-632.

⁴ Siciliani L, Verzulli R. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. Health Economics 2009;18:1295-1306.

⁵ Sauerland D, Kuchinke BA, Wübker A. Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2009;13:1-9.

Schrotflintenmedizin vs. Personalisierte Medizin Von der Symptombehandlung zur Kausaltherapie



- Viele Medikamente helfen nur selten. Die Ansprechrate auf die Behandlung (Track-Response-Rate) erreicht nur
 - 25 % bei der Krebsbehandlung, • 30 % in der Alzheimertherapie, • 50 % beim Gelenkrheuma,
 - 57 % bei der Diabetesbehandlung und • 30–60 % in der medikamentösen Therapie von Depressionen.¹
- Es handelt sich um eine sogenannte „Schrotflintentherapie“: Nicht alle Schüsse des Jägers treffen die aufsteigende Ente!

THESE

Viele der heute üblichen Therapien wurden nach dem Versuch-Irrtum-Prinzip entwickelt. Sie zeigen nicht die gewünschte therapeutische Wirkung und/oder führen häufig zu unerwünschten Nebenwirkungen. Gleich einer Schrotflinte zielen sie lediglich auf Symptome. Diese „Schrotflintentherapien“ sind deshalb ineffizient und ineffektiv, verursachen aber hohe Kosten.

Mit der personalisierten (individualisierten) Medizin soll auf die spezifische Situation des Patienten eingegangen werden. Sie möchte die Ursachen einer Krankheit behandeln, was die Heilungschancen (Effektivität) erhöht und die Kosten (Effizienz)¹ senkt.

HINTERGRUND

Die populationsbasierte Symptomtherapie weist häufig eine geringe Wirksamkeit und ein hohes Nebenwirkungsrisiko auf. Die pharmakologische Forschung auf synthetischer Basis wird immer teurer. Es handelt sich hierbei um eine Verschwendung, aber gegenwärtig gibt es keine Alternative hierzu. Die Produktivität dieser Forschung sinkt permanent, weil die technische Basis weitgehend erschöpft ist. Gegenwärtig kostet die Entwicklung eines neuen Wirkstoffs bis zu 1,9 Milliarden US\$.²

Angesichts dieser Situation findet in der pharmazeutischen Forschung ein Paradigmenwechsel hin zu einer individualisierten Medizin statt. Mithilfe einer biomarkerorientierten Stratifizierung sollen genom-basierte Krankheitsrisiken aufgedeckt werden, um dann eine differenzielle Intervention bei dem einzelnen Patienten durchführen zu können. Weil auf diese Weise durch eine gezielte Diagnostik und Therapie zahlreiche unnötige Behandlungen vermieden werden, werden die Wirksamkeit und die Qualität einer Behandlung erhöht. Das reduziert Nebenwirkungen und senkt – wenn möglich – die Kosten. Demgegenüber stehen sehr hohe Kosten individualisierter Therapien, wenn sie auf dem Einsatz von Antikörpern oder auf zellulären Therapieansätzen basieren.²

FAZIT

Trotz oder wegen der personalisierten Medizin werden die Gesundheitsausgaben weltweit steigen. In Deutschland werden sie von gegenwärtig 300 Milliarden Euro auf 520 Milliarden Euro im Jahre 2025 zunehmen.*

Die Entwicklung der Kosten wird ambivalent sein: Zum einen kann aufgrund der gezielteren Diagnostik und Therapie erwartet werden, dass die Kosten sinken. Zum anderen können durch die relativ kleine Anzahl der Patienten die Kosten steigen. Insgesamt wird jedoch erwartet, dass aufgrund der zunehmenden präventiv-proaktiven Ausrichtung der Gesundheitsversorgung² und des medizinischen Fortschritts die Kosten der Gesundheitsversorgung für den einzelnen Menschen sinken werden.

¹ Spear BB, Heath-Chiozzi M, Huff J. Clinical application of pharmacogenetics. Trends Mol Med 2001;7(5):201–204.

² Leopoldina, acatech, Union (Hrsg.). Individualisierte Medizin: Voraussetzungen und Konsequenzen. Halle (Saale), 2014.

* Eigene Schätzungen

High-Tech-Apparatemedizin vs. menschenwürdige Behandlung – ein Widerspruch?

Drohende Schiefelage der Intensivmedizin



- 8 % Anstieg der Behandlungsfälle
- 25 % Anstieg der Beatmungsfälle
- Mehr als 60.000 Intensivpatienten sterben jährlich allein an Sepsis.

