6

Norbert Mappes-Niediek

Prävention und Rationierung

Anatomie einer fiktiven Politkampagne

Schon seit einigen Jahren liegt für die Gesundheitspolitik ein neuartiges, pragmatisches Konzept auf dem Tisch. In diversen Papieren ist es schon in den Rang einer Alternative zur üblichen Steuerung des Gesundheitswesens aufgerückt, so etwa im Bericht der Bundestags-Enquête-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung«. Dort erscheint es unter dem Titel »Globalsteuerung und Budgetierung«. Als politisches Programm ist dieses Konzept in den »Eckdaten für eine Strukturreform«[1] der GKV der SPD-Bundestagsfraktion vom März 1988 formuliert. Gelegentlich werden Konzepte wie dieses als Zeichen für einen »Paradigmenwechsel« in der Gesundheitspolitik gewertet.

Das Konzept sieht vor, daß auf der Basis einer umfassenden Bestandsaufnahme über Kapazitäten des Gesundheitssystems, die Versorgungs- und die Gesundheitssituation der Bevölkerung von den Parlamenten bestimmte Gesundheitsziele beschlossen werden, die mittels des Systems in einem bestimmten Zeitraum erreicht werden sollen. So könnte zum Beispiel der Bundestag das Ziel vorgeben, die Karieshäufigkeit bei Sechsjährigen bis zum Jahr 2000 zu halbieren. Ihr Vorbild haben solche Ziele in der Politik der WHO oder in der Verkehrspolitik anderer Länder; in Graz zum Beispiel hat der Stadtrat das Ziel formuliert, die Zahl der Verkehrsunfälle um einen bestimmten Satz zu senken. Solche Ziele werden üblicherweise mit Kampagnen verfolgt, die sich an das Verhalten des einzelnen richten, aber auch mit einer Art »Runden Tischen«. Das SPD-Konzept etwa sieht regionale »Gesundheitskonferenzen« vor, bei denen die Anbieter von Gesundheitsleistungen, die Krankenkassen und die staatlichen Gebietskörperschaften gemeinsam an der Erreichung eines politisch vorgegebenen Ziels arbeiten. Das Konzept hat viele Vorteile. Vor allem ermöglicht es, einem unkontrolliert vor sich hin wirtschaftenden System von außen etwas aufzugeben, ohne daß vorher die Strukturen dieses Systems völlig umgekrempelt werden. Alle früheren Konzepte gingen einen anderen Weg: Man wollte die zunächst die Strukturen revolutionieren und dann erst mit der eigentlichen Arbeit beginnen. Es wurde nichts daraus, weil die schwerste Aufgabe ganz am Anfang stand.

Aber auch aus dem neuen Konzept ist bis heute nichts geworden. In die breitere Öffentlichkeit ist es nie gedrungen, und selbst in fachpolitischen Kreisen wird es gar nicht mehr oder nur auf niedrigem Niveau diskutiert.

Das hat mehrere Gründe. Zum einen hat die Gesundheitsreform des Jahres 1988 die Kategorien der fachpolitischen Diskussion über Jahre festgelegt. Es geht, wie schon seit langem, um Selbstbeteiligung und neuerdings auch um Festbeträge. Solange die Gesundheitsreform immer wieder aktuelle Themen liefert, die zu verstehen die Öffentlichkeit vollauf beschäftigt ist, darf niemand darauf hoffen, daß grundsätzlichere Fragen diskutiert werden. Erst wenn in einigen Jahren eine abschließende Bilanz zu den Wirkungen des Gesetzes von 1988 möglich ist, können neue Konzepte wieder in die Diskussion kommen.

Zum zweiten scheint der »erste Schritt«, den das Konzept aufgibt, immer noch zu groß zu sein. Die starken Interessengruppen der Anbieter wünschen nicht gesteuert zu werden. Die SPD hat in Erwartung nahender Regierungsverantwortung ihre Ideenbörse geschlossen. Sie hat ein kleines Sortiment an Programmatik zusammengestellt, hält es feil und wartet auf Kunden. Eine neue Gesundheitspolitik ist nicht dabei; das hat schon Lafontaines Regierungsprogramm deutlich gezeigt. Es wäre auch viel verlangt von dieser Partei, wenn sie ein in den eigenen Reihen kaum andiskutiertes Konzept plötzlich in den Wahlkampf einführen wollte. Wahrscheinlich wußte nicht einmal die Bundestagsfraktion der vergangenen Legislaturperiode, was sie da eigentlich beschlossen hatte; umso weniger weiß es die neue.

