

„Solidarität und Wettbewerb Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“

Eine Stellungnahme des Rates der EKD

EKD-Text 74, 2002

Inhaltsverzeichnis

Warum die evangelische Kirche erneut Stellung bezieht.....	2
Die Notwendigkeit von Umstrukturierungen im Gesundheitswesen.....	5
Rahmenbedingungen für mehr Verantwortung und Selbstbestimmung, für mehr Wirtschaftlichkeit verbessern.....	8
Mitglieder der Kammer der EKD für soziale Ordnung.....	12

Warum die evangelische Kirche erneut Stellung bezieht

- (1) „Im Gesundheitswesen werden elementare anthropologische Voraussetzungen und ethische Normen berührt, die für die organisatorischen Grundentscheidungen ebenso wichtig sind wie für das Verhalten jedes einzelnen und für die Tätigkeit der medizinischen und pflegerischen Dienste.“ Mit dieser Feststellung verweist die von der Sozialkammer der Evangelischen Kirche in Deutschland ausgearbeitete und 1994 erschienene EKD-Studie „Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen“ (Ziff. 7) auf die ethische und anthropologische Bedeutung einer Reform des Gesundheitswesens. Die Schrift unterstreicht dabei die Notwendigkeit, dass sich die Kirche in die Reformdiskussion einmischen und dabei ihre Erfahrungen und Grundüberzeugungen einbringen soll. Dazu gehört auch, „vor einer modernen Idealisierung der Gesundheit (...) zu warnen.“ „Das biblische Verständnis von der grundsätzlichen Gebrochenheit der menschlichen Existenz begründet einen Realismus, der in der Gesundheit das Fragmentarische, Begrenzte, Gefährdete und die grundsätzliche Anwesenheit von Belastungen sieht.“ (Ziff. 68)
- (2) Die Zuwendung zu Kranken und Sterbenden ist als Dienst der Gemeinde und als spezialisierte Form von Seelsorge eine der ureigensten Schwerpunkte des diakonischen Auftrags der Kirchen. Auch aus diesen Verpflichtungen leitet sich eine konkrete Mitverantwortung der Kirche für die Gestaltung des Gesundheitswesens ab. Die Kirchen gehören traditionell mit zu den wichtigsten Trägern und Förderern einer personennahen und ganzheitlichen Gesundheitsfürsorge im partnerschaftlichen Zusammenwirken mit öffentlichen und anderen freien Trägern. So sind z. B. rund ein Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland und die überwiegende Zahl der ambulanten und stationären Dienste der Altenpflege in kirchlicher Trägerschaft.
- (3) Eine Grundintention der Studie von 1994 besteht darin, im Dreiecksverhältnis von Leistungsanbietern, Krankenkassen und Versicherten die Position der Versicherten bzw. Patienten grundsätzlich neu zu bestimmen. Dabei wird der mündige und eigenverantwortlich handelnde Versicherte in das Zentrum der Überlegungen gestellt und zum Dreh- und Angelpunkt der Reformvorschläge gemacht. Dies ist vor dem Hintergrund von Strukturen und Prozessen in unserem Gesundheitswesen zu sehen, die den Patienten zunehmend durch Fremdbestimmung und Entmündigung bedrohen. Es wird jedoch nicht einer die Solidarität gefährdenden Tendenz zur reinen Marktorientierung das Wort geredet. Vielmehr gibt es ein klares Bekenntnis zu einer solidarischen Grundorientierung. „Christen waren von Anfang an erfüllt von der Überzeugung, daß menschliches Leben nur als solidarisches Leben gelingen kann.“ (Ziff. 11) „Das System der sozialen Sicherung für den Krankheitsfall, die Gesetzliche Krankenversicherung, ist unter den Systemen der sozialen Sicherung dasjenige, in dem das Solidarprinzip am konsequentesten gilt und am stärksten verwirklicht ist. Krankheit ist ein allgemeines Lebensrisiko.“ (Ziff. 76)
- (4) „Patientensouveränität in einem Solidarsystem bedeutet vor allem Eigenverantwortung. Denn solidarische Sicherungssysteme, die diejenigen

unterstützen und mittragen, die auf diese Hilfe angewiesen sind, müssen ihrerseits durch einen verantwortungsvollen Umgang mit den Möglichkeiten getragen werden. Anderenfalls kommen sie rasch an ihre Grenzen.“ (Ziff. 32)

