

Kirche und Gesellschaft



Stephan Rixen

Gesundheit im Sozialstaat

Zukunftsfragen des Gesundheitswesens

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ thematisiert aktuelle soziale Fragen aus der Perspektive der kirchlichen Soziallehre und der Christlichen Sozialethik.

THEMEN DER ZULETZT ERSCHIENENEN HEFTE:

November 2018, Nr. 454: Bernhard Emunds

Beendet die Ausbeutung in der sogenannten 24-Stunden-Pflege!

Ethische Bemerkungen zu Arbeitsverhältnissen in deutschen Pflegehaushalten

Dezember 2018, Nr. 455: Gerhard Kruijff

Hat die kirchliche Soziallehre von Karl Marx gelernt?

Januar 2019, Nr. 456: Michael Vollstädt

Ökonomie und Theologie. Zur Sprache des neuen Managements

VORSCHAU:

März 2019, Nr. 458:

Arnd Küppers zum Themenbereich „Liberalismus und Christentum“

April 2019, Nr. 459:

Arnim Wildfeuer zum Themenbereich „Ethos Europa –
Idee einer europäischen Einigung“

Mai 2019, Nr. 460:

Peter Schallenberg zum Themenbereich „70 Jahre Grundgesetz“

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Straße 33

41065 Mönchengladbach

Tel. 0 21 61/8 15 96-0 · Fax 0 21 61/8 15 96-21

Internet: <https://www.ksz.de>

E-mail: kige@ksz.de

Redaktion:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

2019

© J.P. Bachem Medien GmbH, Köln

ISBN 978-3-7616-3285-7

Gesundheitsinfrastruktur im Sozialstaat: Räume der Selbst-Stärkung schaffen

„Der Schutz der Bevölkerung vor dem Risiko der Erkrankung ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Kernaufgabe des Staates“ (BVerfGE 123, 186 [242]). Was das Bundesverfassungsgericht mit diesem Satz auf den Punkt bringt, wird im Sozialgesetzbuch (SGB), das sich u.a. auch mit den gesundheitsbezogenen Sozialsicherungssystemen befasst, weiter entfaltet. Das Sozialrecht solle dazu beitragen, „ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, [...] die Familie zu schützen und zu fördern“ sowie „besondere Belastungen des Lebens [...] abzuwenden oder auszugleichen“ (§ 1 Abs. 1 Satz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I]). Es ist offensichtlich, dass bei der Verwirklichung dieser Ziele die Gesundheit eine zentrale Rolle spielt. Wer beispielsweise unter starken Schmerzen leidet, die durch eine geeignete Arzneimitteltherapie gelindert werden könnten, aber keinen Zugang zu den Medikamenten hat, weil ihm oder ihr die finanziellen Mittel zu deren Kauf fehlen, dessen bzw. deren Lebensqualität wird extrem beeinträchtigt. Eine Krankheit kann mithin die Entfaltung der eigenen Lebenspläne, aber auch das Zusammenleben mit anderen massiv belasten. Die Krankheit, die unbehandelt bleibt, obwohl sie behandelt werden könnte, wird zu einer Dauerbelastung des gesamten Lebens. Anders ausgedrückt: In Phasen der Krankheit und Gebrechlichkeit erfahren wir das „Fragment unseres Lebens“ (*Dietrich Bonhoeffer*). Das betrifft nicht nur lebensbedrohliche Erkrankungen, sondern gilt auch – obgleich nicht immer vergleichbar dramatisch – für die vielen kleinen oder größeren Beeinträchtigungen, die zur alltäglichen Last werden können. Die eigene Endlichkeit, Fragilität und Angewiesenheit wird spürbar.

Der Sozialstaat und das spezifisch auf soziale Fragen bezogene Sozialrecht kommen hier ins Spiel. Alles Wesentliche – auch bei der Gesundheitsvorsorge – geschieht nicht durch das Recht, aber das Recht kann einen Rahmen schaffen, in dem für das Wesentliche – die adäquate, vor allem medizinische Unterstützung kranker Menschen – ein geschützter Raum entsteht. Was bisweilen sehr abstrakt klingt – dass unsere Rechtsordnung sich der Würde des Menschen (Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz [GG]) und der Zugehörigkeitssicherung (vgl. Art. 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1 S. 1 GG: „sozial“) verpflichtet weiß – (sozial verweist auf das lateinische „socialis“, zusammen, zugehörig), wird hier konkret:

Wo Menschen ihre konstitutive Schwäche, ihre Fragilität und Angewiesenheit erleben,¹ muss das Recht „Anerkennungsräume“ organisieren, in denen das durch Krankheit (oder aus anderen Gründen) gefährdete Selbst Anerkennung findet und gestärkt wird.²