Zum dritten birgt das Konzept eine Reihe von Problemen, die, wenn es auf den politischen Markt kommen sollte, hervorquellen werden wie die Übel aus der Büchse der Pandora. Als das Konzept im Frühjahr 1988 von der Bundestagsfraktion beschlossen wurde, hatte es einen bestimmten Zweck zu erfüllen: Es sollte klar machen, daß die SPD der kostenorientierten Gesundheitsreform der Regierung eine grundsätzliche Strukturreform vorzieht. Das Werk eines engagierten Referenten kam ihr da gerade recht. Ganz unabhängig von seiner eigenen Einstellung bot es jedem SPD-Politiker die Möglichkeit, in Diskussionen über Einzelfragen der Gesundheitsreform notfalls auf das Konzept der Fraktion zu verweisen. Weil es zu den gängigen Diskussionslinien querlag und über einen gewissen Abstraktionsgrad verfügte, war es vor Erörterung in der Tagespresse weitgehend geschützt. In der Diskussion zwischen Koalition und Opposition über die Gesundheitsreform spielte es nur mittelbar, als Alibi, eine Rolle. Seit der Kontext weggefallen ist, spricht kein Mensch mehr von epochalen »Eckwerten« der SPD-Bundestagsfraktion aus dem Jahre 1988.

Führen wir das Konzept also einfach einmal fiktiv in den tagespolitischen Diskurs ein! Das Verfahren hat den Zweck, Probleme des Steuerungskonzepts zu benennen, ohne es gleich einer umfassenden Kritik unterziehen zu müssen, die ja vernünftig nur vor dem Hintergrund möglicher Alternativen zu leisten wäre. Das Konzept eignet sich für ein Szenario außerordentlich gut, weil es einerseits den Ansatz zur Globalsteuerung geradezu idealtypisch vertritt, andererseits als politisches Papier nahe an die Kategorien der Gesetzgebung heranführt.

Als Basis für eine solche heuristische Szenerie, die Einführung des SPD-Konzepts in den politischen Streit in Bonn, müssen wir zunächst – ganz unrealistisch – annehmen, die SPD würde die Gesundheitspolitik zu einem ihrer Schwerpunkte im Bundestagswahlkampf 1994 machen, vergleichbar etwa den »Öko-Steuern« vor der Dezemberwahl 1990. Die Entscheidung darüber, was Schwerpunkt würde, fiele in einem relativ kleinen Kreis, einer Programmkommission, die sich vorwiegend aus Bonner Politikern und, falls da keine Personalunion bestünde, aus Emissären des Kandidaten zusammensetzte. Das Thema Gesundheitspolitik bekäme entsprechenden Stellenwert im Regierungsprogramm. Es würde ein Slogan dafür gefunden. Das Thema würde den Fachpolitikern entrissen und zur »Chefsache« des Kandidaten, der es gezielt mit zitierfähigen Sätzen ins Gespräch brächte. Für den Hausgebrauch müßte eine leicht faßliche Argumentationslinie entwickelt werden. Denn wenn die SPD die Gefahr vermeiden will, daß die Leitartikler (die meistens wenig von der Sache verstehen) sich ihren eigenen Reim auf das Konzept machen, muß sie es von vornherein in journalistische Kategorien präsentieren. Es sähe dann etwa so aus:

> Es geht einfach nicht an, daß wir soundsoviele Milliarden für die Gesundheit ausgeben, ohne daß wir gesünder würden. Überall wird den en, die mit öffentlichem Geld arbeiten, gründlich auf die Finger geguckt. Nur im Gesundheitswesen ist gar nicht klar, was es eigentlich bringt.
>
> Unsere Kinder haben schlechte Zähne. Wenn wir dreißig sind, haben wir es alle im Rücken. Kaum noch jemand schafft es, bis zur Pensionsgrenze voll zu arbeiten. Aber wir geben immer mehr Geld dafür aus, knifflige Diagnosen zu stellen, die keinem etwas nützen. Und wir schaffen immer raffiniertere Ausrüstungen an, die nur dazu dienen, das Leben von Todgeweihten um einige qualvolle Stunden oder Tage zu verlängern.
>
> Wir wollen gesünder werden. Dafür wollen wir uns Ziele setzen und ihre Erreichung kontrollieren. Das Gesundheitswesen soll aber insgesamt nicht teurer werden.