- (5) „Der Satz ‚Einer trage des anderen Last‘ (Gal. 6, 2) kann mit Blick auf ein solidarischeres Sicherungssystem durchaus bedeuten, auf die Inanspruchnahme von Leistungen, die man auch selbst erbringen kann, zu verzichten, um anderen, die darauf angewiesen sind, den Zugang auf Dauer offenzuhalten.“ (ebenda)
- (6) Mitverantwortlichkeit ist die sozialetische Grundlage eines jeden Solidarsystems, sie kann jedoch nur durch Eigenverantwortlichkeit jedes einzelnen Mitgliedes der Solidargemeinschaft zum Tragen kommen – dies vor allem bei knapper werdenden Ressourcen.
- (7) Konkret bedeutet dies zum einen den sorgsamen Umgang mit der eigenen Gesundheit sowie die vorbeugende Verhütung von Krankheiten und gesundheitlichen Gefährdungen. Je nach der konkreten Lebenssituation sind die ausschöpfbaren Möglichkeiten allerdings unterschiedlich. Dies gilt insbesondere für die Gefährdungspotentiale im Berufs- und Arbeitsumfeld. Hier müssen die notwendigen rechtlichen und technischen Grundlagen durch den gesetzlichen und betrieblichen Arbeitsschutz sowie die Arbeitsmedizin geschaffen und gewährleistet werden. (Hierzu hat sich die Kammer der EKD für soziale Ordnung durch die Studie „Arbeit, Leben, Gesundheit“ 1990 geäußert, die vom Rat der EKD zustimmend zur Kenntnis genommen wurde). Hinzu kommt die Aufgabe, neben den eigenen Beiträgen zum Solidarsystem einen zumutbaren Teil der entstehenden Lasten auch unmittelbar selbst zu tragen, wenn dadurch die Akzeptanz des Gesamtsystems steigt und soweit die individuelle Möglichkeit gegeben ist. Die Solidargemeinschaft der Versicherten darf nicht unbedacht und in unverantwortlich extensiver Weise in Anspruch genommen werden. Verantwortlichkeit bedeutet deshalb auch Eigenversorgung, soweit sie von den Betroffenen selbst getragen werden kann und keine unbedingte Angewiesenheit auf die Solidargemeinschaft besteht. Eigenversorgung umfasst die Selbsthilfe bei Erkrankungen im Bagatell-Bereich, die subsidiäre Hilfe für Familienangehörige, Freunde und Nachbarn, aber auch einen unabdingbaren Anteil an Eigenvorsorge. Eine Dimension der Eigenverantwortlichkeit kennzeichnet aber auch die Bedeutung des „Subjektseins“ des Hilfebedürftigen, der Mitsprache und Wahlmöglichkeit. Wer mitverantwortlich ist, darf nie einfach nur Leistungsempfänger, Betreuer, Behandlungsobjekt ohne Wahlmöglichkeit sein. (Ziff. 74)
- (8) Andererseits darf das Postulat eines schonenden Umganges mit den Ressourcen jedoch nicht als verordnete Kärglichkeit verstanden werden. Der mündige und verantwortungsbewusste Patient darf nicht zum bloßen Objekt einer auf Sparsamkeit getrimmten Gesundheitsbürokratie werden. Er muss handlungsfähig bleiben. Es müssen ihm immer auch gewisse Wahlmöglichkeiten belassen werden. Er muss durch Erproben verschiedener Wege und Muster das für ihn Optimale herausfinden, muss letztlich dazu beitragen können, das therapeutische Geschehen selbst zu beeinflussen und weiterzuentwickeln (z. B. alternative Behandlungsmethoden, Selbsthilfegruppen).

