

dieser Wahl ergibt sich ein interessantes Bild: 60 Prozent der aktiven Katholiken („Regelmäßige Kirchgänger“) und 20 Prozent der passiven Katholiken („Seltene Kirchgänger“) wählten die ÖVP, 19 Prozent der aktiven und 40 Prozent der passiven Katholiken gaben der SPÖ ihre Stimme, 13 Prozent der aktiven und 24 Prozent der passiven Katholiken wählten die FPÖ. Die Grünen wurden von fünf Prozent der aktiven und sieben Prozent der passiven Katholiken gewählt, für das „Liberales Forum“, das unter anderem gegen das Pflichtfach Religion in den Schulen und für die Erlaubnis der Ehe für Homosexuelle eintritt, entschieden sich nur ein Prozent der aktiven und sieben Prozent der passiven Katholiken.

Aus dieser Untersuchung scheint hervorzugehen, daß die Katholiken in Österreich bisher relativ resistent gegenüber dem Phänomen Haider waren. Konflikte zwischen der FPÖ und der Kirche, bzw. katholischen Organisationen entzündeten sich in der Vergangenheit vor allem in der *Ausländerfrage*. In diesem Problemkreis kam es zu scharfen Auseinandersetzungen, in die auch Amtsträger der Kirche wiederholt eingriffen. Alles andere als zufällig ist in diesem Zusammenhang gewiß der Umstand, daß von Briefbomben-Attentaten auch eine ganze Reihe kirchlicher Einrichtungen heimgesucht wurden, so z.B. der in Flüchtlingsfragen besonders engagierte Pfarrer *August Janisch* aus Hartberg in der Oststeiermark, die Flüchtlingsberatungsstelle der Diözese Feldkirch in Dornbirn, sowie das Stift Wilten in Tirol, das einer ganzen Reihe von Flüchtlingen, die wieder abgeschoben werden sollten, Asyl bietet.

Am Tag nach der Wahl, als bei Sozialdemokraten und Christdemokraten der Schock über die Niederlage noch nicht überwunden war, meldete sich überraschend der Diözesanbischof von Gurk-Klagenfurt, *Egon Kapellari*, zu Wort. Er stellte fest: „Die Dinge lösen einander ab und zahlen so den Preis für ihre Unvollkommenheit“, hat Heraklit, einer der frühesten griechischen Philosophen, gesagt, und dazu das ge-

flügelte Wort ‚Alles fließt‘. Beides gilt auch für die Politik. Die Sieger von gestern sind oft die Verlierer von heute oder morgen oder umgekehrt. Nach einer politischen Wahl, die – wie neustens in Österreich – Macht, und das heißt Verantwortung, in erheblichem Maß neu verteilt hat, sollte man dies nicht vergessen. Der Souverän ist hier

schon längst nicht ein Kaiser oder König, sondern das Volk.“

In einem Land wie Österreich, in dem die Bischöfe erfreulich zurückhaltend mit politischen Stellungnahmen sind, war diese Aussage überraschend. Sie traf aber genau den Punkt inmitten der Verwirrung unmittelbar nach dem Wahltag.

F. C.

Gesundheitswesen: Reformvorschläge der EKD

In einer über neunzig Seiten starken Studie mit dem Titel „Mündigkeit und Solidarität“ analysiert die Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für soziale Ordnung die gegenwärtige Malaise im Gesundheitssystem. Die Denkschrift benennt wichtige Kriterien und Orientierungspunkte für umfassende und sehr grundsätzlich angelegte Reformen.

Machtkämpfe zwischen Ärzteschaft, Krankenversicherungen und politisch Verantwortlichen, die mit mehr als fragwürdigen Mitteln ausgetragen werden, gehören ebenso dazu wie die wachsende Verbreitung alternativer Behandlungsmethoden aus verschiedensten Kulturkreisen oder auch die zunehmende Zahl von Selbsthilfegruppen und Hospizeinrichtungen – all diese Symptome bekräftigen eine Diagnose, die schon vielfach gestellt wurde und kaum umstritten ist: das deutsche Gesundheitssystem kränkt nicht nur, es ist ziemlich angeschlagen.

