

Solidarität als Basis für Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung

Klaus Dörner

Eine Untersuchung über Allokation und Priorisierung im Gesundheitswesen ist nur vollständig, rational und daher wissenschaftlich, wenn sie vom gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarf bei Krankheit und Behinderung ausgeht, der nur zum Teil vom organisierten, professionellen Gesundheitssystem gedeckt wird, und wenn sie von der Gesamtheit aller Ressourcen ausgeht, die nur zum Teil aus Geld bestehen. Daher ist vor allem der heute mit Abstand beliebteste Denkfehler zu vermeiden, hier nur Einflussfaktoren zu berücksichtigen, die monetär auszudrücken und umzurechnen sind.

Denn sowohl in historischer als auch in systematischer Analyse haben die Bürger menschengeschichtlich immer schon in den beiden möglichen Währungen das gesellschaftliche Gesamthilfepaket bedient, zunächst fast nur mit der Gabe ihrer Zeit-Solidarität und ab 1880 (seit den Sozialgesetzen) teils statt dessen und teils zusätzlich mit der Gabe ihrer Geldsolidarität, wodurch sie erst die Institutionalisierung und Professionalisierung der modernen Medizin ermöglichten.

Daher gibt es für das gesellschaftliche Helfen stets zwei Steuerungsmechanismen, zwei Schrauben, an denen man drehen kann: einmal - wie uns allen vertraut ist - den Markt, zum anderen aber auch die nichtmonetäre Solidarität. Dabei bedeutet Solidarität das Haften für ein Ganzes, sich vom Anderen in Haft nehmen zu lassen, und zwar vom Letzten her, was natürlich nur widerwillig zu wollen, so aber möglich ist. Das Spannungsfeld zwischen diesen beiden Steuerungsmechanismen ist nämlich empirisch in jedem Menschen in einem Spannungsfeld zwischen zwei vital wichtigen Antrieben, Motiven verankert: einmal die gesund-egoistische Selbstbestimmung und zum anderen das Gebrauchtwerden von Anderen, die Bedeutung für Andere; beide Motive dürfen nicht maximiert oder minimiert, sondern müssen optimiert werden, um Auslastung und insofern Gesundsein zu entsprechen.

Unsere Krise im Sozial- und Gesundheitswesen seit 1980 darf daher nicht nur als Kostenkrise definiert sein, wenn sie uns auch mit aller Deutlichkeit signalisiert, dass nur mit dem Geld (Beiträge/Steuern) der Bürger die soziale Sicherung auf dem seit 1880 gewohnten Niveau nicht mehr aufrecht zu erhalten

ist. Sehen wir die Krise - unwissenschaftlich - nur als Kostenkrise, mit dem marktbedingtem Zwang zur Kostenminimierung auf einer nach unten offenen Skala, kann uns als Problemlösung nur die Rationierung und Priorisierung auf einer ebenfalls nach unten zwangsläufig offenen Skala einfallen. Bei vollständiger Problemanalyse und Verantwortungswahrnehmung sind wir hingegen verpflichtet, zunächst an der anderen Steuerungsschraube zu drehen, also die Remobilisierung der durch die Modernisierung des Gesundheitswesens scheinbar weitgehend überflüssig gewordenen Ressource der Zeit-Solidarität der Bürger zu prüfen.

Anders ausgedrückt: Solange wir jedes Jahr mit großen ökonomischen Wachstumssprüngen verlässlich rechnen konnten, konnte die Modernisierung des Gesundheitswesens, also insbesondere die Professionalisierung und Institutionalisierung des Helfens, fast problemlos mitwachsen. Seit 1980 bleiben jedoch diese großen ökonomischen Wachstumssprünge ebenso verlässlich aus, weshalb wir unvermeidlich prüfen müssen, ob nicht aus heutiger Sicht rückblickend eine luxuriöse Überprofessionalisierung und Über-Institutionalisierung zu diagnostizieren ist, wobei erschwerend hinzukommt, dass in den letzten Jahrzehnten drei zwar nicht grundsätzlich, jedoch in ihrer Größe menschengeschichtlich neue Bevölkerungs- und Patientengruppen hinzugekommen sind, die alle nicht technisch, aber personell aufwändig sind: die chronisch Kranken, die Alterskranken und die psychisch Kranken (neuen Typs). In dieser Situation ist es daher alternativlos erforderlich, einen Teil des gesellschaftlichen Helfens „währungsmäßig“ vom Geld der Bürger wieder auf die Zeit der Bürger umzustellen, schon um wenigstens die Kernbereiche des medizinischen Fortschritts, vor allem im Bereich der technischen Professionalisierung, nachhaltig bezahlbar zu machen. Dass dieser Weg auch mengenmäßig wirksam ist, ergibt sich schon aus dem eben erwähnten Umstand, dass die drei neuen großen Patientengruppen gerade personell zu Buche schlagen, die Personalkosten im Gesundheitssystem aber immer noch entscheidend sind und zugleich der Transfer der Hilfen vom Profi-System auf das Bürger-System weniger im technischen, um so mehr aber im personellen Aufwand möglich ist.

