

Fördern, dann Fordern. Über einige konzeptionelle Defizite in den aktuellen Stellungnahmen der Kirchen zur Reform des Gesundheitswesens

Die anhaltende Wirtschaftskrise in Deutschland hat den Sozialstaat im Allgemeinen und das Gesundheitssystem im Besonderen erneut in das Zentrum gesellschaftspolitischer Debatten gerückt. War schon lange von seiner Krise die Rede, so scheint sich nun die Einsicht Bahn zu brechen, dass oberflächliches Kurieren allein an Symptomen nicht mehr ausreicht, sondern eine „Reform an Haupt und Gliedern“ mittelfristig erforderlich ist. „Umbau des Sozialstaates“ lautet die programmatiche Formel, die nach dem Leitantrag zur Agenda 2010 mit „Mut zur Veränderung“ angegangen werden soll. Dabei befürchten nicht wenige, dass die Umbau-Metapher nichts anderes als ein Euphemismus für „Abbau“ darstelle. Damit mögliche Veränderung nicht kriterienlos von Statten geht und sich somit nicht einfach hinterrücks die Stärkeren durchsetzen können, damit nicht unsinnige Vorschläge, wie die kontextlos dargestellte oder geforderte Rationierung allein aus Altersgründen, um sich greifen, ist eine ernsthafte Debatte um zukünftige Ziele, gegenwärtige Aufgaben, aber auch vergangene Defizite des Sozialstaats im Allgemeinen wie des Gesundheitswesens im Besonderen von Nöten.

Beide große Kirchen haben die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Diskussion erkannt und sind in jüngster Zeit mit Thesenpapieren zur Transformation des Gesundheitswesens aufgewartet. Während die von der Sozialkammer der EKD vorbereitete und vom Rat der EKD am 14. Oktober 2002 veröffentlichte Erklärung den Titel „Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ trägt, ist die von der Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und der Kommission für caritative Fragen der Deutschen Bischofskonferenz unlängst am 4. Juni 2003 unter dem Titel „Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ veröffentlicht worden. So begrüßenswert allein es ist, dass sich sowohl die EKD wie auch die Deutschen Bischofskonferenz mit dem Thema beschäftigt haben, so gewichtig die in die Debatte eingebrachten Entscheidungskriterien sind, so nachdenkenswert zahlreiche der vorgelegten konkreten Reformvorschläge sind, so sehr muss doch die grundsätzliche Ausrichtung der beiden Papiere hinterfragt werden. Sie deutet sich schon bei der in ökumenischer Eintracht vorfindlichen Tendenz der Überschriften an. Beide zielen zwar auf ‚Solidarität‘, setzen aber zu ihrer Verwirklichung primär auf folgende Wege: mehr ‚Wettbewerb‘, ‚Selbstbestimmung‘ und ‚Eigenverantwortung‘. Gegen diese Mittel ist sicher nichts einzuwenden, deuten sie ohne Zweifel retrospektive Versäumnisse und prospektive Chancen an. Allerdings müssen sich kirchliche Stellungnahmen fragen lassen, wie sie diese Forderungen kontextualisieren, konkret, ob sie sich in Titel, konzeptioneller Programmatik und konkreten Reformvorschlägen konsequent von der vorrangigen Option für Arme und Schwache zum Zwecke ihrer Förderung leiten lassen. Genügen sie diesem Gedanken, der in der überragenden Gerechtigkeitstheorie des 20. Jahrhunderts von John Rawls als Differenzprinzip benannt worden ist und meint, dass „gesellschaftliche und ökonomische Ungleichheiten“ nur dann gerechtfertigt sind, wenn sie „den größten Vorteil für die am wenigsten begünstigten Mitglieder der Gesellschaft bringen“?

Im Einzelnen: Die kürzere evangelische Stellungnahme wählt für ihre Präsentation einen ungewöhnlichen, um nicht zu sagen unglücklichen Weg. Statt einen in sich kohärenten Text vorzulegen, verweist sie für eine umfassendere Begründungsstrategie der Gesundheitsversorgung auf die schon 1994 erschienene EKD-Studie „Mündigkeit und

Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen“. Da dieser Text im Netz nicht zugänglich ist, riskiert die Kammer willig, dass nur die Zitate ethischer und anthropologischer Kontextualisierung aus der umfassenderen, älteren Studie wahrgenommen werden, die ihrerseits in die aktuelle Stellungnahme eingeflossen sind. Und hier zeigt sich ein erschreckend eindeutiger Trend. Obwohl unter Nr. 2 die „Zuwendung zu den Kranken und Sterbenden“ als einer „der ureigensten Schwerpunkte des diakonischen Auftrags der Kirche“ verstanden wird, wird dieses Zentralmotiv christlichen Handelns konzeptionell nicht mehr aufgegriffen und damit nicht in die Zentralstellung gerückt, die ihr nach biblisch-jüdisch-christlicher Tradition ebenso zukommt wie in den kirchlichen Sozialveröffentlichungen – bis hin zum gemeinsamen Wort von 1997 und darüber hinaus. Vielmehr dominiert das Motiv der Eigenverantwortung. Da wird „der mündige und eigenverantwortlich handelnde Versicherte in das Zentrum der Überlegungen gestellt und zum Dreh- und Angelpunkt der Reformvorschläge gemacht.“ (Nr. 3) Da wird die paulinische Adhortatio „Einer trage des anderen Last!“ (Gal 6,2) so interpretiert, „auf die Inanspruchnahme von Leistungen, die man auch selbst erbringen kann, zu verzichten, um anderen, die darauf angewiesen sind, den Zugang auf Dauer offenzuhalten.“ (Nr. 5) Vor der „Idealisierung der Gesundheit“ (Nr. 1) wird ebenso ideologiekritisch gewarnt wie ein „sorgsamer Umgang mit der eigenen Gesundheit“ (Nr. 7), der auf „Selbsthilfe bei Erkrankungen im Bagatellbereich“ (ebd.) setzt, eingefordert wird.

Dieser einseitige programmatiche Ruf erstaunt zunächst, weil die im Text erst anschließend vorgestellte Krisendiagnose mit den Elementen Qualitätsmängel, Versorgungsmängel, Unzufriedenheit, zu hoher Ressourcenverbrauch (Nr. 15) im wesentlichen solche Faktoren als Kosten treibend benennt, die nicht auf die Leistungsempfänger zurückgehen, sondern auf vermeintlich externe Faktoren (wie Einbruch der Einnahmen oder demographischen Wandel) oder auf Ineffektivität und falsche Anreizstrukturen bei Leistungserbringern (Nr. 16). Im Blick auf diese Defizite benennt die Kammer auch mutig erfrischend klare Reformvorschläge, die überaus bedenkenswert sind. Neben der grundsätzlichen Entscheidung, Wettbewerb nicht als freien, sondern als regulierten zu begreifen, folgt ein vor allem auf Effektivitätssteigerung sowohl bei der Finanzierung wie der Leistungserbringung setzender Maßnahmenkatalog, aus dem nur die innovativsten Vorschläge erwähnt seien (alle Vorschläge unter Nr. 30): Aufhebung der Schranken zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, Beseitigung von monopolistischen Strukturen von Kassen- und Anbieterverbänden, Schaffung von Qualitätsstandards im medizinischen Bereich, Lotsenfunktion des Hausarztes, Transparenz und Beteiligungschancen für Patienten im System, Loslösung der GKV-Mitgliedschaft vom Arbeitsverhältnis, Beschränkung des Familienausgleichs auf die Zeit bis zur Volljährigkeit, Überprüfung der Quersubventionierung der Krankenversicherung der Rentner durch deren tatsächlichen Haushaltaufkommens. Im Blick auf eine Umgestaltung der Solidaritätsformen äußerst sich das Papier nur dahingehend, dass es eine Neugestaltung des Risikostrukturausgleiches fordert, wobei Prävention und chronische Erkrankung stärker zu berücksichtigen seien. Die unmittelbar Eigenverantwortlichkeit voraussetzenden Forderungen beschränken sich auf die folgenden Reformideen: Zulassung von Differenzen im Leistungsangebot wie in der Beitragsgestaltung sowie Schaffung einer Unfallversicherung zum Zwecke der Begleichung von solchen Krankheiten, die auf Unfälle zurückgeführt werden können.

Wenn die pragmatisch so phantasievolle Stellungnahme am Ende dazu ermuntert, diese Vorschläge nicht isoliert, sondern eingebunden in andere Felder der Gesellschaftspolitik zu diskutieren (Nr. 32), so trifft sie offensichtlich intuitiv den blinden Fleck der eigenen Argumentation. Nur besteht die Isolation nicht allein darin, wenn andere gesellschaftliche Problemkreise nicht hinreichend berücksichtigt werden, sondern dass der Zusammenhang zwischen Begründung und Anwendung schlecht durchdacht ist. Warum setzt die EKD