Linderung vielleicht in einzelnen Punkten, aber noch lange keine Heilung brachten das Gesundheitsreformgesetz von 1988 und das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992. Der Aufforderung des Gesundheitsministers, die gesellschaftlichen Gruppen sollten sich an der Diskussion für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems über das Jahr 2000 hinaus beteiligen, folgte auch die EKD. Ende September veröffentlichte sie eine von der *Kammer für soziale Ordnung* erarbeitete Denkschrift zur Umstrukturierung des Gesundheitswesens.

Bereits der Titel der Studie enthält die beiden zentralen Gedanken beziehungsweise die daraus resultierenden Forderungen: „Mündigkeit und Solidarität“. Soll das deutsche Gesundheitswesen wirklich zukunftsfähig bleiben, müssen Reformen sehr grundsätzlich ansetzen: bei der strukturell bedingten Entmündigung, Fremdbestimmung und verlorengegangenen Eigenverantwortlichkeit des Patienten und den im gegenwärtigen System angelegten Entsolidarisierungstendenzen. Ihr Hauptaugenmerk richtet die EKD-Studie dabei auf die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung, denn, so die Autoren, immerhin seien rund neunzig Prozent der Bevölkerung in diese Versicherung einbezogen.

Die Entwicklung des modernen Medizinbetriebes, des gegenwärtigen Gesundheitswesens und des Krankenversicherungssystems ist durch zahlreiche Ambivalenzen, gar Dilemmata gekennzeichnet, wie die Analyse der Experten der EKD-Kammer zeigt: Mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung hätten zwar breitere Bevölkerungsschichten erst-

mals gesicherten Zugang zu ärztlicher Behandlung erhalten und seien damit durch Inanspruchnahme von Spezialisten nicht mehr auf die notgedrungene Selbstbehandlung angewiesen. Zwangsläufig habe dies jedoch auch zum „Verlust der Eigenkompetenz“, zur Verdrängung des Selbsthilfepotential, zu einem Gefühl des Ausgeliefertseins und der Unmündigkeit beim Patienten und Versicherten geführt.

Mit dem Fachbegriff der „Medikalisierung“ erläutert die Denkschrift den durch Verlust der Eigenkompetenz ausgelösten überaus problematischen Mechanismus: Sorge und Fürsorge für die eigene Gesundheit werde der Kompetenz der Ärzte anvertraut. Dies gehe zugleich einher mit der Vorstellung, „für jede Unpäßlichkeit und für jede Krankheit müsse das Gesundheitssystem als Reparaturbetrieb eine befreiende Lösung bereitstellen“. Letzteres aber wird immer mehr durch ein sicherlich hocheffizientes *Spezialistentum* geprägt, das jedoch mit hohen Verlusten in der humanen Dimension der Medizin erkaufte werden muß.

Technisch Mögliches im Dienst des Menschlichen

Das wesentlich auf ein hohes Maß an *Eigenverantwortlichkeit* und die Berücksichtigung des Prinzips der *Subsidiarität* angewiesene solidarische Sicherheitssystem kommt aber auch an vielen anderen Stellen an seine Grenzen: Der Versuchung der Versicherten, sich möglichst großzügig zu bedienen, werde dadurch Vorschub geleistet, daß sich die finanziellen Angelegenheiten hinter ihrem Rücken zwischen Ärzten und Krankenkassen abspielten. Ein Problembewußtsein der Versicherten für Kosten und Verteilung könne so erst gar nicht entstehen. Versucht werden auch die Ärzte, die nicht nur die alleinige Definitionsmacht über Gesundheit und Krankheit, sondern eben auch die über den Umfang ihrer eigenen Leistungen hätten. So erzeugten zahlreiche Faktoren auf seiten der Patienten wie der Anbieter, von den Apothekern bis zu den

Ärzten einen „ständigen Druck in Richtung Mengenausweitung“.

Auch bezüglich des medizinischen Forschens und Fortschritts gerate ein solidarisch verfaßtes Gesundheitswesen an die Grenzen seiner Belastbarkeit: Werde jedem Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht auf optimale gesundheitliche Hilfe eingeräumt, entstehe zugleich der Druck, jede neue Entwicklung alsbald allen zugänglich zu machen. Dabei sei es jedoch ein Spezifikum medizinischer Innovationen, daß es selten zu spürbaren Rationalisierungseffekten komme. Ganz im Gegenteil würden Einsatzmöglichkeiten geschaffen, die es vorher nicht gab und die ihrerseits neuen Aufwand erforderlich machten. Ein Ende dieser „Spirale steigenden Wissens und steigender Kosten“ sei, so die Einschätzung der EKD, nicht absehbar, der technisch-wissenschaftliche Fortschritt im Gesundheitswesen aber stehe damit vor immer drängenderen *sozialpolitischen und -ethischen Herausforderungen*.