In dieser Perspektive ist zunächst von einem Abbau der Über-Institutionalisierung zu sprechen: Freilich nicht im Krankenhausbereich; denn dort haben wir - unter dem hier sachfremden Diktat der Kostenminimierung und des Wettbewerbsdrucks - inzwischen eher schon zuviel des Guten getan, beginnen die Schäden den Nutzen zu übersteigen. Sehr wohl aber im Bereich der Rehabilitations- und Kurplätze, von denen Deutschland immer noch so viel hat wie der Rest der Welt, weshalb ihre weitgehende Ambulantisierung und Kommunalisierung überfällig ist. Und noch mehr im Bereich des Heimsystems, wo insbesondere die skandinavischen Länder und England uns vorge-macht haben, dass der Wechsel jedes einzelnen Heim-Patienten in kommunal-

ambulante Betreuung einen Bürger-Profi-Mix, also die Entlastung des Profi- und die Belastung des eher unterlasteten Bürger-Systems geradezu automatisch und ϵ -rechenbar ϵ zwingt; das gilt für die Gruppe der chronisch Kranken, der psychisch Kranken, der geistig Behinderten, der Körperbehinderten ebenso wie für die Alterskranken und Dementen, wo die Zahl der unbezahlten oder geringfügig bezahlten Bürger-Schultern sich in dem Maße vermehrt, wie die Zahl der bezahlten Profi-Schultern sich verringert und deren Umprofessionalisierung nach sich zieht, während die Frage sich - aufgrund des oben erwähnten Motivhaushalts aller Menschen - gar nicht erst stellt, ob die Bürger dies wollen oder nicht, wenn man diesen Transfer von den Profis zu den Bürgern nur verantwortlich-professionell betreibt.

Dies weist schon darauf hin, dass der Abbau der Überprofessionalisierung noch weit interessanter und wirksamer für die Problemlösung ist. Die Bürger im Allgemeinen haben nämlich bereits längst damit begonnen, ihre Priorität, die Priorisierung des Einsatzes ihrer Zeit-Solidarität des Helfens - überwiegend gegen den Widerstand der Profis wieder - für sich zu beanspruchen. Und sie haben statistisch signifikant ausgerechnet zu dem Zeitpunkt damit begonnen, zu dem unsere Kostenkrise, die bei vollständiger Wahrnehmung keine Kosten-, wohl aber eine Strukturkrise ist, öffentlich unabweisbar wurde. Denn seit 1980, nicht vorher, gibt es - um nur ein paar Beispiele zu nennen - einen jährlich stabilen Anstieg der Freiwilligen auch im sozialen Bereich, eine Zunahme der Nachbarschaftsvereine, ein fast flächendeckendes System ambulanter Hospize (z. Z. 80.000 unbezahlte Bürger), eine für die Moderne völlig neuartige Kultur des Pflagens und Sterbens bei Aids, eine schier unglaubliche familiäre Tragebereitschaft für Alterspflegebedürftige(90%), die Wiederentdeckung der Familienpflege (auch für Demente), eine zahlenmäßig nicht mehr erfassbare Menge von Projekten des inter-generationellen „gemeinschaftlichen Wohnens“ und - in den letzten Jahren - ein Boom an ambulanten, nachbarschaftsorientierten Haushaltsgemeinschaften für Demente und Anderspflegebedürftige - zumeist in neuartiger Kombination mit Profi-Diensten, was nichts mehr zu tun hat mit dem in der vergangenen Epoche der Moderne von den Profis gönnerhaft zugestandenen Ehrenamt.