- (9) Deshalb wird unter den praktischen Konsequenzen und Vorschlägen für Strukturreformen dem Gedanken, die „Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen zu fördern und zu unterstützen“, besonderes Gewicht gegeben. Darüber hinaus wird u. a. gefordert, die „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Leistungsangebot (zu) stärken“, der „Prävention, Beratung und Nachsorge Priorität ein(zu)räumen“ sowie die „Pflege zu einer solidarischen Hauptaufgabe im Gesundheitswesen (zu) machen.“ (Ziff. 83 ff.)
- (10) Die Studie setzte sich konstruktiv mit der Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, die ab 1995 in ersten Schritten wirksam geworden ist, auseinander. Sie bewertete die Faktoren „Risikostrukturausgleich“, „freie Kassenwahl“, „differenzierte Leistungsangebote der Kassen“. Aus heutiger Sicht stellt sich die Frage, ob diese und andere Reformen ihr Ziel erreicht haben.

Die Notwendigkeit von Umstrukturierungen im Gesundheitswesen

- (11) Das Gesundheitswesen in Deutschland kommt nicht zur Ruhe. In immer kürzeren Intervallen werden sog. grundlegende Reformen durchgeführt, denen regelmäßig korrigierende Ad-hoc-Eingriffe auf dem Fuße folgen. Trotz der Umstrukturierungs- und Adjustierungsbemühungen werden immer wieder aufs Neue gravierende Funktionsmängel sichtbar und das System selbst scheint Elemente und Mechanismen zu enthalten, die allen Bemühungen um den Abbau von Ineffektivität (man tut das Falsche) und Ineffizienz (man macht das Richtige falsch) widerstehen. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig und nicht allein der Gesundheitspolitik anzulasten. Mächtige Interessenverbände, insbesondere auf der Anbieterseite des Gesundheitswesens, spielen in den Reformdiskussionen eine wichtige und nicht immer konstruktive Rolle.
- (12) Dies wird man sich in Zukunft immer weniger leisten können. Schon heute hat der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt etwa 11 % erreicht, nach etwa 6 % vor 40 Jahren. Allerdings ist der Anstieg in den letzten 25 Jahren sehr langsam verlaufen, wenn man davon absieht, dass dieser Anteil im Verlauf des deutschen Einigungsprozesses deutlich zunahm. Damit ist die Gesundheitsversorgung zu einem wichtigen Wirtschaftszweig herangewachsen.
- (13) Es deutet alles darauf hin, dass sich die finanziellen Probleme im Gesundheitswesen noch weiter verschärfen werden, da die Medizin durch neue Technologien kontinuierlich ihre Leistungsfähigkeit und die kurativen Möglichkeiten steigert. Dazu kommt der demographische Wandel mit der starken Zunahme der Zahl älterer und multimorbider Menschen mit ihren spezifischen Behandlungsbedürfnissen. Allerdings sagen neuere Befunde, dass die Menschen mittleren Alters sich beschleunigt zu der eigentlich aufwands- und kostenverursachenden „Versicherten-Kohorte“ entwickeln. Als maßgebliche Gründe hierfür werden der vergleichsweise höhere Bildungsstand genannt, der es ihnen ermöglicht, ihre Wünsche zu artikulieren und durchzusetzen, sowie ein höheres Gesundheitsbewusstsein gepaart mit einem ausgeprägten Anspruchsdenken. Auch dürfte bei dieser Gruppe das Bemühen, die volle Lebens- und Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen, besonders ausgeprägt sein. Hinzu kommt, dass sich auch der Gesundheitszustand jüngerer Menschen auffällig verschlechtert, wozu z. B. Bewegungsmangel, Fehlernährung und Suchtmittelgebrauch nicht unerheblich beitragen. Im Ergebnis haben die Finanzierungsmöglichkeiten mit diesen Entwicklungen nicht Schritt gehalten. Damit ist auch in Zukunft zu rechnen.
- (14) Vor diesem Hintergrund muss das System mit einer deutlich höheren Effizienz ausgestattet werden, um mehr Gesundheit mit dem gleichen Mittelaufwand zu erreichen.
- (15) Interne Analysen und internationale Vergleiche zum Zustand des deutschen Gesundheitssystems führen zu folgenden Hauptbefunden:
 - Es werden immer wieder eklatante Qualitätsmängel festgestellt. Deutschland nimmt bei der Qualität der Gesundheitsleistungen im internationalen Vergleich

einen bescheidenen Mittelplatz ein, der seinen wissenschaftlichen und technischen Möglichkeiten nicht angemessen ist.

