Dokumentation

Gesundheitspolitischer Fachtag
31. August 1998
Berlin FORUM Hotel

Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

Impressum

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin

Internet: http://www.aidshilfe.de
E-mail: dah@aidshilfe.de

Mai 1999

Manuskript und Redaktion: Annette Fink
Grafik und Gestaltung: Dennis Kusitzky

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.:
Berliner Sparkasse Konto-Nr. 220 220 220, BLZ 100 500 00

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

Eröffnung des Fachtages durch den Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. 3

Podium: „Von den AIDS-Hilfen lernen... AIDS als ein Modell der Gesundheitsförderung?" 4

Workshop 1: „Peer Involvement" in der Primärprävention marginalisierter Gruppen 9

Workshop 2: „Doch die Verhältnisse..." Emanzipation und Gesundheitsförderung 12

Workshop 3: Solidargemeinschaft oder Risikomix? Die Gesundheitsreform und ihre Verlierer 15

Workshop 4: Leistungsgrenzen, Leistungsansprüche, Leistungskontrolle. Und die Interessen der PatientInnen? 17

Workshop 5: Ambulant vor stationär – gilt das noch? Wenn ja; wie lange? 21

Plenum: „Zukunft der Gesundheitsförderung - eine Reformperspektive?" 25

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Freundinnen und Freunde,

ich freue mich sehr, den Gesundheitspolitischen Fachtag im Rahmen der AIDS-Aktionswoche Berlin 1998 eröffnen zu dürfen.
Besonders begrüßen möchte ich

- die Damen und Herren Abgeordneten,
- die Staatssekretärin des Bundesgesundheitsministeriums, Frau Dr. Bergmann-Pohl,
- in Vertretung für die Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Frau Dr. Pott: Herrn Dr. Müller,
- die Vertreterinnen und Vertreter von Institutionen und Verbänden im Gesundheitswesen,
- Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler,
- die Vertreterinnen und Vertreter der Pharma-Industrie,
- alle ehren- und hauptamtlichen Kolleginnen und Kollegen aus den Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe
- und alle anderen Interessierten, die sich heute hier eingefunden haben.

Die Deutsche AIDS-Hilfe veranstaltet diesen Fachtag, weil wir alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einladen möchten, die Geschichte von AIDS und AIDS-Hilfe in Deutschland zu betrachten und unsere Erfahrungen für andere Bereiche der Gesundheitsförderung zu nutzen.
Der Erfolg der AIDS-Präventionsstrategie in Deutschland steht im internationalen Vergleich außer Frage. Dies ist einerseits ein Ergebnis der AIDS-Politik der Bundesregierung, die von repressiven Maßnahmen im AIDS-Bereich abgesehen und einem Ansatz den Vorzug gegeben hat, der Menschen als lernende Wesen betrachtet.
Andererseits hat damit aber auch ein Modell der Gesundheitsförderung seine Angemessenheit und Effizienz bewiesen, für das die Deutsche AIDS-Hilfe steht: Menschen, die von HIV und AIDS besonders bedroht waren und sind, haben die Prävention selbst in die Hand genommen.

- Mit einem Präventionsansatz, der vor den Widersprüchen "im wirklichen Leben" nicht die Augen verschließt,
- mit einem Ansatz, der - sozusagen mit dem Ohr am Puls der Zielgruppen - Lebensstile so akzeptiert, wie sie sind,
- mit einem Präventionsansatz, der zum Ziel hat, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung so zu stärken, daß Menschen eine informierte und freie Entscheidung treffen können
- und schließlich mit einem Ansatz, der Lebensperspektive und Lebensqualität eröffnen will, für die es sich zu leben lohnt, haben sich Menschen auf den Weg gemacht, sich mit den Folgen von HIV und AIDS auseinanderzusetzen.

Daß sie es gewagt haben, dies auf allen Ebenen zu tun - in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention - hat die Arbeit manchmal zwar nicht gerade leicht gemacht, hat aber im Rückblick zu ihrer besonderen Qualität enorm beigetragen.

Die Präsidentin des Deutschen Bundestags, Rita Süssmuth, hat vielleicht deshalb in ihrem Grußwort zur Versammlung der Menschen mit HIV und AIDS am vergangenen Freitag diesen "Selbsthilfe-Aktivitäten der AIDS-Betroffenen" (ein) "beispielhaftes Gewicht im Rahmen der gesellschaftlichen Gesundheitsförderung" attestiert.
Im Moment weisen die Zeichen der Zeit bzw. der Politik allerdings nicht gerade in Richtung eines solchen umfassenden und solidarischen Verständnisses von Gesundheitsförderung. Ich darf hier nur an die Streichung des Begriffs Gesundheitsförderung aus dem § 20 SGB V erinnern.
Trotzdem oder gerade deswegen möchten wir 15 Jahre Erfahrung mit dem Modell AIDS-Hilfe zur Diskussion stellen. Und: Wir wollen auch für eine Übertragung dieses Modells in andere Bereiche werben.
Daß wir dies hier und heute tun können, ist ein Ergebnis des großen Einsatzes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bundesgeschäftsstelle, für das ich mich im Namen des Vorstands herzlich bedanke.

Danke sagen möchte ich natürlich auch den Moderatorinnen und Moderatoren, die uns durch den Tag und die Workshops begleiten, sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Podiums und der Schlußrunde, die mit ihren Einschätzungen die Diskussion sicherlich bereichern werden.
Last, but not least geht ein Dankeschön an die Organisationen, die diesen Fachtag finanziell ermöglicht haben: Hier sind vor allem

- die AOK Berlin,
- der Paritätische Bundesverband, der uns Mittel der Lotterie Glücksspirale zur Verfügung gestellt hat
- und eine Vielzahl von Unternehmen der Arzneimittelindustrie zu nennen.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Freundinnen und Freunde,
unzählige Menschen haben an dem Modell AIDS-Hilfe mitgebaut. Ich freue mich sehr, daß viele davon heute hier in dieser Runde sitzen. Viele können aber heute nicht mehr dabei sein, weil sie an AIDS gestorben sind und noch sterben. Dies sollten wir - gerade angesichts unserer Erfolge - nicht vergessen.
Im Sinne dieser Menschen wünsche ich Ihnen und euch interessante Diskussionen und Gespräche über das Modell AIDS-Hilfe, seine notwendigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und seine Perspektiven. Ich bin mir sicher, daß dieser Fachtag ein spannender Beitrag zu den aktuellen Diskussionen um die Gesundheitsreform wird, und wünsche Ihnen und euch einen interessanten Tag.

Danke.

Beate Jagla für den Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe

Podium "Von den AIDS-Hilfen lernen... AIDS als ein Modell der Gesundheitsförderung?"

Moderation: Horst Grzelka, ehemals Vorstand der AIDS-Hilfe Nordrhein-Westfalen

TeilnehmerInnen:

- Sabine Bergmann-Pohl (CDU), Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit
- Klaus Dörrie, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV)
- Stefan Etgeton, Bundesgeschäftsführer der Deutschen AIDS-Hilfe
- Stefan Majer, Gesundheitsstadtrat in Frankfurt/Main
- Rolf Rosenbrock, Leiter der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Horst Schmidbauer, MdB (SPD)

Diese Veranstaltung konnte wegen eines Stromausfalls nicht aufgezeichnet werden. Die Diskussion kann daher nur in stark verkürzter und zusammengefaßter Form wiedergegeben werden.

Die erste Frage auf dem Podium geht an Rolf Rosenbrock. Der Moderator bittet ihn zu beschreiben, wodurch sich das Besondere des Modells AIDS-Hilfe auszeichnet.

Für Rolf Rosenbrock war die DAH wesentlich daran beteiligt, daß die AIDS-Prävention nach Quantität, Qualität und Innovationsgehalt als die wahrscheinlich bedeutendste und erfolgreiche Anwendung der Ottawa-Charta im letzten Jahrzehnt gelten kann. "Nach erbittertem politischen Streit konnte sich hier zunächst der New Public Health-Ansatz gegen Old Public Health durchsetzen. Statt der alten Leitfrage 'Wie identifizieren wir möglichst schnell möglichst viele individuelle Infektionsquellen und wie legen wir diese still?' wurde gefragt: 'Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich Individuen, Institutionen und Gesellschaft mit einem Maximum an Prävention und einem Minimum an Diskriminierung auf das Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?' In der Anwendung dieses Konzepts übernahmen die AIDS-Selbsthilfe-Organisationen wichtige Aufgaben, es bildeten sich völlig neue Akteurkonstellationen, und die Infrastruktur für die hauptsächlich betroffenen Gruppen wie schwule Männer und i.v. DrogenbenutzerInnen wurde mit öffentlichen Mitteln gefördert, um die Kommunikation, soziale Kohärenz und die Herausbildung kollektiver Verhaltensnormen zu unterstützen."

Nach dieser Einschätzung von wissenschaftlicher Seite wendet sich Horst Grzelka der exekutiven Gewalt in der Gesundheitspolitik zu. Seine Frage an Sabine Bergmann-Pohl, die Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit: "Welchen Stellenwert hat AIDS-Hilfe für Sie? Sehen Sie sie als reine Selbsthilfe, als professionellen Partner oder als Erfüllungsgehilfen? Wie sieht Ihre Partnerschaft zur AIDS-Hilfe aus, zumal in den letzten Jahren die finanzielle Unterstützung der staatlichen Instanzen zurückgegangen ist?"

In ihrer Antwort erklärt Sabine Bergmann-Pohl, sie sehe die DAH nicht als Erfüllungsgehilfen oder Notnagel; immerhin habe man es gemeinsam geschafft, in konservativen Zeiten Erfolge zu erringen. "Man war zunächst sehr hilflos gegenüber der Krankheit, man wußte sehr wenig über die Ursachen, es gab keine Therapie, und man wußte nicht, wie Prävention zu gestalten wäre. Es ist sehr Frau Süssmuth zu verdanken, daß man Kooperationspartner gesucht hat. Das heißt nicht, daß die Beziehung immer harmonisch sein muß, ebenso wie eine Ehe nicht immer harmonisch ist. Die Politik unterliegt bestimmten Zwängen, aber es sind doch wichtige Schritte getan worden."
Gemeinsam mit den Partnern habe man versucht, auf verschiedenen Wegen Prävention zu betreiben und sei "heftigst" angegriffen worden, letztendlich habe aber die konservative Regierung dazu gestanden, die zielgruppenorientierte Aufklärung der DAH zu überlassen.
Zur Frage der finanziellen Unterstützung stellt Dr. Bergmann-Pohl fest, daß 37,7 Prozent des AIDS-Etats an die DAH gingen, wobei der Mittelansatz insgesamt reduziert worden sei - allerdings nicht in der Größenordnung, die ursprünglich vorgesehen war: "Wir ziehen uns nicht aus dem Geschäft zurück. Es ist völlig klar, daß Aufklärung Sache des Bundes, der Länder und der Kommunen ist."
Für die Staatssekretärin hat Prävention jedoch zwei Seiten: Neben die Präventionsangebote des Gesundheitswesens müsse die Selbstaktivierung und Eigenverantwortung der Bevölkerung treten, die Bereitschaft, diese Angebote auch anzunehmen. Die Krebsprophylaxe z.B. werde kaum in Anspruch genommen, und es sei zu bezweifeln, daß die 88 Prozent der SchülerInnen, die in Umfragen angeben, in der Schule über Gesundheitsrisiken aufgeklärt zu werden, sich auch danach verhalten. Hier sieht Bergmann-Pohl Diskussionsbedarf.

Nach dieser Antwort bleibt der Moderator im Feld der Politik, die in Wahlkampfzeiten häufig finanzielle Versprechungen mache. Seine Frage, ob politische Parteien noch ein Interesse daran haben, über solche Versprechungen hinaus an AIDS-Hilfe-Arbeit mitzuwirken und ob das Thema AIDS noch eine Lobby hat, richtet sich an einen Vertreter der Opposition, Horst Schmidbauer, der mit dieser Thematik seit langem beschäftigt ist.

"Wir wollen uns nichts vormachen: Die Lobby ist kleiner geworden", sagt der SPD-Politiker. "Opportunität wird großgeschrieben. Dank und Anerkennung dürfen nicht dazu führen, daß man sich zurücklehnt und sich sagt: Im wesentlichen ist unsere Aufgabe getan... Ich habe den Eindruck, daß die Politik sich freikauft, daß sie Aufgaben an Dritte vergibt, die sie erfolgreich bewerkstelligt haben."
In anderen Ländern gebe es dagegen beispielhafte Konzepte der staatlichen Gesundheitsförderung. Horst Schmidbauer berichtet, was er bei einem Aufenthalt in Australien über das dortige Modell der AIDS-Prävention erfahren hat: "In zwei Punkten gab es einen gesellschaftlichen Konsens: Zuerst kommt AIDS, und die Drogenpolitik muß der AIDS-Politik unterstellt werden." Es gebe kein gegenseitiges Zuschieben von Aufgaben und Schuld, sondern ein gemeinsames Vorgehen. Der hohe Stellenwert des Themas zeige sich auch in einem Medien-Kodex, in dem sich die Medien für die Prävention mitverantwortlich erklären.
In Deutschland zieht sich die Politik seiner Meinung nach nicht nur aus der AIDS-Prävention zurück; sie tendiere insgesamt zur Privatisierung des Gesundheitswesens: "Das bis jetzt Erkämpfte kann nur Bestand haben, wenn bestimmte Elemente aufrechterhalten werden, die das gesamte Gesundheitswesen tragen: ein sozialer Faktor und Solidarität. Das System ist noch nicht zerstört, aber es hat unter der gegenwärtigen Regierung Weichenstellungen in Richtung Privatisierung gegeben... Wenn die Krankenkassen diese Weichenstellung aufmachen würden, würde daraus ein sukzessiver Abbau von Sicherungssystemen folgen." Im Punkt Selbstbeteiligung gerieten allerdings der soziale Faktor und die Solidarität ins Wanken: "Inzwischen muß der Patient als Versicherter zwei Drittel seiner Kosten selbst tragen. Die Arbeitgeberseite trägt nur zu einem Drittel bei." Es könne nicht sein, daß Kranke - und vor allem chronisch Erkrankte - quasi für ihre Krankheit bestraft würden.

"Diese markanten Worte sind sicher zuerst Schlagworte, die es gilt mit Leben zu füllen", kommentiert der Moderator Horst Schmidbauers Statement. Er knüpft an den beschriebenenen gesellschaftlichen Konsens an; die Frage, wie ein solcher Prozeß auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene aussehen kann und ob es möglich ist, durch die Kooperation der verschiedenen beteiligten Institutionen in den Kommunen etwas zu bewegen, geht an Stefan Majer, den Gesundheitsstadtrat und Mitarbeiter der AIDS-Hilfe in Frankfurt am Main.

Wie Stefan Majer berichtet, habe man sich in Frankfurt in einem gesundheitspolitischen Boot wiedergefunden. "Es gibt eine gewisse Arbeitsteilung: Die AIDS-Hilfe bekommt einen bestimmten Finanzbetrag; man überläßt ihr den Schwulenbereich und teilweise den Drogenbereich. Es ist aber weniger Kooperation, mehr ein Nebeneinander." Die AIDS-Hilfe habe sich sehr grundsätzlich in die Gesundheitspolitik eingemischt: "Wir haben gesagt: Wir wollen nicht nur Verhaltensprävention machen, sondern uns darum kümmern, daß im Sinne der Ottawa-Charta Bedingungen geschaffen werden, in denen die Menschen zu einer Stärkung ihrer Gesundheit befähigt werden und die es ermöglichen, ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen."
In Frankfurt waren es vor allem die DrogengebraucherInnen, für die solche Bedingungen geschaffen werden mußten. "In der Anfangszeit gab es Schwierigkeiten mit der Staatsanwaltschaft im Punkt Spritzenvergabe", sagt Stefan Majer. "Jetzt gibt es einen Konsens in der Heroinvergabe. Es ist also sehr viel erreicht worden." Die Fortschritte in der Drogenpolitik seien allerdings aus der massiven Angst entstanden, daß AIDS über Drogen und Prostitution die Bevölkerung erreichen könnte.
Für Stefan Majer steht nun auf dem Prüftstand, wie wandlungs- und kooperationsfähig AIDS-Hilfe generell ist. Es gehe darum, sich an veränderte Gegebenheiten anzupassen und auch eine neue Generation von Menschen zu erreichen. Dazu sei es notwendig, die Prävention neu zu formulieren und neue Absprachen zu treffen; vielleicht brauche man eine "Rückbesinnung auf vor 15 Jahren Erarbeitetes". Auch im Bereich der Versorgung von Erkrankten gelte es zu kooperieren. Hospize, für die es in den Zeiten vor den verbesserten Behandlungsmöglichkeiten einen dringenden Bedarf gab, müßten umstrukturiert werden und die Bereitschaft zeigen, sich für andere Erkrankte wie z.B. TumorpatientInnen zu öffnen und ihre besonderen Erfahrungen und ihre Kenntnisse in der Betreuung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase weiterzugeben.
Majers Anliegen ist es außerdem, die Rolle der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung zu thematisieren und den Einfluß der Pharmaindustrie, "die zwar stark in den Bereich investiert hat", kritisch zu beleuchten. "Man sollte nicht nur dankend die Gelder annehmen, sondern reflektieren, was sich dort entwickelt hat."

Horst Grzelka lenkt die Diskussion auf den von Majer angesprochenen Punkt, AIDS-Hilfe müsse sich strukturell verändern. Für ihn stellen sich folgende Fragen: Welche Strukturen müssen erhalten bleiben und welche müssen verändert werden? Wo und in welchem Rahmen können und müssen sich AIDS-Hilfen organisieren? Welche Rolle kann ein Wohlfahrtsverband für die AIDS-Hilfe übernehmen? Speziell die letzte Frage richtet sich an Klaus Dörrie, den Hauptgeschäftsführer des DPWV.

"Ich nehme in Anspruch, ein Brückenbauer zu sein, zum Beispiel zur Selbsthilfe", sagt Klaus Dörrie. Der Wohlfahrtsverband könne Rahmenbedingungen herstellen, aber nicht die ganze Arbeit selbst machen. Der Verband habe ein Forum für chronisch Kranke und Behinderte eingerichtet und ein Stück Macht abgegeben. Der Selbsthilfebereich werde als ein Ansatz praktizierter Demokratie betrachtet.
Die Frage nach notwendigen Strukturveränderungen bezieht er eher auf die gesamte Gesundheitspolitik. So halte er das Motto "Vorfahrt für die Selbstverwaltung "im Prinzip" für vernünftig, es werde aber jetzt benutzt zur Durchsetzung von Leistungseinschränkungen. Die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen z.B. vorgesehene Einschränkung der Sondenernährung betreffe 50 000 überwiegend chronisch kranke Menschen.
Die gesetzliche Rentenversicherung sei ein weiteres Feld, in dem die Interessenvertretungen der Kranken und Behinderten eine "sehr aktive Politik" betreiben müßten, ebenso wie in der Stärkung der Patientenrechte.
"Heute geht es in der gesundheitspolitischen Debatte darum, den Markt umfassend zu verwirklichen", meint Klaus Dörrie. Gesundheitsförderung brauche in allererster Linie Zeit, doch am Markt gelte ein anderes Gesetz.

Die nächste Frage des Moderators geht an Stefan Etgeton, Bundesgeschäftsführer der DAH: "Wenn von Veränderungen die Rede ist - wie weit gelingt es einem Funktionsträger, der sicher zum Apparatschik, zum Verwalter werden kann, das Ohr dennoch am Puls der Zielgruppe zu haben?"

Wie Stefan Etgeton erläutert, befindet sich der Verband Deutsche AIDS-Hilfe "ähnlich wie die Kirche" im Zustand permanenter Reform. In der Aktionswoche sei die Selbsthilfe ein zentrales Thema gewesen. Durch die Medizinalisierung in diesem Bereich veränderten sich Bedürfnisse; Menschen mit HIV und AIDS bezeichneten sich heute als PatientInnen, was vor fünf Jahren nicht denkbar gewesen sei. Die AIDS-Hilfe müsse nun das Moment der Mündigkeit stärker fördern.
Stefan Etgeton nutzt die Chance, um auf dem auch mit PolitikerInnen besetzten Podium Bedenken und Erwartungen der DAH an die Politik zu formulieren.
Ein erster Punkt betrifft die Gesundheitsförderung: "Ich hatte die Gelegenheit, Seehofer und Dressler auf dem Katholikentag reden zu hören... Das Wort Prävention tauchte bei Seehofer nicht auf. Erst auf Nachfrage sagte er, ja, das sei ganz wichtig, und führte Zahnprophylaxe und das Bonusheft an. Der am längsten amtierende Gesundheitsminister, der die Arbeit der DAH als 'sehr segensreich' bezeichnet hat, hat einen Begriff von Gesundheitsförderung, der mit unserem Ansatz nichts zu tun hat. Ich habe Angst, daß unser umfassender Ansatz in Krisenzeiten keine Unterstützung mehr genießt." Die DAH habe die Novelle des § 20 im Sozialgesetzbuch V (SGB V) nicht deshalb kritisiert, weil die Gesundheitsförderung gestrichen und stattdessen die Selbsthilfe gefördert werden sollte, sondern weil Gesundheitsförderung und Selbsthilfe zusammengehören.
Beim zweiten Punkt, der Pflege, gehe es ebenfalls um Geld: "Das Pflegereferat in der DAH hat keine finanzielle Perspektive. Irgendwann wird es diesen Bereich nicht mehr geben, die dritte Säule des Modells bricht weg." Grund dafür seien die Zuwendungsbedingungen, nach denen der Bereich Pflege keine förderungswürdige Aufgabe des Dachverbands ist. Etgeton appelliert daher an die Politik, die Finanzierung nach dem Bedarf der DAH zu richten.
Drittens habe die DAH nicht nur einen gesellschaftlichen, sondern auch einen politischen Auftrag. Ihre Aktivitäten in der Drogenpolitik würden jedoch immer weiter beschnitten. So stehe der Betrieb von Druckräumen rechtlich auf äußerst wackligen Füßen, und die Kooperation zwischen Bund, Land und Kommune funktioniere in dieser Frage nicht. Fazit: "Sobald unser Engagement über reine HIV-Prävention hinausgeht, merken wir die Grenzen sehr deutlich."