Die Bürger haben also begonnen, zwischen dem privaten und dem öffentlichen Bereich den überholt geglaubten dritten Sozialraum der Nachbarschaft wieder zu entdecken, der menscheitsgeschichtlich immer schon speziell für den überdurchschnittlichen Hilfebedarf existiert hat. Diese neue, zivilgesellschaftliche Nachbarschaftsbewegung, die noch kein Bewusstsein ihrer selbst hat, besteht einerseits aus unbezahlten Bürgern, zum anderen aber auch aus solchen, die sich z. B. in Grundpflege fortbilden lassen und dafür Geld nehmen, sich also einen Teil ihrer Sozialabgaben zurückholen; hier entsteht der neue Typ des Bürgers als sozialem Zuverdiener im Nebenamt in den unterschiedlichsten Variationen. Als ob sich die menscheitsgeschichtliche Tatsache wiederbelebe, dass Helfen primär immer Sache der Bürger sei, wozu Profis stets nur ergänzend hinzutreten können, wo die (technische) Kompetenz der Bürger an Grenzen stößt - die Wiederherstellung der mehr oder weniger zeitlosen Priori-

sierung des Helfens am Ende der Ausnahmesituation der bloß 100-jährigen Moderne und zugleich die Widerlegung des in den Medien immer noch kolportierten, einseitig nur an Selbstbestimmung orientierten Menschenbildes. Es scheint so, als ob die Bürger spürten, dass die bisherige Überprofessionalisierung sie in die Unterlastung der Teilhabe an sozialen Lasten, an Bedeutung für Andere hineingetrieben hätte, was Auslastung und damit Gesundsein verhindert und was Psycho-Profis marktgesteuertexpansiv nutzen, um sie als behandlungsbedürftige psychisch Kranke umzudeuten und auszubeuten. Diese fälschlich als therapie-bedürftig etikettierten Befindlichkeitsstörungen nicht alten, sondern neuen Typs nehmen inzwischen noch mehr zu als die Zahl der Alterspflegebedürftigen und werden bald überall die häufigste Ursache für Krankenschreibungen und Fehlzeiten darstellen und damit die Kostenkrise dramatisch verschärfen. Die meisten Störungen dieser Art wären hinfällig, wenn die so Etikettierten ihre sinnlos vagabundierenden Gefühle in soziale Aktivitäten erden, durch Übernahme von Lasten am Lastenausgleich teilnehmen würden, um hinreichend Bedeutung für Andere zu haben - zwar nicht zuviel, aber auch nicht zu wenig davon. Auch diesen Zusammenhang scheinen die Bürger in der neuen Nachbarschaftsbewegung zu ahnen und sich daher um eine bessere Auslastung zu kümmern.

Mancherorts ist hierfür bereits eine gewisse Systematik zu erkennen. So haben die Bürger des Landkreises Schwandorf/Bayern ihr Hilfesystem in drei Ebenen organisiert: Auf der ersten Ebene sind fast ein Viertel der Bürger in 40 Krankenhilfevereinen, angelehnt an die Kirchengemeinden, organisiert, zuständig für das unbezahlte Helfen im nachbarschaftlichen Nahbereich. Auf der zweiten Ebene gibt es 4 andere Vereine für solche Bürger, die sich fortgebildet haben und für ihr Helfen Geld nehmen. Und auf der dritten Ebene sind die pflegenden Profis in vier Sozialstationen froh über diese Entwicklung, da sie nun sich auf diejenigen Tätigkeiten konzentrieren können, für die sie allein die erforderliche Kompetenz besitzen.

Die politisch Verantwortlichen aller Parlamente sind also gut beraten, sich auf den ja durchaus wichtigen Kostenaspekt nicht einzuengen, sondern diesen einzubetten in die vollständige Wahrnehmung des gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarfs und der gesamtgesellschaftlichen Hilferessourcen. Dann muss ihre Priorisierung, wenn sie von den Fakten ausgehen und rational sein will, von der Zeit-Solidarität der Bürger ausgehen. Dann gilt es, die neue zivilgesellschaftliche Nachbarschaftsbewegung, an der sich auch zunehmend die Männer beteiligen, als Basis des Hilfesystems zur Kenntnis zu nehmen, sie zu einem Selbstbewusstsein zu bringen und sie mit entsprechenden Anreizen zu fördern. Das muss freilich schon damit beginnen, sie nicht stattdessen fortlaufend zu behindern, was dadurch geschehen ist, dass sämtliche Gesundheitsreformgesetze seit 25 Jahren einseitig nur die (kostentreibende) Marktsteuerung zu Lasten der Solidaritätssteuerung des Helfens gestärkt haben. Denn auf der Basis solcher kontraproduktiven Gesetze erfolgt es seit Jahren ständig, dass