- In zahlreichen Bereichen gibt es Versorgungsmängel in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die Fehlleitung vorhandener Ressourcen verstärkt die bereits unübersehbare Tendenz zur Mangelverwaltung.
 - Bei Leistungsanbietern wie Patienten machen sich zunehmend Unzufriedenheit und Frustration breit.
 - Vor dem Hintergrund dieser Probleme und Mängel ist der Ressourcenverbrauch – auch im internationalen Vergleich – sehr hoch.
- (16) Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen schätzt, dass ohne wesentliche Einschränkung der erbrachten Gesundheitsleistung Einsparungen von etwa 20 % der Kosten möglich wären. Das theoretische Einsparpotenzial in Bezug auf langfristige Prävention schätzt er auf 25 – 30 %. Er führt diese Defizite nicht zuletzt auf institutionelle Mängel wie
- Rolle und Funktionsmechanismen der Selbstverwaltung,
 - Regionalkartelle von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen,
 - unzureichenden Leistungs- und Konditionenwettbewerb zwischen den Krankenkassen,
 - falsch konzipierten und wettbewerbsverzerrenden Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen und
 - weitgehend unbeschränktem Zugang zu den Leistungen
- zurück.
- (17) Auch die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherungen macht eine Reform dringlich. Zwar bewegen sich seit 1975 die jährlich steigenden Ausgaben der Krankenversicherungen mit kleineren Schwankungen in etwa parallel zum Bruttoinlandsprodukt (BIP). Allerdings kam es mit dem deutschen Einigungsprozess zu einem Anstieg des Anteils am BIP. Dagegen entwickelt sich die Grundlohnsumme, die Bezugsgröße für die Beiträge, deutlich schwächer.
- (18) Dies wurde zunächst durch Erhöhung der Beitragssätze aufgefangen, die aber zunehmend auf politische Widerstände stieß. In der Folge wurde durch Eigenbeteiligungen und auf administrativem Wege versucht, den Kostenanstieg zu begrenzen. Dabei spielten Budgetierungen der verschiedensten Art eine wesentliche Rolle. Die oben genannten Qualitätsmängel sind auch ein Ergebnis permanenter Ad-hoc-Eingriffe.
- (19) Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen, dass die Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens auf eine im Kern planwirtschaftliche Art nicht in den Griff zu bekommen sind. Auf der anderen Seite sind rein marktliche Steuerungsprozesse im Gesundheitswesen mit nicht hinnehmbaren Konsequenzen behaftet, wie das Beispiel USA zeigt, in dem der Anteil der Gesundheitskosten am BIP sehr hoch ist, aber ein großer Teil der Bevölkerung nicht angemessen versorgt wird.
- (20) Mit Budgetierungen wurde versucht, das Produkt aus Mengen und Preisen zu begrenzen. Sind aber die Preise festgelegt, läuft dies auf eine Begrenzung der

Mengen hinaus, die in einem Sozialstaat mit guten Gründen in der Regel rechtlich nicht zulässig ist. Rationierung im Sinne der Bewirtschaftung von Leistungen, auf die Patienten eigentlich angewiesen sind, darf es in einem sozialen Rechtsstaat nicht geben. Nun ist Budgetierung nicht das einzige Instrument deutscher Gesundheitspolitik, aber auch die Gesamtheit der eingesetzten Maßnahmen haben in den letzten Jahrzehnten immer nur vorübergehend Entlastung geschaffen. Letztlich steht das Steuerungssystem des Gesundheitssektors insgesamt zur Diskussion. Dies gilt insbesondere angesichts der Tatsache, dass die Effizienz des Systems immer wieder von kompetenter Seite angezweifelt wird. Zu den zentralen Aufgaben eines reformierten Steuerungssystems muss es gehören, diese Einsparpotentiale – die zu keinerlei Verschlechterung der Qualität führen würden – zu erschließen.