Horst Grzelka bemerkt, daß das von Sabine Bergmann-Pohl beschriebene Bild der Familie nicht ganz stimmig sei. In einer Familie werde gestritten, aber es sei auch eine Zugehörigkeit da. Deshalb fragt er bei der Vertreterin des Gesundheitsministeriums nach: "Ist diese Zugehörigkeit der verschiedenen Gruppierungen und Interessen gegeben? Wie ist ein Konsens in unserer Gesellschaft in dieser Thematik zu erreichen, die mit bislang nicht oder nur unvollständig akzeptierten Lebensstilen wie Schwulsein, Drogengebrauch und auch mit Vorurteilen und Moral zu tun hat?"

Statt einer Antwort möchte Sabine Bergmann-Pohl selbst einige Fragen aufwerfen: "Wie soll die Gesundheitsförderung fortgeführt werden? Was muß sie eigentlich leisten?" Nachdem der Begriff 1989 explizit in § 20 des SGB V als Auftrag der Krankenkassen genannt worden sei, sei daraus eine Entwicklung entstanden, bei der sie sich "die Haare gerauft habe". Die Krankenkassen hätten den Paragraphen für Marketingzwecke genutzt und auch Sportvereine gesponsert. Sie habe immer wieder versucht, die Kassen von dieser Art des Marketings abzubringen.
Ein Problem sieht Bergmann-Pohl in der "fehlenden Zielgenauigkeit" des Begriffs Gesundheitsförderung: "Ich glaube, wir wissen nicht genau, was wir unter Gesundheitsförderung verstehen. Das ist nicht klar definiert." Deshalb sei es notwendig, den § 20 präziser zu formulieren.

Horst Schmidbauer entgegnet ihr, die Zielgenauigkeit sei durch 15 Jahre Erfahrung in der AIDS-Prävention vorgegeben, die "übertragbar und modellhaft" für andere Bereiche sei. In Deutschland fänden sich sehr schnelle Lösungen, wenn es um eine rein kurative Medizin ginge, "aber wir sind ein Entwicklungsland, wenn es um Gesundheitsförderung geht".
Eine falsche Lösung war es nach Ansicht von Schmidbauer, die Kostenerstattung in der Pflege einzuführen; darunter habe der ganzheitliche Aspekt in der Pflege Schaden genommen. "Funktionalität wird großgeschrieben, Zuwendung wird kleingeschrieben." Der Zuwendungsteil müsse genauso gewichtet werden wie die Funktionalität. Voraussetzung dafür sei es, die Kostenerstattung wieder abzuschaffen.
Zu den von Klaus Dörrie angesprochenen Rechten der PatientInnen sagt Schmidbauer, er arbeite mit an einer Patientenrechts-Charta , in der z.B. Informationsrechte und das Recht auf Mitgestaltung der Behandlung aufgenommen werden sollen.

Auch Stefan Majer greift Sabine Bergmann-Pohls Aussage zur Zielgenauigkeit und unklaren Definition auf: "Ich denke, das Problem dieser Koalition war, daß sie einen halben Schritt vorgegangen ist und wieder einen halben zurück." Man solle nicht der Versuchung erliegen, Gesundheitsförderung auf Stammtischniveau grundsätzlich als Makramee-Arbeit zu denunzieren. Im Einzelfall könnten z.B. Sportangebote durchaus sinnvoll sein. Gesundheitsförderung habe unter den Gesichtspunkten Effektivität und Patientennähe sehr viel mehr zu bieten als die Medizin, und die AIDS-Hilfen sollten keine Angst haben, das, was sie in 15 Jahren erreicht haben, offensiv zu vertreten - wenn sie auch auf MedizinerInnen treffen, die "Selbsthilfe doch nur als Petersilie auf der Tablette ansehen".

Für den Moderator klingt es zwar gut, "Gesundheitsförderung offensiv zu vertreten", doch in der Praxis würden Effektivität und Patientennähe anders definiert werden. Daher seine Frage an Stefan Etgeton: "Wie kann man Qualitätssicherung - diesen sehr aktuellen und umstrittenen Begriff - noch deutlicher darstellen und der Praxis gerechter entwickeln?"

Entscheidend ist für Etgeton in dieser Frage der Aspekt: Wer definiert, was Qualität ist? Und: Sind die Menschen, die Leistungen empfangen, an der Entscheidung beteiligt? Die AIDS-Hilfe sei Interessenvertretung von Menschen mit HIV und AIDS und gleichzeitig Leistungsanbieter; aus dieser Konstellation könnten sich in der Beurteilung von Qualität Interessenkonflikte ergeben.
"Die Frage der Qualitätssicherung wird auf regionaler Ebene sehr unterschiedlich angegangen. Sie ist häufig mit der Angst verbunden, sich in die Karten schauen zu lassen. Die AIDS-Hilfe braucht sich mit ihren Angeboten nicht zu verstecken. Der Prozeß der Qualitätsentwicklung bringt auch viel für uns, er macht unsere Leistungen deutlich und kann produktive Effekte haben. Die Einbindung von Selbsthilfe in die eigenen Angebote ist schon immer ein Moment der Qualitätssicherung gewesen, auch wenn die AIDS-Hilfe das nicht so genannt hat."

An dieser Stelle hofft Horst Grzelka auf einen klärenden Beitrag der Wissenschaft zum Begriff der Gesundheitsförderung in Theorie und Praxis.

"Da wird die Wissenschaft überschätzt", sagt Rolf Rosenbrock. "Dies ist ein freies Land, jeder darf unter Gesundheitsförderung verstehen, was er will." Die Wissenschaft sei sich allerdings einig: Sie halte sich an die in der Ottawa-Charta festgehaltene Definition der Weltgesundheitsorganisation. Es gebe sehr konkrete evaluierte Beispiele und nachahmbare Modelle für Gesundheitsförderung - und fördernde wie hemmende Bedingungen der Umsetzung.
Die Politik habe bestimmt, daß die Krankenkassen konkurrieren sollen und wundere sich nun, daß die Kassen den Paragraphen 20 nutzten, um Anreize gegenüber der Konkurrenz zu bieten; "das ist, wie wenn man die Großmutter die Treppe hinunterstößt und fragt: 'Oma, warum läufst du so schnell?'"
Die der Gesundheitsförderung entgegenstehende Bedingung der Marktorientierung im Gesundheitswesen

werde immer weiter entwickelt, auch im Programm der SPD. Eine solche Orientierung nach der Kaufkraft und nicht nach dem Bedarf sei falsch und suggeriere, daß die gesellschaftlichen Chancen gleich verteilt sind. Wenn man jedoch die Bevölkerung nach dem Einkommen in fünf gleichgroße Gruppen teile, zeige sich, daß das Risiko, zu erkranken und frühzeitig zu sterben, im untersten Fünftel doppelt so hoch ist wie im obersten Fünftel.
Zur Marktorientierung komme eine zunehmende Dominanz der Pharma-Industrie, die außerhalb jeglicher Kontrolle Gelder der gesetzlichen Krankenkassen verteile. "Ich habe früher die Ansicht vertreten: Die DAH verliert ihre Position, ein authentischer Anwalt zu sein, wenn sie ihr Pflegereferat über die Pharma-Industrie finanzieren läßt; doch ich habe eingesehen, daß es das Angebot sonst gar nicht geben würde."

Nach diesem "engagierten Plädoyer" gibt der Moderator das Wort mit der Frage an Sabine Bergmann-Pohl, wie die Strategie des Ministeriums zwischen den beiden Polen Marktorientierung und Bedarf aussehe.

Für Bergmann-Pohl steht der Mangel im Gesetz, die Gesundheitsförderung und die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung klar zu definieren, weiterhin im Vordergrund. Sie sei bereit, den Paragraphen zu ändern, wenn es eine genaue Definition gibt.
Mit oder ohne Änderung - Gesundheitsförderung läßt sich ihrer Meinung nach nur umsetzen, wenn sie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werde.

Zum Ende der Diskussion bittet Horst Grzelka die TeilnehmerInnen um ein abschließendes Wort, das Wünsche für die nächsten 15 Jahre beinhaltet.

Klaus Dörrie zeigt sich glücklich über die Bereitschaft Horst Schmidbauers, an einer Patienten-Charta zu arbeiten, denn: "Ich denke, daß das Gesundheitswesen kaputtgeht, wenn der Patient nicht deutlicher in den Mittelpunkt rückt." Für die Zukunft wünscht er sich in den Selbstverwaltungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung die Einführung einer "dritten Bank" als Vertretung von PatientInnen neben Arbeitgebern und -nehmern.
Für Horst Schmidbauer "ist die Nummer eins die Solidarität" und die Stärkung der Stellung der PatientInnen. Sabine Bergmann-Pohl wünscht sich einen gesamtgesellschaftlichen Konsens und Stefan Etgeton ein schlüssiges Gesamtkonzept für Gesundheitsförderung, in das die AIDS-Prävention eingebettet wird. Stefan Majers Wunsch ist es, daß die Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe verstanden wird und daß die AIDS-Hilfen ihr kritisches Potential der Einmischung nicht verlieren.
Rolf Rosenbrock wünscht sich die AIDS-Hilfe als Teil einer Bewegung von Selbsthilfe-Organisationen, die gemeinsam an einem neuen Konzept der Gesundheitsförderung arbeiten.

Horst Grzelka bedankt sich bei den TeilnehmerInnen und beim Publikum und schließt mit einem Satz des Zukunftsforschers Robert Jungk: "Soziale Experimente der Betroffenen, die heute schon auf so vielen Gebieten menschlicher Aktivität versucht werden, können mehr bewirken als papierne Entwürfe, weil sie greifbare Beispiele anderen erstrebenswerten Lebens bieten. Sie zeigen in der Praxis, daß es ganz anders weitergehen könnte als gewohnt, sind sichtbare, hörbare Signale der Hoffnung."

Workshop 1: "Peer Involvement" in der Primärprävention marginalisierter Gruppen

Moderation: Clemens Sindelar, DAH-Referat für homo- und bisexuelle Lebensweisen
Protokoll: Andreas Hastreiter

TeilnehmerInnen:
- Frieder Alberth, AIDS-Hilfe Augsburg
- Gundula Barsch, DAH-Referat für Drogen/Menschen in Haft
- Georg Bartsch, Positiv e.V.
- Kay Becker, AIDS-Hilfe Darmstadt
- Ralf Doll
- Otto Ehlert, AIDS-Hilfe Solingen
- Mischa Hübner, DAH-Vorstand
- Achim Jergentz, AIDS-Hilfe Stuttgart
- Jimena Klemp, AIDS-Hilfe Bonn
- Regine Laaser, Hydra e.V.
- Jürgen Meggers, AIDS-Beratung Charlottenburg
- Petra Narimani, VIA
- Jutta Rosch, AIDS-Hilfe Leipzig
- Rainer Schilling, DAH-Referat für homo- und bisexuelle Lebensweisen
- Christoph Schmidtpeter, Landesverband Niedersachsen
- Renate Schröder-Mischowski, JES
- Gisela Schwarzenberg, Gesundheitsamt Zwickau
- Michael Specht, AIDS-Hilfe Augsburg
- Gerhard Streuber, Eve & Rave
- Wolfgang Werner, SUB/WAY
- Norbert Werth

Die AIDS-Hilfe hat als Selbsthilfe angefangen, ihre Angebote haben sich inzwischen jedoch professionalisiert. Einer ihrer fachlichen Aufträge ist weiterhin die Förderung der Selbsthilfe, auch in der Primärpävention. Welche Ansätze der Selbstbeteiligung von Zielgruppen (Schwule, Junkies, Huren, Stricher,MigrantInnen) gibt es und wie sehen sie in der Praxis aus? Sind sie tauglich für eine "emanzipative Gesundheitsförderung" oder führen sie doch wieder nur in sozialpädagogische Bevormundung? Ist Selbstbeteiligung eine Illusion oder eine gangbare Möglichkeit auch für Menschen, die nicht der "Mittelschicht" angehören?

Um die Diskussion dieser Fragen zu erleichtern, sollte zunächst geklärt werden, wie die einzelnen Gruppen den Begriff "Peer Involvement" definieren. Das Ergebnis:
- Für Schwule ist Peer Involvement die Anleitung zur Selbsthilfe und der Einsatz von öffentlichen Mitteln für die Selbsthilfe, wobei die Geschichte zeigt, daß Selbsthilfe erst ab einer bestimmten Erfahrung möglich ist; erste Schritte zur Emanzipation müssen bereits gemacht sein. Ohne die schwulenpolitischen Ansätze der siebziger und achtziger Jahre wäre AIDS-Hilfe nicht so erfolgreich gewesen. Diese Bewegung wollte für andere etwas erreichen.
- Im Drogenbereich bedeutet Peer Involvement das Eindringen in Lebensbereiche der Betroffenen und die Förderung dieser Lebensbereiche. Selbsthilfe erfordert die Einsicht in die Bedrohung und in die Notwendigkeit von Hilfe. Sie wird als "verlängerter Arm" des Sozialarbeiters gesehen; deshalb ist in diesem Bereich wohl der Begriff "Peer Supporter" oder "Peer Leader" passender.
- Die Entwicklung von JES wurde von außen angestoßen, aber von Junkies angenommen und weitergeführt. Bei JES funktioniert die Weitergabe von Betroffenenkompetenz an die Fachkompetenz. JES als eigenständige Selbsthilfegruppe soll die eigenen Interessen sichern und stärken.
- Bei Eve & Rave wächst die Erkenntnis, daß die Lebenswelt verändert werden muß. Diese Veränderungen müssen aber selbst geschaffen werden und dürfen nicht von außen kommen. Zuerst muß das Interesse der Gruppe an Veränderungen geweckt werden, dann kann Selbsthilfe als zweiter Schritt kommen.
- Für Hydra war Peer Involvement ursprünglich Selbsthilfe, die dann durch SozialarbeiterInnen übernommen wurde. Angestrebt wird eine Rückkehr zur Selbsthilfe, auch um die Kolonialisierung, die Fremdbestimmung der Selbsthilfe abzuwenden.
- Stricher werden durch Peer Involvement in die Sozialarbeit eingebunden und zum Ehrenamt angeleitet. Angebote zur Selbsthilfe werden bisher aber nicht genutzt, da andere Probleme Vorrang haben. Stricher

haben kein Gruppengefühl, und es gibt keine Solidarität. Es herrscht eine starke Vereinzelung vor, weshalb die Angebote der DAH nicht ausreichen, um Selbsthilfe zu entwickeln. Außerdem ist bei Selbsthilfe-Programmen die Schichtzugehörigkeit zu beachten.

- Die MigrantInnen-Bewegung ist erst am Anfang. Ihr fehlt die 15jährige Erfahrung der AIDS-Hilfen. Zu HIV/AIDS kommen bei dieser Gruppe noch viele andere Probleme, bei denen zunächst Hilfe zur Selbsthilfe notwendig ist. Für MigrantInnen ist Selbsthilfe eine unbekannte Einrichtung bzw. Möglichkeit. Das Konzept der DAH kann deshalb in anderen Kulturen nicht greifen. Die Gefahr der Kolonialisierung ist groß.

Es zeigte sich, daß je nach der Herkunft und Alltagsrealität der einzelnen Gruppen eine unterschiedliche Begriffsbestimmung vorliegt. Ein Recht auf Selbsthilfe ist bei allen Gruppen einzufordern. Bei doppelt-marginalisierten Gruppen scheinen Selbsthilfe-Ansätze nur über eine Kolonialisierung angestoßen werden zu können, da kein eigenes Bewußtsein dafür vorhanden ist.

Im Einvernehmen der TeilnehmerInnen muß Peer Involvement als Methode der Sozialarbeit immer darauf ausgerichtet sein, Gruppen bei der Entwicklung von Selbsthilfe zu unterstützen. Die Planung und Gestaltung muß sich unter der Beteiligung und Mitbestimmung der Zielgruppe immer an deren Bedarf und Interesse orientieren.

Bei der Erarbeitung von neuen Konzepten ist deshalb die Hinterfragung von sozialpädagogischen Zielen wichtig. Dabei ist zu beachten, daß nicht alle Probleme und Schwächen beseitigt werden können. Peer Involvement muß auch zum Selbstläufer werden können, in Krisensituationen können Interventionen von außen eher schaden als nützen. ("Man muß den Wagen auch an den Baum fahren lassen können.") Ideales Ziel von Peer Involvement muß sein, sich überflüssig zu machen, d.h. ein Problem als erledigt betrachten zu können und sich selbst zur Disposition zu stellen.

Peer Involvement ist deshalb mehr Haltung und Einstellung als Methode. Haltung bedeutet, zusammen mit den Betroffenen die Zielvorstellungen nach dem Bedarf zu ermitteln, wobei auch eine Aufhebung der Ziele möglich sein muß.

Übergeordnetes Ziel ist die Vermeidung von HIV-Infektionen. Der Weg dorthin muß immer wieder überprüft werden: Wie weit kann man gehen, ohne zu massiv korrigierend einzugreifen?
Bei doppelt-marginalisierten Gruppen müssen erst viele andere Probleme bearbeitet werden, um eine wirkungsvolle HIV-Prävention zu erreichen. Dazu bedarf es einer Palette unterschiedlicher Methoden und Ansätze, die die Altersstruktur und den Organisationsgrad der Zielgruppe beachten und berücksichtigen müssen.
Peer Involvement bringt immer eine Veränderung in der Gruppe. Da aber ausgebildete Peers auf der Basis ihrer Lebenswelt stets im Sinne ihres Umfeldes arbeiten, ist die Gefahr einer Änderung von außen nicht sehr groß.

Abhängig von den Inhalten, die transportiert werden, muß Peer Involvement bei der Arbeit in AIDS-Hilfen neu definiert werden. Da manche Begriffe verwirren, sollten sie nach der tatsächlichen Arbeit bestimmt werden, und negativ besetzte Begriffe sollten besser durch neue ersetzt werden. Die Erfahrung zeigt, daß ursprünglich fortschrittlich gemeinte Methoden mißbraucht werden können. Als Beispiel wurde die aufsuchende Sozialarbeit vor allem im Bereich der Drogenarbeit genannt, die auch zu aufspürender und aushörender Arbeit werden kann.

Sozialarbeit über Peer Involvement sollte besser als Gemeinwesenarbeit bezeichnet werden, da klassische Sozialarbeit weiter geht und die Integration in die Gesellschaft anstrebt. Einheitliche Lösungen werden sich aufgrund sozialer Unterschiede nicht finden lassen; die Ziele sind zu vielschichtig und müssen individuell festgesetzt werden.

Peer Involvement oder "parteiliche Arbeit" muß unter der Kontrolle der KlientInnen erfolgen. Entscheidungen der Gruppe dürfen nicht beeinflußt werden, auch wenn damit Risken verbunden sind. Kollektive Selbsthilfe funktioniert, wenn Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die Gruppe sich selber entwickeln kann und die Sozialarbeit keinen weiteren Einfluß nimmt.

Gesundheitsförderung braucht neben den Ressourcen auch die Anleitung zur Zielfindung; sie bedarf eines kollektiven Bewußtseins und wird damit zur "angeleiteten" oder "kontrollierten" Selbsthilfe.

Zusammenfassend formulieren die TeilnehmerInnen folgende Thesen:

Peer Involvement

- umfaßt Selbsthilfe, Selbsthilfeförderung und kontrollierte Selbsthilfe;
- ist eine Möglichkeit für Interessengruppen, schnell und unbürokratisch Ressourcen zu erhalten, um eigene Entwicklungen zuzulassen;
- muß einen gleichberechtigten Zugang zu den gesundheitsfördernden Maßnahmen schaffen;
- braucht Gesetzesänderungen (z.B. am Asylbewerber-, BtM- und Jugendschutzgesetz) für gesundheitsfördernde Maßnahmen; Prävention muß den Weg aus der Illegalität bereiten;
- braucht die Bereitschaft zu Veränderungen und zum Experimentieren; ein Scheitern muß ohne Sanktionen möglich sein.