Eine Antwort auf die Frage, ob alles, was machbar ist, auch verfügbar gemacht werden müsse, habe dabei nicht nur die Belastbarkeit der Versicherten zu berücksichtigen – auch der Blick auf den Standard des Gesundheitssystems in ärmeren und armen Gesellschaften könne hier zu einer gewissen *Bescheidenheit* der eigenen Ansprüche führen. Grundsätzlich hat der medizinische Fortschritt eine doppelte Grenze: Nicht nur daß auch wohlhabendere Gesellschaften angesichts beschränkter wirtschaftlicher Ressourcen zu Sparsamkeit gezwungen seien, das Menschenmögliche finde auch seine „Grenze an dem für den Menschen ertragbaren Möglichen“. Es dürfe *keine Zwangsabläufe* in der medizinischen Behandlung geben, die den Patienten unweigerlich und ohne Berücksichtigung seines Willens einer eskalierenden Mechanik technisierter Eingriffe unterwürfe. –

Eine menschenwürdige Versorgung für alle, *nicht die Maximalversorgung* um jeden Preis müßte dagegen das letztlich entscheidende Ziel sein. Grundsätzlich wendet sich die Denk-

schrift dabei auch gegen eine „Zwei-Klassen-Medizin“, die Besserverdienenden eine bessere Versorgung gewährleiste.

Ebenso plädiert die Studie auch für eine verstärkte Konzentration der medizinischen Versorgung auf *Prävention* – auch ohne daß dies unmittelbar kostensparende Folgen habe –, auf *Nachsorge* und *Umweltmedizin*. Die Dominanz der kurativen Hochleistungsmedizin soll gebrochen werden. Auch die *Gesundheitsberatung* verlange nach einer deutlichen Aufwertung.

Eine der zentralen Herausforderung des Gesundheitssystems aber blieben die *Pflegebedürftigen*. Ambulante und stationäre Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Sterbebegleitung müßten der *demographischen Struktur der Gesellschaft* angepaßt, Pflege vor diesem Hintergrund gar zur „Hauptaufgabe des Gesundheitswesens“ werden. Weiteren Handlungsbedarf sieht die EKD auch in der Überprüfung des Vergütungssystems medizinischer Leistungen sowie der Arbeitsformen und Kooperationsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens.

Die Hauptkriterien in der von der Denkschrift genannten Orientierung für eine weitergehende Gesundheitsreform aber heißen Mündigkeit, Verantwortung und Solidarität. Dem Patienten und Versicherten müsse seine Kompetenz, seine Eigenverantwortlichkeit zurückgegeben, aus dem „Zwangskonsument des medikalisierten Gesundheitssystems“ ein entscheidungsfähiges und souveränes Subjekt werden. Dieses Umdenken umfaßt auch das Verständnis von Krankheit und Gesundheit: Nicht ein Idealbild von Gesundheit im Sinne einer gänzlichen Abwesenheit von Krankheit, Belastung und Einschränkungen sei zu verwirklichen, „sondern die Möglichkeit, mit gesundheitlichen Einschränkungen in einer zumutbaren Weise leben zu können“.

Einer grundlegenden Reform – teilweise im Gesundheitsstrukturgesetz schon festgeschrieben – bedürfe vor allem aber auch das derzeitige System der gesetzlichen Krankenversicherung. Diesem bescheinigen die Autoren

prinzipiell eine „hohe sozioethische Qualität“: Unabhängig von Einkommen, Höhe und Dauer der Beitragszahlung, sozialem Status, Alter und Krankheitsrisiko habe jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich seiner Familienangehörigen die gleiche Chance auf Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit sowie Linderung seiner Krankheitsbeschwerden.

Das Leitbild einer durch sozialen Ausgleich geprägten *Solidarität aller Versicherten* hat jedoch vielfach Risse und Sprünge bekommen. Der erwünschte Solidarausgleich finde tatsächlich nur noch innerhalb einer Kasse statt. Das Problem bestehe darin, daß das System von *Zwangszuweisung* und *Beitrittsberechtigung mit abgestuften Wahlmöglichkeiten* zu „erheblich differierenden (inhomogenen) Risikostrukturen einzelner Kassenarten“ führe. Tendenziell hätten Personen, die ungünstige Versicherungsrisiken darstellten, die geringsten Wahlmöglichkeiten, die mit den günstigeren die besten.