- (21) Wie weiter oben ausgeführt, hat die Studie der Sozialkammer in Bezug auf die Steuerung des Gesundheitswesens auf mehr Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb, auf eine Stärkung der Entscheidungsfähigkeit der Patienten und auf mehr Prävention gesetzt. Da die einzelnen Patienten nicht den Umfang der von ihnen tatsächlich benötigten Gesundheitsleistungen kennen, kam den Krankenversicherungen in diesem Konzept eine besondere Bedeutung zu. Um die damit entstehende Macht der Versicherungen zu begrenzen, sollten die Rechte der Patienten gestärkt werden, die erst in die Lage gesetzt werden müssen, Eigenverantwortung wahrzunehmen.
- (22) Eine solche Grundkonzeption entsprach weiten Teilen der gesundheitspolitischen Diskussion der 90er Jahre. Sie wurde dann auch ansatzweise, leider nicht konsequent genug, realisiert. Die Möglichkeiten, die gesetzlichen Krankenkasse zu wechseln, wurden geschaffen bzw. ausgebaut. Dieses war grundsätzlich richtig. Wettbewerbsparameter waren aber im wesentlichen der historisch eher zufällige Beitragssatz und Werbemaßnahmen. Unterschiedliche Kosten wurden weitgehend über den Risikostrukturausgleich ausgeglichen, Unterschiede im Leistungsangebot aber nicht zugelassen. Damit hatten die Kassen nicht die Möglichkeit, einen Wettbewerb auf der Leistungsseite zu entfachen.
- (23) Der so begonnene Weg wurde nicht fortgesetzt, statt dessen griff die Gesundheitspolitik erneut zu administrativen Maßnahmen. Schon jetzt ist abzusehen, dass dieser Weg nicht erfolgreich sein wird.

Rahmenbedingungen für mehr Verantwortung und Selbstbestimmung, für mehr Wirtschaftlichkeit verbessern

- (24) Eine Weiterführung der begonnenen Reform ist dringlicher denn je. Dabei sollten sich nach wie vor die konzeptionellen Überlegungen auf die Leitfigur einer solidarischen Wettbewerbsordnung konzentrieren: Unter Beibehaltung des Solidargedankens, der im deutschen gegliederten Sozialversicherungssystem fest verankert ist und in der Bevölkerung nach wie vor eine hohe Akzeptanz hat, sollen die konstituierenden und regulierenden Elemente so gesetzt werden, dass die dem Wettbewerb innewohnenden Such- und Optimierungsprozesse zu einer möglichst effektiven und effizienten Verwendung knapper Mittel führen. Es geht also um Solidarität und Wettbewerb.
- (25) Wettbewerb zielt auf eine Begrenzung der Preise der Anbieter durch eine Begrenzung der nachgefragten Menge durch die Nachfrager. Die Nachfrager sorgen auch für Qualitätsverbesserungen durch die Anbieter. So ergibt sich ein Ausgleich von Angebot und Nachfrage. Im Gesundheitswesen hat aber der nachfragende Patient nur einen begrenzten Einfluss auf die von ihm nachgefragte Menge und Qualität. In der Regel bestimmt die Anbieterseite, zum Beispiel der behandelnde Arzt oder das Krankenhaus, neben der Qualität auch die in Anspruch zu nehmende Menge. Wenn aber eine Marktseite Preis und Menge bestimmt, ist eine Steuerung über den Markt nicht sinnvoll. Auch alle Eigenbeteiligungsmodelle haben an dieser Stelle ihre Probleme, da sie zu einer unzureichenden Versorgung Einkommensschwacher führen können.
- (26) Wettbewerb kann deswegen nicht primär bei der Beziehung zwischen dem einzelnen Patienten und dem einzelnen Anbieter ansetzen. Es bedarf vermittelnder Dritter, die miteinander im Wettbewerb stehen. Diese Rolle können die Krankenversicherungen (Krankenkassen) übernehmen. Der Wettbewerb zwischen ihnen zusammen mit einer Stärkung der Rechte der Patienten begrenzt zugleich ihre Macht, die inzwischen auch zu den Problemen des deutschen Gesundheitssystems gehört.
- (27) Ein zentraler Diskussionspunkt ist hier, ob sich der Wettbewerbsprozess an einem einheitlichen (oder unterschiedlichen) Leistungskatalog zu orientieren hat oder ob man einen einheitlichen Kriterienkatalog zugrundelegt, dem die Wettbewerber (Krankenkassen) durch unterschiedliche, aber vollwertige Behandlungs- und Versorgungsangebote (Pakete) zu genügen hätten. Mit der Orientierung an einem Kriterienkatalog kann der Wettbewerb gestärkt und innovativ gestaltet werden.
- (28) Auch ein ideales Steuerungssystem, das die Kräfte des Marktes geschickt nutzt, kommt ohne eine staatliche Regulierung nicht aus. Insbesondere wird es keineswegs unnötig, vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung immer wieder erneut die Kriterien zu bestimmen, an denen die Angemessenheit der Leistungen überprüft wird, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden sollen. Dies geschieht übrigens auch heute. Es trifft nicht zu, dass die gesetzliche Krankenkasse alle Arten von Leistungen übernimmt.