angesichts der vielfältige Gründe eruierenden Krisendiagnose und angesichts der vielfältige Reformen vorschlagenden Therapie bei der Etikettierung ihres Programms so einseitig auf Eigenverantwortung? Wo bleibt die Befähigung zur Eigenverantwortlichkeit? Taucht doch erst in Nr. 21 die Befähigung zur Eigenverantwortung nachgerade verschämt im Nebensatz auf, statt sie – wie es sich gehörte – als aktuelle, rechtsstaatskonforme, weil begrenzte Reformulierung der in sich grenzenlosen, vorrangigen Option für Benachteiligte am Anfang der Studie zu platzieren. Mit dieser programmatischen Einseitigkeit hebt der Text nicht nur die Kohärenz zu Diagnose und Therapie auf, sondern setzt sich in der heutigen Mediengesellschaft der Gefahr aus, mit dem gewählten Label einseitig rezipiert zu werden. Was gegenüber kirchlichen Stellungnahmen als Kritik eher selten angebracht werden muss, trifft hier zu: Mehr Grundsätzliches hätte der Stellungnahme und ihrer Rezeption gut getan.

Mehr an Grundsätzlichem bietet das Papier der Deutschen Bischofskonferenz. Unter dem Stichwort der Reformnotwendigkeit werden die Krisensymptome des deutschen Gesundheitssystems und deren externe und interne Verursachungen weitgehend zutreffend beschrieben (S. 6-8). Im Sinne übergeordneter Kriterien werden als unverzichtbares Fundament der Gesundheitsreform die Grundsätze des solidarischen Ausgleichs von individuell nicht tragbaren Krankheitsrisiken, der Subsidiarität, der bedarfs- und Beteiligungsgerechten Leistungserbringung und der Befähigung zum verantwortlichen Gesundheitshandeln hervorgehoben (S. 8-11). Daraus werden sowohl allgemeine, als auch spezifische, jeweils auf die Leistungserbringung (14-21), das Leistungsspektrum und den – umfang (21-24) sowie die Mittelaufbringung (24-26) konzentrierte Folgerungen entwickelt. Im Bereich der Leistungserbringung fordert die Stellungnahme eine stärkere Patientenorientierung, mehr Qualifizierung und Humanisierung der Leistungserbringung, mehr Transparenz, Effizienz und Steuerbarkeit durch die Patienten. Selbstbeteiligung der Patienten hält das Papier aber nur dann für sinnvoll, wenn davon tatsächlich eine Lenkungswirkung für das System ausgeht und gleichzeitig der Zugang aller zur notwendigen medizinischen Versorgung nicht gefährdet wird. In der Leistungserbringung plädieren die Bischöfe zu recht für eine Umsteuerung vom augenblicklichen Schwerpunkt bei den akutmedizinische Maßnahmen hin zu mehr Prävention und Rehabilitation. Bedenkenswerte Vorschläge macht das Papier für die Begrenzung des Leistungsumfangs der Gesetzlichen Krankenversicherung. Entscheidungen darüber sollten sich an den komplexen Kriterien von individueller Tragbarkeit krankheitsbedingter Risiken, der Konsumnähe von Leistungen, ihrer Beeinflussbarkeit durch die Lebensführung sowie an der Wirksamkeit von Maßnahmen und Präparaten orientieren. Im Bereich der Mittelaufbringung diskutiert das Papier einige aktuelle Vorschläge wie die stärkere Abkoppelung der Beiträge von den Arbeitseinkommen, die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Insgesamt lässt sich sagen, dass Krisendiagnose, übergeordnete Kriterien und konkretisierende Folgerungen des Papiers einen inneren Zusammenhang erkennen lassen und auf eine in sich schlüssige, vom Gedanken der Eigenverantwortung geprägte Gesamtperspektive mit vielen wichtigen Reformimpulsen verweisen.

Das Papier spricht auf S. 11 davon, dass „die besondere Sorge der Kirche und ihres caritativen Handelns“ jenen gilt, „die in Gefahr sind, aus dem solidarischen Gesundheitssystem ganz herauszufallen und ausgeschlossen zu werden“. Hier stellt sich die Frage, ob die als roter Faden das Papier durchziehende Betonung der Eigenverantwortung in ausreichendem Maße kontextuell rückgebunden ist an die tatsächlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Eigenverantwortung. Ein Einfordern von Eigenverantwortung ohne ein entsprechendes Fördern, das von unterschiedlichen Fähigkeiten zur Eigenverantwortung z.B. in Mittel- und Unterschichten ausgeht, läuft Gefahr, als faktisches Instrument zur