Soziale Infrastruktur – als Sammelbegriff für die Institutionen des Sozialstaats – gewährleistet Zugehörigkeit. Nach dem treffenden Wort *Charles Taylors* sind „die Institutionen [...] einer Gesellschaft [...] eine Art Sprache, in der ihre fundamentalen Ideen zum Ausdruck kommen.“³ Dass Arbeiter Ende des 19. Jahrhunderts Gesundheitsversorgung beanspruchen konnten, war nicht nur eine sanitäre Errungenschaft, sondern vermittelte ihnen – trotz aller fortbestehenden sozialen Ungleichheit – das Gefühl, dazu zu gehören, also ein Gegenüber zu sein, dem mit real erfahrbarer Wertschätzung zu begegnen ist. Im Sozialstaat, der auf real erfahrbare Wertschätzung (Anerkennung, Achtung) verpflichtet ist, erschöpft sich die Inanspruchnahme sozialer Infrastruktur also nicht in der technisch reibungslosen Deckung eines Bedarfs. Vielmehr kann die Nutzung sozialer Infrastruktur zugleich symbolisch-bewusstseinsbildend wirken, weil sie das Selbstwertgefühl desjenigen stärkt, der sie nutzt. Soziale Infrastruktur trägt so – in bescheidenem Umfang, aber immerhin – dazu bei, dass sich eine von Selbstachtung geprägte Identität ausbilden kann. Zugehörigkeit gewährleisten heißt demnach: Durch soziale Infrastruktur den Eigenwert der Person stärken. Diese idealerweise stillschweigend immer mitkommunizierte Wertschätzung macht soziale Infrastruktur aus.⁴ Die Pointe sozialer Infrastruktur liegt genau in diesem symbolischen Mehrwert.

Dies gelingt, weil in den Institutionen des Sozialstaats von der tatsächlichen wechselseitigen Anerkennung der Einzelnen abstrahiert und diese so auf Dauer gestellt wird, um situationsgerecht abrufbar zu sein. Sozialstaatliche Institutionen müssen von den Individuen abstrahieren, damit sie nicht zu sehr von deren schwankender tatsächlicher Bereitschaft, Anerkennung zu leisten, abhängen. Das bedeutet nicht, dass die individuelle Bereitschaft, Anerkennung (auch institutionenvermittelt) zu leisten, verzichtbar wäre. Sie ist eine vom Grundgesetz vorausgesetzte normative Erwartung (eine sog. Verfassungsvoraussetzung), ohne die sozialstaatliche Institutionen dauerhaft nicht funktionsfähig sind. Bildhaft ausgedrückt: Das Feuer wärmt nur so lange, wie es Menschen gibt, die wollen, dass es brennt, auch wenn sie das Brennholz nicht immer selbst nachlegen können.

Das Gesundheitswesen im Sozialstaat hat Teil an dieser allgemeinen Charakteristik des Sozialstaats.

Das Gesundheitssystem: Mehr als GKV und Pflege

Wie das Gesundheitswesen im Einzelnen organisiert ist, legt das Grundgesetz nicht fest. Die Ausgestaltung des Gesundheitswesens ist in inhaltlicher, organisatorischer und finanzieller Hinsicht vornehmlich Aufgabe des parlamentarischen Gesetzgebers. Soweit es um die Akutversorgung geht, hat sich in Deutschland im Wesentlichen seit Ende des 19. Jahrhunderts ein duales System der Gesundheitsversorgung durchgesetzt, das alle Brüche der neueren deutschen Geschichte zumindest der Grundstruktur nach überdauert hat. Von einigen Sondersystemen (etwa der sog. Beihilfe für Beamte) abgesehen, besteht das Gesundheitswesen vor allem aus einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer privaten Krankenversicherung (PKV). Während die GKV ca. 90% der Bevölkerung versorgt, sind knapp 10% der Bevölkerung in der PKV versichert.

Weitere Gesundheitssicherungssysteme kommen hinzu. Eine große Rolle spielt die Pflegeversicherung, die in den Worten des Bundesverfassungsgerichts eine „Pflegevolksversicherung“ (BVerfGE 103, 197 [224]) ist. Das soll besagen, dass praktisch die gesamte Wohnbevölkerung in den Schutz der Pflegeversicherung eingebunden ist, und zwar auch diejenigen, die privat versichert sind; insofern werden die Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) für die Verwirklichung der Ziele des Sozialstaats in die Pflicht genommen. Diese Inpflichtnahme der PKV für sozialstaatliche Zwecke lässt sich z.B. auch an der Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht im Krankheitsfall ablesen, die nicht nur die Krankenkassen (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V), sondern auch die privaten Versicherer betrifft (§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz [VVG]). Hinzu kommen zahlreiche weitere Gesundheitssicherungssysteme, die zum Teil als spezifische Solidargemeinschaft – als hauptsächlich beitragsgestützte Sozialversicherung – organisiert sind, zum Teil aber direkt und ausschließlich aus dem Staatshaushalt finanziert werden. Zu den gesundheitsbezogenen Zweigen der Sozialversicherung gehört etwa die gesetzliche Unfallversicherung (GUV, geregelt im SGB VII), die insbesondere die gesundheitlichen Folgen von Arbeitsunfällen kompensiert. Auch die gesetzliche Rentenversicherung (GRV, geregelt im SGB VI) ist, was häufig übersehen wird, nicht nur mit Fragen der Altersrente befasst – dort liegt in der Tat ihr Schwerpunkt –, sondern sie organisiert auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, soweit es um die Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit geht. Ein staatlich finanziertes System der Gesundheitsversorgung ist beispielsweise die Kompensation ge-

sundheitlicher Folgen schwerer Straftaten, die im Opferentschädigungsrecht (OEG) geregelt ist. Ein wichtiges Normenwerk, das der Koordination nicht aller, aber der wichtigsten gesundheitsbezogenen Sozialversicherungssysteme unter dem Aspekt der Rehabilitation und der Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen dient, ist das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX), das derzeit als Folge der Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) einen auf Jahre angelegten Reformprozess durchläuft.