In der politischen Diskussion, die sich zu einem solchen SPD-Wahlkampfprogramm entwickelte, würde zunächst der behauptete Zusammenhang zwischen Mehrausgaben hier und Einsparungen dort auseinandergerissen.

Auf den Ruf nach Konkretion hin hätte die SPD den Entwurf eines Programms zur Kariesreduktion vorzuweisen, dem sie auf der anderen Seite ein griffiges Beispiel für eine unsinnige Dichte bei Herzzentren im ostwestfälischen Raum gegenüberstellte. Die SPD könnte nicht darauf bauen, daß beide, die Zähne und die Herzen, nun auch in dem von ihr erst hergestellten Zusammenhang diskutiert würden. Vielmehr würde die eine Seite »SPD für gesündere Zähne«, die andere Seite »SPD gegen Herzzentrum« titeln. In beiden Fällen muß die SPD nun je für sich schlüssig argumentieren können. Sie muß auch mit voller Überzeugung sagen können: Ein neues Herzzentrum wollen wir nicht, es ist zu teuer. Die SPD muß mit einem Thema, Karies, in die Offensive, mit einem anderen, Herzzentrum, in die Defensive gehen. Mit beiden Themen gerät sie flugs in bekannte Koordinatensysteme – hier »Ausweitung staatlicher Aufgaben«, dort »Leistungsabbau im Gesundheitswesen« – und findet dort vertraute Mitstreiter und altbekannte Gegner.

Neu an der Konstellation wäre, daß die Mitstreiter der SPD beim einen Thema ihre Gegner beim anderen würden. »Schluß mit immer neuen Herzzentren« würde auch von der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände gerufen, die bei teuren Kariesprogrammen ablehnend reagieren müßten. Niemand würde indes glauben, daß das Geld für ein gespartes Herzzentrum wirklich der Kariesprophylaxe zugute käme oder das Geld fürs Schulzahnarztprogramm tatsächlich bei Herzzentren geholt würde. Diesen Zusammenhang müßte die SPD in ihrer Argumentation immer neu herzustellen versuchen. Mit der Zeit hätte das nur noch eine propagandistische Funktion. Schließlich gelingt es der SPD ja auch so gut wie nie, mit der Union gleichzeitig über Jäger 90 und über Kindergeld zu streiten. Wer ein Interesse daran hat, beide Themen sorgsam auseinanderzuhalten, ist immer in der besseren Position.

Die Auseinanderreißung des SPD-Doppelkonzepts in der öffentlichen Diskussion wäre nicht einfach der Bösartigkeit des politischen Gegners oder dem Unverstand der Medien zuzuschreiben, sondern gleich in doppelter Hinsicht gerechtfertigt. Zum einen hätten Leistungsausweitung und Leistungsabbau ja auch in Wirklichkeit unterschiedliche Durchsetzungschancen, je nach dem, welche gesellschaftlichen Kräfte mitspielten und welche nicht. Zum anderen sind im einen und im anderen Falle die Ansprüche unterschiedlicher Menschen

berührt. Was als selbstverständlich zusammengehörig erdacht wurde, entpuppt sich im Streit als ein willkürliches Junktim.

Die SPD hätte sich einer Debatte über die Rationierung von Gesundheitsleistungen voll zu stellen. Mildernde Umstände für ihr begleitendes Kariesprogramm würde ihr dabei niemand zubilligen. Das ist allen Bonner Politikern, die über einen Instinkt verfügen, auch bewußt. Der zuständige Referent bestätigt es auf Nachfrage auch ausdrücklich. »Da will niemand ran« sind seine für solche schweren Fälle klassischen Worte.

Untersuchen wir im Folgenden das mögliche Schicksal der Herz- und der Zähnedebatte getrennt voneinander!