- (29) Der Umfang der von den gesetzlichen Krankenversicherungen zu erbringenden Leistungen kann nicht abschließend für alle Zeiten geregelt werden. Erreicht werden soll eine Standardsicherung, welche alle medizinisch notwendigen Leistungen einsetzt, um ein Leben in Würde zu gewährleisten. Dabei ist insbesondere für alte Menschen eine stärkere Verzahnung mit Leistungen der Pflegeversicherung notwendig. Besondere Berücksichtigung muss bei diesen Überlegungen das Schicksal chronisch Kranker finden.
- (30) Die Durchsetzung einer solidarischen Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen bedarf Entscheidungen in zahlreichen Feldern. Einige werden im folgenden genannt mit einer Angabe der einzuschlagenden Richtung. Notwendig sind:
- a) Eine Neugestaltung des Risikostrukturausgleichs, die inzwischen in Angriff genommen wurde, aber erst 2007 vorliegen soll. Dabei dürfen insbesondere nicht die unterschiedlichen tatsächlichen Kosten eine Rolle spielen, sondern nur die unterschiedlichen Risiken der Mitglieder der Kassen. Hierfür werden zur Zeit unterschiedliche Optionen diskutiert. Hierzu gehört eine Orientierung an der Morbidität. Sicherzustellen wäre freilich, dass dann unterschiedliche Präventionsmaßnahmen unberücksichtigt blieben. Regelungen sind auch zur Berücksichtigung chronisch Kranker notwendig.
 - b) Ein striktes Diskriminierungsverbot verbunden mit einem Kontrahierungszwang für die Mitgliedschaft in allen Krankenkassen, um zu verhindern, dass Kassen sich nur gute Risiken herausuchen. Dies muss grundsätzlich auch für die privaten Krankenkassen gelten.
 - c) Die Beseitigung aller administrativen Abgrenzungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Hierdurch kann unnötige Doppelarbeit vermieden werden. Der Umfang kostspieliger Apparateausstattung kann vermindert und damit zugleich die Auslastung medizinischer Geräte verbessert werden.
 - d) Die Pflicht zur Weitergabe aller Untersuchungsergebnisse an andere behandelnde Stellen, um kostspielige Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden. Der Patient sollte die Untersuchungsergebnisse in einer verständlichen Form erhalten, um ihn in die Behandlung einzubeziehen.
 - e) Die Beseitigung monopolistischer Strukturen von Kassen- und Anbieterverbänden, insbesondere zentraler Vertragsabsprachen zwischen diesen. Jede Kasse muss das Recht haben, mit einzelnen Anbietern oder Gruppen von Anbietern Verträge über zu erbringende Leistungen und Honorare zu schließen. Auf dem Markt für Gesundheitsleistungen müssen die üblichen Wettbewerbsregeln und -kontrollen gelten.
 - f) Die Schaffung von Qualitätsstandards im medizinischen Bereich, welche einen objektiven Vergleich unterschiedlicher Leistungsangebote im Gesundheitsbereich ermöglichen. Hierin liegt zugleich die Möglichkeit, Qualitätsverbesserungen zu erreichen.
 - g) Die Zulassung von Differenzen im Leistungsangebot. Sichergestellt werden muss eine zureichende Standardversorgung. Dazu gehören alle medizinisch notwendigen Leistungen, welche die Sicherung eines Lebens in Würde gewährleisten. Ihre Abwahl darf nicht erlaubt sein. Es muss aber möglich sein,

dass die Art der Leistungserbringung differenziert wird. So sollte zugelassen werden, dass Kassen einen niedrigeren Beitragssatz anbieten, indem sie die freie Wahl des Arztes oder des Krankenhauses einschränken. Auch die Lotsenfunktion des Hausarztes könnte verbindlich gemacht werden. Die Kassen könnten ihr besonderes Angebot aber auch in zusätzlichen Leistungen zum Ausdruck bringen – diese müssen aber allen ihren Versicherten ohne Risikoprüfung zustehen.

- h) Die Zulassung von Differenzen in der Beitragsgestaltung. Hierzu könnten Bonus-Angebote für die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen oder der Verzicht auf eine gesundheitsschädigende Verhaltensweise zählen. Der notwendige Ausbau der Prävention kann auf diese Art gefördert werden. Eine Differenzierung der Beiträge nach verhaltensunabhängigen Risikomerkmale darf aber nicht erlaubt sein. Zu prüfen ist, inwieweit Beitragsrückerstattungen bei Nichtinanspruchnahme möglich sind, welche das Präventionsziel und den notwendigen solidarischen Ausgleich nicht gefährden. Bei entsprechenden Einkommensverhältnissen könnten auch Selbstbehaltmodelle zugelassen werden.
- i) Die Schaffung einer staatlichen Zertifizierungsagentur. Es ist damit zu rechnen, dass im Wettbewerb unterschiedliche Leistungs- und Beitragspakete entstehen. Damit dürfen die Patienten nicht allein gelassen werden. Eine staatliche Zertifizierungsagentur soll gewährleisten, dass die Kriterien einer Standardsicherung erreicht werden.
- j) Die Prüfung, ob die auf Unfälle zurückzuführenden Krankheiten aus der Krankenversicherung herausgenommen werden und mit einer Unfallversicherungspflicht abgedeckt werden sollten. Dadurch könnten die Beiträge zur solidarischen Krankenversicherung, wie ausländische Beispiele zeigen (Frankreich, Schweiz) um ca. 3 Prozentpunkte gesenkt werden. Eine eigenständige Unfallversicherung (wie es sie bei Arbeitsunfällen schon gibt) könnte durch entsprechende Beitragsgestaltung (Bonus, Malus) zu größerer Eigenverantwortung beitragen.
- k) Die Schaffung von Transparenz. Sie ist notwendig, will man die Rechte der Patienten gegenüber den Kassen stärken. Nur ein informierter Patient kann seine Wahlmöglichkeiten wirklich wahrnehmen. Dazu gehören Informationen über die Häufigkeit von medizinischen Eingriffen einzelner Anbieter und die erreichten Ergebnisse.
- l) Eine nachhaltige und verlässliche Gestaltung der Finanzierungsgrundlagen des Systems. Es ist sinnvoll und notwendig, dass auch in Zukunft ein – wenn auch begrenzter – Solidarausgleich zu den konstitutiven Elementen eines Krankenversicherungssystems gehört. Ein solches System ist aber finanziell nicht überlebensfähig, wenn man sich relativ einfach ganz oder teilweise dem Solidarausgleich entziehen kann. Vor dem Hintergrund eines raschen Wandels in der Erwerbswelt ist die Loslösung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung vom Arbeitsverhältnis und der Beitragshöhe vom Lohnbezug überfällig. Das bedeutet zum Beispiel die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragsgrundlage. Da die Leistungen auf eine

Standardsicherung, welche die Sicherung eines Lebens in Würde gewährleistet, beschränkt werden, stellt sich auch die Frage einer allgemeinen Versicherungspflicht für jede Bürgerin und für jeden Bürger in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Pflgeurteilen eine Volksversicherung ausdrücklich für verfassungsgemäß erklärt. Übrigens kann auch nur so sichergestellt werden, dass sich alle an der Finanzierung des Familienlastenausgleichs beteiligen, der ja nach den Pflgeurteilen des Bundesverfassungsgerichts durchaus seinen Platz in der Sozialversicherung haben kann oder muss. Allerdings sind auch hier Änderungen sinnvoll, wie zum Beispiel die Beschränkung des Familienausgleichs auf die Zeit der Erziehung von Kindern bis 18 Jahren. Insgesamt könnten durch derartige Neuregelungen von Beitragsbasis und Versicherungspflicht bei gleichen Leistungen deutlich niedrigere Beitragssätze erreicht werden.