Das Gesundheitswesen ist, dies wird deutlich, ein weites Feld. Auf unterschiedlicher Abstraktionsebene und mit unterschiedlich dicht dosiertem Detaillierungsgrad lässt sich das Design des Gesundheitswesens, in dessen Zentrum die GKV steht, analysieren. Akteure – Patientinnen und Patienten, Gesundheitsberufe, Kostenträger –, die Versorgungsinstrumente im Bereich der ambulanten, der stationären und der sektorverbindenden Versorgung und das komplizierte Geflecht der Finanzierungsmodi (einschließlich des sog. morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, eine Art Finanzausgleich der Krankenkassen) bilden je für sich Themen, die eine eingehende Betrachtung verdient hätten. Im Folgenden soll der Blick stellvertretend auf einige Bereiche gelenkt werden, in denen sich wichtige Zukunftsfragen des Gesundheitswesens stellen. Hierbei soll in erster Linie der Sinn für die Strukturen geschärft werden, die nötig sind, damit die Forderung nach menschenwürdigen Bedingungen der Gesundheitsversorgung möglichst effektiv umgesetzt werden kann.

Zur menschenwürdeadäquaten Struktur des Gesundheitswesens

Betrachtet man die Ausgaben für Gesundheitsleistungen, die durch den „Staat“ (einschließlich der Sozialversicherungsträger), von Privathaushalten und Unternehmen erbracht werden, dann wurden im Jahre 2017 jeden Tag mehr als eine Mrd. Euro ausgegeben; schätzungsweise wird sich der Gesamtbetrag der Gesundheitsausgaben im Jahre 2017 auf etwas mehr als 374 Mrd. Euro belaufen.⁵ Damit liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben bei gut 11% des Bruttonationalprodukts, was auch die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens vor Augen führt.

Damit wird zugleich klar: Gesundheitsversorgung ist ein Verteilungsproblem. Hinter der Fassade des positiven Rechts werden kleinere und größere Verteilungskämpfe geführt. Hierbei geht es zum einen um die Konkurrenz mit anderen finanzierungsbedürftigen sozialstaatlichen Aufgaben,

zum anderen um die interne Konkurrenz im Gesundheitssystem selbst, denn das verfügbare Geld muss auf Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, andere Gesundheitsberufe, die Arzneimittelunternehmen, die Apotheker, den Bereich der Gesundheitsprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Früherkennung von Krankheiten usw. verteilt werden.

Die argumentative Intensität, mit der die Verteilungskämpfe ausgefochten werden, und die Resultate, zu denen sie führen, sagen etwas darüber aus, welche Menschen mit welchem Bedarf an Hilfe und Unterstützung in unserem Gemeinwesen wichtiger oder unwichtiger sind als andere Menschen mit anderen Anliegen. So gesehen ist das Gesundheitswesen wie der gesamte Sozialstaat ein „Knappheitsverteilungssystem“⁶, in dem „Würdigkeitsdiskurse“ darüber geführt werden, wer der Hilfe und Unterstützung mehr bedarf als andere, anders ausgedrückt: wer sie mehr verdient hat als andere.⁷ In der Sozialpolitikgeschichte taucht die „altbekannte Sozialfigur des würdigen Armen“⁸ immer wieder auf. Immer geht es um die Frage, wer „würdig“ oder „unwürdig“ ist, staatliche Leistungen zu empfangen. Sie spielt heute etwa in Debatten darüber eine Rolle, wer welche Leistung im Rahmen von „Hartz IV“ (SGB II, Grundsicherung für Arbeitsuchende) verdient hat oder wem eine auskömmliche Gesundheitsversorgung zugutekommen soll; das reduzierte Behandlungsniveau, das im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) für Asylsuchende angeordnet wird (vgl. § 4 und § 6 AsylbLG), ist hierfür ein brisantes Beispiel.⁹

Wer in diesem – mit Auf- und Abwertungen verbundenen – Sinne als „(un)würdig“ gilt, hängt auch davon ab, wem es in einer konkreten politischen Konstellation gelingt, seine Interessen so darzustellen, dass ihnen bei der Verteilung knapper Ressourcen des Sozialstaats Vorrang zukommen muss. Im Vorteil sind die, die auf der Klaviatur politischer Kommunikation einschließlich der vielfältigen Formen des Lobbyings zu spielen verstehen. Dass Akteure versuchen, sich auch hinter den Kulissen Gehör zu verschaffen, ist in einer parlamentarischen Demokratie dem Grunde nach völlig legitim. Gleichwohl darf man nicht übersehen, dass die Chance, Interessen effektiv zu artikulieren, sehr ungleich verteilt ist. Soziale Ungleichheit ist *auch* eine Frage der immateriellen Ungleichheit, die sich darin zeigt, wie groß die Chance ist, sich öffentliche – mediale und politische – Aufmerksamkeit zu verschaffen. Ein Rechts- und Moralprinzip wie die Würde des Menschen – Gegenpol zu einer eindimensional verzweckten „(Un-)Würdigkeit“ – hat es nicht leicht, seine Orientierungskraft im Kräfteparallelogramm sehr handfester Inte-

ressen zu entfalten, wobei auch hier zu betonen ist, dass nicht das für eine Demokratie typische Nebeneinander konkurrierender Interessen das Problem ist, sondern, wem bei der Interessenartikulation Gehör geschenkt wird und wem nicht.