Bei den Gewerkschaften und in der Krankenkassenbürokratie stoßen Prophylaxeprogramme noch auf – matte und nicht immer ungeteilte – Zustimmung. Damit ist die Aufzählung der geborenen Befürworter eines möglichen Kariesprogramms auch schon am Ende. Bereits in der Ärzte- und Zahnärzteschaft überwiegt bei weitem das Mißtrauen. Zu nahe liegt die Gefahr von Status- und Einkommensverlust, wenn sich irgendwer außer den Medizinern für Gesundheit zuständig macht. Die Arbeitgeberverbände würden über ein umfassendes und teures Prophylaxeprogramm vermutlich dann mit sich reden lassen, wenn dessen kostensparende Wirkung unmittelbar garantiert wäre: wenn gleichzeitig Prothesen etwa überhaupt nicht mehr von der Kasse finanziert würden. Das Kariesprogramm ist hier nur ein Beispiel. Gewerkschaften, Kassenbürokratie, Ärzte und Zahnärzte würden aber wohl bei fast jedem Präventionsprogramm ähnlich reagieren. Bei Maßnahmen, die eng mit der Arbeitswelt zu tun haben, wäre die Unterstützung der Gewerkschaften stärker, bei anderen schwächer. Die Arbeitgeber wären zu gewinnen, wenn ein Programm meßbar und zuverlässig eine deutliche Senkung des Krankenstandes, eine Senkung der Kassenbeiträge oder eine Senkung der Kosten für Unfallrenten und Rehabilitationsmaßnahmen nach sich zöge. Das ist ein ganz anderer Maßstab als der, der dem SPD-Konzept zu Grunde liegt.

Nach Lage der Dinge müßte die SPD zur Rettung ihres Programms die Öffentlichkeit mobilisieren. Das würde auch dann nötig, wenn sie nach einem Wahlsieg über die gesetzgeberischen Möglichkeiten zu seiner Durchsetzung verfügte. Obwohl sie sich dabei festsitzender Ressentiments bedienen könnte – gegen Zahnärzte, Pharmaindustrie, Zigarettenlobby –, wäre das aus zwei Gründen kein leichtes Unterfangen. Zum einen erfüllen Präventionsprogramme selten die Bedingungen, die vielen anderen Gesundheitsthemen einen so hohen öffentlichen Aufmerksamkeitswert garantieren. Es ist zum Beispiel nicht möglich, »Mo-

nitor« oder dem »Stern« eine Geschichte über die Risiken von Rheumamitteln zu verkaufen, ohne eine Leiche zu präsentieren. Nur bei eindeutig »gift«-induzierten Gesundheitsschäden wird eine Ausnahme von dieser strengen Regel gemacht. Zum anderen werden Präventionsprogramme, wenn sie sich nur unter anderem auch an das persönliche Verhalten des einzelnen richten, zwiespältig aufgenommen. Ganz ohne Appelle an das Verhalten wird kaum ein Präventionsprogramm auskommen. Solche Appelle nehmen sich unter den gängigen Formen öffentlicher Ansprache des einzelnen, die allesamt, in Politik, Konsumwerbung oder Journalismus, schmeichelnd vorgeben, nur mit dem schönen, klugen, rationalen, rundum informierten Bürger zu tun zu haben, wie Anklagen und Vorwürfe aus. Das gilt besonders für Themen, die, anders als Aids, »alle angehen«. Es ist schwer, an das eigene Verhalten zu appellieren, ohne zugleich an das schlechte Gewissen zu rühren.

Unter den beschriebenen Umständen käme das große Präventionsprogramm, das der Bevölkerung nach dem SPD-Konzept zum Ersatz für eine relativ nutzlose Ausweitung von Diagnostik und Extremtherapie geboten werden soll, wahrscheinlich gar nicht zustande. Die Mechanismen der öffentlichen Diskussion oder nur der Geschäftsordnung des Bundestages würden es der SPD aber umgekehrt nicht möglich machen, nun im Gegenzug die vorgeschlagene Eindämmung von Herzzentren wieder zurückzunehmen. Dieser Vorschlag wäre in der Welt, und die SPD müßte auch zu ihm stehen. Die Debatte um den weiteren Ausbau von Herzzentren würde ganz anders verlaufen.

Eine Regierung, die Einrichtungen der Spitzenversorgung kappen und bestimmte teure Leistungen somit rationieren wollte, könnte mit freundlichem Interesse aller derer rechnen, die die Lohnnebenkosten senken wollen. Das wäre weniger deshalb so, weil man sich von der Rationierung einiger weniger teurer Leistungen eine so erheblich Kostendämpfungswirkung erwartete. Die wäre vermutlich auch gar nicht beabsichtigt. Vielmehr würde der kostentreibende Grundsatz der gesetzlichen Krankenversicherung, die medizinische Versorgung müsse »ausreichend« sein, außer Kraft gesetzt. Fortan wäre es dem Gutdünken von Regierungen oder der Konjunktur überlassen, was finanziert wird und was nicht. So etwa wäre das Kalkül der Arbeitgeberverbände. Sie würden eine solche Lösung, wenn sie im Rahmen eines umfassenden Steuerungskonzepts und von einer SPD-Regierung daherkäme, sicher nicht vorbehaltlos unterstützen, sondern die öffentliche Debatte aufmerksam beobachten, um sich an einem strategisch wichtigen Punkt einzuschalten: möglicherweise mit einem »Kompromiß«.

Die öffentliche Debatte über die Rationierung von Spitzenleistungen würde wahrscheinlich nicht mit den Argumenten geführt, die in den Sterbehilfe-Diskussionen mitgeschwungen haben: daß nämlich Behandlung alter Menschen auf Intensivstationen eh nur quäle, daß die viel billigere Naturheilkunde nicht nur sanfter, sondern auch erfolgversprechender sei als die »Apparatemedizin«. Eine schiefe Schlachtlinie, bei der in der Auseinandersetzung um das Herzzentrum die Vertreter der Schulmedizin auf der einen und die »Alternativen« auf der anderen Seite stünden, würde von allen Beteiligten sorgsam vermieden, weil die Diskussion darüber irrational und gar nicht kalkulierbar wäre. Wahrscheinlich würden sich beide Seiten ihrer Übereinstimmung versichern, daß extreme Medizin segensreich sei, aber leider nicht mehr bezahlt werden könne, weil es eben auch andere wichtige Aufgaben gebe. Würden aber Affekte gegen die Extremmedizin gar nicht mobilisiert, so müßte die Diskussion allein in den altbekannten Kategorien der Sozialabbaudebatten geführt werden – jedenfalls immer dann, wenn es nicht mehr gelänge, den Zusammenhang zum Kariesprogramm aufrechtzuerhalten. Es wäre eine defensive Auseinandersetzung für die Regierung: Sie müßte vor der Bevölkerung mit dem Ausdruck des Bedauerns vertreten werden, und als Trost würde nur die augenzwinkernde Anerkennung geboten, daß die SPD nun offenbar ihrer Klientel mehr zumute, als die CDU das gewagt hätte.

Die Gewerkschaften und die SPD-Mitgliedschaft selber würden sich vermutlich indifferent verhalten und erst sehr spät merken, was aus ihrem anfangs emanzipatorisch gemeinten Programm im Laufe der Zeit würde. Dann wäre es zu spät, noch Halt! zu rufen, denn vorher schon hätten sie ihren Teil dazu beigetragen, aufkeimenden Protest zu beruhigen.

Dafür würde sich ein Konflikt zwischen der Bundes- und der Regionalebene auftun. Dabei würde sich ein weiterer Schwachpunkt des SPD-Konzepts von 1988 erweisen. Die regionale Ebene spiegelt nämlich nicht einfach die Interessenkonstellationen im Bund wider. Das Projekt eines Herzzentrums in Detmold wird von allen Beteiligten dort in erster Linie als ein Stück Strukturpolitik betrachtet. Die lokalen Arbeitgeber sind daran viel stärker interessiert als an einer leichten Senkung der Lohnnebenkosten. Die »Gesundheitskonferenzen« auf regionaler Ebene, die ja eigentlich für den Ausgleich unterschiedlicher Interessen geschaffen waren, entwickelten sich zu pressure-groups, die dann von oben trefflich gegeneinander ausgespielt werden könnten. Alles in allem wären die Aussichten gut, daß eine SPD-Regierung sich mit einem Programm zur Rationierung bestimmter Gesundheitsleistungen durchsetzen würde. Im Bundestag würde vermutlich von allen

Seiten sehr häufig über »Ethik« gesprochen. Das hätte allein die Bedeutung zu signalisieren, daß die Verantwortlichen sich der Schwere ihrer Entscheidung durchaus bewußt seien und die Bevölkerung vor Mißbrauch der Macht sicher sein könne. Eine wirkliche Ethikdebatte käme kaum zustande.