- m) Zu überprüfen ist auch die Ausgestaltung der Krankenversicherung der Rentner, die derzeit mit ca. 30 Mrd. Euro zu Lasten der Erwerbstätigen quersubventioniert ist. Damit soll das Element des Lastenausgleichs zwischen den Generationen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, das hier, ebenso wie in der gesetzlichen Rentenversicherung, zu den konstitutiven Prinzipien zählt, nicht infrage gestellt werden. Es geht vielmehr um den Abbau eines inzwischen erreichten Übermaßes. Notwendig ist zumindest eine stärkere Heranziehung vermögender Rentner unter Berücksichtigung ihres tatsächlichen Haushaltseinkommens.
- (31) Die genannten Vorschläge sind in den letzten Jahrzehnten immer wieder gemacht worden. Sie brechen mit Traditionen des deutschen Gesundheitswesens und geraten in Konflikt mit wirtschaftlichen Interessen von Anbietern im Gesundheitswesen. Was fehlte, war die politische Umsetzung, insbesondere der Mut, die Diskussion mit Verbändevertretern aufzunehmen und dabei die Patienten als die eigentlich Betroffenen einzubeziehen.
- (32) Diese Vorschläge sollten allerdings nicht isoliert diskutiert werden. Sie sollten ihre Entsprechung in anderen Feldern unserer Gesellschaftspolitik haben: Familienpolitik, Bildungspolitik und Alterssicherungspolitik sind hier zu nennen.
- (33) Die Schaffung von Transparenz und die Stärkung der Rechte der Patienten können notwendige erste Schritte sein. Die evangelische Kirche in Deutschland sieht es als ihre Aufgabe an, den Diskussionsprozess in Deutschland wieder anzustoßen und die Politik zu mahnen, auf diesem ethisch so wichtigen Feld endlich mit den notwendigen Reformen zu beginnen.

Diese Stellungnahme wurde erarbeitet von der Kammer der EKD für soziale Ordnung. Der Rat der EKD hat sie auf seiner Sitzung am 6. September 2002 mit Dank entgegengenommen und ihre Veröffentlichung beschlossen.

Mitglieder der Kammer der EKD für soziale Ordnung

- Prof. Dr. Hans-Jürgen Krupp, Darmstadt (*Vorsitzender*)
- Pfarrerin Cornelia Coenen-Marx, Düsseldorf (*stellv. Vorsitzende*)
- PD Dr. Heinrich Bedford-Strohm, Ahorn
- Ministerpräsident Prof. Dr. Wolfgang Böhmer, Magdeburg
- Prof. Dr. Diether Döring, Frankfurt / M.
- Dr. Ursula Engelen-Kefer, Berlin
- Dr. Gerd Federlin, München
- Oberkirchenrat Dr. Joachim Gaertner, Berlin
- Jürgen Gansäuer MdL, Hannover
- Staatsminister a. D. Dr. Hans Geisler, Radeberg
- Dr. Fritz Himmelreich, Köln
- Dr. Jürgen Hogeforster, Hamburg
- Prof. Dr. Traugott Jähnichen, Bochum
- Rudi Job, Kaiserslautern
- Dr. Ernst Kreuzaler, Bonn
- Prof. Dr. Heide Pfarr, Düsseldorf
- Dr. Hartmut Przybylski, Bochum
- Johannes Roscher, Zschopau
- Senatorin Birgit Schnieber-Jastram, Hamburg
- Uwe Schwarzer, Stuttgart
- Prof. Dr. Dr. Theodor Strohm, Heidelberg
- Dr. Werner Tegtmeier, St. Augustin-Niederpleis
- Prof. Dr. Reinhard Turre, Magdeburg
- Prof. Dr. Gert G. Wagner, Berlin
- Oberkirchenrätin Sabine v. Zanthier, Brüssel
- Kirchenrat Dr. Jens Kreuter, Hannover (*Geschäftsführer*)