Erfolge der Hochleistungsmedizin sind eng mit Fortschritten der Intensivmedizin verknüpft, aber Patienten und Angehörige sind nicht ausreichend über mögliche Komplikationen informiert. Bei Therapieentscheidungen am Lebensende sind Angehörige und Mitarbeiter oft überfordert. Die Fixierung auf das medizinisch-technisch Machbare dominiert Ressourcenallokation, Aus- und Weiterbildung sowie die tägliche Praxis, ignoriert Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen, steigert das Burnout-Risiko des Personals und Personalmangel. Ein gesellschaftlicher Dialog über ethische, medizinische und ökonomische Konsequenzen dieser Entwicklung ist dringend nötig.

THESE

Die intensivmedizinischen Leistungen sind in Deutschland von 2002 bis 2012 gestiegen: Es gab 7,8% mehr Behandlungsfälle und ein Viertel mehr beatmungspflichtige Patienten.¹ Auch werden die Patienten älter und kränker: 2007 waren etwa 10% der herzchirurgischen Patienten über 80 Jahre alt.² Immer mehr Menschen erkranken an Sepsis und müssen intensivmedizinisch behandelt werden.³ Für immer mehr Menschen ist die Intensivmedizin (ITS) der Sterbeort.⁴ Große, neuere Studien haben gezeigt, dass aus Patienten- und Ressourcenperspektive weniger oft mehr ist. Teure und invasive Behandlungsstrategien sind der Behandlung durch erfahrene Intensivmediziner nicht überlegen.⁵ Ohne Zweifel verdanken Menschen ihr Leben dem Einsatz und der Hingabe des fachlich ausgebildeten ITS-Teams (Ärzte und Pflegekräfte). Die Kehrseite des „Erfolgs“ sind immer mehr chronisch-kritisch Kranke (z. B. Langzeitbeatmung), eine stark eingeschränkte Lebensqualität von Überlebenden und Angehörigen⁶ und erschöpfte Behandlungsteams.⁷ Entgegen den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF) werden die geforderten Behandlungsquoten in allen Schichten von 2:1 (Pflegekraft:Patient) in der Mehrzahl nicht erreicht. Auf jeder fünften ITS (20,7%) betreut eine Pflegekraft drei oder mehr beatmete Patienten. Über 40% der befragten Zentren haben offene Stellen.¹ Das Risiko für Krankenhausinfektionen steigt mit abnehmender Personalausstattung. Arbeitsüberlastung sowie organisatorische und Ausbildungsmängel verstärken ethische Konflikte bei der Versorgung von Sterbenden und ihren Familien. Etwa ein Fünftel der ITS-Mitarbeiter hat ein erhöhtes Risiko für Burnout.⁷ Es ist belegt, dass die Ausstattung mit pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal mit der Überlebensrate auf Intensivstationen korreliert.⁸

HINTERGRUND

Ein Paradigmenwechsel ist nötig: Die Schere zwischen Fokussierung auf das Machbare und das menschlich Sinnvolle muss geschlossen werden. Patienteninteresse und -wille müssen die Therapie leiten. Angehörige sind Partner des Behandlungsteams, patriarchalische Strukturen gilt es zu überwinden. Intensivmedizin hat ihren Sinn verloren, wenn sie nur noch zur Verlängerung des Sterbeprozesses beiträgt. Ressourcen müssen besser für menschenwürdige Behandlung genutzt werden. Dazu: angemessene Personalausstattung, zusätzliche Einstellung von Psychologen und Physiotherapeuten sowie Sozialarbeiter. Zeit für Teambuildingmaßnahmen; Rehabilitation nach ITS; dafür sektorenübergreifende Bedarfsermittlung und Qualitätsindikator (QI)-Entwicklung; Aufmerksamkeit für Phase vor der ITS; Kenntnisse für Ärzte über Intensivmedizin erhöhen.

FAZIT

¹ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Pflegehermometer 2012, www.dip.de.

² Friedrich I et al. Der alte Patient in der Herzchirurgie. Dtsch Arztebl Int 2009;106:416–422.

³ www.world-sepsis-day.org.

⁴ Teno JM et al. Change in end-of-life care for medicare beneficiaries: Site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. JAMA 2013;309:470–477.

⁵ Perner A et al. Hydroxyethyl starch 130/0.42 versus Ringer's acetate in severe sepsis. N Engl J Med 2012;12;367(2):124–134.

⁶ Needham DM et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Critical care medicine 2012;40:502–509.

⁷ Schwarzkopf D et al. Interaktion und Belastung bei Therapiebeschränkungen am Lebensende: Ergebnisse einer Befragung. Z Palliativmed 2012;13:293–300.

⁸ Wallace DJ et al. Nighttime intensivist staffing and mortality among critically ill patients. NEJM 2012;366:2093–2101.