Workshop 2: "Doch die Verhältnisse..." - Emanzipation und Gesundheitsförderung

Moderation: Raimund Geene, Verein für Gesundheit, Berlin
Protokoll: Peter Sauer

TeilnehmerInnen:

- Joachim Bahr, AIDS-Hilfe Chemnitz; Beirat DAH
- Christian Denzin, Schwulenberatung Berlin
- Michael Ewers, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Winfried Holz, AIDS-Hilfe Köln
- Peter Jürgens, Schwulenbeauftragter der Stadt Dresden
- Stefan Kraushaar, AIDS-Hilfe Frankfurt/Main
- Heidemarie Kremer, Verein "All About AIDS"
- Birgit Krenz, Netzwerk Frauen und AIDS; ehrenamtliche Positivensprecherin der DAH
- Rüdiger Kriegel, Vorstand DAH
- Ulrike Mann, Beirat DAH
- Claudius Meyer, Drogenhilfe Nordrhein-Westfalen
- Wolfgang Müller, AIDS-Referat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Frank Münzinger, Hein & Fiete, Hamburg
- Dirk Sander, AIDS-Hilfe Oldenburg; Vorstand Niedersächsische AIDS-Hilfe
- Eddy Schnalke, Pluspunkt Berlin
- Peter Struck, AIDS-Hilfe Bielefeld
- Armin Traute, Berliner AIDS-Hilfe
- Gaby Wirz, Vorstand DAH

Zum Einstieg in die Diskussion sollen zunächst die Begriffe Verhaltens- und Verhältnisprävention geklärt werden. Verhaltensprävention zielt darauf ab, eine Botschaft zu vermitteln, die unmittelbar das Verhalten des Individuums ändert - z.B. die Aufschrift auf der Zigarettenpackung. Demgegenüber ist Verhältnisprävention der Versuch, Gesundheitsgefahren zu verhindern, indem die dazugehörigen Verhältnisse verändert werden. Als Grundlage dafür könne die Kritische Theorie gesehen werden, aus der dann praktische Methoden entwickelt werden. Nach Rolf Rosenbrock ist erst die Verbindung von beiden - eine "verhaltensgestützte Verhältnisprävention", die auf die Emanzipation der Gefährdeten setzt - die Voraussetzung, daß sich das Verhalten des einzelnen zeitstabil verändert.

Mit einer Definition des Begriffs Gesundheitsförderung tun sich die TeilnehmerInnen schwer. Sie stellen fest, daß Gesundheit ein sehr subjektiver Begriff ist, den jeder einzelne für sich anders auslegen mag: Der eine definiert seine Gesundheit nur über Laborparameter und fühlt sich mit guten Werten gesund, auch wenn er für die Umwelt krank aussieht; für den anderen können ganz andere Faktoren das Wohlbefinden bestimmen - z.B. ästhetische Gesichtspunkte wie die Architektur in der Stadt, in der er lebt. Eine Dritte mag für sich den Gebrauch von Rauschmitteln als gesundheitsfördernd erleben, auch wenn sie sich damit objektiv schadet.

Die Feststellung der TeilnehmerInnen deckt sich mit der gesundheitswissenschaftlichen Betrachtung: Hier wird Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit gesehen; Gesundheit und Krankheit sind vielmehr die beiden Pole auf einem Zahlenstrahl, zwischen denen sich das Individuum abhängig von unterschiedlichsten Einflußfaktoren bewegt; der Zustand absoluter Gesundheit oder Krankheit wird nicht erreicht. Die Verortung des/der einzelnen auf dem Zahlenstrahl wird im wesentlichen von seinem/ihrem Ressourcenpotential bestimmt, das heißt z.B. von seinen/ihren Möglichkeiten, Konflikte zu bewältigen. Dieses Ressourcenpotential wiederum ist je nach Schichtzugehörigkeit unterschiedlich verteilt; das Fünftel mit dem niedrigsten Einkommen der Bevölkerung hat ein doppelt so hohes Risiko zu erkranken und frühzeitig zu sterben wie das Fünftel mit dem höchsten Einkommen. Als Weg für gesundheitliche Verbesserungen werden hier sozialkompensatorische Dienste angesehen.

Für die AIDS-Hilfe stellt sich nun die Frage, wie sie den Begriff Gesundheitsförderung auslegen will; wen sie fördern will, was sie fördern will und wofür sie sich zuständig fühlt: Geht es mehr darum, die traditionelle Klientel der mittelständisch orientierten Schwulen im Sinne eines schwulen Gesundheitsladens auf dem Zahlenstrahl immer weiter in Richtung Gesundheit zu schieben, indem man versucht, mit einem differenzierten Angebot das subjektive Wohlbefinden des einzelnen zu stärken? Oder heißt die zentrale Aufgabe

Krankheitsverhütung, d.h. vermeiden, daß die am stärksten bedrohte Bevölkerungsgruppe wie z.B. Unterschichtsschwule, DrogengebraucherInnen oder MigrantInnen in Richtung Krankheit abrutscht? Diese Frage stellt sich auch vor dem Hintergrund knapper Mittel und der Tatsache, daß diese knappen Mittel nicht beliebig eingesetzt werden können.

Gegen eine Abkehr vom schwulen Mittelstand zugunsten der stärker bedrohten Bevölkerungsgruppe werden zwei Argumente vorgebracht: Ein Teilnehmer bezweifelt, daß Angehörige der Mittelschicht tatsächlich in gesünderen Verhältnissen leben; seiner Meinung nach haben Unter- und Mittelschicht jeweils spezifische Risiken. Ein anderer warnt davor, durch eine Konzentration auf sozialkompensatorische Maßnahmen den schwulen Mittelstand als wichtigsten lobbyistischen Rückhalt von AIDS-Hilfe zu verlieren. Ein dritter Teilnehmer räumt eigennützige Gründe ein: Zwar stelle sich trotz aller Probleme, die schwule Männer haben mögen (z.B. mit dem Coming-out), die Situation gerade für einen Teil der MigrantInnen ungleich härter dar, und die öffentlichen Fördermittel im AIDS-Bereich seien im Prinzip nicht gerecht verteilt; der Kurs von AIDS-Hilfe werde aber wesentlich bestimmt von den Menschen, die sie tragen, und sei von daher schwul dominiert. Und da möchte er als schwuler Mann den "Besitzstand" wahren.

Eine solche Diskussion, in der ausgerechnet die benachteiligten Schwulen darüber nachdächten, ein Stück von ihrem Kuchen abzugeben, sei vor zehn oder fünfzehn Jahren völlig undenkbar gewesen, meint dazu ein vierter Teilnehmer. Er hält diese Diskusson für ein "wunderbares" Beispiel dafür, daß Verhaltensprävention erfolgreich war und schwule Männer aus ihren Selbsthilfezusammenhängen heraus sehr viel offener geworden seien - "ein tolles Ergebnis". Für ihn stellt sich auch nicht die Frage einer Neupositionierung von AIDS-Hilfe-Zielen: "Ich hatte bisher immer den Eindruck, wir haben eine relativ gute Arbeitsgrundlage gefunden, die nach wie vor gültig ist und auch in Zukunft gültig sein kann: Nämlich daß wir zunächst mal eine Anwaltsfunktion haben auch für die Benachteiligten, die Schmuddelkinder."

Der Satz, es sei wahrscheinlich Konsens, daß vorrangiges Ziel von AIDS-Hilfe-Arbeit die Primärprävention, also die Verhinderung weiterer HIV-Infektionen sei, findet keine ungeteilte Zustimmung. Ein HIV-positiver Teilnehmer "muß einen Moment schlucken"; er könne zwar für sich immer "eine Klammer" zur Primärprävention finden, doch abgesehen davon sind seiner Meinung nach nicht alle, die AIDS-Hilfe-Angebote in Anspruch nehmen, in erster Linie an Infektionsvermeidung interessiert.

Wolfgang Müller von der BZgA mahnt an, bei der künftigen Zielsetzung nicht die Qualitätssicherung zu vergessen, die ihrerseits Ziele definiere und Effekte operationalisiere. Es werde immer wichtiger, die Qualität und Effektivität der geleisteten Arbeit nach außen offenzulegen und überprüfbar zu machen - gerade auch für Seiten, bei denen man nicht unbedingt auf Verständnis hoffen könne. So gehe es z.B. dem Bundesrechnungshof bei der Überprüfung der BZgA um Haushaltsrecht, Kosten-Nutzen-Analysen und fiskalische Fragen und nicht um Emanzipation und Gesundheitsförderung im WHO-Sinne. Für die BZgA sei es deshalb wichtig, sich auf die epidemiologischen Daten und auf das Messen von Verhalten zu stützen; die Verhältnisse zu messen, sei dagegen "ganz schwierig", weil es da unterschiedliche Sichtweisen gebe. Nach Müllers Ansicht hat sich die AIDS-Hilfe mit dieser Frage noch nicht ausreichend befaßt. Es bestehe noch Unsicherheit darüber, was wie gemessen und welche Kriterien angelegt werden könnten. Er bezweifelt, daß sich ein Grundkonsens finden lasse, wenn es offenbar nicht einmal das gemeinsame Hauptziel sei, die HIV-Infektionszahlen zu senken.

An dieser Stelle kehrt die Diskussion zurück zur Frage der Zielgruppen. In diesem Zusammenhang wird der Aspekt des Selbsthilfeansatzes angesprochen, den der DAH-Vorstand noch vor kurzem in einem Papier zum Selbstverständnis des Verbandes betont habe. In den Zeiten, als AIDS noch eine "Schwulenseuche" war und die AIDS-Hilfen Schwulenvereine, sei dies sicher zutreffend gewesen, doch nun fänden sich die Mittelschichtsschwulen in einer Stellvertreterrolle wieder für die Menschen, die zunehmend von HIV und AIDS betroffen sind. Ein Teilnehmer versteht dies als "politischen, emanzipatorischen oder vielleicht auch gesundheitsfördernden" Ansatz.

Einem anderen Teilnehmer fällt auf, daß die AIDS-Hilfe immer mehr in "diesen Größenwahnsinn" verfalle, sich auf der einen Seite für sämtliche Zielgruppen zuständig zu erklären, "gleichzeitig aber auch Selbsthilfe, Peer Involvement, hohe Fachlichkeit und Professionalität an den Tag legen" zu wollen. Es sei zwar richtig, Verhaltens- und Verhältnisprävention zu machen, die Frage sei nur: "Wie setze ich das vor Ort konkret um und wie bekomme ich ein einigermaßen austariertes Gleichgewicht zwischen diesen ganzen Ansprüchen?"

Eine Teilnehmerin bestätigt die Tendenz, daß sich AIDS-Hilfe für jeden Menschen, "der zufällig eine HIV-Infektion hat", verantwortlich fühle. Ihrer Meinung nach muß die AIDS-Hilfe ihren "Monopolanspruch" aufgeben und lernen, "daß ein Mensch mit HIV auch irgendwo anders seine Hilfe suchen kann". Für eine Migrantin oder einen Drogengebraucher, die sich zufällig infiziert hätten, gebe es außer der AIDS-Hilfe durchaus auch andere AnsprechpartnerInnen. Und: "Ich denke, es könnte das ganze Bild der Gesundheitsförderung von AIDS-Hilfen ändern, wenn sie lernen würden, sich mehr als kooperativer Partner von anderen bestehenden Organisationen anzusehen." So sei es z.B. im Bereich Frauen und AIDS sinnvoll, nicht zu versuchen, "die gesamte Gesundheitspolitik der Frauen" zu revolutionieren, sondern sich Bündnisparter zu suchen.

Allerdings, so räumt die Teilnehmerin ein, werde der Monopolanspruch auch durch andere Institutionen wie z.B. Beratungsstellen gefördert, die an die AIDS-Hilfen verweisen, sobald das Stichwort "HIV" falle. Diese Beobachtung wird in der Runde bestätigt; AIDS-Hilfe werde teilweise zum Sammelbecken für Fälle, in denen andere Stellen nur zu gerne die Verantwortung abgegeben hätten. Dafür fehlten den AIDS-Hilfen jedoch die Kapazitäten und das Know-how.

Im Hinblick auf die knapper werdenden Ressourcen sei es deshalb notwendig, daß die AIDS-Hilfe sich wieder ihrer politischen Verantwortung bewußt werde und ihre Rolle ändere von einem Akteur zu einem Koordinator. Dessen Aufgabe wäre es, zusammen mit Bündnispartnern die Rahmenbedingungen für eine Emanzipation der Gruppen zu schaffen, die zunehmend von AIDS bedroht und betroffen sind.

Workshop 3: Solidargemeinschaft oder Risikomix? - Die Gesundheitsreform und ihre Verlierer

Moderation: Stefan Etgeton, DAH
Protokoll: Edgar Kitter

TeilnehmerInnen:
- Christine Christmann, DPWV Berlin
- Hans-Gerd Elter, AIDS-Hilfe Solingen
- Dennis Geier, VHS Steglitz
- Dietmar Heyde, AIDS-Hilfe Duisburg
- Jacob Hösl, AIDS-Hilfe Köln
- Armin Ketterer, Senat Hamburg
- Edgar Kitter, AIDS-Hilfe Weimar & Ostthüringen
- Henry Kotek, AOK Berlin
- Gregorio Roper, VIA
- Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Horst Schreier, AIDS-Hilfe Westküste
- Theodor Wülfing, Prävention e.V. Hamburg
- 3 PressevertreterInnen

Die Gesundheitsstrukturreform hat die Gewichte in der gesundheitlichen Risikovorsorge verschoben: höhere Selbstbeteiligung der Versicherten, Leistungseinschränkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. ambulante Pflege, Gesundheitsförderung), Entlastung der Arbeitgeber, Beitragsrückgewähr für die Gesunden. Risiken werden individualisiert und Privilegien privatisiert. Werden die Kassen, die sich auf dem Markt positionieren müssen, ihre Kunden künftig nach "guten" und "schlechten" Risiken zusammenstellen? Wo bleiben dabei die gesellschaftlichen Verlierer?

Das Verhältnis von Wettbewerb und Gesundheit in der Praxis

Zu Beginn des Workshops äußert sich Henry Kotek zur Praxis der Beitragsrückzahlung der AOK Berlin, die seit zwei Jahren läuft und der Kasse den Vorwurf einbringt, sie treibe mit solchen Mitteln die Auflösung der Solidargemeinschaft voran. In den Zeiten des Wettbewerbs der Krankenkassen sei es wichtig, jungen Berufstätigen - Menschen mit "guten Risiken" -, die den hohen Anteil an RentnerInnen in der AOK Berlin (42%) mittragen, einen Anreiz zu bieten, in der AOK zu bleiben bzw. dort einzutreten. Insofern sei die Beitragsrückzahlung für Versicherte, die innerhalb eines jeweiligen Jahres kaum Leistungen in Anspruch genommen haben, eher als ein Instrument der Solidarität anzusehen. In einer Befragung unter den Versicherten hätten 70 Prozent dieses Instrument befürwortet; allerdings kann Kotek die Frage nach dem Anteil der chronisch Kranken unter diesen Befragten nicht beantworten.

In einer mehr grundsätzlichen Diskussion versuchen die TeilnehmerInnen anschließend, den Status quo zu analysieren. Seitdem das System der Gesetzlichen Krankenversicherung vor 120 Jahren von Bismarck eingeführt wurde, ist es originäre Aufgabe der Krankenkassen,
- die Finanzierung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten
- den Zugang für alle gleichermaßen zu ermöglichen
- und das Gesundheitssystem nach dem Grundsatz zu steuern: Zugang zu Gütern nach Bedarf.

Das System basiert auf dem Prinzip der Solidarität, das bereits durch die private Krankenversicherung aufgelöst wird. Solidarität funktioniert nur, wenn die Reichen sich beteiligen.
Das Neuordnungsgesetz von 1994 greift vier Solidarprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung an:

1. die gleiche Verteilung der Lasten zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern
2. die Solidarität zwischen reichen und armen Kassen
3. die Solidarität zwischen reichen und armen Versicherten
4. die Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten.

Durch die jetzige Regelung zahlen von künftigen Kostensteigerungen den größten Teil die Versicherten.

Während auf der Beitragsseite die Versicherten einseitig belastet werden und die Zuzahlungen steigen, ist auf der Leistungsseite die Tendenz von Einschnitten zu beobachten. Gleichzeitig wächst der Arbeits- und Zeitaufwand, den man investieren muß, um Leistungsansprüche durchzusetzen. Wie Christine Christmann vom DPWV Berlin erklärt, ist im Pflegebereich der Verwaltungsaufwand bei der Beantragung und Durchsetzung von Leistungen oft höher als der Aufwand in der tatsächlich geleisteten Pflege. Jacob Hösl spricht von der "Amerikanisierung" des Gesundheitsbereiches, die nach seiner Einschätzung auch die Versorgung von Menschen mit HIV/AIDS betreffen wird.

Gregorio Roper beschreibt die Situation von ausländischen MitbürgerInnen im Gesundheitssystem: MigrantInnen seien wenig aufgeklärt; von Botschaften zu Prävention und Gesundheitsförderung würden sie kaum erreicht. Von der sozialen Struktur seien MigrantInnen eher auf den unteren Skalen zu finden. Ihr Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung sei erschwert. Aus der Sicht der Krankenkassen stellten sie einerseits ein "gutes Risiko" dar, weil sie die Möglichkeiten des Gesundheitssystems nur in geringem Maße nutzten; wenn sie sie aber nutzten, träten sie häufig eine Odyssee von Arzt zu Arzt an. Roper vermutet, daß die Mehrheit der MigrantInnen bei der AOK versichert ist und nicht zu attraktiveren Krankenkassen wechselt. Henry Kotek sieht dagegen kein Versorgungsproblem bei den Krankenkassen, sondern in der medizinischen Versorgung aufgrund der Kommunikation über Sprachbarrieren. Im übrigen betont er, daß die AOK keine Auffangkasse mehr sei und verwahrt sich gegen den Unterton, daß alle, die zur AOK kommen, von vornherein diskriminiert sind.

Akteure der Gesundheitsförderung

1996 hat der Gesetzgeber die Gesundheitsförderung aus dem § 20 SGB V gestrichen. Für die Krankenkassen wurde die Gesundheitsförderung damit von einer Soll- zur Kann-Leistung. Hier stellt sich die Frage: Sind Krankenkassen überhaupt die Instanz der Gesundheitsförderung? Was können und sollen sie unter den Bedingungen der Nichtvollbeschäftigung leisten?

Nach Ansicht der TeilnehmerInnen sollten die Krankenkassen in die Verantwortung genommen werden, ebenso aber auch der Gesetzgeber, d.h. die von uns gewählten VertreterInnen, um die Gesundheitsförderung aufzuwerten.
Rolf Rosenbrock meint, die Krankenkassen könnten sich an der Verhaltensprävention beteiligen, jedoch nur nach dem Freiwilligkeitsprinzip. Einleuchtend sei, daß die Krankenkassen in einen Pool einzahlen, den sie auch selbst verwalten. Der öffentliche Gesundheitsdienst der Kommunen könne das nicht allein übernehmen.
Seit 1996 ist mit dem neuen § 20 die Selbsthilfeförderung krankheitsbezogen. Man dürfe Selbsthilfe aber nicht auf Krankheit reduzieren. Klaus Dörries Idee einer eigenen Bank für die Patientenorganisation sei auf dem Papier sehr gut, werfe aber die Frage auf, wer PatientInnen eigentlich repräsentiere.

Nach Henry Koteks Auffassung sollte Gesundheitsförderung keine genuine Aufgabe der Krankenkassen sein. Er bezweifelt, daß die Kassen in Zukunft noch allen Ansprüchen gerecht werden können. Sie stünden vor strukturellen Problemen: Die Alterung der Bevölkerung werde noch weiter zunehmen, und es sei fraglich, ob derzeitige Versorgungsmodelle an das aktuelle Krankheitsgeschehen angepaßt sind. Zu klären sei z.B. auch die Frage der Zuzahlung zu den Arzneimitteln: Wäre es eine bessere Lösung, für absolut notwendige Arzneimittel und bei chronisch-degenerativen Erkrankungen keine Zuzahlungen zu erheben, bei akuten Erkrankungen geringe und den übrigen Bedarf voll in Rechnung zu stellen?

Während ein Teilnehmer Selbstverantwortung und Selbstbeteiligung nicht verteufelt sehen will, entgegnet Rolf Rosenbrock, dies sei der Traum des Mikroökonomen: "Ich setze einen Anreiz, und die Leute verhalten sich gesünder." Es gebe "nicht die Spur eines Beleges", daß man mit Selbstbeteiligung gesundes Verhalten erreicht. Über monetäres Verhalten sei Patientenverhalten nicht zu steuern.

Was den angesprochenen Alterungsprozeß der Gesellschaft angeht, so sieht Rolf Rosenbrock hier nicht das entscheidende strukturelle Problem der gesetzlichen Krankenversicherung. Es sei zwar zutreffend, daß die Aufwendungen der Kassen für ältere Menschen zunehmen, aber richtig teuer werde es - unabhängig vom Alter - erst im letzten Lebensjahr. Das Problem sei weniger der demographische Wandel, als daß das Beitragsmodell auf einer Beschäftigungssituation beruhe, die nicht mehr existiert.

Wie ein Teilnehmer abschließend feststellt, geht die Tendenz in der Finanzierung des Gesundheitswesens dahin, die Grundversorgung festzuschreiben und alles andere disponibel zu machen.

Workshop 4: Leistungsgrenzen, Leistungsansprüche, Leistungskontrolle. Und die Interessen der PatientInnen?

Moderation: Fredi Lang, Berliner AIDS-Hilfe
Protokoll: Carsten Hinz

TeilnehmerInnen:
- Keikawus Arasteh, Auguste-Viktoria-Krankenhaus Berlin
- Roland Bergmann, Netzwerk heterosexuelle Positive
- Günter Bien
- Christine Braun
- Thomas Erben, Berliner AIDS-Hilfe
- Jörg Gölz, DAGnÄ; AIDS-Kommission der KV Berlin
- Reinhard Heikamp, Beirat DAH; AIDS-Hilfe Duisburg
- Ellis Huber, Berliner Ärztekammer
- Beate Jagla, Vorstand DAH; AIDS-Hilfe NRW
- Christoph Kranich, Patientenberatung Verbraucherzentrale Hamburg
- Stefan Majer, Gesundheitsstadtrat in Frankfurt/Main; AIDS-Hilfe Frankfurt
- Hans Probst, AIDS-Hilfe Leipzig
- Detlef Reussner, Pluspunkt Berlin
- Helmut Schoop, Apotheker in Berlin-Schöneberg
- Edwin Smigielski, Bundesverband forschender Arzneimittelhersteller
- Reiner Spauke, AIDS-Hilfe Schleswig-Holstein; Positiv e.V.
- Günther Vogel, AIDS-Hilfe Chemnitz

Vorbemerkung
Im folgenden Dokumentationsteil sind die Redebeiträge nicht vollständig wiedergegeben, sondern wurden in der Beschränkung auf wesentliche Aussagen der TeilnehmerInnen protokolliert. In der redaktionellen Überarbeitung wurden einige wenige für das Verständnis des Lesers notwendige Passagen ergänzt und der Text sprachlich etwas der Schriftform angepaßt.