Entsolidarisierung gegenüber den Schwächsten in der Gesellschaft mißbraucht zu werden. Hinweise auf die Bedeutung der notwendigen Befähigung zur Eigenverantwortung bleiben im Papier der Deutschen Bischofskonferenz eher spärlich. Zwar rechnet das Papier zur Beteiligungsgerechtigkeit, „die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich die Menschen auch tatsächlich beteiligen können“ (S.11) und fordert, die Bürger „in die Lage zu versetzen, ihre eigene Gesundheit aktiv zu gestalten“ (S. 12f.). Zwar wird von „gezielten Bildungsprogrammen zur Gesundheitsvorsorge“ gesprochen (S. 17). Der sozial höchst unterschiedlich geprägte Kontext einer Befähigung zum verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit bleibt aber weitgehend ausgeblendet. Wo die gesellschaftlichen Randgruppen in den Blick kommen, geht es um deren Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem, nicht aber um die Frage, wie die Chancen zur Eigenverantwortung in der Gesellschaft tatsächlich verteilt sind (S. 13). Die Forderung nach einer spürbaren Honorierung der Verantwortungsbereitschaft des Einzelnen im System (S. 23) ist sicherlich sinnvoll, verlangt aber nach Berücksichtigung milieuspezifischer Fähigkeitsniveaus. Insgesamt ist also zu fragen, ob nicht beides mit gleichem Gewicht zu gelten hätte: Solidarität braucht Eigenverantwortung, Eigenverantwortung braucht aber auch, soll sie nicht zur Leerformel degenerieren und der Entlastung von öffentlicher Verantwortung Vorschub leisten, die Solidarität mit den am wenigsten Befähigten. Auffällig ist, und möglicherweise liegen hier die Gründe für die Tendenz zur kontextlosen Verwendung des Gedankens der Eigenverantwortung, dass die Option für die Armen gegenüber dem Wirtschafts- und Sozialwort beider Kirchen aus dem Jahr 1997 nur eine untergeordnete Rolle spielt. Die gefährdete Stabilität des Systems erscheint als die größere Sorge gegenüber der Frage, wie die am schlechtesten Gestellten bei den notwendigen Veränderungen abschneiden.

Betrüblich ist die in beiden Papieren vorfindliche nachrangige Einordnung aus grundsätzlich theologisch-sozialethischen wie auch aus pragmatischen wie auch gesundheitspolitischen Gründen. Wollen die Kirchen ihr eigenes Erbe als Auftrag verstehen, sehen sie sich konstitutiv in einer Tradition eingebunden, die soziale Gerechtigkeit so ausbuchstabieren muss, dass dabei die zu kurz Gekommenen erstrangig befördert werden. Wer dies behauptet spricht sich nicht für einen paternalistischen oder etatistischen umfassenden Wohlfahrtsstaat aus, der bezweifelt auch nicht die Maxime der Aktivierung im Sozialstaat, der fordert aber vorrangig und zentral, nicht jedoch verschämt die Befähigung zur Eigenverantwortung als Bedingung für ihr Einklagen. Jenseits der gewichtigen konkreten Reformvorschläge, die viel Gemeinsames erkennen lassen, muss Befähigung als Beteiligungsmöglichkeit die kirchlichen Rufe nach Reformen im Gesundheitswesen systematisch prägen. Denn: ein in den Sozialwissenschaften in erstaunlicher Einmütigkeit belegter Zusammenhang lautet: Wer ärmer ist, hat mehr Krankheiten und stirbt eher. Ergänzt wird diese Einsicht um die weitere, dass der main-stream der Präventionsmaßnahmen mittelschichtsorientiert gestaltet ist und so genau die, die jene am meisten benötigen würden, am wenigsten erreicht. Wer also dem eigenen Grundsatz der vorrangigen Option für die Schwächsten treu bleiben will, der muss die inzwischen verselbständigte Rede von der Eigenverantwortlichkeit rekontextualisieren und entsprechende Befähigungsmaßnahmen anbieten. Diese müssen milieuspezifisch differenziert ausgearbeitet sein, wollen und sollen sie wirkliche Effekte erzielen. Wo dies nicht beachtet wird, da droht unter dem Mantel des kirchlichen Segens eine schleichende Unterhöhlung des Dammes gegen die Zwei-Klassen-Medizin. Denn die unteren sozialen Schichten werden dem kontextlosen Ruf zur Eigenverantwortung nicht beantworten können und werden wegen ihrer mangelnden Kompetenzen leicht zu den Opfern eines sie überfordernden Wahlsystems. Um hier gegen zu steuern sind differenzierte Bildungs- und Präventionsmaßnahmen stärker erforderlich als von den Kirchen eingeklagt. Man kann nur hoffen, dass sie ihrer Unterstützungsfunction, die sie bisher in einzelnen wie gemeinsamen sozialethischen Stellungnahmen so glaubwürdig gemacht hat, demnächst wieder stärker

nachkommen. Geschieht dies, ist der Mut zur Veränderung gerade im Blick auf künftige Generationen mehr als geboten.