Umso wichtiger ist eine faire Gestaltung des Gesetzgebungsverfahrens, in der alle im vorparlamentarischen Raum ausgehandelten Lösungen idealerweise auf den Prüfstand gehören. Im Gesetzgebungsverfahren muss garantiert sein, dass möglichst viele Perspektiven beachtet werden, vor allem die Perspektiven jener Menschen, die krank oder pflegebedürftig sind. Es gibt eine Hierarchie der Wichtigkeiten. Im gesundheits- bzw. sozialpolitischen Alltag richtet sie sich, wie es scheint, zu oft nach der Agenda durchsetzungsstarker Akteure. So haben z.B. Logopädinnen, Sprachheiltherapeutinnen oder Hebammen an Vergütungszuwächsen tendenziell weniger Anteil, worin auch ein viel zu wenig bedachtes Moment struktureller Diskriminierung von Frauen liegt, die weit überwiegend in diesen Berufen (wie auch in Pflegeberufen) tätig sind.¹⁰ Es braucht mit anderen Worten einen ausgeprägten Sinn für den Wert menschenwürdeadäquater Versorgungsstrukturen im Wissen darum, dass Würde auch eine institutionenethische Dimension hat. Geboten sind daher organisatorische Vorkehrungen (z.B. Vorschriften des Vergütungsrechts), die auch den Interessen der nicht so mächtigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gerecht werden, denn das dient indirekt auch dem „menschenswürdigen Dasein“ (§ 1 Abs. 1 Satz 2 SGB I) von Patientinnen und Patienten.

Die Finanzierung menschenwürdiger Pflege

Die Verteilungsproblematik des Gesundheitswesens verschärft sich angesichts des demographischen Wandels. Er ist dadurch charakterisiert, dass immer mehr Menschen immer älter werden, so dass eine längere Lebenserwartung auch die Frage aufwirft, wie der gestiegene Bedarf finanziert und die steigende Menge leistungsberechtigter Menschen versorgt werden kann. Die Anhebung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung von 2,55% (2018) auf 3,05% (2019), für Kinderlose von 2,80% (2018) auf 3,30% (2019) zeigt, wohin die Reise geht (vgl. das Gesetz vom 17.12.2018, BGBl. I S. 2587). Parallel zu den älter und mehr werdenden Alten wachsen angesichts einer letztlich unverändert stagnierenden Geburtenrate keine Generationen in ausreichendem Maße nach, die sowohl als Finanziere als auch als Erbringer von Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen (Stichwort „Pflegenotstand“). Da nicht abzusehen ist, dass sich der Bedarf an Pflegepersonal vollständig de-

cken lassen wird, müssen sog. gemischte Betreuungsarrangements, die die Hilfe und Unterstützung der formellen, also professionellen Pflege mit jenen der informellen, meist familienbasierten Pflege besser verzahnen, ausgebaut werden. Nur bedarf es dazu eines neuen Verständnisses auch der Rolle der Kommunen, die bislang nicht zu Genüge erkennbar ist.¹¹

Wer bei einem durchschnittlichen Einkommen eine menschenwürdige Pflege im Alter erwartet, muss ungeachtet aller durch die „Pflegestärkungsgesetze“ der letzten Jahre bewirkten Verbesserungen mit der Sorge umgehen lernen, zum „Sozialfall“ zu werden. Die Pflegeversicherung garantiert keine Vollkostendeckung, sie ist bislang nur eine „Teilkaskoversicherung“. Derzeit werden im stationären Bereich („Pflegeheim“) häufig mehrere Hundert Euro monatlich aus eigener Tasche für Pflegeaufwendungen bezahlt, hinzu kommen aus dem eigenen Geldbeutel durchschnittlich ca. 1.100 Euro pro Monat zur Deckung der sog. Hotelkosten (Unterbringung und Ernährung im „Pflegeheim“).¹² Wo es an eigenen Mitteln fehlt und von erwachsenen Kindern – gleich, ob dazu verpflichtet oder nicht – die Kosten nicht von vornherein übernommen werden, tritt die Sozialhilfe ein, d.h. die Kosten werden dann durch die aus Steuermitteln finanzierte Sozialhilfe auf die Allgemeinheit abgewälzt, sofern ein Rückgriff bei Angehörigen rechtlich ausgeschlossen ist oder sich nicht verwirklichen lässt.