Verwaltungs- oder Sozialgerichte in allen Bundesländern sinnvolle solidaritäts- und gemeinwohlorientierte Konzepte zerschlagen müssen, auch wenn sie es eigentlich gar nicht wollten, weil irgendein Anbieter seine unternehmerische Berufsfreiheit eingeschränkt sieht, obwohl es von der Verfassung und vom Bundesverfassungsgericht her klar ist, dass unter den entsprechenden Voraussetzungen das Gemeinwohl gegenüber der Berufsfreiheit im Bereich des Sozial- und Gesundheitssystems höherwertig ist; wenn der Gesetzgeber dies doch nicht so zu verhindern versuchte, als wollte er die Ressourcen des Gemeinwohls und damit die Bindungskräfte der Gesellschaft selbst mutwillig zerschlagen, um die Bundesrepublik möglichst nur noch betriebswirtschaftlich zu betreiben.

In der Prioritätensetzung geht es also darum, die Solidaritätssteuerung mindestens so zu nutzen wie die Marktsteuerung des Helfens und in der Reihenfolge der Schritte mit ersterer zu beginnen. Eine solche Priorisierung hätte mit der Stärkung der Hilfebedarfsdeckungsressourcen der Familie anzufangen. Sie hätte anschließend alles zu tun, um die Eigenständigkeit und ressourcenorientierte Wirksamkeit der Nachbarschaft als Institution wiederherzustellen, und zwar in den beiden gleich wichtigen Varianten des unbezahlten wie des bezahlten Helfens der Bürger, wodurch allein die Kommunen wieder in die Lage kämen, ihre Daseinsfürsorgepflicht für alle Bürger wahrzunehmen. An dritter Stelle geht es um die gemeinnützigen Assoziationen, hier besonders um die Prüfung, ob die Wohlfahrtsverbände ihren gemeinnützigen Pflichten (advokatorische Funktion; Pflicht, vom nicht-marktfähigen Letzten auszugehen; Pflicht, die zivilgesellschaftliche Solidarität der Bürger zu stärken) nachkommen, da ihnen sonst die ohnehin durch die Europapolitik in Frage gestellte Gemeinnützigkeit zu entziehen ist, weil dann die Bürger wenigstens wüssten, dass sie wieder - wie vor 150 Jahren - allein für die Realisierung des Gemeinwohls verantwortlich sind. Und erst im vierten Schritt geht es um die jetzt fälschlich an die erste Stelle gesetzten Organisationsformen, die marktgesteuert entlang der monetären, nach unten wie oben offenen Kosten-Gewinn-Schraube operieren, ein Steuerungsmechanismus des Helfens, der in sich durchaus sinnvoll ist, nicht zuletzt im mehr technischen Bereich, freilich auch hier eingebettet in die Solidaritätssteuerung, da ohne diese Orientierung und Regulierung der Zwang zur Kostenminimierung und Gewinnmaximierung und insbesondere der Zwang zur Expansion und zum Wettbewerb nicht nur Kostensteigerung (man denke nur an den Gesundheits- im Gegensatz zum Krankheitsmarkt) unvermeidlich ist, sondern auch jede zivilgesellschaftliche Kooperation und alle (helfenden) Bindungen zwischen den einzelnen Bürgern als marktstörend und hinderlich beseitigt werden müssten. Erst wenn diese Gefahren gebannt sind, könnten wir innerhalb des gesamtgesellschaftlichen Bereichs des Helfens von sozialer Marktwirtschaft für das Segment des organisierten Gesundheits- und Sozialsystems sprechen. Weitergehende Schritte im Sinne des heutigen, nur einseitig auf die Kostenreduktion eingeeengten Diskurses der Priorisierung und der Allokation über das Maß hinaus, das immer schon galt, wären dann wahrscheinlich überflüssig.

Wem abschließend der zunächst naheliegende Einwand kommt, meine Überlegungen seien zwar ganz nette Visionen, jedoch unrealistisch, möge berücksichtigen, dass ich als langjähriger Praktiker im „Wachküssen“ nachbarschaftlichen Engagements argumentiere. Ich gehe also stets von nachprüfbaren lebenswirklichen Fakten aus, die es freilich weiterzuentwickeln gilt.

Daher, auch mein Appell, auch auf noch so selbstverständlich gewordene Voreingenommenheiten (Kostenkrise) zu verzichten und sich zunächst der gesellschaftlichen Gesamtwirklichkeit des Helfens - insofern auch: schlicht wissenschaftlich - auszusetzen.