Nach der Begrüßung und einer kurzen Einleitung in das Thema stellen alle TeilnehmerInnen sich und ihre Berührungs-punkte mit dem Thema kurz vor. Folgende Einstiegsfragen leiten die Diskussion ein:

Wie lassen sich die Ausgaben im Gesundheitswesen kontrollieren? Welche Beteiligungen an Entscheidungen über Leistungen und Leistungsgrenzen gibt es? Wie können unter finanziellem Kürzungsdruck die gesundheitlichen Interessen adäqat vertreten werden?

Christoph Kranich: Der Medizinbereich ist traditionell "männlich-patriarchalisch-bevormundend" strukturiert. Änderungen im Selbstverständnis sind auf der Länderebene in den letzten Jahren, mit Ausnahme von Berlin, nur langsam spürbar. In Richtung Reform sind jedoch die Äußerungen des Sachverständigenrates des Bundestages bezüglich des Arzt-Patientenverhältnisses zu verstehen: Arzt und Patient sollen ein partnerschaftliches Verhältnis mit unterschiedlich verteilten Rollen entwickeln: Der Patient äußert seinen Willen, der Arzt gibt den entsprechenden Rahmen vor. In der Praxis sieht das häufig anders aus.
Auf EU-Ebene wurde eine Entschließung zu Patientenrechten getroffen, die einen "dreiteiligen Sozialpakt" fordert, in dem Patienten mit Ärzten und Kassen gleich gewichtet sein sollen.
Von der Politik muß eingefordert werden, dies nun umzusetzen. Programmatisch sind wir sehr weit, es gibt hier sehr progressive Positionen, die in der Realität noch erkämpft werden müssen.
Es stellt sich aber die Frage: Wie ist dies von Menschen zu schaffen, die selbst auf Hilfe angewiesen sind?

Ellis Huber: Wir befinden uns an einer Umbruchstelle im gesundheitlichen Versorgungssystem. Die Leitbilder im heutigen System stammen aus der Industrie-Kultur (Körper=Maschine), alle spüren aber bereits, daß diese mechanistische Vorstellung nicht mehr stimmt.
Neue Formen von Medizin entwickeln sich: Heilende Prozesse können nur als "Koproduktion" aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis erwachsen. Diese Vorstellungen müssen allerdings auch in der Gesellschaft durch eine

gleichwertige Repräsentanz umgesetzt werden, d.h. zunächst muß ein Diskurs möglich gemacht werden. Die Ärzte müssen mit den Patienten gemeinsam reflektieren, was eine Solidargemeinschaft individuell und kollektiv leisten kann.
Das konkret anstehende Entscheidungsdilemma besteht zwischen den folgenden Alternativen: Wollen wir ein Gesundheitssystem, das mehr Gesundheit für alle zu günstigen Kosten und damit einen gesellschaftlichen Gesamtnutzen schafft ("Gesundheit als sozialer Wert mit ethischem Gehalt"), oder wollen wir ein "rein kapitalistisch organisiertes Gesundheitssystem", bei dem Gewinninteresse das zentrale Entscheidungskriterium ist, im Sinne einer weiteren Kolonialisierung der individuellen Körper und Krankheiten? Nutzt das Gesundheitssystem dem Volk oder dem Kapital?
Ein soziales Gesundheitssystem bedarf einer non-profit-orientierten Steuerung. Eine gemeinsame Anstrengung von Arzt und Patient hinsichtlich eines günstigen Ressourcen-Aufwand-Verhältnisses ist erforderlich und die Etablierung und Einbindung von Netzwerken statt der bestehenden Megastrukturen. Angesichts eines schrankenlosen Wirtschaftlichkeitsgedankens muß durch sozial integrierende Systeme ein Ausgleich geschaffen werden. Insgesamt benötigen wir einen radikalen Prozessmusterwechsel im Gesundheitssystem. Die Arbeit der AIDS-Hilfe ist beispielhaft im Zusammenwirken von Betroffenen, professionellen und nicht-profesionellen Helfern.

Edwin Smigielski: Zum Vorredner gibt es neben Dissens auch einigen Konsens hinsichtlich der derzeitigen Umbruchsituation: Mit der steigenden Arbeitslosigkeit wird das Funktionieren der sozialen Sicherungssysteme (Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung) immer problematischer. Politisch wird versucht, dem mit immer sensibleren Regelungsmechanismen zu begegnen. Auch AIDS gerät zunehmend in den Fokus der Kostensteuerungsüberlegungen, da die Überlebensraten steigen und damit das System immer teurer wird.
Hinsichtlich der Stellung des Patienten in dieser Situation gilt, daß dieser sich bestmöglich informieren muß, wissen muß, wo er Unterstützung finden kann. Hier gibt es sicherlich Defizite.
Es bedarf einer stärker sektorübergreifenden Steuerung, eines Case Managements gemeinsam durch Ärzte und Krankenkassen, um perspektivisch die Rechte und Einflußmöglichkeiten der Patienten zu stärken. In der Arneimittelforschung ist eine Steuerung durch den Wettbewerb wesentlich und notwendig.

Ellis Huber: Wo ist der Konsens? In der Notwendigkeit von Vernetzung? Es müssen Qualitätsstandards für die Versorgung gemeinsam von Patienten, Ärzten und Kassen erarbeitet werden, hier müssen Konsensmöglichkeiten diskutiert werden. Bezüglich der Arzneimittelforschung ist unbestritten, daß wettbewerblich orientierte Steuerungssyteme auch gute Ergebnisse liefern können.

Keikawus Arastéh: Nicht in allen Bereichen, zum Beispiel gibt es keine Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Antibiotika. Was denkt sich die Industrie dabei? Nur verdienen zu wollen, sich dabei aber aus der klinischen Forschung heraushalten zu wollen, und das insbesondere bei HIV? In den USA gibt es einen großen ethischen Druck, der in Deutschland fehlt. Deshalb traut sich die Industrie hierzulande eine derartige Verantwortungslosigkeit.

Edwin Smigielski: Arzneimittelhersteller spezialisieren sich auf bestimmte Felder im internationalen Wettbewerb. Im Wettbewerb einen von einer Firma erreichten Vorsprung einzuholen ist schwer und teuer.

Stefan Majer: Im Bereich AIDS gibt es eine bereits recht artikulationsfähige Patientenbeteiligung, hier sollte man auch nicht allzu weinerlich werden. Betrachtet man z.B. das Problem der Zuzahlungsforderungen zu Arzneimitteln, so erlassen die Apotheker AIDS-Patienten oft die Zuzahlung, um die Kunden nicht zu verlieren, da hier die Konkurrenz groß ist. Für viele sind neue Medikamente über Studien zugänglich; das ist in anderen Bereichen schwieriger.
Daß es im Sektor der ambulanten Versorgung Gewinninteressen gibt, ist nicht verwerflich. Zu bemängeln ist das Fehlen jeglicher Kontrolle, Lenkung oder Transparenz.
Die Pharmaindustrie entscheidet über die Finanzierung von Forschung und Preisgestaltung allein. Der Vorwurf, daß die Strukturen verlottert sind, muß an die Politik gehen. Im Bereich AIDS profitieren bislang noch alle vom bestehenden System, aber lange kann es nicht mehr funktionieren.

Ellis Huber: Ich bin nicht für eine staatliche Planwirtschaft, sondern für non-profit-gesteuerte Systeme, deren vorrangiges Ziel Ergebnisse für die Menschen sind statt Gewinne für die Aktionäre. Das Gesundheitssytem muß unter anderer Perspektive und differenzierten Kriterien gesteuert werden als der Güter und Dienstleistungen produzierende Teil der Wirtschaft. Hierzu ist Transparenz notwendig. In Zukunft muß echte Leistung entlohnt werden, und das heutige mafiotische System gehört abgeschafft.

Keikawus Arastéh: Die verschiedenen Felder im Gesundheitssystem müssen getrennt voneinander definiert werden. Im Bereich AIDS muß anerkannt werden, daß sich die diagnostischen Möglichkeiten parallel zum Erkenntnisgewinn entwickeln. Es gibt keine klaren Zuordnungsmöglichkeiten hinsichtlich der Forderung der Krankenkassen, nur Medikamente zuzulassen, die als gesichert gelten. Die Verschreibungsmöglichkeiten sind wenig flexibel, u.a. wegen der Resistenzproblematik. Resistenzbestimmungen sind noch teuer und werden daher ungern finanziert. Die öffentliche Hand muß anerkennen, daß auch der Erkenntnisgewinn gesellschaftlich mitbezahlt werden muß. Zur Regelung all dieser Probleme müssen Strukturen geschaffen werden.

Edwin Smigielski: In Deutschland können nicht-zugelassene Arzneimittel importiert und angewendet werden. Das ist wertvoll und wichtig. Allerdings muß die Erkenntnis daraus auch beachtet und der daraus erwachsenden Verantwortung der Industrie Rechnung getragen werden. Es gibt keine Kontrolle oder auch nur Reflexion über z.B. überhöhte Preise in diesem Bereich.

Ellis Huber: Die Krankenversicherungen verwalten ausschließlich Geldströme, managen jedoch keine Versorgungsaufgaben - sonst gäbe es Strukturen für das Interaktionsgefüge Arzt-Patient-Industrie. So wären vielfach soziokulturelle Interventionsmöglichkeiten besser als pharmakologische. Für die Forschung zur Wirkung von Selbsthilfe bzw. pychosozialer Unterstützung werden jedoch keine Mittel bereitgestellt.

Reinhard Heikamp: Es existiert auch keine verbindliche Absprache über Sinn und Unsinn von bestimmten Therapie- und Diagnostikmethoden. Behandelbarkeit weckt Bedürfnisse, z.B. hinsichtlich der Kassenregelung, daß eine Viruslastbestimmung alle drei Monate abrechnungsfähig ist. Hier steht der Arzt von zwei Seiten unter Druck: Die Patienten wollen, daß mehr Untersuchungen abgerechnet werden, die Kassen das Gegenteil.

Fredi Lang: Das trifft nur für informierte Betroffene zu. Andererseits fragen Kassen nicht selten telefonisch bei Betroffenen nach der Begründung nach. Hier gerät die Möglichkeit der Information über medizinische Aspekte zur "Pflichtaufgabe" der Betroffenen, um in der Position des Verhandelnden nach beiden Seiten bestehen zu können.

Beate Jagla: Ein Non-profit-Modell, wie es Ellis Huber fordert, ist aus AIDS-Hilfe-Perspektive problematisch. Es ist fraglich, ob die Netzwerke in der gegebenen Situation durchsetzungsfähig sind, denn schon hier in der Diskussion ist das alte Muster erkennbar: Es wird *über* statt *mit* den Patienten geredet. In der Zeit vor der antiretroviralen Therapie war diese Form von Lobby möglich und effektiv, da auch die Ärzte hilflos und ihrerseits auf Kooperation angewiesen waren. Heute ist dieses System der Kooperation nur erhaltbar, wenn wirklich alle Beteiligten das wollen.

Ellis Huber: Der Gegensatz besteht nicht zwischen Arzt und Patient. Die Frage lautet letztlich: Wer steuert die medizinische Entwicklung? Das beschriebene Modell einer Profi-Laien-Kooperation war gut und wurde nur durch die Sparzwänge zerstört. Hier droht der Verlust eines bereits erreichten kulturellen Fortschritts. Heute werden psychosoziale Dimensionen häufig aus Mitteln der Pharmaindustrie finanziert. Dabei werden wirtschaftliche Interessen verfolgt. Auch in der medizinischen Versorgung gibt es entsprechende Einflüsse. Die Ärzteschaft ist willig, die Kumpanei mit der Industrie zu lassen!

Keikawus Arastéh: Das Schöneberger Modell ist gut, doch niemand hat sich dafür interessiert. Bei allen weiteren Reformvorschlägen wird nur gefragt: Wieviel sparen Sie? Ich sage dann: Die Kosten bleiben gleich, aber es wird besser. Es interessiert jedoch nicht, wie leistungsfähig ein System ist, sondern nur, wie billig! Nach diesem Maßstab müßten auch die AIDS-Hilfen beziffern können, was ihr Modell kostenmäßig gebracht hat.

Beate Jagla: Die Argumentation nur mit "Kostengünstigkeit" ist gefährlich und fördert auch die Tendenz, immer mehr Aufgaben an Selbsthilfe abzugeben und sie damit zu überfordern.

Stefan Majer: Zur Kumpaneifrage mit der Industrie: Man sollte dies nüchterner sehen. Die Industrie bietet "Drittmittel", die öffentlichen Finanzierungen bieten dieses Geld nicht. Es müssen allerdings eigene Schwerpunkte in der Industrie durchgesetzt werden: z.B. muß die psychosoziale Forschung ihren Stellenwert bekommen (Bsp.: Wie verändert sich durch Mehrfachkombi das Safer-Sex-Verhalten?). AIDS-Hilfe muß wieder kritischer werden, muß nachfragen, von der Politik fordern, Steuerungsmöglichkeiten und Transparenz zu schaffen.

Ellis Huber: Auch der Arzt ist Opfer eines Systems, das er allein nicht verändern kann.

Jörg Gölz: Die Tendenz ist, daß es immer weniger HIV-Schwerpunkt-Praxen geben wird. Eine gute Behandlung ist zeitaufwendig und im Budget nicht abrechnungsfähig.
Seit sieben Jahren wächst die Zahl der HIV-behandelnden Ärzte nicht an, die Menschen sterben auch nicht; das bedeutet, die Praxen werden immer größer. In der Behandlungspraxis kommt hinzu, daß Therapieentscheidungen immer komplizierter werden. Neben dem steigenden Zeitdruck bestehen die Angebote der Firmen, Studien durchzuführen. Dies kann zur Folge haben, daß Therapieentscheidungen zunehmend durch den finanziellen Druck der Ärzte beeinflußt werden. Das Abrechnungsbudget für einen Patienten im Quartal ist nach zwei Wochen erschöpft, die verbleibenden zweieinhalb Monate werden in einigen Praxen über eigene Laborarbeit finanziert. Das gegenwärtige Abrechnungssystem gefährdet die Behandlungsqualität und den Bestand der Schwerpunktpraxen.

Ellis Huber: Wenn von der Kasse ein angemessenes Jahresbudget zugeteilt würde, wäre dies nicht teurer, sondern sogar billiger.

Christoph Kranich: Dieses Problem, daß der Arzt auch nach ökonomischen und nicht nur nach therapeutischen Kriterien entscheidet, muß den Patienten auch so deutlich gemacht werden.

Edwin Smigielski: Es stimmt, daß versucht wird, mit unpassenden Mitteln die tägliche Praxis zu regulieren. Hier gibt es tatsächlich Handlungsbedarf. Das Problem bleibt die Knappheit der Finanzen. Die Frage ist, ob wirklich jeder Arzt für einen so speziellen Bereich wie AIDS weiter abrechnungsfähig sein soll. Hier gilt es Standards und Qualitätsvorgaben zu entwickeln, an deren Erfüllung dann die Abrechnungsfähigkeit gebunden ist.

Ellis Huber: Die Knappheit ist nicht das Problem. Das Problem sind die Krankenkassen als verantwortungslose Bürokratenlandschaft. Das gegenwärtige Abrechnungssystem als Ordungsmuster muß abgeschafft werden. Die Schwerpunktpraxen sollten besser direkt gefragt werden, wieviel Einkommen sie brauchen, das dann auch vorab gezahlt wird. Gemeinsam sollten erfolgsorientierte Management-Kriterien entwickelt werden, an denen die Ärzte dann zu messen sind. Eine solche "Jahresbudget-Regelung" schafft mehr Freiheit in der Therapie und spart intellektuelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen. Es bedarf aber einer politischen Entscheidung, diese Spielregeln zu setzen.

Keikawus Arasteh: Es muß ein Disease-Management-Programm gefordert werden, bei dem man sich - unter Einbeziehung der Forschungsergebnisse - vorher darüber einigt, was wozu notwendig ist. Dies ermöglicht eine bessere Steuerung weiterer begleitender therapeutischer Forschung, was bei Krankheiten, die dynamischen Entwicklungen unterworfen sind, unabdingbar ist.

Stefan Majer: Die stets angeführte Geldknappheit ist eine politische Lüge, was am Beispiel USA offensichtlich ist. Und letztendlich werden auch hier alle Leistungen der Forschung über Arzneimittelkosten bezahlt. Eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems muß - neben der Festlegung von Qualitätskriterien - steuernde Eingriffe in die Arzneimittelpreise umfassen. Zu fordern sind kluge Lenkungsentscheidungen durch eine politische Gesundheitsreform.

Ellis Huber: Und zwar als gemeinsame Entscheidung von Betroffenen und deren behandelnder Ärzteschaft in Verhandlung mit den Kassen.

Der Moderator faßt die Ergebnisse der Diskussion zur Vorstellung im Plenum zusammen:
Im Feld AIDS ist die gute Versorgung in Schwerpunktpraxen durch die steigende Diskrepanz zwischen ärztlichen Leistungen und Abrechnungsfähigem zunehmend gefährdet.
Viele der Probleme im Gesundheitssystem sind struktureller Natur. Die Handlungsperspektive steuernder Akteure beschränkt sich wesentlich auf Kostensteuerung und Verwaltung von Geldströmen auf der Grundlage eines Wettbewerbsmodells. Die Rückkehr zu einer aktiven Gesundheitspolitik ist nötig, die statt auf zentrale Regulierung durch Marktprinzipien wieder stärker auf Solidarprinzipien bei dem Gut Gesundheit setzt und Strukturen etabliert, die in erster Linie die Entwicklung von Qualität der gesundheitlichen Versorgung für die gesamte Bevölkerung verfolgen.
Eine solidarische Gesundheitspolitik benötigt solidarische Entscheidungsprozesse, in die sowohl Betroffene und Ärzte, Gesundheitspolitiker und Krankenkassen sowie Forscher und Pharmaindustrie einbezogen sind.

Workshop 5: Ambulant vor stationär - gilt das noch? Wenn ja: wie lange?

Moderation: Achim Weber, DAH-Pflegereferat
Protokoll: Annette Fink

TeilnehmerInnen:
- Janette Arenz, DPWV
- Jörg Braun, Berliner AIDS-Hilfe
- Lutz Ebert, AIDS-Hilfe Rostock; Medizinfachbeirat der DAH; AGNÄ Mecklenburg-Vorpommern
- Friedhelm Iskraut, Felix-Pflegeteam, Berlin
- Martin Moers, Fachhochschule Osnabrück
- Peter Prosche, Hamburger AIDS-Hilfe
- Martina Schmiedhofer, Gesundheitsstadträtin für Bündnis 90/Die Grünen in Berlin-Wilmersdorf
- Franz Schmitz, SchwiPS e. V., Köln
- Ruth Steffens, AIDS-Hilfe NRW
- Gudrun Schaich-Walch, MdB (SPD); Vize-Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga

Die Arbeitsgruppe wird sich mit der Frage beschäftigen, wie die Änderungen im §3a BSHG und in der Kranken- und Pflegeversicherungsgesetzgebung die Bedingungen der Pflege insbesondere von Menschen mit HIV und AIDS verändert haben. Die Diskussion soll in die Formulierung von Forderungen zu einer Reform-Perspektive münden.

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde stellt sich Franz Schmitz zum Einstieg in die Diskussion im folgenden Impulsreferat der Frage im Titel des Workshops:

Beim Thema dieses Workshops "Ambulant vor stationär - gilt das noch? Wenn ja: wie lange?" stellt sich die Frage, warum sie eigentlich gestellt werden muß. Denn erstens wissen wir, daß eine ambulante Versorgung die ist, die den Wünschen der Patienten oder auch Betroffenen in der Regel am nächsten kommt, und zweitens wird etwas, zumindest wird so argumentiert, ambulant durchgeführt, damit Kosten eingespart werden können. Ambulant vor stationär ist, wenn ich Herrn Blüm bisher richtig verstanden habe, das Gebot der Stunde in einer Zeit knapper finanzieller Ressourcen, ein notwendiger und richtiger Schritt, unser Gesundheitssystem auch in Zukunft leistungsfähig zu erhalten. Warum also der Zusatz "gilt das noch, und wenn, wie lange?"

Als Mitarbeiter eines AIDS-Spezialpflegedienstes möchte ich nicht so sehr auf das ambulante Operieren eingehen, was sicherlich auch spannend wäre, denn auch an diesem Beispiel ließe sich eine gewisse Eigendynamik innerhalb des Gesundheitswesens beschreiben. Ich möchte mich vielmehr beschränken auf die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung an AIDS erkrankter Menschen.

Bereits im Jahre 1987 legte das damalige Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit das Modellprogramm "Ausbau ambulanter Hilfen für an AIDS Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen" auf, das die Versorgung AIDS-Kranker durch ambulante pflegerische Dienste fördern und sichern sollte - dies vor allem vor dem Hintergrund, daß in Anbetracht der damals steigenden Patientenzahlen und der hohen Verweildauer vor allem im stationären Bereich nach finanziell günstigeren Alternativen gesucht werden mußte.