Das wirft Fragen danach auf, wie die Pflege (einschließlich Wohnung und sonstigen lebensnotwendigen Aufwendungen) künftig finanziert werden soll und welche Folgen es für das Humanitätsniveau eines Gemeinwesens hat, wenn am Ende des Lebens zahlreiche Menschen in der Sozialhilfe landen, obgleich sie, wie in den allermeisten Fällen, erwerbstätig gewesen sind. Die Idee der Eigenverantwortung, zu der auch gehört, für das eigene Leben Vorsorge – insbesondere durch Erwerbsarbeit – zu treffen, leidet, wo die ökonomische „Lebensleistung“ die Finanzierung der letzten Lebensphase nicht mehr zu decken vermag. So richtig es ist, dass das Thema „Altersarmut“ nicht überdramatisiert werden darf,¹³ so sollte man doch im Auge behalten, dass manche soziale Ungleichheit, die schon sehr früh im Lebenslauf grundgelegt ist (z.B. geringere Bildungschancen in bildungsferneren Herkunftsfamilien, sodann weniger qualifizierte und schlechter vergütete Erwerbsarbeit), sich am Lebensende mit besonderer Wucht auswirkt. Darauf hinzuweisen hat nichts mit Panikmache oder Alarmismus zu tun, wohl aber viel mit dem Anspruch des Sozialstaats, zu einem „menschenwürdigen Dasein“ (§ 1 Abs. 1 Satz 2 SGB I) beizutragen. Dazu gehört

auch, dass der Sozialstaat Entwertungserfahrungen am Lebensende möglichst vermeiden bzw. ihnen entgegenwirken muss, die aus einer Ungleichheit der individuellen Zahlungsfähigkeit resultieren, die das Individuum oft nur zu einem geringen Teil selbst verantwortet.

Gerade in beruflich erfolgreichen Milieus, die Erfolg an hohem sozialen Status und überdurchschnittlich hohem Einkommen messen, scheint der Sinn für die Erfolgsfaktoren, die nicht dem eigenen Verdienst zugeschrieben werden können, oft wenig ausgeprägt. *John Rawls*‘ „Theorie der Gerechtigkeit“ ist insofern eine einzige narzisstische Kränkung all derer, die unterschätzen, wie sehr ihre Berufsbiographie jenseits der eigenen Anstrengungen von den vielen Entwicklungschancen abhängt, die mit der Geburt schon da waren, von Glück, Zufall, gezielter Protektion und unverdienter (Be-)Förderung ganz abgesehen. Wie sähe ein Pflegesystem aus, das hinter *Rawls*‘ „Schleier des Nichtwissens“ konzipiert und realisiert würde, der unsichtbar macht, wie die eigene Zahlungsfähigkeit im Alter aussehen wird? Dies sollte (nicht nur) bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – auch bei der Frage, wie hoch Eigenbeteiligungen ausfallen sollten und ob eine (anteilige) Steuerfinanzierung der Pflege angezeigt ist – die entscheidende Kontrollfrage sein.

Gesundheitsversorgung und gleichwertige Lebensverhältnisse

Unter dem Aspekt der „gleichwertigen Lebensverhältnisse“ – zumindest ein starkes politisches Argument, dessen verfassungsrechtliche Qualität im Einzelnen umstritten ist – muss die Frage beantwortet werden, wie Menschen, die nicht in urbanen Zentren leben, sondern in sogenannten „Entleerungsgebieten“ (so die robuste Ausdrucksweise von Demographen), gesundheitlich versorgt werden. Hier wird möglicherweise schon bald die herkömmliche Doppelstruktur aus ambulanten und stationären Angeboten der Gesundheitsversorgung nicht mehr durchzuhalten sein. Die Krankenhäuser heutigen Zuschnitts sind keine „Krankenanstalten“ mehr, die auf der Basis der Unterbringung über Tag und Nacht nur stationäre Behandlungen durchführen. Im Gegenteil: Das neuere Gesundheitsrecht profiliert Krankenhäuser immer mehr als regionale Gesundheitszentren. Um den weiterhin wichtigen Kern stationärer Versorgung siedeln sich immer mehr Behandlungsoptionen an, die von der ambulanten über die teilstationäre bis hin zur vollstationären Behandlung zahlreiche Angebote der Gesundheitsversorgung kombinieren (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V: „Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär

när sowie ambulant erbracht.“). Ein in der Praxis verbreitetes Modell ist etwa die ambulante ärztliche Versorgung, die durch ein sog. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) organisiert wird, das an ein Krankenhaus angegliedert ist.

Die Verteilungskonflikte, die zwischen dem Bereich der niedergelassenen Ärzte und dem Bereich der Krankenhäuser bestehen, werden durch diese Entwicklung noch einmal verschärft. Hierbei muss man auch bedenken, dass die heute niedergelassenen Ärzte entsprechende Investitionen getätigt haben, die sie wirtschaftlich, gerechnet von der Gründung einer Praxis, ca. 25 bis 30 Jahre binden. Schon aus verfassungsrechtlichen Gründen wird eine harsche Umstellung des Versorgungssystems nicht möglich sein, denn die niedergelassenen Ärzte müssen im Hinblick auf ihre Berufs- und Eigentumsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 GG) eine Möglichkeit haben, die von ihnen getätigten Investitionen in einer den Lebensunterhalt auch im Alter sichernden Weise zu erwirtschaften. Schon aus Verhältnismäßigkeitsgründen wird ein Radikalumbau des Gesundheitssystems folglich nicht schnell gelingen können. Allerdings ist es wichtig, schon jetzt die Weichen für einen langfristigen Umbau des Systems zu stellen, der die Rolle der Krankenhäuser als regionale Gesundheitszentren, an die sich wiederum weitere, auch nicht ärztliche Angebote andocken können, weiter ausbauen wird.