Objektivität vs. Subjektivität Wirksamkeit und Nutzen – ein Widerspruch?



- 400.000 bis 500.000 Medizinprodukte und etwa 8.500 Arzneimittel sind in Deutschland erhältlich.¹
- Der Nachweis der Wirksamkeit ist höchst unterschiedlich geregelt.
- Eine Nutzungsbewertung ist bei den meisten Gütern und Dienstleistungen gar nicht vorgesehen.

THESE

Im Gesundheitswesen haben nicht alle Güter und Dienstleistungen, die wirksam sind, auch einen Nutzen für die Patienten.² Bei einer kollektiven Finanzierung der Gesundheitsausgaben sind daher für Entscheidungen über den Leistungskatalog wissenschaftsbasierte Evaluationen darüber notwendig, ob eine Therapiealternative ein akzeptables Nutzen-Risiko-Profil aufweist und zudem auch einen für Patienten relevanten Nutzen bringt.

HINTERGRUND

Nicht jedes Gesundheitsgut wird formal vor seiner Markteinführung auf Wirksamkeit überprüft. So reicht derzeit bei den meisten Medizinprodukten für die Marktzulassung noch der Nachweis der technischen Sicherheit. Bei Arzneimitteln ist die Wirksamkeit dagegen regelmäßig mit klinischen Studien nachzuweisen. Allerdings bedeutet dieser Nachweis nicht immer gleichzeitig einen Nutzen für Patienten.

Besonders offenkundig ist der Unterschied zwischen Wirksamkeit und Nutzen bei der Verwendung sogenannter Surrogatparameter in klinischen Studien (z. B. dem Blutdruck). So könnte ein neues Arzneimittel zwar einen als wichtig eingeschätzten Laborparameter positiv beeinflussen, ob dieser Effekt tatsächlich relevant ist, zeigt sich erst, wenn sich die Mortalität, Morbidität (z. B. weniger Herzinfarkte) und die Lebensqualität der Patienten positiv entwickeln.³

Um diese Effekte zu messen, sind fast immer längere und größere Studien notwendig als zum Nachweis der Wirksamkeit anhand von Surrogatparametern. Ein besonderes Problem stellen dabei die seltenen Erkrankungen dar, bei denen allein schon aufgrund der beschränkten Anzahl von Patienten Studien mit größeren Behandlungsgruppen kaum durchführbar sind.

FAZIT

Ein Nutzen ohne Wirksamkeit ist nicht denkbar (deshalb sind beide Begrifflichkeiten auch kein Widerspruch), aber es gilt nicht umgekehrt, dass Wirksamkeit immer auch einen Nutzen für die Patienten bedeutet.⁴ Dazu ist abzuwägen, wie hoch das mit der Wirksamkeit verbundene Risiko ist (z. B. für Nebenwirkungen und Komplikationen), ob sich die Wirksamkeit auf patientenrelevante Größen wie die Überlebensdauer und die Lebensqualität bezieht und ob es sich um einen zusätzlichen Nutzen gegenüber der bislang schon etablierten Therapieform handelt. Denkbar ist, innovativen Produkten mit unklarem oder unsicherem Nutzen nach Marktzugang zunächst eine zeitlich befristete Erstattungsfähigkeit zu Lasten der Krankenkassen einzuräumen und diese erst nach Vorlage belastbarer Daten aus dem Versorgungsalltag zu entfristen.

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014.

² Glaeske G. Das Dilemma zwischen Wirksamkeit nach AMG und patientenorientiertem Nutzen. Dtsch Arztebl Int 2012;109(7):115–116.

³ Witte J, Greiner W. Problembeefunde der Quantifizierung des Zusatznutzens im Rahmen der frühen Arzneimittelnutzenbewertung. Gesundh ökon Qual manag 2013;18:226–234.

⁴ Köbberling J. Wirksamkeit, Nutzen und Notwendigkeit – Versuch einer wissenschaftlichen Definition. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2009;103(5):249–252.

Ideologie der Medizin vs. Ideologie des Marktes Ethik und Ökonomie als Wertegemeinschaft?



Gesundheitsausgaben des BIP 2012:¹

- UK: 9,3 %
- USA: 16,9 %
- Deutschland: 11,3 %

Wenn wir das Problem knapper Güter im Gesundheitswesen lösen möchten, sollten wir ordnungsethisch ansetzen. Die Rechte und Pflichten der Empfänger von Gesundheitsleistungen sind immer neu unter Berücksichtigung von Gesetzen des Marktes sowie der Effizienz des Einsatzes der Mittel auf der Regelebene zu justieren. Darum funktioniert weder eine Ideologie der Medizin, wonach jeder bekommt, was er benötigt, noch eine Ideologie des Marktes, wonach auch Gesundheitsleistungen ausschließlich nach Gesetzen des Marktes behandelt werden sollen.