Selbst wenn sie versucht würde, könnten die Gegner der Rationierung nur mit dem in diesen Jahren sehr schwachen Argument der Chancengleichheit operieren. Prinzipielles über Leben und Tod würde zur Debatte nicht zugelassen, denn es ginge ja nicht darum, ob jemand nun in hohem Alter noch am Herzen operiert werden dürfe oder nicht, sondern nur darum, ob die Kasse das bezahlt.

Parallel zur Einführung der Rationierung würde sich für die private Krankenversicherung ein enormer Markt eröffnen. Das Geschäft mit der Angst vor schwer vorstellbaren Risiken würde blühen. Sollte eine Illustrierte trotzdem den Fall eines rüstigen, aber armen Rentners präsentieren können, dem man wegen Erreichens der Altersgrenze das Dialysegerät wegnimmt, würde rasch Spendenbereitschaft mobilisiert und ein Notfonds eingerichtet.

Naiv ist jedenfalls die Vorstellung, durch Steuerung der Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung könne man die Entwicklung der Medizin beeinflussen, etwa in dem Sinne, daß sich die Wissenschaft nun stärker der Prophylaxe zuwende und den Extremtherapien weniger Aufmerksamkeit schenke. Zum einen ist die Medizin international, zum anderen würde die Spitzenmedizin auch im Inland vom wachsenden Markt der privaten Krankenversicherungen reichlich alimentiert. Selbst wenn dieses Ventil durch die Einführung einer allgemeinen Volksversicherung geschlossen würde, gäbe es eben mehr Zusatzversicherungen. Niemals hätte ein Gesetz Bestand, das den Bürgern maximale Behandlung auch dann vorenthielte, wenn sie selber für die Kosten aufkämen. Gegen mehr Grundgesetzartikel kann man mit einem einzigen Gesetz kaum verstoßen.

Das Herzzentrum würde also gebaut. Seinen Bedarf würde es sich schon schaffen. Es wäre ausschließlich für Privatpatienten da – jedenfalls solange es nicht in finanzielle Nöte geriete. Unter der Hand hätte sich das ganze schöne Konzept einer Umsteuerung im Gesundheitswesen folgerichtig in die schon zu Beginn der achtziger Jahre befürchtete Amerikanisierung verwandelt. Damals scheiterte der Vorstoß liberaler Ökonomen an SPD und CDU, der Damm hielt. Zustimmung zur Rationierung an irgendeiner Stelle wäre ein Dammbruch, und über kurz oder lang fiele das ganze Bollwerk.

Zwar ist der Einwand richtig, daß Rationierung immer schon stattfindet, weil Psychiatriepatienten zum Beispiel eben nicht ausreichend

versorgt werden. Aber deren Bedingungen unterliegen in gleichem Maße der aktuellen Konjunktur, gleich ob Herzzentren und Mayo-Kliniken gebaut werden oder nicht. Die Gewichte zwischen Basis- und Spitzenversorgung lassen sich ohne eine Veränderung der Dynamik medizinischer Forschung nicht verschieben. Eine vorsichtige Außensteuerung ist dafür zu schwach. Mächtig könnten Steuerungsimpulse nur werden, wenn sie von einem weitgehenden gesellschaftlichen Konsens über Werte ausgehen.

Selbst vor einem solchen Konsens wäre zu warnen. Eher läßt sich vorstellen, daß sich die Entwicklung der chemischen Industrie nach dem Mehrheitsinteresse richtet, die Umwelt zu retten. Im Gesundheitswesen könnte das Mehrheitsinteresse auch darauf gehen, Alte, Schwache und Behinderte, Minderheiten also, auszugrenzen.

Korrespondenzanschrift: Norbert Mappes-Niediek
Kronprinzenstr. 11
W-5200 Siegburg bei Bonn

Anmerkungen

1 SPD-Bundestagsfraktion (Arbeitskreis Sozialpolitik): Eckdaten eines sozialdemokratischen Konzepts zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Bo nn 4. März 1988.