Schon während des laufenden Modellprogramms wurde deutlich, daß eine ambulante Versorgung von den Betroffenen gewünscht und von den Diensten realisierbar war, wenngleich sie von den MitarbeiterInnen der Dienste spezifische Kenntnisse des Krankheitsbildes, ein hohes Maß an persönlicher Auseinandersetzung mit der Lebenswelt der Betroffenen und eine große Flexibilität hinsichtlich der Organisation der Pflege aufgrund des schwankenden Krankheitsverlaufs erforderten.

Obwohl die Dienste mit zusätzlichen finanziellen bzw. personellen Ressourcen ausgestattet wurden, war eine Vielzahl von ihnen nicht bereit, solch aufwendige Versorgungsformen über den Modellzeitraum hinaus anzubieten und in ihre Leistungspalette aufzunehmen. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte sein, daß es im Rahmen der Regelfinanzierung keine entsprechenden Preisvereinbarungen gab.

Meines Erachtens haben die etablierten Sozialstationen in der damaligen Situation die große Chance vertan, ihre gewonnenen Erfahrungen in der Versorgung an AIDS Erkrankter auch auf andere Gruppen chronisch Kranker und Finalpatienten anzuwenden und entsprechende Versorgungsstrukturen aufzubauen, die den Rahmen des bis dahin Machbaren und Finanzierbaren überschritten.

Dabei hätte gerade die Versorgung der von AIDS Betroffenen im Hinblick auf die demographische Entwicklung unserer Bevölkerung Pate stehen können. In Zukunft werden wir es auch bei der Versorgung chronisch kranker alter Menschen verstärkt mit Patienten zu tun haben, die alleine leben und nicht auf ein klassisches soziales Umfeld zurückgreifen können, dem von vornherein die ganze Last der Versorgung zugemutet bzw. von dem die uneingeschränkte Bereitschaft, Angehörige oder LebenspartnerInnen zu pflegen, erwartet werden kann.

Nach dem Auslaufen des Modellprogramms waren es vor allem die Dienste, die aus AIDS-Hilfe-Zusammenhängen erwachsen waren, die auch weiterhin eine dem Krankheitsbild entsprechende und zur Realisierung einer ambulanten Versorgung notwendige Leistungspalette vorhielten. Zu nennen sind hier Infusionstherapien, 24-stündige Versorgung, Polamidonvergabe, Angehörigenbegleitung usw.

Entsprechende Preisvereinbarungen wurden mit den zuständigen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern in zähen Verhandlungen geschlossen. Daß es zu solchen Verhandlungen kam, war unter anderem dem Umstand zu verdanken, daß die Versorgung dieser Patientengruppe einen hohen Anteil an behandlungspflegerischen Verrichtungen aufwies und eine alternative Versorgung zu diesem Zeitpunkt ausschließlich in universitären Kliniken mit entsprechenden Tagessätzen hätte bewerkstelligt werden können. Zudem handelte es sich für die Kostenträger um eine relativ kleine Patientengruppe mit überschaubarem finanziellen Aufwand, da deren durchschnittliche zeitintensive Versorgung auf rund drei bis sechs Monate beschränkt blieb.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung versuchten die Krankenkassen als vorrangige Kostenträger, zunehmend Leistungsinhalte und somit auch die Patienten, für die diese Leistungen erbracht wurden, in die Zuständigkeit der "Teilkaskoversicherung" der Pflegekassen abzuschieben. Erschwerend kam hinzu, daß sich das Kranheitsbild von AIDS chronifizierte und sich dadurch die Anforderungen an die Versorgung veränderten. An die Stelle des intensivpflegebedürftigen Finalpatienten trat der auf Dauer schwer- und schwerstpflegebedürftige Patient, teilweise mit zusätzlichen neurologischen Beteiligungen, für den die Pflegekasse zuständig war, der jedoch nicht die klassischen Funktionsbeeinträchtigungen aufwies, die Voraussetzung sind für die Gewährung von Leistungen der Pflegekassen.

Die Konsequenz dieser Verschiebung der Zuständigkeit war und ist eine stärkere Beteiligung der Versicherten an ihrer Versorgung bzw. bei entsprechend geringem Einkommen und Vermögen die Inanspruchnahme des jeweiligen Sozialhilfeträgers.

Vor allem aber wirkten sich die veränderten Zuständigkeiten auf die Leistungen der Dienste aus, die im Einzelfall zur Verfügung gestellt werden können. So etwa beträgt die maximale Sachleistung der Pflegekasse im Rahmen der Härtefallregelung - wenn sie denn erreicht wird - 3.750 Mark pro Monat. Eine 24-stündige Versorgung, die überwiegend von den Diensten übernommen wird, kostet aber tatsächlich annähernd 15.000 Mark. Zahlen muß, wie bereits erwähnt, entweder der Patient selbst oder der Sozialhilfeträger.

Auf Grundlage der Regelung des § 3a BSHG werden die Kosten der ambulanten Versorgung zunehmend gegen die Kosten für eine Unterbringung in einem Pflegeheim aufgerechnet und in Anbetracht der auch beim Sozialhilfeträger notwendigen Kosteneinsparung die Notwendigkeit einzelner Leistungskomplexe in Frage gestellt.

Faktisch kann der Sozialhilfeträger den Hilfesuchenden auf eine stationäre Unterbringung verweisen, wenn die Kosten der ambulanten Versorgung die eines Pflegeheimes überschreiten. Daß er hiervon absieht, liegt zum Teil daran, daß immer noch viele Pflegeheime die Aufnahme von AIDS-Patienten verweigern; im wesentlichen liegt es aber an den Bemühungen der Spezialpflegedienste, eine differenzierte Versorgungsstruktur vorzuhalten, die beispielsweise durch die Bereitstellung einer sogenannten Pflegewohnung für mehrere Patienten Kompensationseffekte schafft und durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes der Betroffenen wie auch von öffentlich subventionierten MitarbeiterInnen (ABM, ASS, Zivi, Ehrenamtler) die Kosten senkt.

Durch die Änderung des §3a besteht kein Rechtsanspruch mehr auf eine ambulante Versorgung im häuslichen Bereich; die Dienste können diese Leistung nicht aufrechterhalten. Nur im Einzelfall kann sie über Eigenmittel

aus Beiträgen und Spenden der jeweiligen Organisation realisiert werden. In einer Zeit, in der AIDS noch eine besondere Krankheit war, flossen die Spenden relativ kontinuierlich. Mit der Chronifizierung und Normalisierung der Krankheit sind jedoch rückläufige Einnahmen zu verzeichnen, die uns dazu zwingen, sich mit den vorhandenen finanziellen Rahmenbedingungen zu arrangieren oder sich zumindest auf sie einzustellen.

Auch die Regelung zur Finanzierung stationärer Hospize weist meines Erachtens in die falsche Richtung. Unabhängig davon, ob die heute gültigen Aufnahmebedingungen für AIDS-Patienten zutreffen (sechs Monate zum Sterben müssen in der Regel ausreichen), wurde hier einseitig ein stationäres Angebot geschaffen und finanziert.

Eine adäquate Versorgung von Menschen mit AIDS konnte bisher nur durch massiven Einsatz von eigenen Finanzen und personellen Ressourcen der Träger sichergestellt werden. Nach wie vor steht eine gesetzliche Regelung aus, die die Versorgung von Menschen mit AIDS oder anderen chronischen Erkrankungen im häuslichen Bereich - im Einzelfall bis hin zur ambulanten Hospizpflege - sicherstellt. Die eingangs gestellte Frage dürfte somit aus Sicht der Dienste zunächst einmal beantwortet sein.

Nach diesem Referat steht zunächst die Situation der ambulanten AIDS-Spezialpflegedienste im Mittelpunkt der Diskussion. Für Martin Moers stellt sie sich so dar: Die Ausnahmestellung von AIDS ist aufgelöst, die Krankheit wird "normal", und die Spezialpflegedienste werden auf das Feld der allgemeinen Pflege zurückgeworfen. Um unter den veränderten finanziellen Bedingungen bestehen zu können, müssen sie in einigen Bereichen weniger qualifiziertes Personal einsetzen. Gleichzeitig versuchen sich andere ambulante Einrichtungen, die bisher keine speziellen Leistungen angeboten haben, in der Spezialisierung und Professionalisierung, um sich auf dem Markt behaupten zu können. Martin Moers sieht eine Lösung für die Zukunft der Dienste - wie es in der Praxis bereits teilweise geschieht - im Transfer ihrer Erfahrung auf andere Krankheitsbilder, d.h. in einer Erweiterung der Klientel z.B. um TumorpatientInnen. Eine weitere Möglichkeit seien Kooperationsmodelle, durch die Professionen im Team integriert werden, die über den Bereich der Pflege hinausgehen. (Auch solche Modelle werden in einigen Projekten bereits umgesetzt, die z.B. mit Haushaltshilfen, ErgotherapeutInnen oder psychiatrischen Fachkräften arbeiten.) Für unrealistisch hält Moers es dagegen, den Erhalt über den verstärkten Einsatz von ehrenamtlichen Helfern und Helferinnen oder Zivildienstleistenden sichern zu wollen.

In der Runde wird hervorgehoben, daß die Spezialpflegedienste eine wichtige Vorreiterrolle gespielt und neue Impulse in die Pflegelandschaft gebracht haben. Sie haben gezeigt, daß ambulante Hospizarbeit und spezielle Behandlungspflege incl. Infusionstherapie und/oder Substitutionsbegleitung in der eigenen Wohnung möglich sind. Aus Sicht der Kostenträger könnten die Dienste bei einem Rückgang der Zahl der schwerstpflegebedürftigen AIDS-PatientInnen jedoch nicht um ihrer selbst Willen erhalten bleiben. Allerdings ist nicht damit zu rechnen, daß es bei diesem Rückgang bleibt; deshalb müßten die mühsam aufgebauten Strukturen der Dienste gesichert und die Versorgung von AIDS-PatientInnen bei einer Öffnung für andere Schwerstkranke gewähr-leistet werden.

Die Aufnahme anderer schwer erkrankter PatientInnen löst indes nicht alle finanziellen Probleme. Wie Franz Schmitz erläutert, sind bestimmte Leistungen wie die Begleitung zum Arzt/zur Ärztin über kein Modul abrechenbar und müssen bezuschußt werden. Dem Modell einer Öffnung für andere hält ein Teilnehmer das des "Case-Managements" von der Testberatung über die Arbeitsvermittlung bis zur Sterbebegleitung entgegen: Mit ihrem Zugang zu den HIV-Betroffenen-und dem Know-how für deren Lebensumstände könne die AIDS-Hilfe ihre Zielgruppen durchgängig betreuen.

Einige TeilnehmerInnen werden ungeduldig: Sie hatten den Workshop nicht als rein AIDS-spezifisch verstanden; ihnen geht es generell darum, für schwerpflegebedürftige Menschen den Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege zu sichern. Für dieses Ziel sei es wichtig, nach Kooperationspartnern zu suchen und zu analysieren, "was uns in der Vergangenheit bestärkt hat". Das ist auch für Gudrun Schaich-Walch ein entscheidender Punkt: Es sei wenig sinnvoll, daß die Selbsthilfeverbände unterschiedlicher chronischer Krankheitsbilder einzeln bestimmte Modelle für sich forderten; sie rät deshalb dringend dazu, nach der Bundestagswahl gemeinsame politische Forderungen für chronisch Kranke zu stellen.

Wie die PraktikerInnen unter den Anwesenden berichten, wird die Pflege wesentlich dadurch erschwert, daß die Kostenträger den Krankheitsverlauf nicht im Einzelfall betrachten und die Finanzierung nicht am Bedarf

des einzelnen ausgerichtet ist; notwendig sei ein integriertes Modell, bei dem ambulante, stationäre und ärztliche Versorgung Hand in Hand gehen. Es sei "unglaublich schwierig", Menschen zu versorgen, die aus allen Gruppierungen herausfallen; manche müßten zum Hospizfall gemacht werden, damit sie in ein Finanzierungsmodell passen. Und die Situation werde nicht gerade erleichtert durch Entscheidungen wie die, die Krankenhausausschlußverordnung zu streichen oder das Budget für Hausbesuche der Hausärzte pauschal zu kürzen.
Umstritten bleibt in diesem Zusammenhang die Forderung eines Teilnehmers, im stationären Bereich eigene Reha-Kliniken einzurichten, die auf HIV und AIDS spezialisiert sind, da die Betroffenen in den bestehenden Kliniken immer wieder schlechte Erfahrungen machten. Die Gegenseite vertritt die Meinung, daß die Forderung nicht auf Menschen mit HIV/AIDS beschränkt sein sollte, sondern allgemein für chronisch kranke PatientInnengruppen gelten sollte.

Für Gudrun Schaich-Walch stehen einem integrierten Modell zwei Bedingungen entgegen: zum einen die Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung über zwei verschiedene Töpfe und zum anderen die strikte Abgrenzung zwischen ambulanten und stationärem Sektor. Diese beiden Trennungen ließen es nicht zu, den Menschen als Ganzes zu betrachten.

Eine Teilnehmerin hält es für wichtig, in politischen Forderungen stärker die Situation der PatientInnen hervorzuheben. Für sie stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie können der Wille und die Rechte der PatientInnen gestärkt werden?
- Wie sieht die Versorgungsstruktur aus? Wie funktioniert die Versorgung bei der Budgetierung der Ärzte/Ärztinnen?
- Wie könnte man das Versorgungsgefüge vernetzen? (Keines der drei Gesetze, die die medizinische und pflegerische Versorgung regeln - SGB V, XI und BSHG - sehen eine Finanzierung von Vernetzung vor.)
- Wie kann gewährleistet werden, daß ein Patient/eine Patientin nicht erst dann versorgt wird, wenn die Finanzierung geklärt ist? (Absicherung der Vorleistung)

Fazit der Arbeitsgruppe: Um eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit AIDS und anderen chronisch kranken PatientInnen zu gewährleisten, sind Reformen in der Gesundheitspolitik notwendig. Die TeilnehmerInnen formulieren abschließend folgende Thesen:

- Die Kostenübernahme von ärztlich verordneten Leistungen muß garantiert werden.
- Wir brauchen eine Zusammenwirkung der Kostenträger untereinander. Dabei sollte ein Kostenträger federführend die Zuständigkeit in bezug auf die Bewilligung von Leistungen für die PatientInnen und die Versorgungseinrichtung übernehmen.
- Die Spezialpflege- und Versorgungsangebote müssen incl. ihrer qualifizierten Fachkräfte erhalten und abgesichert werden. Wir brauchen eine Öffnung und einen beschleunigten Know-how-Transfer auf andere PatientInnengruppen.
- Versorgungsangebote müssen sich stärker am Bedarf der betroffenen PatientInnengruppen orientieren.

Plenum "Zukunft der Gesundheitsförderung - eine Reformperspektive?"

Moderation: Horst Grzelka

TeilnehmerInnen:

- Ellis Huber, Präsident der Berliner Ärtekammer
- Barbara Höll, finanzpolitische Sprecherin der PDS-Bundestagsgruppe
- Bernd Köppl, gesundheitspolitischer Sprecher der Bündnis 90/Die Grünen-Fraktion im Berliner Abgeordnetenhaus
- Gudrun Schaich-Walch, MdB (SPD) und Vizepräsidentin der Rheuma-Liga
- Edwin Smigielski, Geschäftsführer des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller
- Stefan Etgeton, Bundesgeschäftsführer der Deutschen AIDS-Hilfe

Horst Grzelka: Herr Huber, aus Ihrer Erfahrung als Arzt und Präsident der Berliner Ärztekammer und langjähriger Beobachter der AIDS-Prävention und -Behandlung: Welchen Stellenwert messen Sie der AIDS-Hilfe als Organisation und Gruppierung der Selbsthilfebewegung zu? Wie beurteilen Sie künftige Entwicklungschancen?

Ellis Huber: Die AIDS-Hilfen zeigen ein beispielhaftes Miteinander von selbstkristischen Experten und selbstbewußten Laien, eine produktive Kombination von Betroffenenkompetenz und Sachkompetenz. Heilen bedeutet Beziehungen zu gestalten, in denen Betroffenen- und Fachkompetenzen möglichst sinnvoll zusammenwirken können. Das fand in der AIDS-Krankenversorgung mehr statt als in allen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Wir erleben aber jetzt gerade, daß genau diese Felder - die Bedeutung der Selbsthilfepotentiale für die betroffenen Menschen, die therapeutische Wirkung von psychosozialer Unterstützung in solidarischen Gruppen und die Wirksamkeit von originellen Bündnissen zwischen Betroffenen und Experten - zerstört werden und die Entwicklung der AIDS-Patienten-Behandlung mehr industriellen Verwertungs-prozessen untergeordnet wird. Und die staatliche Politik begünstigt in dieser Situation nicht die Betroffenen- Expertise, sondern die Interessen von Produzenten unterschiedlicher Pharmaka, unterschiedlicher Institutionen und Einrichtungen. Zugespitzt formuliert: Die Politik begünstigt heute die kapitalistische Kolonialisierung des AIDS-kranken Körpers und schlachtet die emanzipatorische Gewalt der Selbstorganisation.

Damit kann man einen Grundwiderspruch im Gesundheitssystem aufzeigen. Menschen sind soziale Wesen. Gesundheitsversorgung beinhaltet die Gestaltung eines sozialen Organismus, in dem Prävention, Kuration und Rehabilitation, ambulante und stationäre Versorgung, Selbsthilfepotentiale und professionelle Expertise als vernetztes Wirkungsfeld gesehen werden müssen. Das Ziel muß auf Dauer sein, sozialen Gewinn zu summieren und nicht individuelle Profite. Das heutige Zerfleddern in kleinteiligen Egoismus ist eine zentrale gesellschaftspolitische Gefahr, und deshalb erwarte ich von der Politik der künftigen Bundesregierung, daß die Interessenvertretung der Betroffenen und der Wert der Erfahrungen von Betroffenen stärker in die gesellschaftspolitische Diskussion einbezogen wird. Institutionen, die diese Interessen abbilden und repräsentieren, müssen zum Bestandteil des gesundheitlichen Versorgungssystems werden.

Horst Grzelka: Vielen Dank für Ihre Einschätzung. Wenn ich es richtig verstanden habe, sprechen Sie ja der Vernetzung das Wort, d.h. der Vernetzung der verschiedenen Ressourcen und auch der verschiedenen Möglichkeiten der Selbsthilfe. Ich möchte diesen Ball aufnehmen und mit der Kritik, die ich aus Ihren Worten höre, an Herrn Smigielski weitergeben. Die Worte von Ellis Huber müßten Ihnen ja etwas Bauchschmerzen bereitet haben, wenn Sie sich in das System mit einordnen.

Edwin Smigielski: Ich bekomme nicht direkt Bauchschmerzen, da ich die Thesen von Herrn Huber schon öfter gehört habe. Ich habe das soweit verdaut. Ich vertrete hier den Verband der forschenden Arzneimittelhersteller, und ich bin felsenfest davon überzeugt, daß die Prävention weiterhin unverzichtbar ist in diesem Feld. Der Rückgang der Neuinfektionen ist in erster Linie auch auf die Präventionsmaßnahmen und auf die Aufklärungskampagnen zurückzuführen. Das ist unbestritten. Prävention ist wichtig und muß fortgeführt werden. Ein anderer Bereich, in dem die AIDS-Hilfe auch zukünftig eine sehr wesentliche Rolle spielen muß und wird, ist die Förderung von Selbsthilfe. Bei massiven Erkrankungen hat sich gezeigt, wie wichtig es ist, daß sich die Betroffenen in Selbsthilfegruppen zusammenschließen. Sie wissen in vielen Fällen am besten, was in der speziellen Situation zu tun ist. Ich möchte aber auch sagen, daß die forschende Arzneimittelindustrie in den vergangenen Jahren eine erhebliche Verbesserung in der Therapie erreichen konnte. Durch die Einführung der sogenannten Protease-Inhibitoren ist in der Kombination mit anderen Substanzen in der Tat die

Lebenserwartung bei dieser schweren Erkrankung deutlich erhöht worden. Sicherlich ist die Anwendung dieser Therapien nicht immer ganz einfach. Sie stellt hohe Anforderungen an die Compliance, auch Nebenwirkungen sind zu erwarten. Aber immerhin haben wir eine wesentliche Verbesserung der Lebenserwartung, und dies ist sicherlich positiv. Dazu gehört auch, daß im diagnostischen Bereich mittlerweile ein Verfahren vorliegt, das die Viruslastbestimmung ermöglicht und eine wesentliche Voraussetzung für eine gezielte und effektive AIDS-Therapie ist.

Horst Grzelka: Entgegen meinem Plan gehe ich jetzt mal zur Bundespolitik. Frau Schaich-Walch, wenn Sie die Expertenmeinungen aus der Medizin und aus der Pharmakologie hören, gibt Ihnen das die Möglichkeit und auch den Mut, Gesetzesvorhaben auf den Weg zu bringen, in denen die Stimme der AIDS-Hilfen verankert ist? Empfinden Sie die Kontroverse eher als hinderlich oder als vorantreibend?