Die durch die unterschiedlichen Risikostrukturen bedingten erheblichen Beitragsdifferenzen seien aber nicht nur verteilungspolitisch, sondern auch

im Sinne des Gleichheitsgebotes verfassungsrechtlich bedenklich. Das Fazit der Studie: „Das bestehende System fördere die Entsolidarisierung in beträchtlichem Umfang.“ Konsequenter lautet die Forderung der Kammer: Solidarität und Wahlmöglichkeiten in den Gesetzlichen Krankenversicherungen müßten gestärkt werden. Künftig solle kein Versicherter daran gehindert werden, sich eine Krankenkasse seiner Wahl zu suchen.

Wahlfreiheit für alle

Ebenso sei ein *kassenübergreifender Risikoausgleich* nötig, der über den bereits gesuchten Ausgleich des Gesundheitsstrukturgesetzes hinausgehe. Dieser solle jene Unterschiede ausgleichen, die durch Unterschiede in der mitgliederbedingten Risikostruktur hervorgerufen würden. Ausdrücklich fordert die Kammer jedoch den „Wettbewerb“ zwischen den Kassen.

„Echte Wahlfreiheit“ des Versicherten schließe darüber hinaus auch ein, daß er wählen könne zwischen unterschiedlichen *Therapiewegen* – beispielsweise auch Naturheilverfah-

ren neben schulmedizinischen – und den entsprechend strukturierten Versicherungen. Die geforderte höhere Entscheidungsfähigkeit der Versicherten setze vor allem bisher kaum gewährleistete Transparenz des therapeutischen Geschehens voraus

Bezüglich der Rolle der Kirche in diesem Reformprozeß verweisen die Autoren nicht nur auf die alte Tradition ganzheitlicher Gesundheitsfürsorge, sondern auch auf das weiterhin zu stärkende spezifische Profil der kirchlichen Institutionen in einem möglichst plural und keinesfalls zentralistisch zu gestaltenden Gesundheitswesen. Selbstkritisch fällt dabei beispielsweise die Bilanz bei der Krankenhauseelsorge aus, verbunden mit dem Appell, diese ernster zu nehmen und dabei auch die ökumenische Zusammenarbeit zu fördern. Eine wichtige Rolle könne aber die Kirche, durch den Diskussionsprozeß in den Gemeinden leisten. Eine Bewußtseinsbildung im Bereich des Gesundheitswesens geht immer schon über dieses hinaus, denn so die Denkschrift: „Der Umgang mit Kranken ist ein Prüfstein für den Grad an Humanität und Solidarität in der Gesellschaft.“

A. F.

Absage an jede Form von Zwang

Frauenförderung und „reproduktive Gesundheit“ standen im Zentrum der UN-Weltbevölkerungskonferenz

Nach der UN-Umweltkonferenz 1992 in Rio und der UN-Menschenrechtskonferenz 1993 in Wien fand Anfang September dieses Jahres in Kairo die „Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung“ statt (vgl. HK, Oktober 1994, 494 ff.). Bereits die Vorbereitungsphase ließ einen konflikthaften Verlauf erwarten. Eine Analyse des Konferenzverlaufs sowie des beschlossenen Aktionsprogrammes unternimmt für uns Ulrich Pöner, Mitglied der deutschen Delegation in Kairo und Geschäftsführer der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe der Kommission Weltkirche der Deutschen Bischofskonferenz.

Die „Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung“ (ICPD), die im September 1994 in Kairo stattfand, hat auf diplomatischem Parkett und mehr noch in den Medien bereits im Vorfeld für erhebliche Unruhe gesorgt. Massiv und über Monate hinweg hatte der Papst (und mit ihm eine große Zahl katholischer Einrichtungen und Persön-

lichkeiten) das vorgelegte Aktionsprogramm kritisiert, wobei sich die Ablehnung insbesondere auf die vorgeschlagene Abtreibungspolitik, die „extrem individualistische“ Vorstellung von Sexualität und die dem Dokument attestierte Auslöschung der Familie richtete.

Um der Wirksamkeit dieser Kampagne willen nahm man in