Der Umbau ist mit Blick auf die personelle Situation unumgänglich. Demographischer Wandel ist für das Gesundheitssystem vor allem Fachkräftemangel. Er betrifft letztlich alle Gesundheitsberufe. Nicht nur im Arzt- oder Pflegeberuf gibt es einen Bedarf an Personal, auch – um nur ein Beispiel unter vielen zu nennen – in der Physiotherapie lässt sich der Bedarf an beruflichem Nachwuchs kaum decken. Die Bereitschaft, sich in selbständiger Praxis niederzulassen, nimmt zudem bei der nachwachsenden Ärztegeneration deutlich ab.¹⁴ Der „Ärztemangel“ wird schließlich durch eine staatlich aufgestellte Berufszugangshürde verschärft – immer noch in erster Linie die Abiturnote –, mit deren Hilfe sich die Ablehnung zahlreicher Bewerberinnen und Bewerber um einen Medizin-Studienplatz leichtgängig administrieren lässt, obgleich die Ausbildung der benötigten Ärztinnen und Ärzte durch ein ausreichendes Angebot an inländischen Studienplätzen gefördert werden könnte.

Die Folgen des demographischen Wandels dürften sich nur dann in den Griff bekommen lassen, wenn eine gezielte, angebotsverbindende Regionalisierung der Gesundheitsversorgung mit Planungs- und Finanzierungszuständigkeit, etwa nach dem Vorbild Skandinaviens oder Kana-

das, nicht weiter als Hirngespinnst abgetan wird. Es ist eine Binsenweisheit komparativen, insbesondere auch rechtsvergleichenden Arbeitens, dass institutionelle Arrangements nicht „eins zu eins“ von einem in das andere Land transferiert werden können. Gegen Pfadabhängigkeiten und organisationskulturelle Eigenheiten erzwungene *legal transplants* scheitern in aller Regel, weil es im Zielland zu „Abstoßungsreaktionen“, also zu Implementierungs- und Akzeptanzproblemen kommt. Die andernorts gemachten Erfahrungen können aber eine Anregung sein, darüber nachzudenken, wie es gelingen kann, unter stärkerer Einbeziehung auch kommunaler bzw. regionaler Entscheidungsebenen die Gesundheitsversorgung in Deutschland sicherzustellen.

Die Ärzteschaft sollte angesichts des demographischen Wandels die Stärkung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe nicht als Gefahr, sondern als Chance begreifen. Wo Ärztinnen und Ärzte über die bislang eher überschaubaren Optionen hinaus (vgl. insb. § 63 Abs. 3b und Abs. 3c SGB V) partiell auf heilkundliche Entscheidungsmacht zugunsten nicht-ärztlichen Personals verzichten, können sie ihre bisherige Arbeitslast sinnvoll reduzieren. Außerdem wird sich die Attraktivität der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe – abgesehen von einer wertschätzenden Vergütung – nur über eine Stärkung der Entscheidungsbefugnisse steigern lassen.

Patientenpartizipation im Gesundheitswesen

Das Gesundheitssystem, namentlich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), zeichnet sich dadurch aus, dass Patientinnen und Patienten bei Entscheidungen über die Frage etwa, welche Behandlungen angeboten werden, nicht wirkungsvoll beteiligt werden.¹⁵ Das Gremium, das unterhalb der Ebene des parlamentarischen Gesetzgebers für die Feinprogrammierung der Inhalte der Behandlungsansprüche sorgt, der sog. Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA, vgl. § 91 SGB V), ist ein Gremium, in dem die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Leistungserbringer Stimmrecht haben. Die Vertreter der Patientenseite haben ein solches Stimmrecht nicht, immerhin dürfen sie mitberaten. Zwar gibt es auf Krankenkassenebene Vertretungen (auch) der Versicherten („Selbstverwaltung“). Sie haben aber angesichts der heute nur noch geringen Gestaltungsspielräume der Krankenkassen kaum Einfluss auf die Definition der Behandlungsinhalte.

Für die Legitimation und Akzeptanz des Gesundheitswesens bzw. seines wichtigsten Teilsystems, der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV), wird es wichtig sein, die Patientensichtweise stärker auch in die Entscheidungen über die Inhalte von Behandlungsansprüchen einzubeziehen. Dabei darf nicht verkannt werden, dass Behandlungsentscheidungen Fachwissen voraussetzen. Das kann ärztliches, das kann pharmakotherapeutisches oder das kann beispielsweise auch physiotherapeutisches Fachwissen sein. Es kann durchaus Situationen geben, in denen verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen und es der Patientin oder dem Patienten überlassen werden kann, aus einem Segment verschiedener Angebote auszuwählen. Wer das Prinzip der Patientenselbstbestimmung konsequent zu Ende denkt, muss ihm auch im Rahmen der GKV, wenn es um die Inhalte der Leistungsansprüche geht, zur Geltung verhelfen.