Gurdrun Schaich-Walch: Kontroversen halten manchmal ein bißchen auf, aber das zwingt einen ja zum Nachdenken. Was ich mitnehmen kann, ist, daß durch die Demontage des § 20 die Finanzierung und Verankerung von Prävention und damit auch die Unterstützung der Selbsthilfe nicht mehr gegeben war. Ich denke, das muß klar wieder im Gesetz installiert werden, es muß ein gesetzlicher Auftrag an die Krankenkassen gehen, daß sie das zu finanzieren haben. Dann muß man sich an einen Tisch setzen und darüber reden, was man macht. An den Tisch gehören als erstes die Selbsthilfeverbände, weil sie das größte Know-how in bezug auf ein jeweiliges Erkrankungsbild haben. Und ich bin unheimlich froh, daß das mit den AIDS-Hilfen so phantastisch gelaufen ist. Gesundheitspolitiker haben zum erstenmal den Beleg an der Hand, daß Prävention tatsächlich greift. Bisher hat man immer gesagt: Wenn ihr uns sagen könnt, wieviel ihr spart, wenn ihr Prävention macht, können wir auch Mittel bereitstellen. Das ist ganz mies; es ist jetzt belegt, daß Prävention funktioniert. Das muß man aufgreifen und stärken. Man muß aber auch auf eines achten - und da bin ich wieder bei Ihrem Wettbewerb zurück: Ich möchte natürlich nicht, daß das Ganze im Wettbewerb zerrieben wird, also daß z.B. die Rheuma-Liga im T-Shirt mit AOK-Aufdruck turnt und die AIDS-Hilfe mit dem Logo der Betriebskrankenkassen. Ich stelle mir vor, daß man gemeinsam und einheitlich verabredet, was dort passiert.

Horst Grzelka: Gibt es nicht auch Interessenkollisionen zwischen einzelnen Selbsthilfeverbänden? Und muß man eigentlich eine Unterscheidung nach Krankheitsbildern vornehmen, oder läßt sich der gesamte Gesundheits- und Selbsthilfebereich unter einen Hut bringen?

Gudrun Schaich-Walch: Darüber haben wir vorhin in der Arbeitsgruppe diskutiert; mein Standpunkt ist: Wir werden nur dann Erfolge erzielen, wenn wir gemeinsam für chronisch kranke Menschen und auch für Leute, die wir vor Krankheit bewahren möchten, gesundheitspolitische Forderungen formulieren. Daß dann jede Gruppe ihr spezifisches Angebot hat, ist ganz selbstverständlich.

Horst Grzelka: Herr Köppl, können Sie sich dem anschließen, was Frau Schaich-Walch geäußert hat? Wie beurteilen Sie von einer anderen Seite der Politik die Chancen einer Umsetzung der Stimme von AIDS-Hilfen oder anderen Selbsthilfeorganisationen in politische Gesetze?

Bernd Köppl: Ich beurteile sie skeptisch. Ich habe als Gesundheitspolitiker und als jemand, der in der Regel oppositionell gearbeitet hat, eher bittere Erfahrungen gemacht und glaube, daß sich das nicht entscheidend ändern wird. Natürlich wird eine eventuell neue rot-grüne Regierung ein Stück weit offener sein. Da gibt es eine andere Tradition, eine andere Kultur, und von daher werden sich die Rahmenbedingungen für Sie wahrscheinlich etwas günstiger gestalten. Aber glauben Sie nicht, daß eine neue Regierung sozusagen die Grundgesetze - wieviel nehmen die Kassen ein und wieviel können sie ausgeben - außer Kraft setzen kann. Diese Rahmenbedingungen sind so brutal geworden, daß Sie die Erfolge, die Sie in der Vergangenheit hatten, wahrscheinlich in der Zukunft aufgrund der sehr viel härteren Finanzbedingungen im Krankenkassenwesen nicht mehr haben werden. Im Augenblick sieht es so aus, daß die Finanzgrundlage der gesetzlichen Kassen weiter schrumpfen wird. Wir haben eine fortbestehende Situation der Massenarbeitslosigkeit, wir haben einen Rückgang der Lohnquote, und das sind die beiden Eckpfeiler, die die finanzielle Ausgestaltung der Kassenlandschaft dominieren. Eine neue Regierung wird versuchen, das zu ändern, aber das geht nicht von heute auf morgen.

Ich möchte noch auf einige fachliche Sachen eingehen. Ich glaube z.B., daß Sie in Ihrer Gründungsphase trotz aller konservativer Vorbehalte Glück hatten, weil Sie doch im Rahmen einer vorherrschenden Meinung im Gesundheitswesen Fuß fassen konnten. Das deutsche Gesundheitswesen ist überwiegend kurativ ausgerichtet. Da liegen seine Stärken. Es kümmert sich relativ wenig um Prävention und um chronische Krankheiten. Dort,

wo die kurzfristige, gezielte Intervention nichts mehr bringt, werden die Wirkungen und die Qualität unseres Gesundheitswesens immer schwächer. Das trifft überwiegend die unter klassischen chronischen Erkrankungen Leidenden wie Diabetiker oder Rheumakranke. Die sind tendenziell vernachlässigt, weil sie eben nicht von einer kurzfristigen Intervention profiteren. Ich wage mal folgende These: Auch AIDS wird mit den neuen Medikamenten zunehmend zu einer chronischen Erkrankung, und damit ändert sich das Bild in der Öffentlichkeit. Die Gruppe, die Sie vertreten, ist nicht mehr unmittelbar vom Tode bedroht; sie repräsentiert ein Krankheitsbild, das sich eher an die Situation von Rheumakranken oder Diabetikern annähert. Und damit - glaube ich - wird Ihre Schwierigkeit, die Interessen dieser Menschen zu vertreten, eher zu- als abnehmen. Bei den Patienten mit AIDS, die jetzt überleben können, spielen soziale Probleme eine sehr viel größere Rolle als früher - ob sie noch eine Wohnung haben, ob sie noch einen Arbeitsplatz haben, wie sie mit der Sozialhilfe klar kommen. Das wird Ihre Ausgangsbedingungen nicht verbessern.

Ich möchte noch auf einen weiteren Punkt eingehen, der mich seit Jahren maßlos ärgert. Ich halte es für einen Skandal, daß es eine große Präventionslücke gibt bei der Bekämpfung von AIDS, nämlich in der Situation der Gefangenen. Die Personen, die sich über Rauschmittelvergehen infizieren, gehen routinegemäß durch die deutschen Gefängnisse, weil sie gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoßen haben und Drogenkonsum häufig mit Beschaffungskriminalität verbunden ist. Und es ist absurd, daß wir es durchgesetzt haben, daß es sterile Spritzen auf der Straße gibt und daß Sie mit Ihren ganzen Projekten in der Lage sind, die Leute dort aufzufangen, zu beraten, mit sterilen Spritzen zu versorgen und im wesentlichen die Ausbreitung von AIDS zu verhindern, während dort, wo wir die größte Zusammenballung der Risikofaktoren haben, wo viele als Drogenabhängige potentiell gefährdet sind und wo wir von den barbarischen Bedingungen wissen, weiter gefixt wird. Es gibt Studien, die die zunehmende Ansteckungsgefährdung in den Gefängnissen belegen. Ich finde es absurd, daß es immer noch Länder gibt, die sterile Spritzen im Gefängnis ablehnen; nicht einmal in Berlin gibt es ein Gefängnis, wo das durchgesetzt wird. Es wird geplant, wir haben diese Hürde nach fünf, sechs Jahren Auseinandersetzung sogar überwunden, und selbst unser Justizsenator hat gesagt, er wird sich jetzt darum kümmern, aber bis heute ist noch nichts passiert. Es ist nach wie vor eine der zentralen Aufgaben von Präventionsarbeit, dies gegen alle Widerstände durchzusetzen. Und wenn wir das geschafft haben, haben wir ein breites Scheunentor geschlossen für weitere Infektionen.

Horst Grzelka: Herr Köppl, ich danke Ihnen für die sehr klaren Worte gerade zu diesem Bereich der Prävention, in dem es um Menschen geht, die nicht ihre eigenen Belange in die Hand nehmen können, sondern quasi die Macht der Gesellschaft spüren und dann auch mit dieser Krankheit konfrontiert werden. Ich hatte gerade die Szene vor Augen, mit welchem völligen Unverständnis der damalige Justizminister in NRW uns begegnet ist, als wir vor Jahren forderten, im Gefängnis diese Möglichkeiten zu schaffen. Für mich ist immer noch sehr unverständlich und skandalös, daß dies in den meisten Bundesländern immer noch als Tabu gehandelt wird. Insofern leitet das vielleicht nochmal zu den Parteien über. Frau Höll, wenn Sie die Forderung bzw. auch die Analyse eines politischen Kollegen hören, können Sie sich dann mit ihrer recht kleinen Partei, die aber doch mit verschiedenen Stacheln versehen ist, dazu positionieren?

Barbara Höll: Bevor ich antworte, möchte ich sagen, was ich als Politikerin mache: Ich bin finanzpolitische Sprecherin der PDS-Bundestagsgruppe und sitze gleichzeitig im Haushaltsausschuß. Gemeinsam mit unserer Gesundheitspolitikerin mache ich auch schon seit einigen Jahren AIDS-Politik und muß sagen, die AIDS-Hilfe hat schon eine Stimme im Bundestag, die bei der Haushaltsdiskussion eine Rolle spielt. Der Gesundheitshaushalt ist der kleinste Haushalt, und die Geldmittel, die tatsächlich zur AIDS-Politik fließen, sind relativ gering. Das ist ganz einfach eine Größenordnung, man muß die Verhältnismäßigkeit beachten. Aber wenn es dann darum geht, tatsächlich der Deutschen AIDS-Hilfe Geld zu geben, und zwar so, daß sie es aus der Erfahrung ihrer Arbeit selbstbestimmt einsetzen kann, haben wir auf einmal Diskussionen, ob ihr das denn überhaupt zusteht. Beim Haushalt '98 gab es einen Riesenkrach um die Frage, wie die AIDS-Hilfe zu ihrem Anspruch steht, in der Drogenpolitik vertreten zu sein. Dann wurde von Seiten des Gesundheitsministeriums erklärt, also bitte schön, die AIDS-Hilfe bekommt ja Geld, aber dafür nicht.

Ich muß sagen, es geht doch eigentlich um mehr als um die Bewahrung des Status quo. Ich lasse mich nicht auf eine Gelddiskussion ein, gerade weil ich Finanzpolitik mache. Dieses Land ist reich genug, und es kann nur um eine Ausweitung des Solidarprinzips gehen. Wenn wir das ausweiten, haben wir wieder Geld in den Kassen und können etwas tun. Und es hat natürlich auch etwas mit einem Menschenbild zu tun: Will ich selbstbestimmte Bürgerinnen und Bürger oder nicht, und können die auch autonom etwas zu ihrer Lebenslage beitragen? Für mich ist das Entscheidende: Gesundheit ist keine Ware, darf keine Ware werden, und ein Krankenhaus ist keine Würstchenbude, die sich rechnen muß. Das sind grundsätzlich verschiedene Ansätze,

über die wir uns ganz massiv streiten werden müssen, wenn es hoffentlich zu einem Regierungswechsel kommt, und ich glaube, unsere Stacheln werden da auch notwendig, um immer wieder die soziale Gerechtigkeit ohne wenn und aber zu fordern. Das hat dann auch auf die Arbeit der AIDS-Hilfe eine unmittelbare Auswirkung und insgesamt auf die Diskussion, wie das Gesundheitswesen im nächsten Jahrtausend organisiert sein soll. Der Weg, soziale Risiken zu privatisieren und zu sagen, mach' dann mal alles schön allein für dich, bringt keine Lösungen für die Probleme, die anstehen.

Horst Grzelka: Vielen Dank, Frau Höll. Bevor wir über diese Probleme weitersprechen, geht es vielleicht auch noch darum, den Punkt knappe Ressourcen zu analysieren. Meine Frage geht an Stefan Etgeton: Was tut ein Verband, der 1997 gekürzt und 1998 bezuschußt wurde? Wie kann er mit diesem Wechselbad der Gefühle nicht nur umgehen, sondern wie kann er das in seine Arbeit integrieren, und wie vermittelt er das seinen Mitgliedern?

Stefan Etgeton: Der Begriff "Wechselbad der Gefühle" ist da wirklich schwierig. Das hat 1997 bedeutet, drei Mitarbeiter der Bundesgeschäftsstelle zu entlassen. Und da geht es um Gefühle, die wirklich auch sehr schmerzlich sind. Es geht aber mir und uns auch nicht unbedingt um die Summe des Geldes. Für uns ist schon wichtig, daß endlich mal so etwas herrscht wie eine mittelfristige Finanzplanung. Die hatten wir auch mal. Sie ist aber nie eingehalten worden, weil tatsächlich die Mittel für die Prävention wie überhaupt die disponiblen Mittel des Gesundheitsministeriums im Grunde eine Art Manövriermasse für Haushaltslöcher sind. 1997 war ein Haushalt verabschiedet worden, der uns gemäß der mittelfristigen Finanzplanung Geld zugewiesen hat; nur hat dann Herr Waigel Ende 1996 sein Vier-Milliarden-Loch entdeckt, und sein Parteikollege Seehofer war der erste, der geschrien hat: "Ja, hier, ich habe noch ein paar Millionen". Dazu gehörten dann u.a. diese Millionen, die in der Prävention gespart wurden, nicht nur bei der Deutschen AIDS-Hilfe, sondern auch bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Ein ganz wichtiger Punkt ist für uns also, daß wir Verläßlichkeit haben auch über die Höhe der Mittel und daß wir sie dafür verwenden können, wofür wir sie brauchen. Die Kürzungen 1997 waren mit inhaltlichen Vorgaben versehen, die wir so nur schwer akzeptieren können. Ich greife den Bereich Drogenpolitik ganz bewußt heraus, weil es da sehr deutlich wird, daß HIV-Prävention durch die herrschende Logik der Drogenprävention behindert, wenn nicht sogar *ver*hindert wird. Im Knastbereich ist es ganz besonders deutlich; da wird sie tatsächlich verhindert, und ich halte das für einen Skandal. Aber wir erleben es auch in der allgemeinen HIV-Prävention im Drogenbereich, daß wir z.B. eine Botschaft wie Safer Use - also Spritzen so zu benutzen, daß man sich nicht daran infiziert - nicht unterbringen können in vom Bund finanzierten Broschüren. Das ist ein Unding, das geht einfach nicht. Das heißt, wir kommen mit der AIDS-Prävention in politisch heikle Bereiche: Drogenpolitik, Justizvollzug, zum Teil geht es auch immer noch um Sexualität; und nun wird gefragt, was ist überhaupt noch finanzierbar, wer ist eigentlich schuld an seiner Krankheit. Da kommen neue Moralvorstellungen, und deshalb fordern wir unabhängig von der Höhe der Summe, daß wir dieses Geld wirklich bedarfsgerecht verwenden können.

Horst Grzelka: Da kommen wir in Bereiche hinein, die auch mit dem Thema von heute morgen zu tun haben. Das heißt also Finanzierung als Deckmantel für herrschende Moralvorstellungen oder nichtgewollte Präventionsarbeit, wenn man das mal so spitz formuliert. Die Frage ist: Wie kann Politik sich in dem Rahmen engagieren, und ist sie eigentlich bereit, sich über Normen hinwegzusetzen und vielleicht von der Bevölkerung Reaktionen zu bekommen, die nicht mit Jubel und Bravorufen versehen sind?

Gudrun Schaich-Walch: Im drogenpolitischen Bereich bin ich der Überzeugung, daß die Bevölkerung weiter ist als die Bundesregierung. Da steht immer noch eine ganz bestimme Geisteshaltung dahinter, die in etwa so lautet: Wenn du etwas tust, was du eigentlich nicht tun solltest, dann bist du selber schuld. Das wird so nicht ausgesprochen, aber letztendlich steht das dahinter, wenn man in einem solchen Bereich konkrete Hilfe zum Überleben einfach versagt, ablehnt, vermeidet, obwohl man nach Zürich gefahren ist wie unser Gesundheitsminister und sich das alles angeschaut und dieses und jenes gesagt hat. Im Endergebnis wird wieder gesagt: Wenn sich jemand nicht wohlverhält, wird er eben diszipliniert, in diesem Fall zum Teil mit Krankheit bestraft. Ich denke, die CDU/CSU-Fraktion im Bundestag ist die einzige Fraktion, die diese Position vertritt. Ich finde es sehr schade, daß die FDP so einen Mangel an Mut hatte; wir hätten im Juli noch die Gelegenheit gehabt, entsprechende bundesgesetzliche Änderungen zu verabschieden, die Gesetzentwürfe sind fertig, von allen Fraktionen liegen sie im Prinzip auf dem Tisch; also nach dem 27. kann dort sofort begonnen werden.
Ich muß noch etwas zu dem Kollegen aus Berlin sagen, das hat mich vorhin schon gefuchst. Erstens denke ich,

Hauptziel ist eine Verringerung der Arbeitslosigkeit; dann kommt auch mehr ins System, dann kann ich die gesetzliche Krankenversicherung auf breitere Einkommensfüße stellen. Und wenn ich sehe, daß vor der Änderung dieses Paragraphens in der gesetzlichen Krankenversicherung 250 Millionen für Prävention ausgegeben wurden und der Gesamthaushalt 290 Milliarden umfaßt, dann sind das Peanuts.

Horst Grzelka: Möchten Sie direkt auf die Peanuts antworten?

Bernd Köppl: Meiner Meinung nach ist es etwas komplizierter. Zunächst muß man wissen, daß die im Rahmen dieses Präventionsparagraphen zur Verfügung gestellten Gelder zur Hälfte für unsinnige Sachen ausgegeben wurden. Damit hat er sich sehr stark diskreditiert, das ist einfach Fakt. Die Krankenkassen haben damit Snowboard-Kurse finanziert, sie haben sonst welchen Unsinn betrieben, sie haben es benutzt, um ihre Konkurrenz darzustellen. Von daher ist dieser gesamte Paragraph auch in die Kritik geraten, und zwar zu Recht. Die vollkommene Beseitigung des Präventionsparagraphen aus dem Sozialgesetzbuch war ein schwerer struktureller Fehler. Das ist klar, und der muß auch wieder eingeführt werden.

Aber wir müssen Qualitätskriterien mit anlegen. Sie müssen Ihre eigene Arbeit so wertschätzen, daß Sie selbst gute Qualitätsarbeit abliefern wollen, und das ist nicht in allen Bereichen, die Sie vertreten, gewährleistet, wie überall auf der Welt. Es gibt Projekte, die sinnvoll, qualitätsmäßig vernünftig und gut und wirksam sind, und es gibt solche, die es weniger sind. Ich finde, es gibt eine Berechtigung, solche Fragen zu stellen, und auch der Geldgeber, in diesem Falle der Staat, hat die Möglichkeit, unter solchen Qualitätsgesichtspunkten die Arbeit zu überprüfen. Wir haben in Berlin zum Beispiel versucht, sogenannte Versorgungsverträge abzuschließen und unter gewissen Bedingungen dann Gelder für die Arbeit zur Verfügung zustellen. Das ist in einer Art und Weise umgesetzt worden, die ich auch nicht gut gefunden habe. Aber die Idee, die dahintersteht, nämlich über die Versorgungsverträge, über sogenannte Aufgabenbestimmungen zu sagen, was geleistet werden soll und welche Form der Präventionsarbeit wir für wichtig halten und dafür Geld bereitzustellen, halte ich für berechtigt. Ich finde, dem müssen sich alle stellen - die Krankenhäuser ebenso wie die niedergelassenen Ärzte und auch Einrichtungen, die im Selbsthilfebereich arbeiten. Das sollte man primär nicht denunzieren als ein Kontrollinstrument, das dazu dient, Geld einzusparen.

Horst Grzelka: Ich glaube, in der These einer Arbeitsgruppe ist deutlich geworden, daß es keine großen Berührungsängste gibt, was Qualitätssicherung angeht, vielmehr wurde auf die Möglichkeit des Irrtums hingewiesen. Das sind zwei verschiedene Dinge, die wir vielleicht an geeigneter Stelle nochmal diskutieren sollten.