THESE

Die Medizin ist bis heute viel mehr von Hippokrates geprägt, als sie selbst annimmt. Danach ist es die Aufgabe der Ärzte und aller weiteren im Gesundheitswesen Beschäftigten das Wohl ihrer Patienten bestmöglich zu realisieren. Idealtypisch hat dies die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Präambel formuliert: „Den höchstmöglichen Gesundheitsstandard zu genießen, ist eines der fundamentalen Rechte jedes Menschen, unabhängig von Rasse, Religion, politischer Einstellung, ökonomischem oder sozialem Rang.“ In diesem Verständnis ist es unzulässig zu rationieren. Jeder hat nach dieser „Ideologie“ ein Recht darauf zu bekommen, was er benötigt.

Eine völlig andere Sichtweise hat der Markt. Hier ist die Idee: Alles hat seinen Marktpreis. Angebot und Nachfrage werden über den Preis vermittelt, in allem anderen sind die Marktteilnehmer frei. Wächst die Nachfrage bei gleichbleibendem Angebot, steigt der Preis, sinkt sie, fällt der Preis. Zugleich schafft eine höhere Nachfrage den Anreiz, das Angebot zu erhöhen. Der Markt belohnt den, der das benötigte Produkt im Wettbewerb im besten Preis-Leistungs-Verhältnis bietet. Nach dieser „Ideologie“ bekommt nur derjenige, was er benötigt, der den geforderten Preis zahlen kann. Wer den Preis nicht bezahlen kann, ist in dem Markt kein Teilnehmer. Das trifft besonders die Ärmsten der Armen.

HINTERGRUND

Beide Ideologien gehen an der Wirklichkeit vorbei. Die Ideologie der Weltgesundheitsorganisation hat ihre Grenze an der vorhandenen Ressourcenknappheit. Ein klassisches Beispiel hierfür ist der Mangel an verfügbaren Organen. Alle Regelungen zur Organverteilung sind Rationierungsinstrumente. Nicht jeder, der ein Organ benötigt, erhält ein Organ. Gleichzeitig lässt dieses Beispiel sehr gut die Grenzen einer Ideologie erkennen, die für alles einen Marktpreis festlegen möchte. Praktisch in allen Gesellschaften gibt es massive Vorbehalte, Organe zu einem Gut zu machen, das einen Marktpreis hat. Es muss also darum gehen, für Gesundheitsleistungen beide Ideologien zu verlassen. Gesundheitsleistungen sind einerseits keine normalen Güter, für die eine Ideologie von Angebot und Nachfrage bedingungslos gelten könnte, andererseits sind diese Leistungen dennoch Güter, für die nicht einfach ein unbedingter Rechtsanspruch eingeräumt werden kann. Auch diese Güter haben nämlich einen Preis. Was solidarisch für Gesundheitsleistungen ausgegeben wird, kann beispielsweise nicht in Bildung investiert werden. Eine Lösung kann darum nur auf der Regelebene gefunden werden.

FAZIT

¹ Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens 2014.

Ethik vs. Forschung

Geht das Konzept eines präventiven Verbots klinischer Prüfungen mit ethischem Erlaubnisvorbehalt zu Lasten des medizinischen Fortschritts?

- 25 % Rückgang der Anträge für klinische Prüfungen in der Europäischen Union in den Jahren 2007 bis 2011¹
- 0,46 % beträgt die Quote der klinischen Prüfungsvorhaben, der im Jahr 2010 die Zustimmung durch die angerufene Ethik-Kommission endgültig versagt wurde.²

THESE

Das im Zuge der Richtlinie 2001/20/EG in das nationale Arzneimittelrecht implementierte und in der Verordnung 2012/0192 aufgegriffene Konzept des Zustimmungserfordernisses einer Ethik-Kommission im Vorfeld einer klinischen Prüfung³, ist das Resultat eines historischen Lernprozesses. Dieses Modell behindert Forschung nicht, sondern sorgt für Sicherheit und Qualität des medizinischen Fortschritts.

HINTERGRUND

Unser vom Geist der Aufklärung beseeltes und von den Gespenstern der Vergangenheit geschärftes Gewissen verlangt, dass das Individuum nicht nach Belieben als Mittel zu einem auch noch so guten Zweck instrumentalisiert werden darf. Das Vertrauen in die Forschung und die damit einhergehende Bereitstellung von Ressourcen wird nur gewährleistet sein, wenn Mindeststandards wie informiert einverständliches und Risiko-Nutzen-Abwägung beachtet werden, die der menschlichen Würde Rechnung tragen. Hierbei handelt es sich um auf einem sehr hohen Abstraktionsniveau liegende Prinzipien, deren konkrete Operationalisierung aufgrund des moralphilosophischen Theorienpluralismus schwierig ist. Die DvH (Deklaration von Helsinki) als medizinethisches Leitwerk sieht vor, dass es interdisziplinär besetzten Gremien im Zuge eines transparenten Verfahrens obliegen soll, eine einzelfallbezogene Entscheidung zu treffen. Dieses Verfahren muss aber zum Zwecke der Konstruktion rechtmäßiger⁴ ethischer Voten gegen die Möglichkeit exekutiver Einflussnahme immun sein.^{5,6}

FAZIT

Ethik und Forschung sind keine unversöhnlichen Gegensätze. Bspw. kann ein methodisch fragwürdiges Studiendesign das Risiko für die Probanden niemals rechtfertigen. Ethik-Kommissionen können durch ihre Einflussnahme⁷ die Aussagekraft der Forschungsergebnisse und die gesellschaftliche Akzeptanz der Forschung fördern. Der mit Verweis auf sinkende Studienzahlen erhobene Vorwurf der Blockade des Fortschritts verfängt nicht; es handelt sich um eine Scheinkorrelation, die die besondere weltwirtschaftliche Lage in jenen Jahren außer Acht lässt. Allerdings sind die Verfahrensregelungen der Ethik-Gremien aus Gründen der Rechtssicherheit und Praktikabilität vereinheitlichungsbedürftig.⁸

¹ Vorschlag der Europäischen Kommission COM(2012) 369.

² Protokoll der 29. Jahresversammlung des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen, S. 12.

³ Das Modell findet auch in anderen Bereichen der Forschung Anwendung, vgl. etwa §§ 20 I 1 Var. 1, 22 I MPG.

⁴ Delhey. Die Ethik der Ethik-Kommission. In: Schriftenreihe für Wissenschaft und Praxis (Blaue Reihe), Band 6, Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin, 2012.

⁵ Ammann D. Medizinethik und medizinethische Expertengremien im Licht des öffentlichen Rechts. Berlin: Duncker & Humblot, 2011.

⁶ von Dewitz C, Klinische Bewertung von Medizinprodukten nach dem Medizinproduktegesetz 2011. Landsberg am Lech: Ecomed, 2011.

⁷ Russ et al. Evaluation of clinical trials by Ethics Committees in Germany. GMS Ger Med Sci 2009;7:Doc07.

⁸ Pestalozza C. Der "Große Ausschuss" – Wege zur Bereinigung von Divergenzen zwischen Ausschüssen einer Ethik-Kommission. In: Die Ethik-Kommission des Landes Berlin, 2012.

Diskutieren Sie mit unter:
<http://www.mission2030.de>



PATIENT GESUNDHEITSWESEN – MISSION 2030

Unsere gemeinsame Verantwortung die Zukunft zu gestalten

Nur durch das interdisziplinäre Zusammenwirken aller Experten ist die gewaltige Aufgabe eines zukunftssicheren Gesundheitswesens möglich – in der Erkenntnis nicht zu verwalten, sondern zu gestalten.

Alle Fakten aus der demographischen Entwicklung, den gewaltig zunehmenden Kostenbelastungen für Staat und Bürger, dem medizinischen Fortschritt und der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung für alle in unserer Gesellschaft, sind ein Alarmzeichen zum Handeln.

43 Experten aus Medizin, Zahnmedizin, Biochemie, Gesundheitswissenschaft, Gesundheitsökonomie, Volkswirtschaft, Rechtswissenschaft, Soziologie, Psychologie, Erziehungswissenschaft, Philosophie, Theologie, Politologie, Informatik, Publizistik und Patientengruppen nehmen Stellung zu den drei Kernbereichen

GESUNDHEIT – PFLEGE – LEISTUNGSPARTNER

in einem einzigartigen methodischen Konzept. Jedes Thema gliedert sich in

FAKTEN – THESE – HINTERGRUND – FAZIT

um in einer Gesamtübersicht diese komplexe Thematik transparent für eine breite fachliche und öffentliche Diskussion darzustellen.

Wir sind alle betroffen für ein verantwortungsvolles Handeln

Jetzt – für die Zukunft unserer Gesellschaft

Diskutieren Sie mit unter:
<http://www.mission2030.de>

ISBN 978-3-86867-253-4



9 783868 672534

www.quintessenz.de