Das bisherige System der sog. Richtlinien, die der Gemeinsame Bundesausschuss erlässt, eröffnet solche individuellen Entscheidungsfreiräume kaum; eine Einschätzungsprärogative des Patienten bzw. der Patientin erkennt es gerade nicht an. Der Patienteneinfluss könnte durch stärkere Präferenzrechte gestärkt werden. Es geht um ein Recht auf Durchsetzung patientenspezifischer Präferenzen einschließlich des Rechts, über die Verwendung der ökonomischen Mittel, die für die eigene Behandlung gedacht sind, stärker als bislang mitzubestimmen. Ferner müsste die Patientenvertretung im Rahmen des G-BA gestärkt werden. Alternativ oder kumulativ ist überdies zu prüfen, ob die Stärkung der Selbstverwaltung auf Ebene der Krankenkassen nicht ein Weg sein könnte, den Präferenzen der Patienten besser gerecht zu werden. Die Idee der Selbstverwaltung als Instrument, Patienteninteressen in ihrer Pluralität besser abzubilden, müsste dazu wiederbelebt werden.¹⁶ Auch gemessen an der Subsidiaritätsidee wäre dies eine vernünftige Erwägung, denn so könnten die stark zentralistischen Tendenzen des Gesetzgebers bei der Entscheidung über die Inhalte der Behandlung durch institutionelle Vorkehrungen relativiert werden, die „näher dran“ sein sollten an der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten.

Sozialstaat heute: Säkularisierte Barmherzigkeit oder Ort des Glaubens?

Der Sozialstaat in Deutschland ist ideengeschichtlich ohne die christlichen Konzepte von Barmherzigkeit und Nächstenliebe nicht vorstellbar. Das bedeutet zwar nicht, dass der Sozialstaat nur im Lichte des Christentums mit seinen unterschiedlichen konfessionellen Akzenten verstanden werden kann. Aber wie sehr der Sozialstaat in Deutschland auch von den kulturellen Ressourcen des katholischen und protestanti-

schen Christentums lebt, verdeutlichen unter den vielen Orten christlich geprägter Gesundheitsvorsorge vor allem die Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft.¹⁷

Kirchliche Krankenhäuser sind Teil der gesundheitsversorgenden Infrastruktur des Sozialstaats, der für das Funktionieren der Gesundheitsversorgung eine generelle Gewährleistungsverantwortung trägt. Zugleich sind kirchliche Krankenhäuser Symbole religiöser Relevanz, die über die Tatsache, Funktionselement einer sozialstaatlichen Infrastruktur zu sein, deutlich hinausweisen; Krankenhäuser sind in dieser Perspektive sehr handfeste Orte immanenter Transzendenz. Nach dem Selbstverständnis der Kirchen sind Caritas und Diakonie gleichsam schon immer da gewesen. Caritas und Diakonie verdanken sich nicht der Erfindung des modernen Wohlfahrtsstaates, der unter dem Grundgesetz als „Sozialstaat“ bekannt ist (vgl. Art. 20 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 Satz 1 GG). Caritas und Diakonie sind wesentlicher Teil des kirchlichen Selbstverständnisses, eine Äußerungsform des Glaubens. In den Worten des Bundesverfassungsgerichts: „Christliche Organisationen und Einrichtungen versehen die Aufgabe der Krankenpflege daher im Sinne einer an christlichen Grundsätzen ausgerichteten umfassenden medizinischen, pastoralen und seelsorgerlichen Behandlung und verwirklichen damit Sendung und Auftrag ihrer Kirche im Geist ihrer Religiosität und im Einklang mit dem Bekenntnis“; es geht um „tätige Nächstenliebe“ (BVerfGE 137, 273 [310]).

Unter den säkularen Vorzeichen eines pluralistischen Gemeinwesens ist ein dezidiert christliches Verständnis lediglich ein Zugang – nicht der einzige – zum Sinn von Gesundheitsvorsorge. Aber nur eine unhistorische Betrachtung kann die starken Prägekräfte übersehen, die vom Christentum, nicht zuletzt von der katholischen Soziallehre als wohl wirkmächtigster und differenziertester Konfiguration sozialen Denkens in christlichem Kontext, auch im Gesundheitswesen ausgehen. Sie bilden Humanitätsreserven ungeachtet der Kritik an und der Entfremdung von der sichtbaren Kirche, wie sie zur Signatur der Gegenwart gehören. Der säkulare Sozialstaat lebt von ideellen Voraussetzungen, die er nicht ignorieren darf, wenn er seine Humanität bewahren will.

Zugleich müssen sich die Kirchen immer neu fragen, wie und wo sie im sozialstaatlichen Gesundheitswesen ihr Proprium zur Geltung bringen. Die zentrale Botschaft des Christentums, sein bleibendes Skandalon, ist ein anderer Umgang mit dem Tod, d.h. mit der Endlichkeit des Lebens, seinem „fragmentarischen Charakter“ (*Dietrich Bonhoeffer*). Kreuz und Auferstehung verändern das gesamte „Lebensfragment“ (um noch ein-