Ellis Huber: Die Lehre aus den Erfahrungen ist doch tatsächlich, daß wir lernende Organisationen zulassen müssen und die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen schaffen sollten. Die gesellschaftlichen Systeme, die nach dem Motto "Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser" funktionieren wollten, sind zusammengebrochen. Von daher geht es heute darum, tatsächlich mehr Freiheit in der Verwendung von Mitteln zuzulassen, aber gleichzeitig statt Kontrolletti-Mentalitäten so etwas wie selbstverständliches Controlling von Ergebnis und Nutzen der Versorgungsprozesse einzuführen. Wenn wir das tun, werden wir eine Menge an Optimierungsreserven in der bestehenden Gesundheitsversorgung entdecken. Wir vergeuden gegenwärtig eine Menge an Ressourcen durch Dinge, die der unmittelbaren Hilfe für betroffene Menschen gar nicht nützen. Die Bürokraten oder was auch immer da eine Rolle spielt, kosten Geld, ohne zu heilen. Patientenferne Dienste müssen schlank, patientennahe dicker werden.
Vor diesem Hintergrund sollten wir auch sehen, daß die Kostendämpfungsvorstellung der Politik - also dieses ewige Gerede von Kostenexplosion - eine dahinterliegende, viel zentralere Frage verschleiert. Wir geben etwa 10,4 % des Bruttoinlandprouktes für gesundheitliche Dienstleistungen aus. Die Amerikaner holen 14,4 % aus der Bevölkerung heraus, und die Aktiengesellschaften, die medizinische Dienstleistungen organisieren, erwirtschaften Kapitalrenditen zwischen 20 und 30 %. Wären wir also so gierig wie die Amerikaner beim Abschöpfen von Geld aus der Bevölkerung für die Gesundheitsversorgung, stünden uns etwa 200 Milliarden Mark mehr zur Verfügung. In Berlin wären dies gerade so zehn Milliarden mehr. 200 Milliarden Mark sind die Finanzierungssumme für die Arbeitskraft von bis zu vier Millionen AIDS-Helfern oder Ärzten im Praktikum oder auch Yoga-Lehrern. Wenn das gesellschaftliche Vermögen investiert würde in personale Hilfen, könnten wir eine Menge tun; wenn es aber investiert wird in die individuelle Profitabschöpfung der Industrie, die in diesem Feld verdient, werden wir eine Menge an Geld verlieren. Die zentrale politische Entscheidung, die wieder bewußt werden muß, ist die: Dient das Gesundheitswesens den Profiten, also dem Kapital, oder dient es der Bevölkerung und damit dem sozialen Gewinn? Diese Frage ist im politischen Bewußtsein zu wenig präsent. Wenn sie bewußt gestellt wird, dann muß das Gesundheitssystem neu organisiert werden, mit einem

wettbewerblichen Gefüge, aber mit Zielen, die eben nicht der Geldvermehrung, sondern der sozialen Nutzenvermehrung dienen. Das geht nur, wenn wir den Beteiligten, die versprechen, "Wir wollen Gutes tun und sind bereit, das transparent zu machen", mehr Freiheit in der Durchführung ihrer Arbeit geben. Ob die AIDS-Hilfe das Geld vornehmlich in der Drogenprävention oder irgendwo anders verwendet, ist politisch gar nicht so wichtig. Wichtig ist, daß ihre heutige Anstrengung weiter wachsen kann, und dazu bedarf es neuen Mutes in der Politik, mehr Freiheit bei klarer Zielorientierung zu setzen.

Horst Grzelka: Danke, Herr Huber. Herr Smigielski, in der Geldfrage geht es auch um Ideologie: Was wird mit dem Geld gemacht, wofür wird es verwendet? Die Arzneimittelhersteller haben sicherlich auch ihre Vorstellungen, wofür das, was sie herstellen, verwendet wird; wäre es nicht denkbar, daß gerade so ein potenter Hersteller oder Industriezweig sich mehr als bisher einsetzt für die Werte, die auch von den AIDS-Hilfen vermittelt werden und vermittelt werden sollen?

Edwin Smigielski: Ich denke, die Aufgabe der forschenden Arzneimittelhersteller ist es zunächst, zu forschen und für Krankheiten, die bisher nicht bekämpfbar sind, adäquate Lösungen zu suchen. Dafür sind sie da, dafür arbeiten sie unter Marktbedingungen, und das halte ich für richtig. Ich finde, daß jemand, der ein Mittel gegen Krebs oder gegen AIDS entwickelt hat, eine entsprechende Belohnung über den Markt und damit einen günstigen Preis erzielen sollte. Man hat gesehen, daß in den vergangenen Jahren die Forschung, die wettbewerblich funktioniert, Systemen der staatlichen Forschung im Output deutlich überlegen war.

Was die Zukunft im Bereich AIDS angeht, so bin ich der Meinung, daß man verstärkt Erfahrungen nutzen sollte, die sich auf eine Art Komplett- oder Rundumversorgung hin orientieren. Bisher ist das deutsche Gesundheitssystem an den einzelnen Strukturkomponenten der Versorgung ausgerichtet, d.h. wir steuern die Krankenhausversorgung, die Arzneimittelversorgung und die ärztliche Versorgung. Wir haben aber wenig Felder, wo wir die Krankheit an sich begleiten und über die Krankheit versuchen zu steuern und einzuwirken. Ich glaube, hier haben wir ein erhebliches Defizit.

Wenn wir beispielsweise den Bereich AIDS nehmen und fragen, wie eine optimale Versorgung unabhängig davon, ob ich gerade stationär oder ambulant therapiere, zu realisieren ist, bin ich sicher, daß dies a) qualitativ besser und b) sogar kostengünstiger möglich ist. Wir müssen uns nur lösen von diesen sektorbezogenen Ausrichtungen, und da ist meines Erachtens erheblicher Innovationsaufwand nötig. Ich glaube, daß die Industrie in diesem Feld interessante Beiträge zusteuern kann, abgesehen von der Entwicklung neuer Produkte. An der Stelle sind wir Partner; gerade wenn man in diesen Bereichen, die ja in vielen Feldern noch in der Erforschung sind, zusammenarbeiten will, ist es wichtig, daß man das notwendige Know-how über die Erkrankung hat und es auch umsetzen und praktizieren kann.

Bernd Köppl: Ich bin auch sehr froh, daß der Kollege, der heute von der Industrie hier oben sitzt, die durch Bundesgesetz erzwungene scharfe Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung mitkritisiert. Die Kollegen, die aus der DDR kommen und diese Trennung nicht hatten, haben gerade erlebt, welche Verschlechterung und mangelnde Zusammenarbeit die Umstellung mit sich gebracht hat. Die niedergelassenen Kollegen in der Bundesrepublik haben 1953 in Androhung eines Ärztestreikes das Monopol auf ambulante Medizin durchgesetzt. Das hat die Adenauer-Regierung ihnen damals zugestanden. Es gab einen kurzen Vorläufer in der Weimarer Republik, an den sie wieder angeknüpft haben, und sie haben es seit dieser Zeit geschafft, einen Sonderweg in der europäischen Entwicklung zu gehen. Der angestellte Arzt im Krankenhaus darf nicht in der niedergelassenen Praxis arbeiten. Der niedergelassene Kollege hat ungeheure Schwierigkeiten, irgendetwas im Krankenhaus zu machen, das geht nur über unendlich komplizierte Spezialverträge und wird nicht praktiziert.

Ich komme nochmal auf die chronischen Krankheiten zurück. Wir haben in der Bundesrepublik z.B. die höchste Aufenthaltszeit von diabetischen Patienten in einem Krankenhaus, weil der Krankenhausarzt nicht weiß und auch nicht steuern kann, mit welcher Qualität sein von ihm entlassener Patient außerhalb des Krankenhauses aufgefangen wird. Es gibt keine Kommunikation, nur freiwillige Bindungen, aber keinen Versorgungsauftrag. Wenn der Patient das Krankenhaus verläßt, endet der Versorgungsauftrag des Krankenhauses und somit des Krankenhausarztes, und was mit ihm passiert, muß und kann den Arzt gar nicht mehr interessieren, er hat keinen Einfluß mehr. Das ist teuer und absurd. Ich glaube, daß die Themen, die Sie heute in Ihren Foren angesprochen haben - z.B. auch die erzwungene Trennung zwischen der Pflege- und der Krankenversicherung - bei chronischen Patienten zu einem zunehmenden Problem werden, weil sie mit einer Vielfalt an komplizierten Rechtsmaterien jonglieren müssen. Manchmal sind sie auf die Krankenversicherung angewiesen,

dann wieder auf die Pflegeversicherung, und dann diese unterschiedlichen Budgets, wo sie zuzahlen müssen.

Das ist so kompliziert geworden, daß es fast eine Überforderung ist, heute chronisch krank zu werden. Hier wird es eine Änderung geben, und es ist wahrscheinlich leichter, das mit Hilfe der Industrie durchzusetzen, weil sie natürlich auch das Problem sieht, als es gegen die Industrie durchzusetzen. Einfach wird es nicht sein, das Monopol der niedergelassenen Ärzte muß damit aufgehoben werden. Wir schlagen dazu einen sogenannten allgemeinen Sicherstellungsauftrag vor, für den wir ein gemeinsames Budget bilden, das länderterritorial abgegrenzt ist. Im Rahmen dieses Budgets versuchen wir, sowohl die stationäre als auch die ambulante Medizin unter einem Versorgungsauftrag zu sehen. Wenn es dann z.B. für AIDS-Patienten oder onkologische oder diabetische Patienten notwendig ist, daß die Versorgungskette mitbetrachtet wird, dann muß es in dieser Kette möglich sein, Patienten so zu überführen, daß die Qualität gesichert ist.

Da liegt ein großes Reformproblem in der bundesrepublikanischen Organisation des Gesundheitswesens, und das steht jetzt zur Änderung an. Wenn die jetzige Regierung wieder die Wahl gewinnt, wird sie einen anderen Weg gehen. Sie wird wahrscheinlich diese Trennung nicht aufheben, sondern versuchen, die Probleme, die damit verbunden sind, über den Weg der marktmäßigen Steuerung anzugehen. Ich komme aus einer Reihe von Veranstaltungen, wo die FDP-Kollegen mit am Tisch sitzen. Die werden klipp und klar sagen, sie wollen in Zukunft erstens die Zuzahlungsregelung verstärken unter dem Begriff "Selbstverantwortung der Patienten", und sie wollen, daß die Anbieter mehr miteinander konkurrieren. Nach ihren Vorstellungen stellt sich in der Konkurrenz das bessere Modell heraus. Das ist ein falscher Weg, und ich glaube auch, daß es zu solchen Umorganisationen kommen wird, die alle bitter bereuen werden. Und Ihre Patienten sind dabei nicht die Gewinner, da können Sie sicher sein.

Horst Grzelka: Herr Huber, kann die Ärztekammer nicht Vorreiter sein für solche Dinge? Der Arzt sollte doch der erste Ansprechpartner für den Patienten sein. Ist das möglich, in der Form voranzupreschen, Innovation in das Gesundheitswesen hineinzubringen?

Ellis Huber: Innovation heißt alles anders zu machen als bisher. Es ist allen schon seit einigen Jahren bewußt, daß diese sektorale Gliederung im Versorgungssystem kontraproduktiv ist, also mehr verhindert als löst, und daß sie überwunden werden sollte. An der Stelle ist sich die pharmazeutische Industrie selbst mit dem grünsten und linksten Mediziner völlig einig, und darin besteht eine Chance. Die Zukunft gehört einem Prozeßmusterwechsel. Diese sektorale Gliederung führt ja dazu, daß alle Beteiligten immer gezwungen sind, vom Sektor her zu denken und nicht mehr von den Betroffenen her. Das gleicht einer Krebszellökonomie, die das gesamte Gesundheitssystem gefangen hält und gleichzeitig die Versorgung insgesamt zerstört. Die Zukunft gehört einem individuellen Versorgungsmanagement, unabhängig von heutigen Sektoren. Dann werden Ärzte oder andere helfende Berufe sich die Frage stellen: Was nützt dem Menschen in einer konkreten Krankheitslage am meisten, was führt möglichst schnell und gleichzeitig möglichst preiswert zu einem höheren Maß von selbstbestimmter Lebensführung? Was hilft meinem Patienten am besten und nicht mehr, was finanziert meine Einrichtung ?

Die Zukunft gehört also einem Strukturprinzip, wo von den Personen mit Hilfsbedürftigkeit her gedachte, individuelle Versorgungsprozesse organisiert werden, und genau da liegt eigentlich der Know-how-Vorsprung von AIDS-Hilfen. Sie haben sich in der Vergangenheit mit ihren Stärken und Schwächen entgegen dem sektoralen System immer wieder durchgesetzt. Sie haben heute das Know-how oder die fachliche Kompetenz für ressourcensparendes Versorgungsmanagement im Einzelfall vorhanden. Auf dieses Pferd würde ich setzen in künftigen gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen und mit dazu beitragen, daß die Sektorisierung der Versorgung überwunden wird. Wenn aus den AIDS-Hilfen perspektivisch von den Krankenversicherern finanzierte Case-Manager herauswachsen und die sich zusammentun mit den Ärzten, die bereit sind, solche vom heutigen Honorarsystem abgelöste Versorgungsprozesse im Interesse der betroffenen Menschen mitzumachen, entwickeln wir eine neue Perspektive und einen Wachstumsprozeß, der die heutigen Fesseln überwinden wird. Ich bin mir ganz sicher, daß das in den nächsten vier, fünf Jahren kommen wird. Die Alternative dazu ist die Unterordnung des Versorgungssystems unter nackte, egoistische Kapitalverwertungsinteressen. Ich sehe dafür keine politische Mehrheit.

Horst Grzelka: Ich möchte einen ganz kurzen Schnitt machen, weil ich denke, wir bewegen uns wieder in einer regen Spannbreite, und ich möchte es etwas konkreter fassen. Innovation bedeutet nicht immer alles zu verändern, sondern es bedeutet meiner Meinung nach auch, Ansätze zu entwickeln, die es besser machen können, ohne das Alte zu entwerten. Das Neue an der Behandlung von AIDS scheint ja im Moment zu sein, daß sich

eine These durchgesetzt hat, nach der AIDS behandelbar und sogar fast heilbar ist. Ist Präventionsarbeit dann nicht auch in Gefahr zu verkommen? Und ist zu befürchten, daß eure Bemühungen in dieser Richtung auch nicht mehr unterstützt werden, Stefan Etgeton?

Stefan Etgeton: Das war eine Befürchtung nach der vorletzten World-AIDS-Conference in Vancouver 1996, wo große Hoffnungen und auch entsprechende Entwarnungsphantasien geweckt wurden und dann der Spiegel titelte "AIDS-Wunder". Ich denke, wir haben in Deutschland im politischen Raum, dort wo Entscheidungen auch über Mittel gefällt werden, schon sehr schnell und sehr klar und auch bei allen Fraktionen vermitteln können, daß das nicht so ist. Ich halte das auch für einen Erfolg unserer Arbeit der Jahre vorher. Das heißt nicht unbedingt, daß das in der Bevölkerung wirklich so angekommen ist. Ich glaube allerdings, daß diese Entwarnungsphantasien bei den Gruppen, für die die AIDS-Hilfe in besonderer Weise zuständig ist, den sogenannten Hauptbetroffenengruppen, durch unsere Informationsarbeit relativ schnell abgebaut werden konnten. Wenn es heute ein Nachlassen in der Prävention gibt, hat das nach meiner Einschätzung nicht nur und nicht einmal vornehmlich mit Vancouver und den Folgen zu tun, sondern es hat wahrscheinlich andere Ursachen, die vorher schon wirksam waren.

Ich möchte aber noch etwas zur Rolle der Prävention für die AIDS-Hilfen sagen und an das anknüpfen, was eben gesagt wurde. Ich möchte dick unterstreichen, daß wir in der AIDS-Hilfe-Arbeit immer versucht haben, diese Trennung zwischen ambulant und stationär zu überbrücken, von der Prävention bis hin zur Sterbebegleitung. Aber wir stoßen gleichzeitig an immer schärfere Grenzen dieses Überbrückens, nicht nur, was unsere eigenen Ressourcen anbelangt, sondern weil diese Grenzen in dem Maße schwer zu überbrücken werden, wie Pflege und Versorgung sich verlängern durch die Medizinalisierung.

Unsere Arbeit kann zeigen, daß es tatsächlich diese Rundum-Begleitung durch eine Krankheit geben kann und daß es sinnvoll ist, ein Krankheitsphänomen durch die Systeme hindurch zu betrachten. Durch diese zunehmend aufwendige Arbeit, die bei der Versorgung von Menschen erforderlich ist, die krank sind oder die Beratung brauchen, drohen allerdings Fragen der Primärprävention - der Fachausdruck der Verhütung von Infektionen - immer mehr an den Rand gedrängt zu werden. Der Stellenwert der Prävention ist sehr wichtig im Ensemble der AIDS-Hilfe-Arbeit, aber die zeitlichen und geistigen Ressourcen, die für eine "normale" AIDS-Hilfe, die das ganze Feld abdeckt, frei sind, werden immer geringer. Das ist ein Problem, dem wir im Moment als Dachverband nur schwer dadurch begegnen können , daß wir immer noch unsere primärpräventiven Angebote weiterentwicklen. Wenn sie dann nicht umgesetzt werden können, wird es schwierig.

Edwin Smigielski: Ich sehe zwei entscheidende Felder für die nächsten Jahre. Zunächst schafft die Möglichkeit, daß man mit AIDS überleben kann, neue Probleme, die bisher so nicht angegangen worden sind. Ich spreche von der Frage der Zuständigkeiten und der Abgrenzung in den verschiedenen sozialen Sicherungssystemen - z.B. zwischen Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung. Früher war das relativ einfach, heute ist es durch die verlängerte Überlebensmöglichkeit die Frage, wie eine Abstimmung zwischen diesen Systemen vorzunehmen ist und wo es Möglichkeiten gibt, hier unterstützend und beratend tätig zu werden. Ich glaube, hier entsteht auch für die AIDS-Hilfe ein ganz neues und interessantes Feld. Ein zweites ist die Frage der Koordinierung über die Sektoren; was in den sozialen Sicherungssystemen insgesamt in der Koordinierung notwendig sein wird, stellt sich für die Krankenversicherung in den einzelnen Sektoren, sprich Krankenhaus oder ambulante Versorgung. Auch hier ist es eine sehr interessantes Aufgabe, stärkere Steuerungsfunktionen zu übernehmen, und wer sollte sich da besser auskennen als die AIDS-Hilfe, die sich seit Jahren als Selbsthilfeorganisation damit beschäftigt haben, und wer sollte eher als diese in der Lage sein, eine Steuerungsfunktion, wie Ellis Huber auch sagt, im Sinne von Case-Management in diesem Bereich zu realisieren. Ich glaube, hier sind ganz neue Felder für die nächsten Jahre zu erwarten, die sowohl qualitativ als auch von der Kostenseite sehr interessant sein werden.

Barbara Höll: An sich sind wir ja schon mitten in der Diskussion über die Einführung der Pflegeversicherung, die als solche sicher ein Erfolg war, aber von vornherein falsch konzipiert war und eben nicht vom tatsächlichen Bedarf der Menschen ausgeht. Es gibt für mich immer noch den Versorgungsanspruch, der für alle Menschen gleich ist und der aber am Bedarf orientiert sein muß, und das ist der Dreh- und Angelpunkt. Das wurde bei der Pflegeversicherung leider versäumt, obwohl andere Konzepte schon auf dem Tisch lagen. Ich mache seit acht Jahren Politik und habe es immer wieder erlebt, daß Denunziationen erfolgten mit der Zielstellung, Einzelfälle hochzupuschen und dann den Sozialabbau insgesamt voranzutreiben, ob das nun beim Asylgesetz war oder bei anderen Bereichen. Und das kann man im Prinzip in jedem Bereich betreiben. Da könnte man z.B. bei einem diskontinuierlichen Krankheitsverlauf eine gute Phase herausgreifen und dann sagen, eigentlich geht

es dir doch gar nicht so schlecht, du hast uns als Versicherungsträger um 50 Mark betrogen. Der Ansatz, um den wir uns hier streiten müssen, ist wirklich ein anderer, und der sollte emanzipatorisch sein und nicht auf diesen Diskussionsdrang eingehen. Das machen andere in diesem Land genug.

Horst Grzelka: Ich lese so ein bißchen an der Reaktion des Publikums ab, daß wir an einem Punkt sind, in dem Konsens herrscht.

Ellis Huber: Eines ist in der Debatte aber auch deutlich geworden: Es gibt zwei Seiten bei der Arbeit in AIDS-Hilfe, eine hochbrisante und konfliktträchtige, weil man ständig an die Widrigkeiten und Grenzen der bestehenden Strukturen stößt, und gleichzeitig aber auch eine sehr bedeutsame und produktive, weil man sich dadurch auch das Know-how und die Kenntnis für Verbesserungsmöglichkeiten, also Innovationsfähigkeit erwirbt. Die Kunst wird sein, jetzt einen gesunden Ausgleich zwischen Frust und Lust zu schaffen. Um das an einem Beispiel deutlich zu machen: Ich habe mich gewundert, warum niemand davor gewarnt hat, daß mit der ganzen Viagra-Debatte der häufig wechselnde Geschlechtsverkehr wieder als Kulturnorm eingeführt wird, weil es dem Viagra-Hersteller dienen könnte.

Horst Grzelka: Was sagt die Industrie dazu?

Ellis Huber: Natürlich war das eine Frage an die Industrie, weil da ja klar wird, wie relativ die Normensetzung der Politik ist.

Edwin Smigielski: Der Hersteller, der auch Mitglied unseres Verbandes ist, hat gar keinen Wert darauf gelegt, daß dieses Produkt erstattet wird. Wenn Sie das diskutieren wollen ...

Stefan Etgeton: Ich möchte Viagra als Beispiel dafür aufgreifen, wie gesundheitspolitische Diskurse organisiert werden. Da wurde nämlich über Viagra und später über die Diätpille diskutiert nach dem Motto, das hat doch mehr mit Lebensstil als mit Medizin und Gesundheit zu tun. Und da kann man tatsächlich auch darüber streiten, ob jeder deutsche Mann ein Recht auf seine Erektion hat oder nicht. Gleichzeitig entwirft der Bundesausschuß der Kassenärzte und Krankenkassen einen Katalog, wo Leistungen wie z.B. Sondennahrung oder Abführmittel gestrichen werden, wo genau dieselbe Grauzone zwischen "das ist indiziert und das ist nicht indiziert" aufgetan wird - all dies immer noch quasi mit der Viagra-Debatte im Hinterkopf, als handle es sich bei Sondennahrung um so etwas wie Potenzmittel oder Diätpillen. Sondennahrung ist aber eine relevante Frage z.B. für Menschen mit AIDS, die z.B. Kaposi im Kehlkopf haben. Ich halte es für ein gesundheitspolitisch interessantes Phänomen, wie hier Debatten lanciert werden, um dann unter der Hand wirklich substantielle Veränderungen durchzusetzen.

Horst Grzelka: Ich möchte an dieser Stelle die Diskussion vom Recht auf die Erektion auf das Recht auf die Behandlung einer Krankheit lenken. Welche Möglichkeiten habe ich als Patient, wenn ich an AIDS erkrankt bin, auf meine Behandlung Einfluß zu nehmen, d.h. auf dieses ganze Spektrum von Medikamenten, auch auf das Spektrum von neuen Therapiemöglichkeiten? Gibt es so etwas wie eine Sicherheit oder eine individuelle Therapie? Welche Hilfestellung können da Medizin und Pharmazie eigentlich geben, und wie können sie den Patienten mit einbeziehen?

Edwin Smigielski: Ich möchte ein Schlußwort dazu sagen. Es geht um die Frage, ob dieser Bundesausschuß beispielsweise bestimmte Arzneimittel oder andere Sachen aus der Versorgung herausnehmen kann mit der Begründung, daß es möglicherweise Mißbrauchspotential gibt. Wir haben uns dagegen ausgesprochen, daß nach Willkür und Kassenlage aus der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmte Produkte wie auch Sondennahrung herausgenommen werden können und sollen. Es gibt auch einen Passus in diesem Entwurf, der beispielsweise vorsieht, daß Therapieversuche mit neuen Produkten, die noch nicht endgültig zugelassen sind, zukünftig nur noch mit Genehmigung der Krankenkasse durchgeführt werden können. Nach dem Entwurf der Richtlinien ist es dann nur noch in sehr begründeten Einzelfällen möglich, Produkte, deren Wirksamkeit bereits untersucht ist, einzusetzen. Wir haben uns dagegen ausgesprochen, weil wir es für sehr wichtig halten, gerade in diesen Bereichen dem Arzt die Möglichkeit zu geben, Medikamente, die in der Wirksamkeitsuntersuchung der Phase III zur Verfügung stehen, bei Patienten, die dieses Medikament brauchen, einzusetzen. Das ist eine wichtige Sache, die für den medizinischen Fortschritt, aber auch für die Therapiemöglichkeiten von entscheidender Bedeutung ist.

Horst Grzelka: Herr Huber, ich bin dann also als Patient darauf angewiesen, möglichst diese Informationen zu

erhalten, aber auch darauf, daß der Arzt weiß, um was es geht.

Ellis Huber: Ich habe in einem Gutachten zur patientenorientierten Gesundheitsversorgung für die Landesregierung Nordrhein-Westfalen vorgeschlagen, damit aufzuhören, sich gegenseitig zu bekriegen zwischen Ärzteschaft, Patientenschaft und Krankenkassen. Alle wissen, wieviel intellektuelles Potential, wieviel Zeit, wieviel Energien sie aufwenden müssen im Kampf mit den Regularien dieses Systems und wieviel sie noch übrig haben, um unmittelbar am Problem helfend einzugreifen. Von dem, was wir am Kampf gegen die Regularien einsetzen, ist der größte Teil überflüssig, wenn wir sinnvoller organisieren und planen. Wir brauchen Institutionen, die Ergebniscontrolling und Nutzen-Transparenz für Arzt wie Patient herbeiführen; Institutionen in der Region, in denen wir all die Sach- und Personalmittel, die heute beim medizinischen Dienst, beim Beratungsarzt der KV und wo auch immer schon vorhanden sind, zusammenführen, immer mit dem Ziel, dem einzelnen Arzt zu helfen, seine Arbeit besser zu machen und den Betroffenen zu vermitteln, was sinnvoll und was nicht sinnvoll ist. Solche gemeinsamen Institutionen für Ergebniscontrolling und Qualitätsentwicklung von Krankenkassen, Betroffenenverbänden und Ärzteschaft müssen politisch eingeführt werden. Damit kämen wir aus der heutigen ressourcenverschleißenden und eigentlich auch ergebnisschluckenden Kampfsituation heraus.

Gudrun Schaich-Walch: Mir geht es nochmal um diesen Qualitätsaspekt und wer das ganze überwacht. In der momentanen gesetzlichen Situation ist das der Ärzteschaft übertragen worden, und das halte ich für zu kurz gegriffen. Ich wünsche mir, daß in diesem Kontrollausschuß stärker Vertreter von Patienten und Patientinnen beteiligt werden, und da scheinen mir schon die Selbsthilfeorganisationen diejenigen zu sein, die ein Stück mitreden im Bereich der Prozeßqualitäts- und auch der Ergebnisqualitätsbeurteilung. Es wird das wichtigste sein, diese Mauer, die von Seiten der Ärzteschaft gegenüber den Selbsthilfeorganisationen besteht, wirklich niederzureißen, so daß die Ärzteschaft sich nicht hinsetzt und sagt, letztendlich sind wir diejenigen, die entscheiden, was gut ist, was richtig und wichtig ist. Denn das funktioniert nicht, wir brauchen in dem Bereich viel, viel mehr Partnerschaft und das Eingehen auf das Know-how, das Selbsthilfegruppen und die Menschen in ihrer Erfahrung mit ihrer Krankheit haben. Und diesen Diskussionprozeß kann die Politik organisieren. Sie sollte ihn nicht bestimmen, aber sie sollte ihn organisieren.

Horst Grzelka: Herr Köppl, kann Politik dafür sorgen, daß quasi so etwas wie ein erzwungener runder Tisch zustande kommt, daß Strukturen vorgegeben werden, wo sich die Interessensverbände zusammensetzen müssen, damit im Sinne einer positiv weiterzuentwickelnden Gesundheitsförderung Entscheidungen fallen?

Bernd Köppl: Es ist ja eher so ein Moment angesprochen, das sich schwerpunktmäßig um die Qualität der Behandlung dreht. Gibt es so etwas wie anerkannte medizinische Qualität, die Standard ist für Patientenbehandlung? Da hat jedes Land unterschiedliche Traditionen. In der Bundesrepublik ist das einerseits obrigkeitsstaatlich organisiert über diesen Ausschuß, der das Recht hat, ein Medikament auszuschließen oder zuzulassen. Gleichzeitig gibt es aber ein sehr individualistisch ausgerichtetes System der einzelnen niedergelassenen Ärzte. Die unterliegen nahezu nur dem Oberbegriff, eine Therapie muß medizinisch anerkannt sein, aber die Durchsetzung dieses medizinisch Anerkannten ist völlig beliebig. Dafür gibt es keine Kriterien. Jeder Arzt in der Bundesrepublik kann kraft seiner individuellen Ansichten therapieren, und das kann sehr widersprüchlich sein. Das ist ein wirkliches Problem.

Diese individualistische Ausrichtung hat, wenn man sie von der negativen Seite aus betrachtet, Qualitätsprobleme, und ich denke, es wird sich auch in der Bundesrepublik sehr viel stärker als in der Vergangenheit so etwas wie qualitätsorientierte Leitlinienmedizin durchsetzen. Das hat Vor- und Nachteile: Vorteile auf alle Fälle in dem Punkt, daß Schwerstkranke die Sicherheit haben, nach anerkannten, auch niedergeschriebenen Qualitätsgesichtspunkten behandelt zu werden. Auf der anderen Seite führen viele Wege zur Heilung, und die werden dadurch beschnitten. Da liegen Probleme, und das ist ein sehr schwieriger Prozeß, gegen den sich sehr viele Leute wehren werden, aber ich glaube, daß wir so etwas eher unterstützen sollten. Sie wissen, daß in der Behandlung von AIDS-Patienten teilweise wichtige Medikamente viel zu spät eingesetzt worden sind oder daß die Therapie unter unmöglichen Bedingungen begleitet wurde. Ich denke, es wird eine Änderung in der Richtung geben müssen, daß nur Ärzte, die sich an zu entwickelnde Qualitätsleitlinien halten, das Recht bekommen, eine chronische Krankheit wie AIDS zu behandeln. Das wird schwierig durchzusetzen sein, aber es wird für die Patienten positiv sein.

Horst Grzelka: Eines ist mir nachhaltig in Erinnerung geblieben in den Ausführungen: dieser Punkt, individuelle Abweichungen dürfen nicht bestehen bleiben. Ich frage zur Vergewisserung nach: Geht nicht auch beides? Aus anderen Bereichen haben wir gelernt, daß natürlich eine Qualitätssicherung und Standards notwendig

sind, damit Wildwuchswesen und Probiererei außen vor bleiben, aber ich möchte Ihnen einen Punkt entgegenhalten: Ich habe in einem Workshop hier im Lauf der Woche gehört, daß Langzeitüberlebende ihren eigenen, individuellen Weg gefunden haben. Schließen solche Qualitätsleitlinien nicht die individuelle Berücksichtigung des Patienten aus?

Bernd Köppl: Nein, die schließen sie natürlich nicht aus. Die Abweichung von dem Qualitätsstandard muß dann aber begründet werden, und der Arzt darf darüber nicht allein entscheiden, er muß einen Fachkollegen hinzuziehen. Auch das ist ein Qualitätsstandard.

Ellis Huber: Was verordnet werden muß im System, ist der Zwang zur kontinuierlichen Selbstreflexion der Ergebnisse des eigenen Handelns. Das ist doch das, was fehlt.

Horst Grzelka: Das ist ein ganz schwieriger Satz; in der Praxis würde das doch heißen: Wer muß reflektieren, an welchem Punkt und wo wird das festgehalten, wo wird es dokumentiert?

Ellis Huber: Ja, das muß geregelt werden. Freiwillige Selbstkontrolle statt patriarchale Fremdkontrolle. Aber mehr Selbstkontrolle ist unverzichtbar notwendig.

Horst Grzelka: Ich merke an dem Punkt, daß zu meiner Linken Unmut aufkommt. Wir sollten das nutzen, Frau Höll zu Wort kommen zu lassen.

Barbara Höll: Ich denke, man muß das wirklich ergänzen. Herr Huber sagte ja, es geht darum, auch die Situation für Ärzte zu vereinfachen, sie zu befreien von unnötigem Ballast. Da sind wir wieder an der Marktlogik. Wenn es eben nicht nur um Gesundheit als Ware geht, dann habe ich auch die Möglichkeit für einen runden Tisch, an dem Versicherungsträger sitzen, Ärzte, Krankenhäuser und natürlich mündige Patienten und Patientinnen. Das ist eine andere Ausgangssituation. Von seiten der Politik geht es schon darum, den Gedanken von kooperativer Medizin in Gesundheitszentren wiederzubeleben. Wir hatten in der DDR z.B. ein weites Netz von Diabetesbetreuungsstellen, wo sich Ärzte speziell damit beschäftigten. Es geht sicher auch darum, über Budgetierung zu sprechen und über Positivlisten von Arzneimitteln. Wir haben in der Bundesrepublik einen riesigen Rückstau von Medikamenten, die auf den Markt wollen, die aber noch nicht zugelassen sind, weil da wieder die Leute nicht ausreichen, um sie zu kontrollieren und in den verschiedenen Bereichen auch Lösungen auf den Tisch zu packen und neue Modelle zuzulassen.

Stefan Etgeton: Nach meinem Eindruck ist im Moment gerade AIDS ein Beispiel dafür, wie Therapievorgänge individuell ausgehandelt werden. Deshalb wehre ich mich gegen diesen Hang zur Normierung an der Stelle. Wir erleben gerade, daß in jedem Einzelfall nach dem Trial- and Errorprinzip verfahren wird und in gewisser Weise auch verfahren werden muß. Es gibt natürlich Therapieempfehlungen, an denen die Deutsche AIDS-Hilfe auch beteiligt ist, die sind aber sehr weit gefaßt. Die sagen für den Einzelfall, für die Integration und die Therapieeinstellung relativ wenig aus. Der Weg, den ich vorschlagen würde, geht eher in Richtung Patientenrechtstärkung, so daß der Patient in die Lage versetzt wird, auch dem Arzt gegenüber souverän in diesen Aushandlungprozeß einzutreten.

Edwin Smigielski: Im Verlauf der Geschichte ist AIDS eine ganz kurze Krankheit. Der Forschungsweg ist kurz, die Therapieerfahrungen sind kurz. Wenn es so etwas wie Qualitätsleitlinien geben wird, muß das berücksichtigt werden, und wenn viele Fragen nicht geklärt sind, sind die Therapieempfehlungen relativ weit und offen. Bei anderen Krankheiten, wo die medizinische Forschung seit Jahrzehnten oder Jahrhunderten Erfahrung hat, ist das etwas anderes. Selbst da liegen die Behandlungsmodelle im Vergleich zu anderen Ländern teilweise zurück. Ich nenne wieder das Beispiel der Behandlung von Zuckerkrankheit. In vielen wissenschaftlichen Studien ist erforscht, daß wir in der Bundesrepublik zuviele Erblindungen haben, zuviele nephrologische Störungen haben, weil die diabetische Behandlung, obwohl sie teuer ist, insuffizient ist. In England wird dagegen nach klaren Qualitätskriterien gearbeitet, die der Diabetologe einhalten muß, sonst bekommt er das Recht entzogen, solche Patienten zu behandeln. Die Behandlung dort bringt mit dem halben Einsatz der Mittel bessere Ergebnisse. Das muß man wissen. Die diabetologischen Selbsthilfegruppen fordern seit Jahren, daß diese Qualitätsstandards endlich auch im ärztlichen Handeln Grundlage der Entscheidungen sind. Bei AIDS-Patienten mag es etwas anders sein, weil vieles offener ist, aber trotzdem müssen Qualitätsstandards stärker berücksichtigt werden.

Horst Grzelka: Ich glaube, es gibt keinen Dissens hier, daß Qualitätsstandards notwendig sind. Meiner Ansicht

nach hat sich gezeigt, wie wichtig es ist, fachlich zu diskutieren und solche Foren zu installieren, aber auch mit der vorhandenen Zeit umzugehen und etwas in die Wege zu leiten und etwas Praktisches zu erreichen. Ich möchte die letzte Runde für die Teilnehmer einläuten. Wenn Sie die Möglichkeit hätten, in zwei Punkten die Zukunft und vielleicht eine Perspektive von Reformen anzudeuten, welche Punkte wären das, Frau Schaich-Walch?

Gudrun Schaich-Welch: Das ist als erstes die Stärkung der Selbsthilfe. Ich glaube, es funktioniert nur so, daß man alle Beteiligten an den Tisch setzt und daß es keine Selbstkontrolle des Einzelnen gibt. Ich hoffe, daß wir nicht in eine Situation kommen, wie Stefan Etgeton sie gerade beschrieben hat; es kann nicht sein, daß jeder beim Arzt seine Therapie aushandelt. Eine Therapie muß auch für den, der sie nicht überschauen kann, verläßlich und sicher sein. Wenn wir die Selbsthilfe stärken, können wir auch ganz verstärkt wieder zu unserem Solidarsystem zurückgehen, denn das wird für die Zukunft das tragfähigste sein, was wir haben: gemeinsam und nicht einer für sich alleine.

Barbara Höll: Ich hoffe, daß der Ansatz "Emanzipation ist Prävention" weiterbetrieben wird und denke, daß die AIDS-Hilfe damit auch sehr viel in die Gesundheitspolitik einbringt. Außerdem erhoffe ich mir eine weitere Demokratisierung und eine Mündigkeit der Bürgerinnen und Bürger auch bezüglich ihrer Gesundheit - bei einer möglichen Zurückdrängung bis hin zum Ausschluß der Marktlogik aus der Gesundheitspolitik.

Stefan Etgeton: Ich erhoffe mir, daß wir im Arzt-Patienten-Verhältnis einen Zustand erreichen, den wir tatsächlich als Partnerschaft bezeichnen können, wo möglichst souverän miteinander gearbeitet wird, ohne daß Patienten zu Ärzten werden und Ärzte sich in die Rolle von Patienten mogeln; schon mit einem Rollenverständnis, aber doch mit einem partnerschaftlichen Rollenverständnis. Das ist das eine. Zum anderen wünsche ich mir, daß die Normalisierung von AIDS - das, was Bernd Köppl am Anfang beschrieben hat - uns möglicherweise noch so viel Zeit läßt, daß wir ein bißchen von der AIDS-Hilfe-Bewegung in die Normalität einbringen können.

Edwin Smigielski: Aus meiner Sicht hat die Arzneimittelforschung in der Vergangenheit erste Erfolge gebracht, aber es gibt noch erhebliche Defizite, und ich glaube, daß die forschende Industrie auch in den nächsten Jahren weitere Entwicklungen in dem Bereich hervorbringen wird. In Deutschland befinden sich zur Zeit zwei Arzneimittel in der Phase III - also in der Wirksamkeitsanalyse - und wenn diese Phase positiv verläuft, sind auch positive Ergebnisse durch diese Arzneistoffe zu erzielen. Ich glaube, daß in der weiteren Entwicklung insbesondere die sektorübergreifende Versorgung an Bedeutung gewinnen wird und daß man auch im HIV-Bereich dieses Feld "Disease-Management" besetzen wird.

Ich bin aber anders als meine Vorrednerin von der PDS der Meinung, daß man die Vergütung und die finanziellen Anreize sehr stark an qualitativen und ergebnisorientierten Komponenten ansetzen muß. Wenn die finanziellen Anreize nicht in diese Richtung gesetzt werden, ist nicht davon auszugehen, daß die Menschen, die dort handeln, immer genau das Richtige machen. Ich meine also auch, daß Qualitäts- und Ergebniskriterien bei den ärztlichen Vergütungen berücksichtigt werden müssen. Nur wer bestimmte qualitative Standards in der Behandlung von HIV-Patienten realisiert, kann auch die entsprechenden Vergütungen anschließend auf seinem Konto gutschreiben. Ich bin sehr optimistisch, daß aufgrund dieser Ausrichtung auch für die AIDS-Hilfe gerade bei der sektorübergreifenden Steuerung neue Aufgabenfelder möglich sein werden, und ich könnte mir vorstellen, daß in der Rundumbetreuung Betroffener - dem "Case-Management" - in naher Zukunft sehr interessante Perspektiven für die AIDS-Hilfe zu erwarten sind.

Bernd Köppl: Ich wünsche mir, was ich ganz zu Anfang gesagt habe, daß wir nämlich alle gemeinsam diese skandalöse Versorgungs- oder Präventionslücke in den deutschen Gefängnissen schließen. Nach 15 Jahren Auseinandersetzung muß es in Zukunft sterile Spritzen in allen deutschen Gefängnissen geben, in denen es drogenabhängige Gefangene gibt. Das ist eine der wichtigsten Sachen, die wir gemeinsam durchsetzen müssen. Und ich wünsche mir, daß Sie in Zukunft einen anderen Verhandlungspartner auf Bundesebene haben, wo im Moment der Bundesminister aus Bayern kommt und viele Ihrer Probleme gar nicht versteht. Mit einem rot-grünen Verhandlungspartner würde sich insgesamt die Situation auch für Ihre Gruppe wesentlich verbessern.

Ellis Huber: Als ich 1982 als AL-Gesundheitsstadtrat den ersten Selbsthilfetag in Berlin veranstaltete, schrieb ich: „Gemeinsam sind wir stärker". Ärzte wissen gut, wie man Krankheiten behandelt, Selbsthilfegruppenmitglieder wissen besser, wie man mit kranken Menschen umgeht und sie betreut. Vor diesem Hinter-

grund steht heute wieder im Zentrum: Gemeinsam erreichen wir ein höheres Maß an Qualität in Versorgungsprozessen; gemeinsam heißt, Arzt und Patient oder Ärzteschaft und Patientenvertretungen. Ergänzen muß ich heute: Beide Seiten haben in ihren Wünschen und Bedürfnissen auch eine soziale Verantwortung. Solange wir eine solidarisch-gesellschaftlich finanzierte Krankenversicherung haben, gibt es keine grenzenlose, individuelle Bedürfnisbefriedigung in diesem System. Das müssen sich beide Seiten immer wieder bewußt machen und darüber nachdenken, um zu sinnvollen und rationalen gemeinsamen Ergebnissen kommen. Damit ist die Leitliniendebatte und der Individualismus integriert; das ist auch die Aufgabe: Individuelle Leitlinien des Sozialen und soziale Verantwortung miteinander zu verknüpfen.

Horst Grzelka: Dieses Podium hat zumindest mir gezeigt, daß viele Dinge offenbleiben, die auch offenbleiben mußten. Wir haben einen Streifzug gemacht durch die Themen, die der AIDS-Hilfe-Arbeit, aber auch dem gesamten Gesundheitsbereich bevorstehen. Es hat mir aber auch gezeigt, daß es möglich ist, diesen Wunsch umzusetzen, der häufig plakativ erhoben wird, nämlich daß man interdisziplinär arbeiten muß, sich an einen runden Tisch setzen und zusammen sprechen sollte. Ich äußere auch zwei Wünsche: zum einen, daß man als Interessensvertreter, egal ob Politiker, Mediziner, Funktionär oder Bundesgeschäftsführer einer Deutschen AIDS-Hilfe auch weiterkommt, wenn man mal etwas hinter diesen Interessen zurücksteht; also ein Stück neben sich steht, nicht im Sinne eines Verrücktseins, sondern in dem Sinne, seine Rolle auch mal abgeben zu können, andere zu Wort kommen zu lassen und sich deren Probleme aus einer anderen Sichtweise anzuschauen. Für mich bleibt dieses Wort Therapie im klassischen Sinne bestehen. Therapie heißt für mich auch helfen, und wenn wir alle ein Stück mehr diesem Anspruch gerecht werden, glaube ich, daß wir den Betroffenen gerechter werden und daß wir etwas mehr verändern als nur plakative Thesen aufzustellen. Ich danke Ihnen im Podium, ich danke den Zuhörern für ihre Geduld, und ich wünsche, daß jeder für sich einen guten Abschluß finden mag.