mal *Bonhoeffer* zu zitieren). Wo die Grund- und Grenzfragen menschlichen Lebens, Leidens und Sterbens zur Sprache kommen, ist kirchliches Engagement im Gesundheitswesen unverzichtbar. Aber an welchen Orten unseres Gesundheitswesens werden *heute* Fragilität, Endlichkeit und Hinfälligkeit besonders erfahrbar? Wo muss die Botschaft vom mitleidenden Gott, der das Leiden nicht bagatellisiert, sondern kennt und überwindet, *heute* besonders präsent sein? Was sind *heute* relevante Orte glaubender Gesundheitssorge? Um der Lebendigkeit des Glaubens willen dürfen die kirchlichen Dienste und Einrichtungen im Gesundheitswesen den nötigen Reformprozessen nicht ausweichen. Entscheidend kommt es hierbei auf jenes zu Selbstkritik und Veränderungsbereitschaft ermutigende Gottvertrauen an, für das schon *Ignatius von Loyola* die passenden Worte gefunden hat: „Handle so, als ob alles von dir abhinge, in dem Wissen aber, dass in Wirklichkeit alles von Gott abhängt.“

Anmerkungen

- 1 Stephan Rixen, Gestaltung des demographischen Wandels als Verwaltungsaufgabe, in: Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer (VVDStRL) 74 (2015), 293-350, hier: 303 ff., 306 ff., 342.
- 2 Stephan Rixen, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – ein interdisziplinäres Thema im rechtlichen Fokus, in: Recht der Jugend und des Bildungswesens (RdJB) 66 (2018), 238-242, hier: 241 f.
- 3 Charles Taylor, Hegel, Frankfurt/M., 1983, 500; vgl. allgemein zu den Impulsen des Hegel'schen Denkens für das Verständnis des Sozialstaats Hans Michael Heinig, Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit. Zur Formel vom „sozialen“ Staat in Art. 20 Abs. 1 GG, Tübingen 2008, 232 ff.
- 4 In Anlehnung an Axel Honneth, Das Recht der Freiheit. Grundriß einer demokratischen Sittlichkeit, Frankfurt/M. 2011, 81, 86, 88 f., 108 ff., insb. 111, 221 ff.; siehe ferner Axel Honneth, Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, erw. Ausg., Frankfurt/M. 2003.
- 5 Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 50 vom 15.02.2018 (www.destatis.de, abgerufen am 30.01.2019).
- 6 Stephan Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht – am Beispiel des Leistungserbringerrechts der gesetzlichen Krankenversicherung, Tübingen 2005, 61.
- 7 Stephan Rixen, Fordern oder Fördern? Rechtliche Grenzen der Arbeitsmarktpolitik durch Sanktionen, in: Vodafone Stiftung Deutschland (Hrsg.), Wege aus dem Abseits: Sanktionen und Anreize in der Sozialpolitik, Düsseldorf 2011, 32-

-
- 57, hier: 37f. (www.vodafone-stiftung.de/uploads/tx_newsjson/transmission_05_02.pdf, abgerufen am 30.01.2019).
- 8 Christoph Sachße/Florian Tennstedt, *Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus – Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*, Bd. 3, Stuttgart u.a. 1992, 249.
 - 9 Lars Hillmann, *Rechtlicher Rahmen der Gesundheitsversorgung ausländischer Kinder und Jugendlicher unter besonderer Berücksichtigung psychischer Erkrankungen*, in: *Recht der Jugend und des Bildungswesens (RdJB)* 66 (2018), 313-329.
 - 10 Stephan Rixen, *Physiotherapeuten, häusliche Krankenpflegerinnen, Hebammen & Co.: Mehr Vergütungsgerechtigkeit in der GKV für die vergessenen Gesundheitsberufe*, in: *Soziale Sicherheit (SozSich)* 63 (2014), 77-81.
 - 11 Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, *„Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten“ – Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung*, Bundestags-Drucksache 18/12840 vom 21.06.2017, 59-243, hier: 166 f. (<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/128/1812840.pdf>, abgerufen am 30.01.2019).
 - 12 Heinz Rothgang/Rolf Müller, *Pflegereport 2018*, hrsgg. v. der BARMER, Berlin 2018, 93 f. (www.barmer.de, abgerufen am 30.01.2019).
 - 13 Georg Cremer, *Deutschland ist gerechter, als wir meinen – Eine Bestandsaufnahme*, München 2018, 225-229.
 - 14 Stephan Rixen, *Art. 12 Abs. 1 GG als Grundrecht der Vertragsärzte: Effektive Gewährleistung oder „zahnloses“ Versprechen?*, in: *Medizinrecht (MedR)* 36 (2018), 667-675.
 - 15 Stephan Rixen, *Rationierungen im Leistungsrecht*, in: *Mattias G. Fischer/Stephan Meyer (Hrsg.), Gesundheit und Wirtschaftswachstum – Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin*, Berlin/Heidelberg 2010, 51-61, hier: 55 f.
 - 16 Stephan Rixen/Eva Welskop-Deffaa (Hrsg.), *Zukunft der Selbstverwaltung. Responsivität und Reformbedarf*, Wiesbaden 2015.
 - 17 Stephan Rixen, *Katholische Krankenhäuser im Kontext des staatlichen Rechts*, in: *Marianne Heimbach-Steins/Thomas Schüller/Judith Wolf (Hrsg.), Katholische Krankenhäuser – Herausgeforderte Identität*, Paderborn 2017, 43-67, hier: 44.

Der Verfasser

Prof. Dr. iur. Stephan Rixen ist Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth.