

Mündigkeit und Solidarität
Sozialethische Kriterien
für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen
Eine Studie der Kammer
der Evangelischen Kirche in Deutschland für soziale Ordnung
Gütersloher Verlagshaus
1994

Text hier ohne Abbildungsverzeichnis im Anhang

Im vorliegenden Text konnte keine Kursiv-Schrift
aus dem Original übernommen werden

kopiert von der CD-Rom „Die Denkschriften der EKD“
(die entsprechenden Seitenzahlen sind oben eingestellt)

Im Auftrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland
herausgegeben vom Kirchenamt der EKD

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Mündigkeit und Solidarität:

sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen; eine Studie der
Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für Soziale Ordnung / [im Auftr. des Rates
der Evangelischen Kirche in Deutschland hrsg. vom Kirchenamt der EKD]. Gütersloh: Gü-
tersloher Verl.-Haus, 1994 ISBN 3-579-01950-3 NE: Evangelische Kirche in Deutschland /
Kammer für Soziale Ordnung

ISBN 3-579-01950-3

© Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1994

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung
außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verla-
ges unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagentwurf: Brigitte Willberg, Vockenhausen

Satz: Weserdruckerei Rolf Oesselmann GmbH, Stolzenau

Druck und Bindung: Clausen & Bosse, Leck

Printed in Germany

Inhalt

Vorwort -	Seite 7
1. Die Notwendigkeit grundsätzlicher Reformen im Gesundheitswesen - einleitende Gesichtspunkte -	Seite 9
2. Erfahrungen und Dienst der christlichen Gemeinde im Gesundheitswesen -	Seite 12
2.1 Die christliche Gemeinde zwischen Heil und Heilung - Anknüpfung an biblische Überlieferungen -	Seite 12
2.2 Die Konsequenzen für den Dienst der Kirche -	Seite 15
2.3 Drei wichtige christliche Dienste im Gesundheitswesen -	Seite 17
3. Grundsatzprobleme und strukturelle Spannungen im Gesundheitswesen -	Seite 20
3.1 Tendenzen der Erstsolidarisierung -	Seite 21
3.2 Medizinisch-technische Spezialisierung als prägendes Element des Gesundheitssystems -	Seite 23
3.3 Kostenentwicklung und Fehlsteuerungen -	Seite 30
3.4 Hochleistungsmedizin und Unterversorgung -	Seite 38
3.5 Probleme der evangelischen Krankenhäuser und der Krankenhausseelsorge -	Seite 46
3.6 Die Notwendigkeit von Strukturveränderungen im Gesundheitswesen und die Gesundheitsreformgesetzgebung seit 1988 -	Seite 49
4. Mündigkeit, Verantwortung und Solidarität - ethische Kriterien und Orientierung -	Seite 54
4.1 Zum Verständnis von Krankheit und Gesundheit -	Seite 54

4.2	Hauptkriterien Mündigkeit, Verantwortung und Solidarität -	Seite 57
4.3	Ethische Leitlinien und Orientierungen für die Gestaltung des Gesundheitswesens -	Seite 61
5.	Praktische Konsequenzen und Vorschläge für Strukturreformen -	Seite 65
5.1	Solidarität und Wahlmöglichkeiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung stärken! -	Seite 65
5.2	Die Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Leistungsangebot stärken! -	Seite 67
5.3	Die Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen fördern und unterstützen! -	Seite 69
5.4	Der Prävention, der Beratung und der Nachsorge Priorität einräumen! -	Seite 71
5.5	Die Pflege zur solidarischen Hauptaufgabe im Gesundheitswesen machen! -	Seite 73
5.6	Das Vergütungssystem medizinischer Leistungen überprüfen! -	Seite 77
5.7	Partnerschaftliche Arbeitsformen und kooperative Strukturen gewinnen! -	Seite 79
5.8	Das technisch Machbare im Dienste des Menschlichen prüfen! -	Seite 80
5.9	Die seelsorgerliche Arbeit intensivieren und neu bestimmen! -	Seite 81
5.10	Das christliche Krankenhaus in seiner vorbildlichen Funktion erhalten und neu gestalten! -	Seite 82
	Die Mitglieder der Kammer der EKD für soziale Ordnung -	Seite 85
	Anhang -	Seite 87

Vorwort

Menschliches Leben ist immer zugleich solidarisches Leben. Solidarität mit unseren Mitmenschen schließt das Mittragen an ihren Lasten ein. Der Umgang mit Kranken ist ein Prüfstein für den Grad an Humanität und Solidarität in einer Gesellschaft. Solidarität gründet wie die Freiheit in der Bestimmung des Menschen zu verantwortlichem Leben.

Die Würde des durch Krankheit, Behinderung und Tod gekennzeichneten Lebens ist heute nicht selten durch Fremdbestimmung und Entmündigung bedroht. Viele Patienten fühlen sich überfordert, schwerwiegende Entscheidungen zu treffen. Es ist Aufgabe der Verantwortlichen im Gesundheitswesen, angemessene Bedingungen für mehr Selbstbestimmung zu schaffen und ein Klima zu vermeiden, in dem Patienten bzw. Versicherte sich keine eigene Entscheidung zutrauen. Zugleich bedarf der kranke, der belastete, der geschwächte und der sterbende Mensch in besonderer Weise der solidarischen Hilfe der Gemeinschaft. Er kann nicht zusätzlich zu seiner gesundheitlichen Einschränkung mit Erschwernissen der Versorgung, der Finanzierung und der Bewältigung von Folgeproblemen belastet werden.

Die vorliegende Studie ‚Mündigkeit, Verantwortung, Solidarität Sozialethische Perspektiven für Reformen in zentralen Bereichen des Gesundheitswesens‘ nimmt Bezug auf den seit 1988 und insbesondere durch das Strukturgesetz 1992 verstärkte Bemühen um einen kontinuierlichen Reformprozeß im Gesundheitswesen in Deutschland. An dieser Diskussion will sich auch die evangelische Kirche konstruktiv beteiligen. Die Kammer der EKD für soziale Ordnung legt mit diesem Text einige ihrer sozialethischen Leitlinien und Optionen der Öffentlichkeit vor. Zugleich soll hier auch ein Diskussionsbeitrag geleistet werden zur Förderung von Zusammenarbeit und Verständnis im Bereich der Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in Europa.

Die Studie geht es vor allem um die Stellung der Patienten und Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Immerhin sind rund 90 % der Bevölkerung in diese Versicherung einbezogen. Die Studie versucht, die Position der Versicherten bzw. Patienten grundsätzlich neu zu bedenken und Vorschläge zu deren Stärkung

zu entwickeln. Die Kirche kann dabei weder einer Tendenz zur Versorgungsmentalität noch einer die Solidarität gefährdenden reinen Marktorientierung das Wort reden. 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 unter anderem gefordert, die „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Leistungsangebot zu stärken, der „Prävention, Beratung und Nachsorge Priorität einzuräumen sowie die „Pflege zu einer solidarischen Hauptaufgabe im Gesundheitswesen zu machen“.

Die Kirchen gehören von jeher mit zu den wichtigsten Trägern und Förderern einer personennahen und ganzheitlichen Gesundheitsfürsorge im partnerschaftlichen Zusammenwirken mit öffentlichen und anderen freien Trägern. Immerhin sind heute zum Beispiel ein Drittel der Krankenhäuser in Deutschland und die weit überwiegende Anzahl der Sozialstationen für ambulante pflegerische Versorgung in kirchlicher Trägerschaft. Die Zuwendung zu Kranken und Sterbenden ist als Dienst der Gemeinde und als spezialisierte Form von Seelsorge eine der ureigendsten Arbeitsschwerpunkte der Kirchen. Mit allen diesen Diensten und Einrichtungen nehmen die evangelische Kirche und ihre Diakonie an den Grundsatzproblemen und strukturellen Spannungen im Gesundheitswesen unmittelbar teil. Sie bringen besondere und intensive Erfahrungen in die Diskussion ein und teilen die Verantwortung für eine an der Würde des Menschen ausgerichtete Hilfe für Leidende und Kranke.

Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland dankt der Kammer und allen an der Vorbereitung Beteiligten für die Erarbeitung dieser Studie. Sie ist ausdrücklich als ein Beitrag zur Diskussion zu verstehen und soll einen Prozeß weiteren gemeinsamen Nachdenkens eröffnen. Der Rat selbst hat sich mit den Überlegungen und Vorschlägen eingehend befaßt und sie kontrovers diskutiert. Er hofft, daß die Vorschläge, die hier unterbreitet werden, nicht nur im Raum gesundheitspolitischer Verantwortung, sondern auch in den Gemeinden und unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den kirchlichen Diensten aufgegriffen und erörtert werden.

Hannover, im Juni 1994

Otto Freiherr von Campenhusen

Präsident des Kirchenamtes der Evangelischen Kirche in Deutschland

1. Die Notwendigkeit grundsätzlicher Reformen im Gesundheitswesen - einleitende Gesichtspunkte

(1) Die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik ist auf einem hohen Niveau. Im Blick auf soziale Sicherung, Zahl der Ärzte, medizinisch-technischen Stand und Qualität der Arzneimittel nimmt die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich eine Spitzenstellung ein. Die sog. „Ärztedichte“ ist eine der höchsten der Welt, die Kapazität der Krankenhäuser vor allem im Westen ist großzügig bemessen. Hinzu kommen die zahlreichen Berufsgruppen und Hilfskräfte, die unmittelbar oder mittelbar dem Gesundheitssektor zuzuordnen sind. Insgesamt sind hier mehr als 2 Mio. Menschen tätig. Der Stand von Technik und Wissen ist hoch, die Ausstattung der Einrichtungen in der Regel aufwendig. Der der Behandlung und Heilung bedürftige kranke Mensch dürfte also gute Bedingungen antreffen und der Versicherte, der Nachfrager und der Verbraucher medizinischer und pharmazeutischer Leistungen mit diesem System zufrieden sein.

(2) Dennoch gibt es in unserem Gesundheitswesen Probleme, die nicht einfach nur als Engpässe, vorübergehende Schwachstellen oder untypische Schwierigkeiten zu qualifizieren sind. Viele Defizite, Strukturmängel, Ungereimtheiten und Belastungen sind zu beklagen. Die Experten stimmen darin überein, daß in unserem Gesundheitswesen zentrale ordnungspolitische Grundfragen beantwortet und strukturelle Probleme gelöst werden müssen. Solche Mängel werden nicht zuletzt an den Rahmenbedingungen für die Pflege und Begleitung Schwerkranker und Sterbender deutlich.

Ein starker politischer Handlungsdruck besteht zudem durch ständig steigende Kosten, die sich in Beitragssatzerhöhungen der Versicherten niederschlagen. 1991 beliefen sich in den alten Bundesländern die gesundheitsrelevanten Ausgaben auf 336 Mrd. DM, das sind knapp 10% des Bruttosozialproduktes. 1970 hatten die entsprechenden Ausgaben noch bei 70,5 Mrd. DM und 1980 bei 193,5 Mrd. DM gelegen. In der Gesetzlichen Krankenversiche-

ung kam es zum Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes von 8,2% im Jahre 1970 über 12% im Jahre 1982 auf über 13,1 % im Jahre 1992. Ein Teil dieser Kostensteigerungen kann auf die angesprochenen Strukturschwächen des Gesundheitswesens zurückgeführt werden.

(3) Vor diesem Hintergrund haben Bundesregierung und Gesetzgeber versucht, die Ausgabenentwicklung in den Griff zu bekommen und die strukturellen Verwerfungen zu mildern. Das unter großer Kraftanstrengung 1988 verabschiedete Gesundheitsreformgesetz erwies sich schon bald als unzulänglich. 1992 standen daher Regierung und Parlament bereits wieder vor der Notwendigkeit neuer gesetzlicher Regelungen. Zunächst galt es, die akute Lücke zwischen den Beitragseinnahmen und den Ausgaben des Gesundheitssystems durch ein Bündel von Sparmaßnahmen zu schließen, um weitere Beitragssatzerhöhungen - auch wegen ihrer konjunktur- und wachstumsschädlichen Wirkungen - zu vermeiden. Daher beinhaltete das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 eine Reihe von Vorschriften, die eine „Sofortbremsung“ bei den Ausgaben bewirken sollten. Zum anderen wurden erste Strukturmaßnahmen eingeleitet, die dem Gesundheitswesen Perspektive und Stabilität für die Zukunft geben sollen. Man ist sich jedoch offenkundig bewußt, daß auch das Gesundheitsstrukturgesetz noch nicht die fundamentalen Probleme in Angriff genommen hat. Daher wurde eine Kommission damit beauftragt, Vorschläge für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems über das Jahr 2000 hinaus zu erarbeiten. Die gesellschaftlichen Gruppen wurden aufgefordert, sich an dieser Diskussion zu beteiligen. Die Evangelische Kirche in Deutschland nimmt dieses Angebot gerne auf und legt mit diesem Text einige ihrer grundsätzlichen Leitlinien und Positionen der Öffentlichkeit vor.

(4) Die Überlegungen und konkreten Vorschläge orientieren sich an den ethischen Kriterien Mündigkeit, Verantwortung und Solidarität. Diesen Grundsätzen widerspräche zum Beispiel eine fortschreitende Belastung sozial schwächerer Menschen durch einen noch stärkeren Zwang zur „Selbstbeteiligung“ an den Kosten notwendiger Versorgungsleistungen ebenso wie der Aufbau stark vereinheitlichter und zentralisierter Strukturen der Gesetzlichen Kran-

kenversicherung. Die hier zur Diskussion gestellten Konzepte und Maßnahmen sollen ein Mehr an Mitgestaltungsmöglichkeiten, aber auch eine verbesserte Information der Bürger als Versicherte und Patienten bewirken. Sie sind dazu geeignet, Kostendruck in wichtigen Bereichen unseres Gesundheitswesens zu verringern bzw. die aufgrund der demographischen Gegebenheiten in Deutschland in den kommenden Jahren und Jahrzehnten kaum vermeidbaren Kostenerhöhungen zu mildern.

(5) Die evangelische Kirche hat durch zahlreiche Erklärungen zu Einzelfragen im Gesundheitswesen sowie zu Gesetzgebungsverfahren Stellung genommen. Grundsätzliche „Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens“ haben die Evangelische Kirche in Deutschland und ihr Diakonisches Werk sowie die Deutsche Bischofskonferenz- in Verbindung mit zahlreichen kleineren christlichen Kirchen in der Bundesrepublik - in einer Erklärung vom Herbst 1989 aufgegriffen und richtungweisend behandelt.

Die Kammer der EKD für soziale Ordnung hat im Jahre 1990 eine Studie zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz („Arbeit, Leben und Gesundheit“) erarbeitet, die der Rat der EKD sich zu eigen gemacht und im gleichen Jahr veröffentlicht hat. Dort wurde bereits ein wesentlicher Teilbereich einer eingehenden Analyse unterzogen; es wurden Vorschläge zu einem neuen - ganzheitlichen und zugleich präventiven - Verständnis des Arbeitsschutzes unterbreitet. Auf der Grundlage dieser wichtigen Vorarbeiten ist in der vorliegenden Schrift die evangelische Kirche erstmals bemüht, sich eingehend mit den Grundprinzipien und Aufgabenfeldern des Gesundheitswesens auseinanderzusetzen.

(6) Das moderne Gesundheitswesen dient - so wird mit Recht häufig hervorgehoben - dem Gemeinwohl unseres freiheitlichen und sozialen Rechtsstaates. Den positiven Zielen des Gemeinwesens und der darauf gerichteten Politik, nämlich der Bereitstellung, Sicherung und Entwicklung von Lebensmöglichkeiten für alle seine Angehörigen, muß das Gesundheitswesen in besonderer Weise entsprechen. Dabei darf nicht aus dem Blick geraten, daß die Gesundheitspolitik heute auch ein konstitutives Element internationaler Politik und Zusammenarbeit darstellt, wobei die

Verantwortung für die Gesundheitsfürsorge für die Menschen in der sog. Dritten Welt besonders augenfällig ist. In der vorliegenden Schrift sollen einige Herausforderungen aufgezeigt werden, vor denen unser Gesundheitswesen heute und in naher Zukunft steht. Dabei soll vor allem auch die Aufgabe der christlichen Gemeinde bedacht werden.

2. Erfahrungen und Dienst der christlichen Gemeinde im Gesundheitswesen

(7) 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. Deshalb soll hier zunächst auf die Erfahrungen und Grundüberzeugungen eingegangen werden, von denen sich die christliche Gemeinde seit der frühen Christenheit hat leiten lassen. Ihr Beitrag zur Gestaltung des gegenwärtigen Gesundheitswesens erfährt von da aus seine Orientierung und Bestimmung.

2.1 Die christliche Gemeinde zwischen Heil und Heilung - Anknüpfung an biblische Überlieferungen

(8) Ausgang der Überlegungen über den Dienst der christlichen Gemeinde im Gesundheitswesen ist Gottes Dienst an uns: die Wirksamkeit Christi, des Heilands. Gott ist Mensch geworden in Christus. Jesus Christus hat als Zeichen seiner Vollmacht Kranke geheilt. Er hat ihnen die Liebe Gottes weitererzählt und weitergegeben, hat Kranke und Behinderte in die menschliche Gesellschaft integriert und damit getrenntes Leben versöhnt. Der Heiland hat beides gebracht: Heilung und Heil. Aber Jesus war nicht nur guter Samariter und Heiler, sondern auch ohnmächtig Leidender und Sterbender. In ihm hat Gott das menschliche Leiden

und Sterben auf sich genommen, kennt es und wird unser Leiden, aber auch unseren Tod mittragen und verwandeln.

(9) Die Bibel thematisiert die Krankheit in vielfältiger Weise. Die Vorstellungen reichen von der Krankheit als Ausdruck der Gebrochenheit der menschlichen Existenz bis hin zu den neutestamentlichen Heilungsgeschichten als Ausdruck der Befreiung und Versöhnung mit Gott. Die Kranken mögen die Verlierer in den Augen der Welt sein, in biblischer Sicht sind sie von Gott angenommene Söhne und Töchter Gottes und Miterben Christi. Sie erhalten Hilfe und Linderung, werden aber nicht deklassiert zu Almosenempfängern, Hilfeabhängigen und Fürsorgeobjekten. Ihnen wird die uneingeschränkte Würde zugesprochen und Handlungssouveränität sowie Verantwortungsfähigkeit ermöglicht. Der Apostel Paulus kann in einem umfassenden Sinn (und nicht nur im Blick auf die geistliche Dimension) sagen: „Wenn ich schwach bin, so bin ich stark“ (2.Kor.12,10; vgl. auch 13,3 ff). Er kann mit der körperlichen Belastung (seinem „Stachel im Fleisch“) leben, ohne in dieser Krise zu zerbrechen oder im Blick auf Gottes Gnade in Zweifel zu geraten.

Die Hilfe für den kranken, leidenden und sterbenden Menschen ist in biblischer Sicht eine Hilfe für den ganzen Menschen in seinen vielfältigen Bezügen. Das Johannesevangelium berichtet, wie die Jünger angesichts eines von Geburt Blinden fragen, wer denn nun eigentlich gesündigt habe, der Blinde selbst oder seine Eltern. Darauf antwortet Jesus: Weder er noch seine Eltern haben gesündigt, sondern er ist blind, damit an ihm die Taten Gottes offenbar werden (Joh. 9,3). Jesus durchbricht hier den Kausalzusammenhang von Sünde und Krankheit. Der geheilte Blindgeborene erfährt nicht nur das Geschenk der Sehfähigkeit, sondern auch eine Integration in Familie und Gesellschaft, und er erfährt Gottes Heil. Er hört auf, ein Abhängiger, ein an den Rand der Gesellschaft Gedrängter oder gar Ausgestoßener zu sein. Auch als Kranker ist der Mensch in biblischer Sicht ein Kind Gottes, dem die Gotteskindschaft und Mündigkeit als Mandatar zugesprochen (vgl. Mk. 10,46 ff) werden und dem Hilfe gewährt wird. Sein Leiden erhält im Horizont des Leidens Christi für andere einen neuen Sinn und der leidende Mensch eine besondere Bejahung und Würde.

Auf diesem Hintergrund ändert sich die Bedeutung der Krank-

heit. Sie ist nicht mehr Folge der Sünde und Ausdruck des Getrenntseins von Gott, auch nicht umfassende Einschränkung von Würde und Personsein. Ebenso wenig wird die Gesundheit verklärt zu einem religiös überhöhten Idealzustand. Mit Nachdruck hat die Evangelische Kirche in Deutschland in ihrer AIDS-Erklärung von 1985 die allzu vordergründige Verbindung von Sünde und Schuld zurückgewiesen.

(10) Die Bibel läßt keinen Zweifel daran, daß Gesundheit und Leben, aber auch die Begegnung mit Krankheit und Tod den Menschen zur Verantwortung rufen. Gesundheit ist nicht gleichzusetzen mit einem störungsfreien Funktionieren der Organe, mit einer konflikt- und belastungsfreien Existenz; umgekehrt ist Krankheit nicht einfach als Beeinträchtigung der Würde und Mündigkeit des Menschen zu verstehen.

(11) Ein weiterer Aspekt der biblischen Sicht des Menschen, der seine Würde und seine Mündigkeit auch als Kranker behält, ist die Solidarität. Christen waren von Anfang an erfüllt von der Überzeugung, daß menschliches Leben nur als solidarisches Leben gelingen kann. Dies ist eine Überzeugung von großer allgemeiner Plausibilität. Das Gleichnis vom Barmherzigen Samariter (Luk. 10) unterstreicht, daß auch der, der nicht einer bestimmten Religionsgemeinschaft und damit dem „rechten Glauben“ angehört, dennoch die natürliche und vernünftige Einsicht in die notwendige Hilfe haben kann - im Gleichnis sogar mehr noch als die „Rechtgläubigen“. Die Bergpredigt zeigt eine christliche Radikalisierung der Solidaritätsforderung, in der deutlich wird, daß Gott die Menschheit als solidarische Gemeinschaft sieht. Jesu Worte über das Endgericht sind mehr als ein Auftrag, sie sind eine Verpflichtung. So heißt es in Matth. 25, 34 ff. „Dann wird der König denen zu seiner Rechten sagen: Kommt her, ihr Gesegneten meines Vaters, ererbt das Reich, das euch von Grundlegung der Welt bereitet ist. Denn ich war hungrig, und ihr habt mich gespeist; ich war durstig, und ihr habt mir zu trinken gegeben; ich war fremd, und ihr habt mich aufgenommen; ich war nackt, und ihr habt mich bekleidet; ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht (griechisch „episkopein“, d.h. besuchen im Sinne der Fürsorge, Zuwendung und Integration). Was ihr

getan habt einem dieser meiner geringsten Brüder, das habt ihr mir getan.“

Im Armen, Schwachen, Kranken und Sterbenden begegnet uns Christus selbst. So konnte durch das Liebesgebot und die Anerkennung der Medizin als Gabe Gottes gegen körperliche Leiden, die nicht mehr als Strafe für Verfehlungen angesehen werden mußten, von den Christen ein Auftrag zu heilen angenommen und bejaht werden.

In Todesnot besteht christlich verantwortete Hilfe nicht mehr in der Förderung eines Heilungsprozesses, sondern in einer Begleitung, die auf die Bedürfnisse der Sterbenden eingeht und es den Sterbenden ermöglicht, soweit als möglich ihr Sterben zu gestalten, und so ihr Dasein in Würde und Hoffnung zu vollenden. In der Gemeinsamen Erklärung „Gott ist ein Freund des Lebens“ heißt es: „In der Stunde des Todeseintritts geht solche Anteilnahme über in die Bitte, der Sterbende möge mit dem Bewußtsein in den Tod gehen, daß sein Leben nicht vergeblich, sondern von Gott gewollt und gesegnet war.“

(12) Die christliche Botschaft ist die Botschaft der Solidarität, des Teilens und Anteilnehmens sowie des Dienens und der Hilfe. Ihr Ausgangspunkt ist die Verkündigung der Barmherzigkeit Gottes. Er hat sich in vorbehaltloser Liebe der Welt zugewandt. Diese Botschaft ist „Option für die Mühseligen und Beladenen“, für die Benachteiligten und Leidenden. In ihrer Radikalität unterstreicht sie die unbedingte Verletzlichkeit der Menschen und ihre Angewiesenheit auf solidarisches und geschwisterliches Handeln und Hilfe.

2.2 Die Konsequenzen für den Dienst der Kirche

(13) Unser Dienst vor Gott und an unseren Nächsten umfaßt drei Grundfunktionen der Kirche: Liturgie, Zeugnis und Dienst. Der Dienst der christlichen Gemeinde im Gesundheitswesen durch Leib- und Seelsorge steht in unlösbarer Beziehung zu den anderen Grundfunktionen der Kirche. In der Liturgie wird Gottes Heil vergegenwärtigt zur Stärkung der Christen, im Zeugnis der Kirche wird es mit Worten weitergegeben und in der Diakonie in die Tat umgesetzt. Diakonie als heilendes Handeln der Kir-

che wird aus der Liturgie genährt und von der Wortverkündigung motiviert und geformt. Die Verkündigung der Kirche wird durch die Diakonie bewährt und von der Liturgie gespeist. Die Liturgie wird durch Wort und Diakonie vervollständigt.

(14) Liturgie, Verkündigung und christliche Gemeinschaft bringen verschiedene Arten des Dienstes auch im Bereich des Gesundheitswesens hervor:

- Zum einen ist da die spontane nachbarschaftliche Hilfe, die ungeplante Tat der Nächstenliebe. Als biblisches Beispiel kann die Geschichte vom Barmherzigen Samariter dienen. Jeder Christ ist nach evangelischem Verständnis nicht nur Priester, sondern auch Diakon und Seelsorger. Er kann in gewissen Grenzen auch ungeschult seelischen und hilfspflegerischen Beistand leisten. Er kann beratend tätig werden und die richtige Anlaufstelle für eine medizinische Behandlung empfehlen. Er kann den Notarzt oder die Gemeindegemeinschaft rufen. Er kann trösten und beten. Er kann Wunden verbinden und im Haushalt helfen. Ein jeder kann mit seinen speziellen Gaben und Qualifikationen seinem Nächsten beistehen.
- Zum zweiten kann ein Christ sich hauptberuflich und auf Dauer dem Nächsten im Bereich des Gesundheitswesens zuwenden, im pflegerisch-medizinischen, im administrativ-ökonomischen oder im seelsorgerlich-diakonischen Bereich. Er wird dabei jeweils seine Glaubensüberzeugung miteinbringen.
- Zum dritten kann die christliche Gemeinde bzw. die Institution Kirche bestimmte organisierte Dienste im Gesundheitswesen einrichten: Besuchsdienstkreise und Gesprächsgruppen, Ausbildungsgänge, medizinisch-pflegerische Einrichtungen ambulanter und stationärer Art, seelsorgerliche Dienste in ehren-, neben- oder hauptamtlicher Struktur. Die Kirche hat das auch vielfach getan in Übernahme der Trägerschaft von Ausbildungsstätten für Berufe im Gesundheitswesen, von Sozial- bzw. Diakoniestationen und Krankenhäusern, von Pflege- und Altenheimen, durch die Unterstützung der Hospizbewegung und durch Errichtung und Besetzung von Krankenhaus- und Anstaltsseelsorgestellen. Ein Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland ist in kirchlicher Trägerschaft. 42% aller Mitarbeiter in der Diakonie arbeiten in evangelischen Krankenhäusern.

- Zum vierten hat die christliche Gemeinde ein Wächteramt im Hinblick auf die ethischen Grundlagen von Entscheidungen im Gesundheitswesen und die politische Willensbildung. Diesen Auftrag zum Dienst nimmt die Kirche wahr durch Besetzung von Fachgremien, durch Einbringen ihrer Sicht der Dinge in Gesetzgebungsfragen, durch öffentliche Meinungsbildung in den Medien sowie in gemeindlichen und außergemeindlichen Veranstaltungen. Hier wird der Dienst oft präventive, planerische und prophylaktische Formen annehmen.

2.3 Drei wichtige christliche Dienste im Gesundheitswesen

(15) Um christlich verantwortete Hilfe näher darzustellen und ihre Situation heute zu verdeutlichen, werden im folgenden drei Dienste exemplarisch dargestellt: das evangelische Krankenhaus, die Diakonie- und Sozialstationen und die Krankenhauseseelsorge. Über dieser Auswahl darf selbstverständlich die Vielfalt des Dienstes der christlichen Gemeinde nicht übersehen werden, die zum Beispiel von den traditionsreichen diakonischen Diensten der Gemeindecrankenpflege und Suchtkrankenhilfe bis zur gegenwärtigen „Hospizbewegung“ reicht.

(16) Das evangelische Krankenhaus: Durch die Übernahme der Trägerschaft von Krankenhäusern versucht die christliche Gemeinde etwas von ihren Beweggründen und Zielen zu verwirklichen. Zunächst geht es dabei allgemein um eine neuzeitliche und organisierte Umsetzung des christlichen Samariterdienstes: Den Kranken ist zu helfen, ohne Unterschied der Person und ohne Frage nach dem Dank. Sodann ist sich die Kirche bewußt, daß Jesu Angebot zum Glauben und zur Lebensführung besonders Menschen in der Umbruchsituation von Krankheit und Leiden helfen kann. Sie will institutionelle Möglichkeiten schaffen, um Menschen zu helfen, ihr Leben in der Notsituation von Krankheit und Tod in christlicher Gemeinschaft zu führen oder zu vollenden. Sie ist bemüht, eine ganzheitliche Sorge für Leib und Seele zu gewährleisten und den im pflegerisch-medizinischen Dienst Wirkenden Gelegenheit

zu geben, miteinander und mit den Patienten in christlicher Gemeinschaft zu arbeiten und zu leben. Auch hier sollten die drei Grundfunktionen der Kirche ineinandergreifen.

Seit dem christlichen Altertum haben die verschiedenen Kirchen Kranken- und Siechenhäuser gegründet und unterhalten. Im Mittelalter war das sog. Hôtel de Dieu eine betont auf Liturgie, Verkündigung und Diakonie gerichtete kirchliche Einrichtung, in der der Priester in dem meist einzigen Krankensaal betend, singend, predigend auf und ab ging und die Sakramente reichte. Es gab ärztliche und pharmazeutische Hilfe, das Wartepersonal übernahm die Pflege. Seitdem hat sich vieles geändert.

Heute bilden die konfessionellen Krankenhäuser im System der Subsidiarität einen wichtigen Teil des Angebots neben anderen freigemeinnützigen und kommunalen oder staatlichen Einrichtungen. Dabei gewährleisten sie nach dem Prinzip der Wahlfreiheit die Möglichkeit eines Krankenhausaufenthalts in christlichem Umfeld. Die evangelische Kirche und ihre Diakonie unternehmen auf diesem Gebiet durch die Trägerschaft zahlreicher Krankenhäuser, Heime und Anstalten große personelle und finanzielle Anstrengungen.

(17) Als eine neue und zeitgemäße Form der gemeindenahen ambulanten Krankenversorgung haben sich die in den vergangenen Jahrzehnten flächendeckend entwickelten Sozialstationen bewährt. Sie führen in vieler Hinsicht die Tradition der von den Kirchen im vergangenen Jahrhundert zur Blüte gebrachten Krankenpflegestationen in den Ortsgemeinden weiter. Die überwiegende Anzahl dieser ambulanten Sozialstationen ist nicht zuletzt wegen dieser kirchlichen Tradition heute in konfessioneller Trägerschaft, in einigen Bundesländern sind es sogar mehr als zwei Drittel aller Einrichtungen. Die Statistik des Diakonischen Werkes führt 1.122 Diakonie-/Sozialstationen mit 11.665 hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Voll- und Teilzeitbeschäftigungen an. In vielen Gemeinden haben sich die Gemeindekrankenpflegevereine als eine wichtige Stütze auch dieser neuen Versorgungseinrichtungen erwiesen. Ziel der Diakoniestationen ist es, eine zugleich Personen- und gemeindenaher Krankenpflege ambulant sicherzustellen und die Verzahnung mit der stationären Versorgung einerseits und dem diakonischen Handeln der Kirchengemeinde andererseits

zu erreichen. In kontinuierlicher Zusammenarbeit von Pflegekräften, Zivildienstleistenden und den meist in der organisierten Nachbarschaftshilfe ehrenamtlich tätigen Gliedern der Gemeinde wird erreicht, daß die Diakoniestationen ihre integrierende und ganzheitliche Aufgabenstellung erfüllen können. Auch die ökumenische Zusammenarbeit gehört zu den unverzichtbaren Voraussetzungen. Durch die in der Gesundheitsstrukturplanung vorgesehene starke Ausdehnung des Aufgabenspektrums - insbesondere in den geriatrischen und gerontopsychiatrischen Diensten - stehen die Sozial- bzw. Diakoniestationen heute vor einer neuen Herausforderung. Sie sind bemüht, moderne gesundheitsbezogene Dienstleistungszentren zu werden, ohne bei dieser organisatorischen Neubestimmung ihren ganzheitlichen und personennahen Charakter einzubüßen. Unsicherheiten in der Finanzierung erweisen sich nicht selten als Schwierigkeiten in der Anlaufphase, die durch bessere Abstimmung mit den Partnern bei der Kostendeckung überwunden werden können. Neue Aufgaben der Personalplanung und des Managements stellen sich den örtlichen Trägern, denen die Verantwortung zukommt, für ein optimales Angebot ambulanter Hilfe zu sorgen und das Zusammenspiel der Kräfte den wichtigen Aufgaben entsprechend zu fördern.

(18) Die christliche Seelsorge ist seit jeher als besonderer Dienst der christlichen Gemeinde verstanden worden. Heute haben sich bestimmte Formen dieses Dienstes herausgebildet. Auch hier gibt es eine Ebene des Dienstes, die jeder Christ leisten kann: den spontanen Trost- und Ermahnungsdienst am Nächsten.

Eine andere Form seelsorgerlicher Arbeit ist die, die von sog. Besuchsdienstkreisen wahrgenommen wird. Menschen in Krankenhäusern und Heimen, in Alter und Not, aber auch an Geburtstagen und Festen werden besucht und begleitet. Hier kann und soll jede Kirchengemeinde ihre Aktivitäten entwickeln. Der sonn- und feiertägliche Gottesdienst kann seelsorgerliche Funktionen ebenso übernehmen, wie das Hausabendmahl oder die Andacht.

Eine spezialisierte Form der Seelsorge ist die Krankenhausseelsorge, für die überall im Bereich der EKD eigene Pfarrstellen geschaffen wurden. Ihre Aufgabe ist es,

- die Menschen in den Krankenzimmern zu besuchen,
- mit ihnen zu sprechen über das, was sie bewegt,

- sie in schwierigen Phasen und Entscheidungen zu begleiten,
- Gottesdienste, Zimmer- und Flurandachten sowie Stations- bzw. Zimmerabendmahle anzubieten,
- den Unterricht in Berufsethik sowie Vorträge für Ärzte, Schwestern u.a. zu halten,
- die Kontakte zu den Kirchengemeinden und Kollegen im Pfarramt herzustellen,
- die Mitarbeiter in schwierigen beruflichen und privaten Lebenslagen zu begleiten und zu beraten sowie
- bei der medizinisch ethischen Urteilsfindung mitzuwirken.

Dabei gibt es einige Grundhaltungen der Krankenhauseelsorge:

- Sie tritt nicht in Konkurrenz zu den im therapeutischen Dienst Tätigen.
- Sie versteht sich als Begleitung von Menschen in den Krisen ihres Lebens aus dem Glauben heraus.
- Sie hat eine die Patienten in ihrer Eigenart positiv annehmende Grundhaltung, die ihnen aber weder Distanz noch Identifikation, sondern Solidarität entgegenbringt.
- Sie ist eine der diakonischen Möglichkeiten und Aufgaben jeder christlichen Gemeinde, jedes einzelnen Christen und der Kirchen.
- Krankenhauseelsorge wendet sich nicht allein an die Patienten, sondern an alle Menschen im Krankenhaus, an das Personal ebenso wie an die Angehörigen.

3. Grundsatzprobleme und strukturelle Spannungen im Gesundheitswesen

(19) Eine humane Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens setzt eine gemeinsame Willensbildung über die ethischen Grundlagen und konkreten Zielsetzungen der Reform voraus. In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Widersprüche und neuralgische Punkte in unserem gegenwärtigen System herausgearbeitet. Im Anschluß daran sollen die wichtigsten Reformaufgaben dargelegt werden.

3.1 Tendenzen der Entsolidarisierung

(20) Die Gesetzliche Krankenversicherung gibt jedem Mitglied und seinen Familienangehörigen unabhängig von Einkommen, Höhe und Dauer der Beitragszahlung, sozialem Status, Alter und Krankheitsrisiko die gleiche Chance auf Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit sowie Linderung von Krankheitsbeschwerden. Das Solidaritätsprinzip soll vor allem durch die Beitragserhebung in Form einer prozentualen Abführung vom Lohn verwirklicht werden. Im Rahmen dieser Solidarität unterstützen

- die Einkommensstarken die Einkommensschwachen (Einkommenslastenausgleich),
- die aktuell Gesunden die Kranken (Krankheitslastenausgleich),
- die überwiegend gesunden Jungen die krankheitsanfälligen Alten (Generationslastenausgleich).

Dieser Ansatz hat eine hohe sozialetische Qualität. Man muß aber heute fragen: Entspricht die Wirklichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung noch dem Leitbild einer durch sozialen Ausgleich geprägten Solidarität aller Versicherten?

(21) Das derzeitige System der Gesetzlichen Krankenversicherung ist gekennzeichnet durch ein Geflecht von allgemeinen und speziellen Bestimmungen, die den Zugang bzw. die Zuweisung von Mitgliedern zu den einzelnen Kassen regeln. Ohne auf die speziellen Vorschriften für besondere Personengruppen einzugehen, kann das System etwa wie folgt skizziert werden:

- Rund die Hälfte der Versicherten - insbesondere Arbeiter sind als Pflichtmitglied per Gesetz einer bestimmten Kasse ohne Wahlmöglichkeit zugeordnet. Die übrigen Versicherten haben eine Wahlmöglichkeit in irgendeiner Form.
- Bestimmte versicherungspflichtige Personen können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie einen gleichwertigen privaten Krankenversicherungsschutz nachweisen.
- Versicherungspflichtige Personen können sich von der Mitgliedschaft in der für sie zuständigen Krankenkasse (allgemein die Ortskrankenkasse, bei entsprechendem Beschäftigungsverhältnis die Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, Bundesknappschaft, Seekrankenkasse) befreien lassen, wenn sie eine

Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse nachweisen (bedeutsam vor allem: Ersatzkassen für Angestellte).

In den meisten Fällen kann das Wahlrecht nur einmal und nur innerhalb einer bestimmten Frist wahrgenommen werden.

(22) Innerhalb einer Kasse werden vergleichbar Versicherte in gleicher Weise durch Leistungen des sozialen Ausgleichs belastet oder begünstigt. Hier findet also der erwünschte Solidarausgleich tatsächlich statt. Zwischen den verschiedenen Kassen gäbe es in dieser Hinsicht nur dann keine nennenswerten Unterschiede, wenn die Risikostruktur in allen Kassen annähernd identisch wäre. Dies ist jedoch nicht der Fall. Vielmehr führt das System von Zwangszuweisungen und Beitrittsberechtigungen mit abgestuften Wahlmöglichkeiten zu erheblich differierenden (inhomogenen) Risikostrukturen einzelner Kassenarten.

Die Erklärung für die großen Unterschiede in der Risikostruktur ist darin zu sehen, daß tendenziell Personen, die ungünstige Versicherungsrisiken darstellen, die geringsten Wahlmöglichkeiten haben und einer Kasse zugewiesen werden, während sich die Wahlfreiheiten auf Personen erstrecken, die günstige Risiken verkörpern. Diese entziehen sich Solidargemeinschaften mit schlechten Risiken.

(23) Das bestehende System förderte die Entsolidarisierung in beträchtlichem Umfang. Eine Folge war, daß die Beitragssätze zwischen den Kassen erhebliche Unterschiede aufwiesen: So betrug 1992 die Differenz zwischen der Kasse mit dem günstigsten Beitragssatz (8 %) und der Kasse mit dem ungünstigsten Beitragssatz (16,8 %) nicht weniger als 8,8 Prozentpunkte; das heißt, es gab Versicherte, die mehr als das Doppelte für praktisch den gleichen Leistungskanon zahlten.

Die Ursachen waren vor allem die wesentlich günstigeren Risikostrukturen der preisgünstigen Kassen. Wenn die Risikostrukturen in allen Kassen annähernd gleich gewesen wären, hätte es zwischen ihnen keine nennenswerten Unterschiede zu geben brauchen. Verschiedenheiten in Angebot und Verwaltungseffizienz der einzelnen Kassen wären erst dann deutlich hervorgetreten und Wahlmöglichkeiten sachlich gerechtfertigt gewesen.

Unterschiede dieser Größenordnung lösen nicht nur verteilungs-

politische Bedenken, sondern auch verfassungsrechtliche Überlegungen (Gleichheitsgrundsatz) aus. Besonders die Ortskrankenkassen unterlagen einem Prozeß fortschreitender Auszehrung. Von 1970 an sank ihr Marktanteil kontinuierlich ab; dagegen stieg der Anteil der Angestellten-Ersatzkassen ständig an. Diese Entwicklung hätte sich allein schon aufgrund der anhaltenden Veränderungen in der Erwerbspersonenstatistik (abnehmender Anteil der Arbeiter) angebremst fortgesetzt. Darüber hinaus wäre von tarifvertraglichen Regelungen, die von der heute üblichen Einstufung als „Arbeiter“ oder „Angestellter“ abrücken (z.B. im Chemiebereich), zunehmender Druck auf den Versichertenbestand der Ortskrankenkassen ausgegangen.

(24) Im System der Gesetzlichen Krankenversicherung war (und ist bis zum Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992) je nach beruflichem Status die Wahlfreiheit unterschiedlich ausgeprägt: mehr Wahlmöglichkeiten für Angestellte als für Arbeiter, mehr für Bezieher hoher Einkommen als für Niedrigverdiener.

Die gegenwärtige Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung und die Mechanismen, welche die Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Kassen bestimmen, verursachen bedenkliche und fortschreitende Ausfaserungen des mehrfach gewirkten Bandes der Solidarität und des sozialen Ausgleichs, das dieses System zusammenhalten soll.

3.2 Medizinisch-technische Spezialisierung als prägendes Element des Gesundheitssystems

(25) Mit Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung erhielten breite Bevölkerungsschichten erstmals gesicherten Zugang zu ärztlicher Behandlung. Die notgedrungene Selbstbehandlung konnte durch die Inanspruchnahme des Spezialisten abgelöst werden.

Durch Pflichtabgaben auf die wachsenden Lohneinkommen verschafft die gesetzliche Krankenversicherung dem Gesundheitswesen eine dynamische Quelle der Finanzierung. Gleichzeitig weist

sie dem Arzt die zentrale Rolle zu. Er erhält die Definitionsmacht über Krankheit und Gesundheit. Durch Krankschreibung und die Art der Behandlung entscheidet der Arzt maßgeblich über die Inanspruchnahme der Krankenversicherung und ihres Beitragsaufkommens. Die ihm dafür gezahlten Vergütungen sind aber auch entscheidende Elemente seines Einkommens.

(26) Die im Gesundheitswesen vollzogene weitgehende Auslagerung von Dienstleistungen aus der Selbstversorgung entspricht dem Prinzip industrieller und postindustrieller Arbeitsteilung. Einerseits führt dieser Prozeß zu hoher Effizienz- und Qualitätssteigerung; andererseits ist er zwangsläufig verbunden mit einem Verlust an Eigenkompetenz. Selbsthilfe weicht (professioneller) Fremdhilfe. Bei aller Wertschätzung des hohen Standes der medizinischen Kunst haben die Patienten dabei zunehmend ein Gefühl des Ausgeliefertseins und der Unmündigkeit. Die Rückgabe von Kompetenz an den einzelnen bzw. die Familien ist eine wichtige Aufgabe bei Reformen des Gesundheitswesens.

Wenn eine marktgängige Dienstleistung ihren individuell erfahrbaren Preis hat, steht der Nachfrager immer vor der Entscheidung, ob und in welchem Umfang er die Fremdleistung in Anspruch nehmen oder aber eine bestimmte Bedarfslage durch Eigenleistung bewältigen soll. In der durch das Solidaritätsprinzip geprägten gesetzlichen Krankenversicherung ist er dieser Entscheidung enthoben; er hat das durch seine Beitragszahlung erworbene Recht auf optimale Heilbehandlung. Damit besteht der andauernde Anreiz, sich der umfassenden Möglichkeiten tatsächlich auch zu bedienen.

(27) Dieser „Zugang mit niedriger Schwelle“ ist erwünscht. Andererseits muß darauf geachtet werden, daß kein Verfall von Selbstverantwortung und Mündigkeit eintritt. Sorge und Vorsorge für die eigene Gesundheit können überlagert werden von der Vorstellung und Forderung, für jede Unpäßlichkeit und für jede Krankheit müsse das Gesundheitswesen als Reparaturbetrieb eine befreiende Lösung bereitstellen. Es wird zunehmend normal, sich der Kompetenz der Ärzte anzuvertrauen. Die Einnahme verordneter Medikamente wird geradezu zum Inbegriff eines – wie man meint – verantwortungsbewußten, aber in Wirklichkeit ten-

denziell fremdbestimmten Umgehens mit der eigenen Gesundheit. Dieser Trend, möglichst allen Beschwerden (bis hin zu vielen nichtmedizinischen Beschwerden) mit den Mitteln des medizinisch-kurativen Bereichs beizukommen zu versuchen, wird in der Fachdiskussion als „Medikalisierung“ bezeichnet.

(28) Dieser sogenannten Medikalisierung der Behandlung entspricht die Entwicklung und Strukturierung des ärztlich-medizinischen Bereichs. Der wissenschaftlich-technische Fortschritt hat es ermöglicht, daß immer mehr Krankheiten isoliert diagnostiziert und therapiert werden können. Die Folge ist ein immer stärker differenziertes Spezialistentum. Die Ärzte werden zu Ingenieuren am menschlichen Körper, zu spezialisierten Präzisionstechnikern. Im Bestreben nach zweckrationaler Organisation unseres Gesundheitswesens wird die Dominanz fachärztlicher Behandlung immer deutlicher.

Die Patienten wissen dieses hocheffiziente System durchaus zu schätzen und suchen ihrerseits Hilfe bei Spezialisten. Dem Besuch der Arztpraxis geht – außer bei schockartig eintretenden Krankheitsereignissen – in der Regel eine Phase der Selbstbeobachtung und des Selbstheilungsbemühens voraus. Haben die Patienten jedoch diesen Entschluß gefaßt, dann wollen und sollen sie die Gewißheit haben, ein funktionierendes und wirkungsvolles Arsenal ärztlicher Hilfe vorzufinden.

(29) Dabei kann leicht der „menschliche Faktor“, die humane Dimension der Medizin, zu kurz kommen. Dieser „Faktor“ wird oft beim Entstehen und beim Verlauf von Krankheiten unterbewertet. Ein Verlust an menschlicher Wärme und Zuneigung wird als der unabdingbare Preis des durch Arbeitsteilung erzielten medizinischen Fortschritts angesehen. Die bei ganzheitlicher Betrachtung erkennbaren Zusammenhänge von Heilung und Heil sind in der Welt der Spezialisten nur selten mit im Blick. Dies kann aus christlicher Verantwortung heraus nicht als technizistisches Schicksal hingenommen werden. Patienten, die beispielsweise im Rahmen einer Volldiagnose von einer Station des Krankenhauses zur anderen geschoben werden, durchleiden nicht zu unterschätzende Zustände der Isolierung, Ungewißheit und Angst und empfinden sich oft als Meßdatenträger. Selbst wenn An-

sprechpartner vorhanden sind, sprechen beide Seiten nur selten die gleiche Sprache. Insbesondere die ärztliche Fachterminologie ist für die medizinischen Laien schwer verständlich.

(30) Evangelische Krankenhäuser werden ihr Profil insbesondere darin zeigen, diese Dialogfähigkeit der Mitarbeitenden zu stärken und den Patienten Situationen der Verlassenheit und Einsamkeit zu ersparen. Ihr Personal wird darauf allgemein und besonders in Situationen lebensgeschichtlicher Übergänge achten. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer können dieses Verständnis durch besondere Besuchs- und „Lotsendiensten vor und nach Untersuchungen und Operationen wirksam ergänzen, so daß niemand vorher oder nachher „einsam auf dem Flur“ warten oder mühsam nach Ansprechpartnern für seine Fragen suchen muß. Die Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger bemühen sich nach Kräften, den Menschen im Krankenhaus in ihren Sorgen und Bedürfnissen zur Seite zu stehen, und tragen das Ihre dazu bei, den „Geist des Hauses“ zu prägen, auch in Krankenhäusern öffentlicher Trägerschaft.

Unfähigkeit oder der mangelnde Wille zu einfühlsamer zwischenmenschlicher Kontaktaufnahme trifft besonders jene Patienten, die die ärztliche Praxis letztlich aus seelischer Not aufsuchen. Nach Einschätzung vieler Fachleute ist die Mehrzahl der Patienten nicht körperlich (somatisch), sondern seelisch (psychosomatisch) krank. Die Begegnung Arzt/Patient findet hier häufig in einer eigentümlich gezwungenen Atmosphäre des Nichthörens, Ausweichens und des Überspielens von ansatzweise vorgebrachten Problemen statt und endet schließlich mit der Verschreibung eines Medikaments oder der Überweisung zum Spezialisten. Die Patienten werden so zu Zwangskonsumenten des medikalisierten Gesundheitswesens; ihre wirklichen Probleme kommen nicht oder zu wenig zur Sprache. Diesen Tendenzen antwortet die - auch von Ärzten - mit zunehmendem Nachdruck vorgetragene Forderung, die Patienten als einsichts- und entscheidungsfähige Individuen zu begreifen und ihren Willen ernst zu nehmen - selbst dann, wenn ihre Vorstellungen unvernünftig erscheinen mögen.

(31) Deutliche Defizite bestehen auch im Blick auf die Chancengleichheit sozialer Gruppen in unserem Gesundheitswesen. Zwar sichert die auf Solidarität und sozialen Ausgleich gegründete Ge-

setzliche Krankenversicherung jedem das gleiche Recht auf medizinische Behandlung zu; dennoch gibt es „Gewinner“ und „Nicht-Gewinnern des Systems. Der medizinische Fortschritt kommt vor allem dem Mittelstand und der Oberschicht zugute, während die sozial Schwachen dahinter zurückbleiben. Diese Tatsache ist sicherlich zu einem großen Teil in den unterschiedlichen Bedingungen der Berufs- und Arbeitsumwelt, aber auch in den ungünstigeren allgemeinen Lebens- und Bildungsumständen begründet. Der Informationsstand über die Möglichkeiten und Alternativen im Gesundheitswesen ist häufig unterentwickelt, die Artikulations-, Verständnis- und Kooperationsfähigkeit bei vielen Patienten zudem begrenzt. Gerade dann zeigt sich oft, daß bestimmte Therapien zwecklos sind, wenn der Lebensstil nicht geändert wird. Unser Gesundheitswesen muß Mechanismen entwickeln, die auch die Benachteiligten berücksichtigen und sie an dem allgemeinen Therapiestandard teilhaben lassen. Den Ärzten und ihrer Dialogfähigkeit kommt hierbei eine besondere Verantwortung zu. Gerade für benachteiligte Gruppen ist auch der Zugang zu Selbsthilfegruppen besonders wichtig.

(32) Patientensouveränität in einem Solidarsystem bedeutet Eigenverantwortung. Solidarische Sicherheitssysteme, die diejenigen unterstützen und mittragen, die auf diese Hilfe angewiesen sind, müssen ihrerseits durch einen verantwortungsvollen Umgang mit den Möglichkeiten getragen werden, die dem einzelnen selbst zur Verfügung stehen. Andernfalls kommen sie rasch an ihre Grenzen.

Die Solidarität bedarf der Subsidiarität als steuerndes und zügelndes Strukturprinzip. Was der verantwortungsvolle einzelne als „kleinste Einheit“ selbst oder mit Hilfe anderer leisten kann, braucht und soll die Solidargemeinschaft nicht übernehmen. Der Satz, „einer trage des anderen Last“ (Gal. 6,2), kann innerhalb eines solidarischen Sicherheitssystems 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.

Die Klage ist verbreitet, die Versicherten würden zu unbedacht und zu häufig die ärztliche Praxis aufsuchen und nähmen die Solidargemeinschaft über Gebühr in Anspruch. Dieser Vorwurf

ist so alt wie die Gesetzliche Krankenversicherung. Und in der Tat: Es ist eine ökonomische Gesetzmäßigkeit, daß die Bereitstellung „freier“ Güter und Dienstleistungen das Niveau der Nachfrage des einzelnen wie der Gesamtheit erhöht. Dabei spielt es offenkundig keine Rolle, ob die so entstehenden Kosten am Ende doch durch allgemeine Beiträge aufgebracht werden müssen. Die Versuchung, sich großzügig zu bedienen, selbst bei Lappalien die ärztliche Praxis aufzusuchen, ist unverkennbar. Auch ein solidaritätsbewußter, Zurückhaltung übender Versicherter wird diese Einstellung nur schwer durchhalten, wenn in seinem Umfeld und Bekanntenkreis die Möglichkeiten des Systems extensiv genutzt werden. Hier haben die Ärzte eine steuernde Funktion im Gesundheitswesen, indem sie gegebenenfalls auch Leistungen verweigern, wenn es nicht nur therapeutisch unangebracht, sondern vor allem auch im Blick auf die Belastung der Solidargemeinschaft nicht vertretbar ist, den Erwartungen der Patienten nachzukommen.

Sicherlich, die entschlossene Nutzung der vorhandenen Therapiemöglichkeiten kann durchaus Ausdruck einer verantwortlichen Vorsorge für die eigene Gesundheit sein. Verschleppte Krankheiten sind oft die teuersten Krankheiten und führen nicht selten zu langen oder dauerhaften Beeinträchtigungen. Entscheidend jedenfalls ist die Frage nach der „normalen“, der „richtigen“ Inanspruchnahme und nach sozialetischen Bedingungen und Kriterien für deren Beurteilung.

(33) Dabei muß bedacht werden, daß es bestimmte Rahmenbedingungen in unserem heutigen Gesundheitswesen sind, die ein verantwortungsvolles Verhalten von Ärzten und Patienten offenkundig erschweren.

- Die Ärzte haben nicht nur die Definitionsmacht über Gesundheit und Krankheit, sie haben auch die Möglichkeit, Art und Umfang ihrer Leistungen weitgehend selbst zu bestimmen. Begnügen sie sich mit einfachen Hilfen, so laufen sie Gefahr, daß die Patienten ihnen das Vertrauen entziehen, weil sie Können und Einsatz der Ärzte nicht selten nach dem Aufwand beurteilen, den sie betreiben. Verweigern sie die von den Patienten als angemessen betrachtete Krankschreibung, so verlieren sie die Patienten möglicherweise an weniger zurückhaltende Kollegen.

- Patienten der Gesetzlichen Krankenkassen ist es verwehrt, Einblick in die mit ihrer Behandlung verbundenen Kosten zu nehmen. Die finanzielle Seite des Geschehens spielt sich hinter dem Rücken der Patienten direkt zwischen den Ärzten, den Anbietern und Veranlassern und ihrer Krankenversicherung ab. Damit fehlt den Versicherten jeder Maßstab für das Ausmaß der Inanspruchnahme der Solidargemeinschaft. Ein entsprechendes Problembewußtsein der Versicherten aber wäre eine notwendige Hilfe für einen sensiblen und verantwortungsvollen Umgang mit den zur freien Verfügung gestellten Leistungen.
- Die Verschreibung und Vergütung von Einzelleistungen ist das grundlegende Element im Gesundheitswesen. Dies entspricht dem Entwicklungstrend unseres Gesundheitswesens zum Spezialistentum und zur ingenieurmäßigen Zerlegung des Krankheitsbildes in isolierte Krankheitsherde und Therapieschritte. Ähnlich wie die Versicherten der moralischen Versuchung unterliegen, die freien Gesundheitshilfen im Übermaß in Anspruch zu nehmen, so müssen die Ärzte ständig eine Entscheidung zwischen dem unbedingt Notwendigen und dem abrechenbaren Möglichen fällen. Sie treffen damit unmittelbar auch eine Entscheidung über ihre Einkommensbildung.

(34) Alle diese Faktoren führen zu einer Mengenausweitung abgerechneter ärztlicher Leistungen, die in dieser Form die Solidarität und die Mündigkeit der Patienten schwächen muß. Die Fehlsteuerungen werden immer dann deutlich, wenn sich unter sonst gleichen Bedingungen die Zahl der Ärzte in einem bestimmten Gebiet erhöht: Obwohl die Zahl der Patienten pro Praxis sinkt, nimmt der Umsatz pro Praxis selten und dann auch nur geringfügig ab; der Gesamtumsatz für medizinische Leistungen steigt dagegen regelmäßig spürbar an. Dies scheint ein empirisches Gesetz der Gesundheitsökonomie zu sein. Dieser Mechanismus ist nur dadurch zu erklären, daß die Ärzte in der Möglichkeit zur Mengenausweitung einen Handlungsparameter besitzen, der sie gegen einen höheren Konkurrenzdruck durch Zunahme der Zahl der Anbieter weitgehend immunisiert. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz freilich ist dieser Prozeß zunächst angehalten worden.

Es gibt also Faktoren in unserem Gesundheitswesen, die dazu beitragen, daß ein ständiger Druck in Richtung Mengenausweitung ausgeübt wird. Die Versicherten müssen sich fragen lassen, ob ihr Verhalten wirklich ein verantwortungsbewußter Umgang mit den gemeinsam aufgebrauchten Mitteln für die Gesundheitsvorsorge ist. Die Anbieter (Pharmazeuten, Ärzte, Apotheker u.a.) kommen an der Frage nicht vorbei, wie sie diese Mengenausweitung zu Lasten der Solidargemeinschaft rechtfertigen können angesichts ihres Einkommensniveaus, das die Löhne und Gehälter der Versicherten im Durchschnitt um etwa das Fünffache übersteigt.

3.3 Kostenentwicklung und Fehlsteuerungen

(35) Unserem Gesundheitswesen stehen erhebliche Mittel zur Verfügung. Durch die Bindung der Beiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung fließen den Kassen derzeit allein in den alten Bundesländern jährlich 5 bis 7 Mrd. DM zusätzlich zu. Da die Kosten in der Vergangenheit jedoch stärker stiegen als die Löhne, kam es zu einer ständigem Erhöhung der Beitragssätze.

(36) Eine Reihe von Versuchen wurde unternommen, um die expansive Kostenentwicklung unter Kontrolle zu bringen. Die starke Fixierung der Reformbemühungen auf die Kostenseite mit dem dominierenden Ziel der Stabilisierung der Beitragssätze ist nicht ohne kritische Einwände geblieben: Gesundheitspolitik dürfe sich nicht auf Kostendämpfung beschränken; sie habe sich vielmehr an den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung zu orientieren. Dem kranken oder von Krankheit bedrohten Menschen müßten die notwendigen Hilfen bereitgestellt werden, um ihm einen gewissen Normalitätsstandard, d.h. seine vollwertige Teilhabe an den gesellschaftlichen Beziehungen und Funktionsabläufen zu sichern. Ob dafür, so wird weiter eingewandt, der heutige Gesamtaufwand bereits ausreicht, ist durchaus nicht sicher. Koordinationsmängel zwischen den Kostenträgern führen überdies dazu, daß Möglichkeiten zu wirklichen Kosteneinsparungen nicht wahrgenommen werden.

(37) Weitgehend einig ist man sich in der Diskussion jedoch darin, daß eine Diskrepanz zwischen den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung und der Verteilung der verfügbaren Mittel auf die verschiedenen Aktionsbereiche besteht (Fehlallokation). Auch die Frage, ob das ökonomische Prinzip - die Erreichung vorgegebener Ziele mit möglichst geringem Aufwand - im Gesundheitswesen mit seinen unmittelbar auf den Menschen bezogenen Aufgaben überhaupt am Platz sei, wird ganz überwiegend bejaht. Die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sind zu verantwortlichem Umgang und haushalterischem Einsatz der ihnen anvertrauten Mittel verpflichtet.

Die Forderung, mit den verfügbaren Ressourcen eine möglichst hohe Nutzensausbeute zu erzielen, stellt sich in einem beitragsfinanzierten System mit besonderer Schärfe. Jede Fehlleitung oder Verschwendung von Mitteln läßt Defizite entstehen und fortauern oder führt durch kompensatorische Beitragserhöhungen zu erzwungenen Einschränkungen der Versicherten an anderer Stelle. Ein so verstandenes ökonomisches Prinzip hat sozialetische Berechtigung. Dies gilt nicht für Überlegungen, die auf ein Prinzip „Sparen, koste es, was es wolle“ hinauslaufen.

(38) Als im Lauf der Geschichte die Menschheit erkannte, daß viele Krankheiten auf bestimmte abgrenzbare Ursachen zurückzuführen sind, setzte eine intensive Suche nach immer neuen Möglichkeiten der Heilung ein. Dafür wird nahezu das gesamte, weltweit vorhandene Arsenal wissenschaftlich-technischer Forschung für den medizinischen Fortschritt und für Innovationen nutzbar gemacht. Der Rahmen der klassischen, vornehmlich den Ärzten vorbehaltenen Krankheitserforschung ist längst gesprengt. Zunehmend macht sich die Medizin das rapide anwachsende Wissen von Chemikern, Biologen, Ingenieuren, Elektronikern, Informatikern, Optikern, Frequenztechnikern, Statikern, Psychologen u.a.m. zunutze. Die Folge sind immer bessere, allerdings nicht selten aufwendigere und schwerer zugängliche Verfahren und Geräte zur Diagnose und Therapie. Das Innovationstempo ist hoch und hat sich in den letzten Jahren noch beschleunigt.

Die Bevölkerung nimmt die neuen Hilfen dankbar in Anspruch. Wo die Wissenschaft noch keine Lösung parat hält, wird mit drängender Ungeduld eine Intensivierung der Forschung gefordert.

Dort, wo wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen der Preis einer Leistung zunächst die Erfüllung von Bedürfnissen begrenzt, muß jede wissenschaftlich-technische Neuerung zuerst in eine „marktgängige Ware“ umgesetzt werden und sich gegen bereits vorhandene Güter und Dienste durchsetzen. Dies gelingt nur dann, wenn das Verhältnis von Nutzen und Kosten dem potentiellen Nachfrager eine erhöhte individuelle Bedürfnisbefriedigung verspricht. Ausmaß und Geschwindigkeit der Durchdringung des Marktes hängen dabei wesentlich von der einkommensbedingten Kaufkraft der Bevölkerung ab.

In unserem solidarisch verfaßten Gesundheitswesen spielt der Preis mit seiner selektierenden und nutzenoptimierenden Funktion in der Regel keine entscheidende Rolle. Das Gesundheitswesen räumt jedem Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung- unabhängig von seinem Einkommen und sozialen Status - das Recht auf optimale gesundheitliche Hilfen ein. Damit besteht der ständige Druck, jede neue Entwicklung, die wo auch immer auf der Welt realisiert werden konnte, alsbald allen zugänglich zu machen.

Anders als in vielen Bereichen der Technik - so z.B. in der elektronischen Datenverarbeitung -, wo wissenschaftlicher Fortschritt auch zur Verbilligung des Angebots führt, zeichnen sich die Innovationen in der Medizin nur selten durch einen spürbaren Rationalisierungseffekt aus. Sie erschließen vielmehr überwiegend Einsatzmöglichkeiten, die es vorher nicht gab und erfordern zusätzlichen Aufwand. Leiden, die bis dahin nicht einmal diagnostizierbar waren und als unvermeidliche Schicksalsschläge hingenommen werden mußten, können nunmehr erfolgreich angegangen werden. Bisher nur latent vorhandener Bedarf wird zu aktueller Nachfrage.

Ein Ende der Spirale steigenden Wissens und steigender Ausgaben für die Anwendung dieses Wissens in der Medizin ist derzeit nicht in Sicht. Die Erweiterung der Eingriffsmöglichkeiten, die Explosion des Machbaren, läßt den technisch-wissenschaftlichen Fortschritt im Gesundheitswesen zu einem sozialpolitischen und sozialetischen Problem werden. Es fehlt an Anreizen, die zu rationalisierenden und kostengünstigen Innovationen in der Medizin beitragen.

(39) Die sozialetische Schlüsselfrage vor dem Hintergrund des überragenden Wertes der Gesundheit für Leben und Wohlbefin-

den des Menschen lautet: Ist es vertretbar, grundsätzlich verfügbare Behandlungsmöglichkeiten wegen der damit verbundenen hohen Kosten allen vorzuenthalten oder nur wenigen zuteil werden zu lassen?

Sozialpolitisch ist zudem die Frage zu stellen, welcher Anteil von Einkommen und Sozialprodukt der Bevölkerung abverlangt werden kann, wenn alles, was zu einer Bestversorgung technisch möglich ist, von dem Leistungssystem erfaßt werden soll. Ist die Dynamik der beitragsfinanzierten Ausgaben für die Gesundheit größer als die der allgemeinen Einkommensentwicklung, so werden die Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung auf anderen Gebieten der Daseinsvorsorge eingegrenzt.

In der Sozialpolitik ist der Grundsatz der Maximalversorgung kein systemprägendes Element. In den großen solidarischen Versicherungssystemen - Renten-, Invaliditäts-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung - ist die Gewährleistung einer angemessenen Versorgung die entscheidende Orientierungsgröße der Leistungsbemessung. Die steuerfinanzierte Sozialhilfe orientiert sich sogar am gesellschaftlichen Existenzminimum. Der Grundwert der Menschenwürde muß dabei die Richtschnur sein.

(40) Das systemtragende, solidaritätssichernde Element der großen sozialen Versichertengemeinschaften ist eine ausgewogene Balance zwischen der Last der Beitragszahler und den Leistungen an die Empfangsberechtigten. Werden diese Relationen nachhaltig zu Ungunsten der Beitragszahler verändert, so sind destabilisierende Tendenzen unvermeidlich. So verweigern sich Zahler durch „Abtauchen“ in die Schattenwirtschaft oder versuchen ihren Beitrag auf ein Minimum zu reduzieren. Diese Erosionen können die Systeme entscheidend schwächen und in ihrem Bestand gefährden.

Die Krankenversicherung geht als Risikoversicherung im Grundsatz von einer „statistischen Normalverteilung“ der Risikostruktur aus. Dabei ist von vorneherein einzukalkulieren, daß es immer einige Fälle mit extrem hoher Kostenbelastung gibt. So erfordern zum Beispiel Herzoperationen, Organtransplantationen, die Versorgung von Blutern und Dialysepatienten einen weit über das Normale hinausgehenden Einsatz an Technik, Medikamenten und Personal. Solange es sich um zwar regelmäßig vorkom-

mende, zahlenmäßig und im Verhältnis zum Gesamtaufwand aber nicht ins Gewicht fallende Fälle handelt, wirft dies im Blick auf die Bereitstellung der Mittel keine besonderen Probleme auf. Es gibt auch (private) Risikoversicherungen, in denen außergewöhnlich hohe Leistungsfälle immer wieder vorkommen; so etwa bei Lebensversicherungen, Feuer- oder Sachversicherungen (z.B. Schiffs- oder Sturmversicherungen). Diese Ereignisse sind jedoch anhand von langjährigen Beobachtungsreihen mit Hilfe der Wahrscheinlichkeitsrechnung massenstatistisch hinreichend bestimmbar und gehen in die Beitragskalkulation ein. Treten derartige Fälle zufällig einmal gehäuft auf, wird die außergewöhnliche Belastung durch Auflösung von Rücklagen, eine verminderte Gewinnausschüttung oder eine einmalige Beitragsnachforderung ausgeglichen. Wenn ungewöhnliche und besonders kostenintensive Behandlungsmethoden (z.B. Herztransplantationen) nicht mehr die seltene Ausnahme sind, sondern immer häufiger eingesetzt werden, um schließlich zu einem Massenphänomen zu werden, so kann dies zu strukturellen Spannungen innerhalb der Risikoversicherung führen.

Wissenschaft und Technik in der Medizin haben viel dazu beigetragen, die Lebensspanne der Menschen zu verlängern, die Zahl der gesunden Jahre zu erhöhen. Sie haben es jedoch nicht vermocht, das Auftreten von Krankheit und Behinderung vor allem am Ende des Lebens zu verhindern. Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter und durchleben oft ihre letzten Jahre mit starken körperlichen und geistigen Beschwerden. Mehr als zwei Drittel des medizinischen Aufwandes während eines Menschenlebens entfallen nach Auskunft von Experten auf die beiden letzten Jahre.

Das in diesem Zusammenhang immer wieder genannte Zuteilungskriterium, nämlich „aufwendige medizinische Eingriffe nur dann vorzunehmen, wenn sich dadurch Lebensjahre gewinnen lassen“, wird der Würde und Einmaligkeit jedes einzelnen Menschenlebens von seiner Entstehung bis zu seinem letzten Lebenstag nicht gerecht. Jeder hat das gleiche Recht auf Inanspruchnahme der verfügbaren Hilfsmöglichkeiten. So ist festzuhalten, daß es sozial-ethisch unvertretbar ist, medizinische oder pflegerische Leistungen anhand von sogenannten Kosten-Nutzen-Überlegungen Menschen zuzuteilen. Ihr Lebenswert oder ihre Lebenserwar-

tung würden damit in problematischer Weise fremdbeurteilt. Der Kosten- und Belastungsdruck des „Machbaren“ in der Medizin ist eine der entscheidenden Herausforderungen.

(41) Die entscheidende sozialetische wie sozialpolitische Frage lautet deshalb: Muß alles, was machbar ist, auch verfügbar gemacht werden? Wer hat hierüber die Entscheidung zu fällen? Die Antwort wird nicht ohne Berücksichtigung der generellen Belastbarkeit der Versicherten und des Willens des einzelnen zu geben sein.

Das Kriterium „Belastbarkeit“ führt - abgesehen von dem Verhältnis der Abgaben der Versicherten für ihre Gesundheitsvorsorge zu den Aufwendungen für die anderen Elemente der Daseinsvorsorge - zunächst zu einer Grundfrage der Verteilungsgerechtigkeit. In reichen Gesellschaften liegt die Schwelle der Belastbarkeit und damit das Ausmaß der Verfügbarkeit moderner Gesundheitshilfen weit höher als in armen Gesellschaften. Solange die Gesundheitsversorgung als nationalstaatliche Aufgabe begriffen wird, dürfte es hier auf absehbare Zeit eine Gleichheit der Gesundheits- und Überlebenschancen nicht geben. Bei aller Würdigung der beeindruckenden Ergebnisse, die der medizinische Fortschritt auch in diesen Ländern gebracht hat, ist eine verstärkte Teilhabe der ärmeren Länder an den neueren - im Vergleich zu früher sehr kostenintensiven - Möglichkeiten geboten. Dies erfordert entsprechende Aktivitäten in der medizinischen Entwicklungshilfe.

Allein schon vor diesem Hintergrund ist eine gewisse Bescheidenheit hinsichtlich der eigenen Ansprüche angezeigt. Hinzu kommt, daß der immer mehr auf die Spitze getriebene medizinisch-technische Fortschritt neue ethische Probleme mit sich bringt. Dies betrifft nicht zuletzt die handelnden Personen im Gesundheitswesen. Ein Außenstehender macht sich oft keine Vorstellung davon, in welcher prekären und tragischen Situationen Ärzte eine ethisch vertretbare Entscheidung treffen sollen. So gelangen die verantwortlichen Ärzte in einen beklemmenden situationsethischen Zwang, wenn sie in kürzester Zeit entscheiden müssen, ein gerade geborenes, schwer mißgebildetes Kind unter höchstem Einsatz und unter Aufbietung aller technischen Hilfsmittel am Leben zu erhalten oder nicht. Häufiger entsteht aber die Situati-

on, daß lebensrettende Einrichtungen wegen ihrer hohen Kosten nicht in ausreichendem Umfang bereitgestellt werden können. Dann entsteht unweigerlich das sogenannte Warteschlangenproblem: Viele bedürftige Patienten kommen auf die Warteliste, und aus ihnen muß eine Auswahl getroffen werden. Wie auch immer die Entscheidung ausfällt - sie kann in jedem Fall das Todesurteil für einen Wartenden bedeuten. Der Auftrag der Kirchen liegt darin, diejenigen, die unablässig vor solchen Entscheidungen stehen, an ihre Verantwortung vor Gott zu erinnern und seelsorgerlich zu begleiten.

(42) Trotz aller Wertschätzung und Nützlichkeit des Fortschritts in der Medizin zwingt die Explosion des Machbaren angesichts beschränkter wirtschaftlicher Ressourcen auch in wohlhabenden Gesellschaften zur Sparsamkeit. Darüber hinaus findet das Menschenmögliche seine Grenze an dem für den Menschen ertragbaren Möglichen. Dies bedeutet, daß es keine Zwangsabläufe in der medizinischen Behandlung geben darf, die den Patienten unweigerlich und ohne Berücksichtigung seines Willens einer eskalierenden Mechanik technisierter Eingriffe unterwerfen. Mündigkeit und Souveränität der Patienten sind in jedem Falle zu achten.

So führt etwa die fortschreitende Beherrschung von Organtransplantationen in ein Dilemma. Die Zahl der potentiellen Empfänger übersteigt die Zahl der verfügbaren Spender bei weitem, und die Schere zwischen Angebot und Nachfrage vergrößert sich immer mehr. Die Medizin hat erweiterte operative Möglichkeiten und könnte weit mehr Transplantationen vornehmen. Sie hat zugleich die Lebenserwartung von Menschen mit verpflanzungsfähigen Organen deutlich verlängert. Es kann nicht hingegenommen werden, daß sich die Medizin auf Straßenverkehrsoffer angewiesen sieht. In dieser Situation bedarf es -- auch wo möglich von seiten der Kirchen - einiger Anstrengungen, die Bereitschaft zu freiwilligen Organspenden zu erhöhen und die Bürger hierüber korrekt zu informieren.

Der grundsätzliche Verzicht auf medizinisch-technische Forschung sowie auf die Entwicklung neuer, auch kostenintensiver Diagnose- und Therapieverfahren aber wäre sozialetisch nicht zu vertreten. Zu vielen Menschen gibt dies Hoffnung auf Überleben

und erfüllte Lebensjahre. Medizinische Forschung kann in gewissen Grenzen geradezu Inbegriff der unmittelbaren Nutzbarmachung des gottgegebenen menschlichen Wissens für die Schöpfung sein.

(43) Es muß Vorsorge getroffen werden, daß neu entwickelte Behandlungsmethoden allen, die ihrer bedürfen und sie in Anspruch nehmen wollen, gleichermaßen zugänglich sind. Dies ist vor allem eine Frage der gleichmäßigen und ausreichenden Bereitstellung von Behandlungskapazitäten auf einem bestimmten Therapiesektor. Dieses Optimierungsgebot schließt ungleichgewichtige „Insellösungen“ und quantitativ unzureichende Ausstattungen als Dauerzustand aus. Lediglich für eine kurze Einführungs- und Verbreitungsphase wäre ein gewisses Maß an ungleichgewichtiger Versorgung hinnehmbar.

(44) Das Postulat der Gleichheit vor Krankheit und Tod erfordert angesichts begrenzter Mittel also Planung und Beschränkung. Erst wenn die finanziellen Möglichkeiten gegeben sind, allen, die dieses wünschen, einen bestimmten therapeutischen Fortschritt zur Verfügung zu stellen, sollte die rasche, flächendeckende und ausreichende Einführung erfolgen. Welches aber sind die finanziellen Möglichkeiten? Eine eindeutige Antwort auf diese Frage ist vor allem dann nicht zu geben, wenn die Aufteilung durch die gesundheitspolitischen Instanzen ohne Berücksichtigung des Willens der Betroffenen erfolgt.

Bei der Verteilung der gesamtwirtschaftlichen Ressourcen ist ein System wohl abgestimmter Normen und Kriterien nicht erkennbar. So dürfte etwa die lebens- und gesunderhaltende Wirkung eines gesteigerten Aufwandes für die Sicherheit im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz beträchtlich, im Zweifel sogar höher sein, als eine entsprechende Zuleitung von Mitteln in Medizin und Pflege. Vor allem im Umweltschutz haben die Schöpfung bewahrende Maßnahmen zugleich auch präventivmedizinische Wirkungen. Die Anstrengungen auf diesen Feldern werden leider nur selten zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in Beziehung gesetzt.

Auch kommt es nicht häufig vor, daß der Aufwand für privaten wie öffentlichen Konsum mit erkennbar gesundheitsschädlichen

Folgen gedrosselt und dem Gesundheitswesen direkt nutzbar gemacht wird. Der Grund hierfür liegt letztlich darin, daß von der vorgenommenen Ressourcenaufteilung konkret identifizierbare Menschenleben und -schicksale nicht betroffen sind. Es besteht lediglich eine - manchmal durchaus stringente - statistische Wahrscheinlichkeit über die Zahl der Menschen, die durch diese Unterlassungen Leben und Gesundheit verlieren. In der unmittelbar wirkenden Gegenwart von Menschen mit akuten Leiden steht es außer Frage, alle vorhandenen Möglichkeiten auszuschöpfen, und sei dies noch so teuer und „unökonomisch“. Der Hintergrund massenstatistischer Zufallswahrscheinlichkeiten bringt dagegen ganz offensichtlich gesellschaftliche Entscheidungs- und Handlungsfaktoren hervor, die nicht primär auf Leben und Gesundheit ausgerichtet sind.

Das Gesundheitswesen muß also die zunehmende Diskrepanz zwischen dem Machbaren und dem Finanzierbaren aus sich selbst heraus bewältigen.

3.4 Hochleistungsmedizin und Unterversorgung

(45) In der medizinischen Versorgung dominiert - bei aller guten Ausstattung - die kurative Medizin gegenüber wichtigen Bereichen wie Prävention, Rehabilitation, Umweltmedizin u.a. Obwohl die Erfolge von Wissenschaft und Technik in der Medizin allgemein anerkannt werden, gibt es bereits warnende Stimmen vor einem schädlichen Übermaß. Es werde zu viel experimentiert, zu viel Bewährtes durch nur vordergründig bessere Innovationen ersetzt, zu viel technischer Aufwand selbst bei leichten Krankheiten betrieben. Manches, was in der Akutbehandlung als wegweisende Neuerung angeboten werde, erweise sich später als Pseudoinnovation. Es fehle an rechtzeitiger und systematischer Wirkungs- und Erfolgskontrolle.

Obwohl hochleistungsfähige und kostenintensive Apparaturen zunehmend auch Einzug in die Praxen der Ärzte halten, geht der eigentliche Sog der Technik von den Krankenhäusern aus. Immer mehr Patienten werden von den niedergelassenen Ärzten in die Krankenhäuser überwiesen - weil dort objektiv bessere Diagnosemöglichkeiten und Heilungschancen bestehen oder weil die

Ärzte aus einer sicher berechtigten Vorsichtshaltung heraus auf die Begrenzung von Fehldiagnosen und Kunstfehlern abzielen.

Als Kompensation für überwiesene Patienten widmen sich niedergelassene Ärzte gelegentlich um so intensiver den sogenannten kleinen Krankheiten und Beschwerden. Dieses Vorgehen findet seinen Niederschlag in der überwiegend als überzogen eingestuften Verschreibung von Medikamenten. Der Arzneimittelkonsum pro Kopf in der Bundesrepublik Deutschland ist mit der höchste der Welt.

(46) Medizin und Technik stehen somit heute der Bevölkerung in einem noch vor wenigen Jahrzehnten unbekanntem Ausmaß zur Verfügung. Sie werden intensiv genutzt. Für viele Krankheiten, die früher unheilbar waren, hält die moderne Medizin eine Antwort bereit. Am überzeugendsten ist dies bei den Infektionskrankheiten gelungen. Die Verdoppelung der Lebenserwartung in den letzten hundert Jahren ist zwar nicht nur ein Erfolg der Medizin; bessere Hygiene hat sicher auch dazu beigetragen. Unbestreitbar sind die gewonnenen Lebensjahre aber auch auf den Fortschritt in der Medizin zurückzuführen.

(47) Obwohl der einzelne Mensch in seiner Lebensspanne unverkennbar von der Leistungsfähigkeit der Gesundheitshilfen profitiert, führt der Blick auf die Fakten zu einer gewissen Ernüchterung. Trotz des enorm gesteigerten Aufwandes im Gesundheitswesen hat sich der Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung nicht erkennbar verbessert. Manche meinen sogar, er sei schlechter geworden. Obwohl die Forschung in der Medizin noch nie so breit und aufwendig war wie heute, spricht man bereits resignierend von einer Phase therapeutischer Stagnation

Diese Diskrepanz zwischen dem Erfolg der Medizin am einzelnen Menschen und dem Gesundheitszustand aller ist nur scheinbar ein Widerspruch. Sie ergibt sich zwingend aus der Tatsache, daß die durch den medizinischen Fortschritt gewonnenen Jahre zu einem erheblichen Teil nicht krankheits- und beschwerdefreie Jahre sind. In vielen Fällen gelingt der Medizin nicht die endgültige Heilung der Krankheit, wohl aber eine oft jahrzehntelang währende Kontrolle und Eingrenzung der Gebrechen. Wichtiger ist jedoch, daß die Menschen dank der Medizin älter werden und

sich dadurch die natürlichen Gesundheitsgefahren vervielfachen. Der früher häufige plötzliche Tod in jungen Jahren ist - abgesehen von den Verkehrsopfern - eher zur Ausnahme geworden. Die Regel ist der Tod im hohen Alter nach einer längeren Phase wechselnder oder gleichzeitig auftretender Gebrechen. Aber auch krankheitsbedingte Berufsunfähigkeiten mit allen damit verbundenen physischen und psychischen Folgen treten nachweislich häufiger und in jüngeren Jahren auf.

Man kann Krankheiten besiegen, die Krankheit als solche dagegen nicht. Je besser also die medizinische Versorgung, desto größer wird die Zahl der Behandlungsbedürftigen. Vor diesem Hintergrund wird der Grenzertrag eines steigenden medizinischen Aufwandes im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Menschen tendenziell immer geringer. Die Zeit der spektakulären Durchbrüche, die mit wenig Aufwand erzielten durchschlagenden Heilerfolge, wie sie für die Ära der Bekämpfung der großen Infektionskrankheiten typisch waren, scheint endgültig der Vergangenheit anzugehören.

(48) Die Erfolge der Medizin führen somit zu einer fortschreitenden Chronifizierung von Gebrechen in der Bevölkerung. Für die Menschen wird es zunehmend „normal“, während einer längeren Phase ihres Daseins mit Krankheiten und Behinderungen leben zu müssen. Um so wichtiger ist es heute, zu einem der Stellung des Menschen in der Welt und vor Gott entsprechenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu finden.

Das auf Akutbehandlung ausgerichtete Gesundheitswesen hat auf diese durch seine eigenen Erfolge verursachte Entwicklung bisher keine hinreichende Antwort gefunden. Zwar gehört die Kompensation von persönlichen und sozialen Leistungseinbußen infolge krankhafter oder degenerativer Veränderungen heute zu den ärztlichen Daueraufgaben, aber auch hier stammen die gewährten Hilfen ganz überwiegend aus dem Arsenal der Akutmedizin. Zur Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit und der gesellschaftlichen Einbindung der dauerhaft behinderten Menschen bedarf es eines umfassenderen Ansatzes, auf den unser derzeitiges Gesundheitswesen nur unzureichend ausgerichtet ist.

So besteht eine große Einigkeit unter den Experten, daß die Bereitstellung der notwendigen Hilfen für chronisch Kranke zu den

großen Defizitbereichen unseres Gesundheitswesens gehört. Hier sind die Ärztinnen und Ärzte mehr als kundige Helfer denn als Heiler gefragt. Diese Rolle entspricht jedoch nicht dem durch Ausbildung und tägliche Praxis vermittelten Leitbild.

Der Prozeß der Chronifizierung von Krankheiten verlangt auch nach einer neuen Abgrenzung der Funktion und Bedeutung von Ärzten und Pflegekräften. Die unterbewertete Rolle der Krankenschwester bedarf dringend der Korrektur. Andere hilfreiche Entwicklungen, beispielsweise die den Kranken aktivierende Wirkung der Selbsthilfebewegung, sind im Leistungsspektrum der Krankenkassen noch nicht ausreichend verankert.

(49) Der Trend zum Krankenhaus ist eine der auffälligsten Veränderungen in unserem Gesundheitswesen. Offensichtlich ist dies die systembedingte Antwort auf die geschilderten Herausforderungen, die aber selbst Symptom der Krise und nicht deren Lösung ist. Der Trend scheint auch seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes weiterhin anzuhalten. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen nahm in den letzten drei Jahrzehnten dramatisch zu. Dabei ist es jedoch nicht im ausreichenden Maß zu einem bedarfsgerechten System krankenhäuslicher Leistungsdarbietung gekommen. Die Kapazitäten im Intensivbereich sind zu groß, zumindest im Hinblick auf den Grundsatz, daß nur solche Patienten eingewiesen werden sollen, die ambulant nicht hinreichend versorgt werden können. Hier werden kostentreibende Reibungsverluste an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sichtbar. Es empfiehlt sich, beide Bereiche enger miteinander zu verzahnen.

(50) Ein weiteres Problem liegt in der Tatsache, daß Krankenhäuser heute auch Bedürfnisse abdecken müssen, die letztlich von anderen Institutionen befriedigt werden könnten und sollten. In Fällen, in denen nach abgeschlossener Akutbehandlung weitere außerstationäre Hilfe erforderlich ist, für die Leistungen der sozialen Sicherung aber nicht gewährt werden, müssen die Patienten zwangsläufig im Krankenhaus verbleiben. Sie belegen Krankenhausbetten, obwohl sie zur Nachsorge nach Hause entlassen werden könnten. Zudem kommt es infolge der fortschreitenden Vereinzelung und Vereinsamung insbesondere alter, alleinstehenden

der Menschen immer häufiger vor, daß man den geheilten, der Nachsorge bedürftigen Menschen nicht entlassen kann, weil niemand da ist, der sich um ihn kümmert. Das Krankenhaus ist dann - mangels Alternativen - oftmals der einzige Ort, an dem Menschen noch ein Bett bzw. Versorgung finden. In Akutkrankenhäusern galt dies vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes für eine Quote von rund 20 % der Pflagestage. Trotz eines deutlichen Rückgangs in den letzten Jahren, der auf die Wirkungen der Gesundheitsreformgesetzte zurückgeführt wird, ist die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in deutschen Krankenhäusern immer noch höher als in Ländern mit vergleichbarem medizinischem Standard.

Hier wird Handlungsbedarf aufgrund noch unzureichender Verkopplung zwischen stationärer Behandlung und teilstationärer bzw. vor- und nachstationärer Versorgung sichtbar. Einen Teil dieser Lücken könnten innovative Angebote der Krankenhäuser, etwa im Bereich ambulanten Operierens, selbst schließen, wenn über die gesetzlich eingeräumten Möglichkeiten hinaus Anreize und konkrete Handlungsspielräume geschaffen würden. In der Situation einer >gedeckelten<, und budgetgebundenen Finanzierung sehen sich jedoch viele Krankenhäuser gezwungen, die hierfür notwendigen Investitionen zu unterlassen.

(51) Es ist deshalb auch nötig, die Verknüpfung der Krankenhausversorgung mit vorangehenden oder nachfolgenden Leistungen offener, ambulanter und teilstationärer Dienste und Einrichtungen (von Rehabilitation und Aktivierung über Mobile Soziale Dienste und ambulante Pflege bis hin zu „Hospizaktivitäten“ zur Begleitung und Versorgung Sterbender) zu verbessern.

Diese Vernetzung und Flankierung ist teils eine Aufgabe der Sozialplanung (in enger Zusammenarbeit öffentlicher und freier Träger sowie der Sozialversicherungen und ihrer Einrichtungen), dabei aber auch eine unmittelbare Aufgabenstellung für Einrichtungen und Dienste in christlich-diakonischer Verantwortung in ihrem jeweiligen Bereich. Im christlichen Krankenhaus, das niemand ohne die Gewißheit entlassen dürfte, daß im Anschluß für seine Bedürfnisse gesorgt werden kann, wird diese Verknüpfung eine besonders wichtige Aufgabe und ein Teil des Profils sein.

(52) Unser bestehendes Gesundheitssystem trägt den Bedürfnissen Schwerstkranker und Sterbender nur ungenügend Rechnung, wenn auch Todkranke und Sterbende in vielfältiger Form ambulant, teil- oder vollstationär behandelt und gepflegt werden. Die Erfolge der Medizin haben das Ihre dazu beigetragen, daß Sterben ein längerer Prozeß geworden ist, aber sie hat sich noch nicht im gleichen Maße darauf einstellen können, wie Menschen zu begegnen ist, wenn sie nicht mehr genesen. Wie im Falle der Pflege, so gilt auch für die Sterbebegleitung: alle Altersgruppen sind davon betroffen, wenn auch ältere Menschen darunter in der Mehrzahl sind.

Die Akzeptanz der „Hospizidee“ in weiten Kreisen unserer Bevölkerung weist auch darauf hin, daß vorhandene Angebote die Schwerkranken und Sterbenden noch nicht in gleicher Weise im Blick haben. An vielen Orten haben sich Kirchengemeinden und Initiativgruppen mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern der Aufgabe der Sterbebegleitung angenommen. Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben. Angesichts einer Fülle von Aufgaben konnte es in den ambulanten Diensten nicht überall gelingen, Ehrenamtliche zur Begleitung Sterbender zu gewinnen, zu qualifizieren und zu begleiten. Hierzu reichen auch die Finanzierungsgrundlagen dieser Dienste nicht aus. Die ambulanten Pflege- und Hilfsdienste kommen an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit, wenn alleinlebende pflegebedürftige Menschen in ihrer letzten Lebensphase „rund um die Uhr“ Hilfe und Überwachung benötigen.

Ober die Motivation und Qualifizierung der Hospizinitiativgruppen und ihrer Helferinnen und Helfer hinaus ist deshalb die Gründung von Tageseinrichtungen notwendig und zwar zur teilweisen und für eine kleine Zahl von Sterbenden auch für eine dauernde Entlastung all derer, die im ambulanten Bereich in der Sterbebegleitung arbeiten. Sterbebegleitung in christlicher Verantwortung ist auch in Altenpflegeheimen notwendig, wo viele spät eingezogene Menschen bereits nach wenigen Monaten versterben.

Auch im Krankenhaus sollte dafür Sorge getragen werden, daß das Sterben in menschenwürdiger Weise möglich ist. Zahlreiche evangelische Krankenhäuser schulen deshalb ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in besonderen Kursen. In vielen Fällen werden in den Krankenhäusern sogenannte Palliativstationen einge-

richtet, deren medizinisches Ziel die Linderung der Schmerzen und nicht mehr die Heilung der Krankheit ist. Auch diese Stationen bedürfen einer Vernetzung mit ambulanten Diensten und Initiativgruppen.

Diese Angebote der Sterbebegleitung sollten in der sozialstaatlichen Ordnung stärker berücksichtigt werden, damit nicht nur die Wechselfälle des Lebens angemessen begleitet werden, sondern auch der Ernstfall des Sterbens.

(53) Defizite gibt es auch in der Umweltmedizin. Es existieren zu wenig Fahndungsprogramme für die Umweltursachen von Krankheiten, die sich in neuerer Zeit geradezu epidemisch vermehren, z.B. Allergien, Erkrankungen der Atmungsorgane, rheumatische Erkrankungen, Schäden am Stützapparat, Bluthochdruck und Herzinfarkt. Für viele Ärzte und Wissenschaftler scheint dies kein lohnendes Betätigungsfeld zu sein, weil Erfolge nur höchst unsicher und wenig Prestige- und einkommensträchtig sind. Die Epidemiologie und vergleichbare Bereiche sind in der Bundesrepublik unterentwickelt. Das deutsche Gesundheitswesen fällt auf diesem Gebiet wesentlich gegenüber dem Gesundheitswesen in den angelsächsischen Ländern ab. Die Fahndung nach derartigen Risiken wird in der Bundesrepublik weder zentralisiert noch systematisiert und muß sich nahezu ausschließlich amerikanischer Modelle bedienen. Die Evangelische Kirche in Deutschland hat sich mit dieser Frage eingehend in ihrer Studie „Arbeit, Leben und Gesundheit“ (1990) auseinandergesetzt und Lösungswege aufgezeigt.

(54) Schließlich wird auch der gesundheitlichen Vorbeugung (Prävention) zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Wo dies geschieht, stehen oft unerfüllbare Erwartungen an unmittelbar spürbare Kostensenkungen im Vordergrund.

Die kostensenkende Wirkung der Prävention ist aber grundsätzlich umstritten. Die einen halten sie für den Königsweg schlechthin, um der Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen zu begegnen. Sie stützen sich dabei auf die Erfahrung, daß ein Großteil der Erkrankungen auf eine gesundheitsschädigende Lebensführung zurückzuführen ist. Dies treffe in hohem Umfang auf die heute dominierenden Krankheiten wie Krebs, Herzkrankheiten und Arteriosklerose zu. Viele von ihnen seien verursacht durch

übermäßiges Rauchen, exzessiven Alkoholkonsum, zu fettes Essen und Bewegungsarmut. Andere Experten begegnen dieser Einschätzung zurückhaltend bis skeptisch oder halten die Kostenwirksamkeit der Prävention sogar für eine Illusion. Dem liegt die Überlegung zugrunde, daß Prävention zwar die Häufigkeit von Krankheiten in jüngeren Jahren verringert, ihrerseits aber auch Kosten verursacht und - dies ist der bedeutsamste Aspekt - Krankheiten letztlich doch nicht verhindern kann. Durch die tendenziell lebensverlängernde Wirkung der Prävention treten im statistischen Durchschnitt der Bevölkerung die typischen und besonders behandlungsintensiven Alterserkrankungen mit um so größerem Gewicht in Erscheinung. Zwar stellen auch diese Zweifler den Wert von Prävention nicht schlechthin in Frage - beispielsweise in der Form von Schutzimpfungen oder öffentlicher Hygiene. Sie weisen in der Regel nur darauf hin, daß - vom heutigen Niveau aus - ein Mehr an kostspieliger Prävention - wenn überhaupt - zu immer weniger Kostenersparnis und immer weniger gewonnenen Lebensjahren führt. Zusätzlich wird darauf aufmerksam gemacht, daß systematisch und landesweit angelegte Prävention mit der nötigen Planung und der Einbindung des einzelnen in Maßnahmen und Kampagnen auf Bevormundung und die Ausübung von Herrschaft hinauslaufen kann. Aus grundsätzlichen ethischen Überlegungen wird dies weithin abgelehnt. Allerdings ist in diesem Zusammenhang auch über kontrapräventive Wirkungen von Werbung nachzudenken. Von grundsätzlicher Bedeutung freilich ist auch die Verpflichtung des einzelnen gegenüber der Solidargemeinschaft, deren helfende und unterstützende Leistungen nicht unberechtigt und im Übermaß in Anspruch zu nehmen.

(55) Einig sind sich jedoch alle, daß Prävention der individuellen Lebensqualität dient und in vielen Fällen die Zahl der beschwerdefreien Lebensjahre erhöhen kann. Das ist ihr eigentliches Ziel, nicht die Kostendämpfung. Um dies zu erreichen, muß die Gesetzliche Krankenversicherung Anreize setzen, um die persönliche Verantwortung zu stärken. Heute ist dieses Feld weitgehend unbestellt.

Im Bereich der Prävention von Unfällen fällt auf, daß die Berufsgenossenschaften im Bereich des Arbeitsunfallschutzes an der

Unfallvermeidung aktiv mitwirken, da sie Kosten der nach solchen Unfällen notwendigen medizinischen Versorgung tragen. Dies läßt daran denken, wie in Nachbarländern, die Gesetzliche Krankenversicherung auch an anderen Unfallschwerpunkten des täglichen Lebens durch eine Heranziehung anderer Versicherungsträger zu entlasten.

3.5 Probleme der evangelischen Krankenhäuser und der Krankenhausseelsorge

(56) Das Krankenhaus ist ein Bereich gesellschaftlicher Wirklichkeit. Hier begegnet man menschlichen Fundamentalsituationen: Krankheit, Geburt, Krise und Tod. Hier begegnet die Kirche dem ökonomischen System unserer Gesellschaft und wird mit dem naturwissenschaftlichen Weltbild in besonderer Weise konfrontiert. Gesamtgesellschaftliche Trends spiegeln sich in der Mikrogesellschaft des Krankenhauses: Spezialisierung und Arbeitsteilung, Entsolidarisierung und Entmündigung, Technisierung der Arbeit und Ökonomisierung menschlicher Beziehungen. Das alles gilt es für die Kirche zu erkennen, zu bedenken und kritisch zu verarbeiten.

(57) Die freigemeinnützigen Krankenhäuser sind gerade im Zusammenhang mit dem Gesundheitsstrukturgesetz mit erheblichen Problemen konfrontiert. Die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips durch ein System von (pauschalierten) prospektiven Entgelten pro Leistung oder Patient kann freigemeinnützige Krankenhäuser ohne Defizitabsicherung in öffentlichen Haushalten bedrohen. Diese Entwicklung wird vom Diakonischen Werk und dem Evangelischen Krankenhausverband intensiv beobachtet. Schließungen oder Angebotseinschränkungen der freigemeinnützigen Krankenhäuser könnten die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gefährden oder andere Krankenhausträger zu kostspieligen Neuinvestitionen zwingen. In dieser Situation dürfen die Kirchen ihre Krankenhäuser nicht im Stich lassen. Sollte die Angebotsvielfalt im Krankenhausbereich verlorengehen, so wäre dies ein Schlag gegen die Wahlfreiheit und gegen Grundprinzipien einer plural geordneten Gesellschaft. Trotz

der notwendigen Kostendämpfung sollte vielmehr die Wahlfreiheit auch für die in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherten erhöht werden. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser werden ihren Platz dann um so eher behaupten können, als sie ihr Profil für den Versicherten klar und überzeugend bestimmen.

(58) Es gibt daneben eine Reihe von spezifischen Problemen gerade des evangelischen Krankenhauses:

- Schon bei der Frage der christlichen Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter brechen heute zunehmend Probleme auf. Ein durch die deutsche Vereinigung virulenter gewordenes Problem ist das der Kirchenmitgliedschaft der Mitarbeiter.
- Zudem sind die konfessionellen Häuser an einen sehr engen, durch staatliche Gesetze festgelegten Finanzrahmen gebunden, der durch die Gesundheitsreformgesetze nicht besser geworden ist.
- Evangelische Krankenhäuser dürfen nicht nur von naturwissenschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Prinzipien unseres Gesellschaftssystems geleitet werden. Personalschlüssel, die Bettenkapazität, die Belegquote, die Verweildauer und die Auslastungsraten technischer Geräte können anderenfalls sehr rasch zu Konstitutiva werden, während die besondere menschliche Zuwendung und der vorbehaltlose christliche Dienst in den Hintergrund treten.
- Die sich verändernde demographische Situation, der gesellschaftliche Wandel und die Folgen einer optimierten Gesundheitsversorgung tragen das übrige zur angespannten Lage in den Krankenhäusern bei: Auf den Stationen finden sich zunehmend mehr alte und schwerstpflegebedürftige Menschen und chronisch Kranke, zunehmend mehr ihrer familiären und nachbarschaftlichen Bindungen beraubte Individuen, Menschen, bei denen angesichts von Krankheit und Tod Krisen und unbewältigte Lebensfragen aufbrechen. Das evangelische Krankenhaus hat hier viele vorbildhafte, seelsorgerliche und innovative Funktionen, die in Zukunft noch stärker zur Geltung gebracht werden sollten.

(59) Eine Seelsorge an Kranken und Sterbenden durch Gemeindeglieder, Presbyter, Diakone und Diakonissen bzw. durch Pfar-

rer und Pfarrerinnen gehört in Geschichte und Gegenwart zum selbstverständlichen Aufgabenfeld der christlichen Gemeinde. Die Krankenhauseelsorge wurde in den letzten Jahrzehnten als neues, eigenständiges Gebiet kirchlicher Arbeit ausgebaut. Heute sind fast in jedem Krankenhaus ein oder mehrere kirchlich beauftragte Krankenhauseelsorger tätig.

- Krankenhauseelsorgerinnen und -Seelsorger beklagen manchmal, daß ihre Einbindung in die Krankenhausorganisation zu wünschen übrig läßt, aber auch ihre Anbindung an die örtliche Gemeindepraxis wird oft als noch unzureichend erfahren. Wenngleich ihnen der Zugang zu jeglicher Art von Krankenhaus durch das Grundgesetz gewährt ist, bleiben sie dennoch oft Fremdkörper im System des Krankenhauses. Ihre Unabhängigkeit kann ihre Stärke und Teil ihres Auftrags sein. Sie führt aber gegebenenfalls zu Problemen und zur Randexistenz der Seelsorge.
- Ein anderes Problem heutiger Krankenhauseelsorge entsteht durch die unterschiedlichen Fachsprachen, derer sich Theologen und Mediziner bzw. Pflegende bedienen. Die eine Seite versteht die andere oft nicht recht, die Kommunikation zwischen den Fakultäten unterbleibt. Das kann weder im Interesse des Krankenhausträgers, noch der Patienten, noch der Seelsorger und ihrer Kirche sein.
- Von da aus stellt sich auch die Frage nach der Aus- und Weiterbildung der Theologen zu Krankenhauseelsorgern. Neben verschiedenen therapeutischen Zusatzausbildungen und besonderen Schulungen spielt hier die Klinische Seelsorgeausbildung (KSA) die größte Rolle. Dieses stark auf Selbsterfahrung und Gesprächsführung angelegte Praxis- und Labormodell hat in seinem Curriculum leider zu wenig organisationskundliche und interdisziplinäre Elemente. Medizinisch-pflegerische Grundkenntnisse und Sprachfähigkeit wären den Seelsorgern ebenso hilfreich wie eine kritische Reflexion der Institution Krankenhaus und deren organisatorischer Funktionalität. Besondere Ausbildungsgänge für die klinische Seelsorge sollten auch im Rahmen der Theologenausbildung an Universitäten und Predigerseminaren ihren Platz haben.
- Ein strukturelles Problem der Krankenhauseelsorge liegt trotz ihres Ausbaus in den vergangenen Jahrzehnten in der ständi-

gen professionellen Unterversorgung von Krankenhäusern und Anstalten. Wo ein Seelsorger für 500 Betten zuständig ist, kann eine intensive, ihrem Auftrag entsprechende Seelsorge kaum geleistet werden. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von heute nicht unüblichen 10 bis 12 Tagen müßten vom betreffenden Seelsorger täglich 40 bis 50 Patienten besucht werden. Daß das bei wachsenden Aufgaben in der Krisenintervention, in der Langzeitbegleitung und in anderen Gebieten nicht funktionieren kann, liegt auf der Hand. Die Kirche kann von ihrem Auftrag her sich nicht mit punktueller und darin lediglich zeichenhafter Krankenhauseelsorge begnügen.

Die Krankenhauseelsorge sollte von den Kirchen ernster genommen und unkonventioneller konzipiert werden, auch in ihrer Finanzierung. Im Krankenhaus könnte, was vielfach auch geschieht, die ökumenische Zusammenarbeit intensiver durchgeführt werden als in den Gemeinden.

3.6 Die Notwendigkeit von Strukturveränderungen im Gesundheitswesen und die Gesundheitsreformgesetzgebung seit 1988

(60) Es gibt kaum jemanden, der die gegenwärtige Struktur unseres Gesundheitswesens für optimal hält. Dennoch ist es bisher nicht zu wirklichen Neuorientierungen und Veränderungen an jenen Funktionsmechanismen gekommen, die die zweckrationale Verteilung der mehr als 300 Mrd. DM bewältigen sollen, mit denen das Gesundheitswesen derzeit jährlich gespeist wird. Das Beharrungsvermögen gewachsener Strukturen, Einkommens-, Macht- und Prestigeinteressen, ideologische Festlegungen sowie eine allgegenwärtige Gesundheitsbürokratie haben bisher allen Reformbemühungen widerstanden. Als Rechtfertigung für den mangelnden Erneuerungswillen und die Verteidigung des Bestehenden werden durchgehend das Patientenwohl und die Wahrnehmung der Interessen der Versicherten genannt. Dabei sind gerade die Möglichkeiten, die den Willen von Patienten und Versicherten systemleitend wirksam werden lassen könnten, unterentwickelt.

(61) Eine Umstrukturierung unseres Gesundheitswesens muß vor allem folgende Ziele verfolgen:

- Die Souveränität und Verantwortung der Mitglieder der Krankenversicherung und damit Selbstbestimmung und Solidarität im Gesundheitswesen sind zu stärken.
- Entsprechend ist es nötig, daß Kassen, Ärzte und Krankenhäuser nicht in erster Linie im vermeintlichen Interesse ihrer Mitglieder und Patienten deren Entscheidungen und Optionen festlegen, sondern sich nach deren manifestiertem Willen richten.
- Entsolidarisierungseffekte, wie sie das derzeitige System her vorbringt, dürfen nicht mehr eintreten.
- Des weiteren gilt es, Überfluß und Verschwendung auf der einen und Mangel und Unterversorgung auf der anderen Seite mit wirksamen Mechanismen zu verhindern.
- Schließlich sind vermehrt Wahlmöglichkeiten und Anreize notwendig, die Such- und Entdeckungsstrategien zur Erschließung neuer Behandlungsansätze befördern und damit die Einseitigkeit und eine gewisse Phantasielosigkeit des derzeitigen Systems überwinden.

Dies alles wird sich nicht in einem bürokratischen Zuteilungssystem verwirklichen lassen. Patientensouveränität, die Öffnung des Systems auch für neue Ansätze und Sichtweisen über Entstehung, Verlauf und Behandlung von Krankheiten, die Sensibilisierung für und die rasche Beseitigung von Verschwendung und Mangel sowie Mechanismen zur Vermeidung von unsolidarischem Ausbeutungsverhalten erfordern institutionelle Differenzierungen. Die Versicherten brauchen transparente Kriterien, mit deren Hilfe sie autonom Entscheidungen treffen und die Wirksamkeit und den Zusammenhalt der Hilfssysteme stärken können.

(62) Diese Ziele verlangen Lockerungen in unserem durch berufsständische und bürokratische Elemente festgefügteten Gesundheitssystem. Es müssen mehr von solchen konstituierenden und regulierenden Mechanismen in das System eingebaut werden, wie sie sich etwa in der sozialen Marktwirtschaft als geeignet erwiesen haben - Mechanismen, die Produktions- und Verteilungsprozesse nach dem Willen der handelnden Subjekte gestalten. Dies kann allerdings nur in dem Maße geschehen, wie das

Solidaritätsprinzip mit seinem Grundsatz von der Gleichheit aller vor Krankheit und Tod nicht beschädigt wird.

(63) Die Regelungen des Gesundheitsreformgesetzes 1988 sollten den ständig steigenden Kostendruck auf das Gesundheitswesen abmildern, die Eigenverantwortung und Solidarität der Versicherten stärken und mehr Wirtschaftlichkeit in das System bringen.

Diese Ziele sollten durch eine Fülle von Vorschriften auf den verschiedensten Gebieten erreicht werden. Zu nennen sind etwa:

- Leistungseinschränkungen (z. B. beim Sterbegeld);
- erhöhte Zuzahlungen für Arzneimittel, Festbeträge für Arzneimittel, Brillen und Hörgeräte, Zuzahlungen beim Zahnersatz;
- Finanzierung vorbeugender Maßnahmen (etwa zur Zahnerhaltung);
- Einführung regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen für über 35 jährige;
- Maßnahmen zur Stärkung des Kostenbewußtseins bei Ärzten und Krankenhäusern;
- Verpflichtung der Apotheken zur Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln;
- Verpflichtung von Ärzten und Krankenhäusern zur Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen;
- Einführung einer Pflegehilfe als neue Leistung, Verbesserung der finanziellen Regelungen für die Versorgung psychisch Kranker.

Einige der hier aufgeführten Maßnahmen - insbesondere die beiden letztgenannten - waren Schritte in die richtige Richtung.

Gleichwohl setzte sich die Ausweitung der Ausgaben - nach einer kurzen Beruhigungsphase - mit unverminderter Intensität fort, und der durchschnittliche Beitragssatz stieg bis zum 1. Oktober 1992 auf die historische Rekordmarke von 13,1%. Ohne die Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes ' 88 hätte er sogar über 14% gelegen.

(64) Regierung und Gesetzgeber wurden erneut tätig. Das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 sollte bewirken, daß „das Zusammenwirken von Krankenkassen, Leistungserbringern, Versicherten und Gesetzgeber ... bereits mittelfristig ... zu einer am Grundsatz

der Beitragssatzstabilität orientierten Selbststeuerung der gesetzlichen Krankenversicherung“ führt (so die Begründung des Gesetzes).

Die Maßnahmen sehen z.T einschneidende Änderungen im Krankenhausbereich vor, enthalten auch Schritte zur Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung und verbessern im Zusammenhang mit der neugefaßten Pflegepersonalverordnung die Stellensituation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern. In der Öffentlichkeit heftig umstritten sind die Budgetierung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung (Anstieg nur noch im Ausmaß der Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen) sowie die Begrenzung der Zahl der zugelassenen Kassenärzte ab 1999.

Die nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes derzeit praktizierte Politik des „Deckelns“ von Ausgabevolumina oder der mengenmäßigen Begrenzung von Verschreibungen kann allenfalls für eine kurze Übergangsphase toleriert werden. Gleiches gilt für strikte Zulassungsbeschränkungen der Ärzte. Mit einem auf die vielfältigen Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung sensibel reagierenden Gesamtsystem hat dies wenig zu tun. Auch für den Krankenhausbereich bringt die Budgetierung der nächsten Jahre zu wenig Möglichkeiten für gezielte Verbesserungen. Freigemeinnützige Krankenhäuser können die Aufgaben, die ihnen die jeweilige Krankenhausplanung zugewiesen hat, nur erfüllen, wenn die Leistungsentgelte den Kosten wirtschaftlicher Betriebsführung entsprechen. Die Verantwortlichkeit für die Investitionen im Krankenhausbereich jedenfalls sollte für die Zukunft bei den Bundesländern („duale Finanzierung“) bleiben.

(65) Es ist zu begrüßen, daß ab 1995 eine Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung beginnen soll. Sie soll die unterschiedlichen Kassenwahlrechte von Arbeitern und Angestellten in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach einer notwendigen Übergangsfrist grundsätzlich beseitigen und allen Mitgliedern unter Berücksichtigung einer einjährigen Kündigungsfrist die Wahl ihrer Krankenkasse weitgehend freistellen. Die Mitglieder sind an ihre Wahl für mindestens ein Jahr gebunden. Orts- und Ersatzkassen am Wohn- oder Beschäftigungsort haben ab 1.1.1997 jeden Versicherungspflichtigen und Versicherungsbe-

rechtigten, der dies wünscht, aufzunehmen (Kontrahierungszwang). Bedenklich wären dabei allerdings Entwicklungen, die durch den Wunsch motiviert, für den Wettbewerb „starke Kassen“ zu schaffen, zu einer zunehmenden Zentralisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung führen würden. Dies würde die bürgernahe Verwaltung und Beratungstätigkeit der Kassen und sicherlich auch die Mitwirkungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung schwächen.

Der Gesetzgeber beurteilt die mitgliedschaftsrechtliche Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten und die Beitragssatzunterschiede als verfassungsrechtlich bedenklich. Er sieht auch eine Neuordnung der Finanzstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen mit einem einnahmeorientierten bundesweiten Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenkassen und Kassenarten vor, der folgende Faktoren umfaßt: beitragspflichtige Einnahmen, mitversicherte Familienangehörige sowie alters- und geschlechtsbedingte Belastungsfaktoren der Versicherten. Er soll ab 1.1.1995 unter Einschluß der Krankenversicherung der Rentner durchgeführt werden. Die Sonderstellung der Ersatzkassen soll entfallen.

Es zeigt sich also, daß eine Reihe von Reformvorhaben bereits durchgeführt wurden oder auf dem Wege sind. Es bleibt zu hoffen, daß die Erfahrungen mit diesen Reformen einerseits zur Milderung der Konflikte beitragen, die in den letzten Jahren aufbrachen, und zugleich eine ausgewogene Struktur der medizinischen Versorgung und Stellung der Versicherten im System erreichen.

4. Mündigkeit, Verantwortung und Solidarität - ethische Kriterien und Orientierungen

(66) Im folgenden sollen - in Anknüpfung an die Erfahrungen und den Auftrag der christlichen Überlieferungen - einige Kriterien und Orientierungen hervorgehoben werden, die für weitergehende Reformen im Gesundheitswesen maßgebend sein können.

4.1 Zum Verständnis von Krankheit und Gesundheit

(67) Die Diskussion um ein angemessenes Verständnis von Krankheit und Gesundheit ist heute weltweit im Gang. Krankheiten betreffen den Menschen in mehreren Dimensionen:

- Sie betreffen sein Verhältnis zu sich selbst; sie fordern ihn persönlich heraus, er muß sich selbst neu finden.
- Sie betreffen sein Sozialverhältnis; angesichts der Erfahrung, daß die sozialen Beziehungen gestört werden können, muß die soziale Rolle bzw. das Verhältnis zum Nächsten und des Nächsten zu ihm neu bestimmt werden.
- Sie betreffen die biographische Lebensgeschichte; der Konflikt zwischen den Lebensentwürfen, Lebenserfahrungen und der Krankheitserfahrung muß verarbeitet werden.
- Sie betreffen die Beziehung zu Gott; die Krise dessen, was das Leben trägt, fordert dazu heraus, Grundvertrauen und die Sinnbestimmung des Lebens neu zu gewinnen. Diese Erfahrungen bleiben niemandem erspart und erfahren im Angesicht des Todes ihre äußerste Zuspitzung.

(68) Es gibt eine Vielzahl von Definitionen von „Gesundheit“. Eine vielgebrauchte Zielbestimmung fand die Weltgesundheitsorganisation (WHO), als sie Gesundheit als „Zustand des vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens“ beschrieb. Dieser Gesundheitsbegriff kann leicht zu Illusionen verführen. Hilfreich an diesem Verständnis ist, daß die Gesundheit nicht eindimensional biologisch gesehen wird, son-

dem soziale und psychische Befindlichkeiten und Befindlichkeitsstörungen eingeschlossen sind. Utopisch ist er, sofern er unerfüllbare Erwartungen in menschliches Handeln setzt. Ja, er mag sogar gefährlich sein, sofern diese Erwartungen in Anforderungen und Ansprüche umgesetzt werden. Neuorientierung im Gesundheitswesen beginnt mit der Entwicklung eines neuen Gesundheitsbegriffs.

Anknüpfend an die theologischen Überlegungen kann Gesundheit als die Kraft verstanden werden, auch mit Störungen des physischen und psychischen Befindens in Würde zu leben. Im Umkehrschluß wäre zu folgern, daß Krankheiten Lebensvorgänge jenseits der Grenze individuell möglicher Anpassung an Störungen sind. Solche Anpassungen können durchaus so weit gehen, daß Krankheit bejaht wird und man deshalb - subjektiv- gesund ist.

Nicht ein Idealbild von Gesundheit im Sinne einer gänzlichen Abwesenheit von Krankheit, Belastung und Einschränkung ist zu verwirklichen, sondern die Möglichkeit, mit gesundheitlichen Einschränkungen in einer zumutbaren Weise leben zu können. Vor einer modernen Idealisierung der Gesundheit mit ihren Auswirkungen auf Menschenverständnis und Gesellschaftsverständnis (Ablehnung geschädigter ungeborener Kinder, medizinisches Machbarkeitsdenken, Anspruchsdenken der Versicherten u.a.) ist gerade aus der Sicht der theologischen Ethik und Anthropologie 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.

Diese Überlegungen stimmen überein mit einer Umschreibung von Gesundheit, wie sie aus medizinischer Erfahrung formuliert wurde: Gesund wäre danach „ein Mensch, der mit oder ohne nachweisbare oder für ihn wahrnehmbare Mängel seiner Leiblichkeit allein oder mit Hilfe anderer ein Gleichgewicht findet, entwickelt und aufrecht erhält, das ihm ein sinnvolles, auf die Entfaltung seiner persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglicht, so daß er sagen kann, mein Leben; dazu gehört dann auch meine Krankheit, mein Sterben“ (Fritz Hartmann). Auch

chronisch Kranke oder behinderte Menschen können sehr wohl zu einem in diesem Sinne „gesunden“ Leben finden und sich auch subjektiv als „gesund“ einstufen, besonders dann, wenn die Gemeinschaft zum solidarischen Mittragen bereit und fähig ist.

(69) Der kranke Mensch ist in seiner Krankheit von einem umfassenden Problem betroffen, und er hat entsprechend weitergehende Bedürfnisse. Zu nennen sind hier insbesondere folgende Bedürfnisse der Patienten:

- umgehende solidarische (therapeutische und pflegerische) Hilfe zu erhalten;
- im Rahmen dieser Hilfe in ihrer mehrfachen Betroffenheit als Organismus, als ein Ziel und Zwecke verfolgendes Lebewesen und als Person verstanden zu werden; „die stumme, organ und krankheitszentrierte Medizin, und die sprechende, patienten- und personorientierte Medizin, müssen miteinander in Einklang gebracht werden“ (Chr. von Ferber);
- individuelle und umfassende Information und Beratung, um eigenständige Entscheidungen der Patienten möglich zu machen: Die Effizienz medizinischer Leistungen darf nicht zu Lasten der Aufklärung, Beratung und sozialen Unterstützung der Patienten (social support) erhöht werden;
- selbst informiert Entscheidungen treffen zu können (mündige Patienten), aktiviert, nicht in eine passive Rolle gedrängt zu werden. Entsprechend bedarf es einer Heilkunde, die auch als Laienkultur der gesundheitlichen Selbstversorgung gepflegt und tradiert werden kann (Anspruch der Selbsthilfegruppen). Sicherung in einem solidarischen System, professionelle Fremdhilfe und Selbsthilfe ergänzen einander.
- das Bedürfnis, latente Gesundheitsprobleme vorsorgend einzubeziehen. Gesunderhaltung und Krankheitsbehandlung sollten gleichrangige Ziele sein.

(70) Zum Begriff des Bedürfnisses muß auch das gerechnet werden, was individueller Wunsch und Wille des kranken Menschen ist, so sehr hier auch die mangelnde medizinische Kompetenz des Betroffenen Probleme aufwerfen mag. So kann es der dringende Wunsch des einen Kranken sein, mit den Mitteln nach dem neuesten Stand der medizinischen Technik versorgt zu werden, wäh-

end die gleichen Mittel einen anderen Kranken, der auf schonende und naturmedizinische Behandlung setzt, zutiefst erschrecken. Der betroffene Mensch muß die Möglichkeit haben, über den Weg und den Typ der Behandlung entsprechend seinen „Bedürfnissen“, Präferenzen und Wünschen mitzubestimmen. Gründliche Information und Hilfe zur verantwortlichen Eigenentscheidung der Patienten sind hier unabdingbar wichtig.

4.2 Hauptkriterien Mündigkeit, Verantwortung und Solidarität

(71) Der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft, die ungemein weitreichenden Kenntnisse der Medizin über den Körper und seine Funktionen haben die Überlegenheit des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals gegenüber den Patienten vergrößert. Dies freilich darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Patienten als Betroffene eine Kompetenz eigener Art besitzen, die auch durch ein noch so umfangreiches und überlegenes Wissen der behandelnden Ärzte nicht in Frage gestellt werden kann. Diese Kompetenz „besitzen“ die Patienten nicht einfach, sie „verfügen“ nicht über sie“ sondern sie kommt ihnen zu. Patienten sollten sich ihrer eigenen Kompetenz bewußt werden und sie verantwortlich in Anspruch nehmen. Sie sind es, die Auffälligkeiten oder Beschwerden verspüren und Schmerzen empfinden, die Belastungen ertragen und von denen erwartet wird, daß sie besonnenes und verantwortliches Verhalten, Selbstbeobachtung und Belastungstoleranz zeigen. Niemand befaßt sich länger und intensiver mit ihrer Krankheit als sie selbst. Niemand erfährt und empfindet die Krankheit authentischer als sie, niemand weiß mehr über Vorgeschichte und Lebenskontext der Krankheit.

Natürlich kennt der Alltag auch die Patienten, die sich in übertriebener Weise blind den Händen der Ärzte anvertrauen, auf jegliche Eigenkompetenz verzichten und sich auf diese Weise selbst entmündigen. Viele Patienten fühlen sich auch überfordert, schwerwiegende Entscheidungen zu treffen, und entsprechend erleichtert, wenn andere diese Entscheidungen für sie treffen. Es ist Aufgabe der Ärzte, angemessene Bedingungen für eine Selbstbestimmung der Patienten zu schaffen, auf jeden Fall aber ein

Klima zu vermeiden, in dem die Patienten sich keine eigene Entscheidung zutrauen.

(72) Die Würde des durch Krankheit, Behinderung oder Tod gezeichneten Lebens ist heute nicht selten durch Fremdbestimmung und Entmündigung bedroht. So kommt es bei der medizinischen Behandlung Schwerkranker und alter Menschen nicht selten zu Ergebnissen, bei denen bleibende und gravierende körperliche Defekte in Kauf genommen werden. Eine medizinische Behandlung muß immer im wohlverstandenen Interesse der Patienten liegen, nämlich im Interesse an einem menschenwürdigen Weiterleben. Wo ein Eingriff keine Besserung verspricht, sollte er unterbleiben. Die Behandlung muß auf Lebensverlängerung, nicht auf Verlängerung der Stunden, Tage und Wochen des Sterbens zielen. Die Menschenwürde erfordert es, wo es möglich ist, den Wunsch der betroffenen Patienten zu berücksichtigen. Diagnose und Behandlung sind immer auch Eingriffe in die Persönlichkeit und bedürfen der Aufklärung, Verständigung und Einwilligung. Auch die Therapie ist an Zustimmung und Aufklärung gebunden. Aber auch wenn Angehörige und Pflegepersonal den Gedanken an das bevorstehende Sterben nicht aufkommen lassen wollen oder können, wird die Menschenwürde der Sterbenden verletzt.

(73) Der kranke, der belastete, der geschwächte und der sterbende Mensch bedarf in besonderer Weise der solidarischen Hilfe der Gemeinschaft. Er kann nicht zusätzlich zu seiner gesundheitlichen Einschränkung mit Erschwernissen der Versorgung, der Finanzierung und der Bewältigung von Folgeproblemen belastet werden. Menschliches Leben ist immer zugleich auch solidarisches Leben im gemeinsamen Tragen der Lasten und in der Anteilnahme an der Lebensfreude. Solidarität gründet wie die Freiheit in der Bestimmung der Menschen zu verantwortlichem Leben. Bereits vor der Geburt sowie im Kindes- und Jugendalter ist jeder Mensch elementar auf die Solidarität und Verantwortung seiner Mitmenschen angewiesen. Jeder kranke oder behinderte Mensch fordert die Solidarität heraus. Sie ist geradezu die Bedingung der Existenz des gefährdeten Lebens. Sie hebt aber die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Betroffenen nicht auf, sondern fördert sie nach Kräften.

Andererseits ist der Umgang mit Kranken immer auch ein Prüfstein für den Grad an Humanität und Solidarität in einer Gesellschaft. Das ärztliche Ethos und das Ethos der pflegenden Berufe haben hier ihren konkreten Ort. Heilung, Linderung der Schmerzen und konkrete Hilfe sind Zeichen der Solidarität und des Gehorsams gegen Gottes Willen. Ärzte und Angehörige pflegender Berufe sind Mitarbeiter Gottes nicht nur in ihrem Heilungsauftrag, sondern auch in der Verteidigung der Schwachen und Gebrechlichen. Sie tragen in einer Gesellschaft mit die Verantwortung dafür, daß die Verhältnisse heilsam geordnet werden und für Kranke und Gebrechliche eine lebenswerte Umwelt eingerichtet wird. Dies gilt nicht zuletzt für die Organisation der Krankenhäuser und Einrichtungen der Pflege, deren Qualität ebenfalls als Prüfstein für das Maß an Humanität der Gesellschaft anzusehen ist. Es gibt eine spontane menschliche Empfindung, die Menschen daran hindert, ihre Mitmenschen einfach ihrer Not zu überlassen. Mitleid ist das verstehende Mitempfinden der Not des anderen, das „sich im anderen und seiner Not selbst Wiedererkennen“. Menschen leben in einer Gemeinschaft, deren Glieder stets aufeinander angewiesen sind, miteinander ihre Existenz sichern, voneinander abhängig sind und aufeinander einwirken. In einer solchen solidarischen Gemeinschaft ist es notwendig, daß es ein Bemühen um Ausgleich von unverschuldeten und verschuldeten sowie nicht zu unterscheidenden Unterschieden oder Ungleichheiten gibt.

(74) Das eben aufgezeigte hohe Maß an Mitverantwortlichkeit verstärkt sich im Rahmen eines solidarischen Sicherungssystems. Die Eigenverantwortlichkeit jedes einzelnen ist durch drei Aspekte gekennzeichnet:

- Sie betrifft zum einen den sorgsamen Umgang mit der eigenen Gesundheit sowie die vorbeugende Verhütung von Erkrankungen und gesundheitlichen Gefährdungen. Hinzu kommt die Aufgabe, neben den eigenen Beiträgen zum Solidarsystem einen zumutbaren Teil der entstehenden Lasten auch selbst zu tragen, wenn und soweit die Möglichkeit dazu gegeben ist. Die Solidargemeinschaft der Versicherten darf nicht unbedacht und in unverantwortlich extensiver Weise in Anspruch genommen werden.

- Eigenverantwortlichkeit 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 Bagatellbereich, die subsidiäre Hilfe für Familienangehörige, Freunde und Nachbarn, aber auch einen unabdingbaren Anteil an Eigenvorsorge.
- Die 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, Teilnehmer ohne Wahlmöglichkeit sein.

(75) Die Verpflichtung zu solidarischer Hilfe gilt bis hinzu extrem ungleicher Belastung der Beitrag-Leistung-Bilanz. So gilt sie für vergleichsweise geringe Erfordernisse ebenso wie für höchst aufwendige Behandlungen, in heilbaren Fällen wie in aussichtslos scheinenden Situationen. Sie gilt bei vorübergehenden Erkrankungen wie bei langfristigen Dauererkrankungen; bei schicksalhaft erlittenen ebenso wie bei schuldhaft selbstverursachten Erkrankungen. Sie gilt bei Krankheiten im engeren Sinn wie bei unabdingbar notwendigen medizinischen Eingriffen in bedrängender Lebenssituation.

(76) 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. Die Sicherung gegen dieses Risiko muß deshalb Arbeitnehmer und ihre Angehörigen einbeziehen. Die Möglichkeiten einer privaten Versicherung, wie sie bisher bestanden, bleiben dadurch unberührt.

4.3 Ethische Leitlinien und Orientierungen für die Gestaltung des Gesundheitswesens

(77) Die bisherigen Überlegungen führen zu ethischen Leitlinien für die Gestaltung des Gesundheitswesens, die hier hervorgehoben seien:

- Die Gesundheitspolitik zielt auf den Menschen, der wohlinformiert die eigene Verantwortung für seine Gesundheit wahrnehmen kann und will und dafür angemessen belohnt wird. Sie schafft somit Anreize für die Wahrnehmung der je eigenen Verantwortung.
- Die Gesundheitspolitik sichert eine Grundversorgung für alle im Rahmen eines obligatorischen solidarischen Versicherungssystems. Eine solche Solidargemeinschaft ist notwendig und ethisch begründet, weil die Lebensrisiken für den einzelnen nicht voraussehbar, unverschuldete Ungleichheiten zum Teil auszugleichen und Beeinträchtigungen der Gesundheit des einzelnen nie vollständig bestimmbar sind. Endlich basiert die Forderung nach Solidarität auf der einfachen Regel, daß in der Not Hilfe geboten ist. Die Solidarität betrifft verschiedene Ebenen und Bereiche: Solidarität zwischen Begüterten und weniger Begüterten, zwischen jung und alt, zwischen gesund und krank; endlich zielt sie auch auf interregionalen Ausgleich.

(78) Weitere Kriterien werden in folgenden Überlegungen deutlich:

- Die Gesundheitspolitik schützt die Würde des Menschen und bewahrt ein hohes Maß an Menschlichkeit. So verhindert sie Entwicklungen, in denen technisch Machbares auf Kosten der Würde des menschlichen Lebens zum Einsatz gebracht und erprobt wird. Sie entzieht sich auch den ausschließlich ökonomischen Prozessen, z.B. in der Allokation von Mitteln, indem sie sich stets vom Gesichtspunkt der Würde jedes Menschen leiten läßt. Sie verhindert medizinische Entwicklungen, die das Solidarprinzip und die gleiche Versorgung mit medizinischen und pflegerischen Leistungen untergraben und von vornherein nur bevorzugten Patienten oder Anbietern im System zugute kommen.

- Die Gesundheitspolitik orientiert sich am Gesichtspunkt der Freiheit in Verantwortung, und zwar der größtmöglichen Entscheidungs- und Wahlfreiheit möglichst vieler im Rahmen eines solidarischen Systems.
- Die Gesundheitspolitik leistet ihren Anteil an der präventiven Verhinderung von gesundheitlichen Schäden und räumt der Nachsorge, der Rehabilitation und der Gesundheitserziehung eine hohe Bedeutung ein, so daß die Eigenverantwortung gestärkt und nicht geschwächt wird. Im Rahmen der Prävention, aber auch der Therapie, öffnet sich die Gesundheitspolitik neuen Fragestellungen und Einsichten, so der Frage der umweltbedingten Krankheiten oder alternativen ganzheitlichen Behandlungsmethoden.

(79) Ziel der Behandlung durch die Ärzte sollte es sein, die Handlungsfähigkeit der Patienten herzustellen. Unter Handlungsfähigkeit ist die Fähigkeit des Menschen zu verstehen, sich zu bewähren und die private, berufliche und politische Umwelt mitzugestalten. Sie umfaßt den Menschen in seinen biologischen, intellektuellen, ethischen und emotionalen Aspekten. Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation fordert: „Höhere Handlungskompetenz gegenüber Krankheit und Leiden, größere Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und Antriebe zur Selbstverwirklichung, wachsende >Chancen selbstbestimmter Lebensführung“ „... Dies darf als angestrebtes Ideal medizinischer Behandlung gelten. Die Vorstellung vom handlungsfähigen Menschen unterläuft gewissermaßen die Notwendigkeit einer präzisen Definition von Gesundheit. Wesentlich ist die Befähigung des Menschen zum selbstbestimmten Handeln, zur Gestaltung seines Lebens nach seinen Vorstellungen, zum Sich-Zurechtfinden in der Umwelt.

Nicht immer werden Ärzte und andere Helfende ideale Möglichkeiten zur Wiederherstellung der vollständigen Handlungsfähigkeit antreffen. Anzustreben ist deshalb die Fähigkeit, daß die Patienten ihre Krankheit, ihren Schmerz und ihr Leiden bewußt in ihr Leben integrieren und damit umgehen können. Das Verfolgen solcher Ziele bedingt das Einbeziehen der Patienten als aktive Partner im Heilungsprozeß.

Handlungsfähigkeit heißt somit auch, Fähigkeit im Umgang mit dem eigenen Leiden, also auch Leidensfähigkeit. Daß letztere zum

Menschen gehört, ist Teil der Botschaft, die die Ärzte ihren Patienten zu vermitteln haben.

(80) Um Mündigkeit, Eigenverantwortung und Handlungsfähigkeit verwirklichen zu können, brauchen die Patienten Wahlfreiheit und Wahlmöglichkeit. Die Wahlfreiheit ergibt sich aus dem ethisch und anthropologisch begründeten Bild vom mündigen und verantwortlichen Patienten. Alle Hilfe sollte ihm Souveränität und Entscheidungsmöglichkeiten einräumen, ja vielleicht sogar die Krankheit zu einer Chance werden lassen, in der neue Selbsthilfefähigkeit und Kompetenz gefunden werden kann.

Wahlfreiheit setzt tatsächliche Wahlmöglichkeiten - zum Beispiel unterschiedliche Therapie- wege und plurale Trägerschaft von Einrichtungen - und eine breite Information über diese Möglichkeiten voraus. Sie muß in jedem System des Gesundheitswesens immer wieder neu verwirklicht werden.

Die innere Wahlfreiheit und praktische Wahlmöglichkeit der Patienten ist auch bei äußerer Wahlmöglichkeit, also einer Vielzahl von attraktiven Angeboten, nicht unbedingt gesichert, denn sie setzt wahlfähige, kompetente, informierte und mündige Patienten voraus. Auch in dem Gesundheitswesen der wohlhabenden Industrieländer mit ihrem hohen Bildungsstand muß von großem Unwissen und erheblicher intellektueller Überforderung von Patienten ausgegangen werden. Es kommt hinzu, daß eine Ausweitung der äußeren Wahlmöglichkeiten des Systems (z.B. Schaffung von verschiedenen Angebots-Sets der Versicherungen, d.h. also Ausweitung der Versorgungsangebote im System) die Unübersichtlichkeit für die Patienten noch erhöht und sie überfordert. Diese Feststellung soll den Grundsatz Wahlmöglichkeit nicht in Frage stellen, unterstreicht vielmehr die Aufgabe, auf dem Wege der Information und Gesundheitsbildung auf mehr Wahlmündigkeit und Wahlkompetenz der Bürger hinzuwirken.

(81) Die Hilfe für den kranken Menschen ist Idealerweise situationsgerecht und patientengerecht (personengerecht). Sie ist nicht patientengerecht, wenn sie ihn entmündigt, zu einem bloßen Versorgungsobjekt (möglicherweise mit seiner Hilfe) macht, ihm Selbsthilfefähigkeit nimmt und alle zu treffenden Entscheidungen vorgibt.

Die Hilfe für den kranken Menschen ist jedoch je nach Art und Schwere der Krankheit situationsgerecht und patientengerecht,

- wenn diese Hilfe belastete Lebenssituationen berücksichtigt und sich bei länger dauernder Erkrankung als lebensbegleitend versteht,
- wenn sie im Sinne eines dialogischen Verhältnisses zu den Patienten geschieht,
- wenn sie Gespräch, Beratung und Information mit dem Ziel der Eigenentscheidung vorsieht,
- wenn sie die Präferenzen der Patienten berücksichtigt,
- wenn sie nicht nur die körperlichen, sondern auch die seelischen und sozialen (d.h. die Gesamtlebenssituation betreffenden) Aspekte der Krankheit einbezieht,
- wenn sie das komplexe Ursachen- und Wirkungsgefüge mit einbezieht (so zum Beispiel bei chronischen Krankheiten die Bedeutung der Familiensituation, Rolle der Eltern, Rolle des Kranken, Lebensstile, Verhaltensweisen u.a.),
- wenn sie nicht nur auf den akuten Problemfall, sondern auf Prävention und verantwortlichen Umgang mit Leib und Gesundheit abhebt.

(82) Die hier vorgetragenen Kriterien und Orientierungen sind keineswegs erschöpfend, sondern betreffen vor allem die grundlegenden Weichenstellungen, die gegenwärtig im Gesundheitswesen anstehen und teilweise bereits vollzogen werden. Sie stehen aber auch im Hintergrund der Vorschläge, die im folgenden thesenartig entwickelt werden.

5. Praktische Konsequenzen und Vorschläge für Strukturreformen

(83) Es ist eine bleibende Aufgabe, das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Achtung der Menschenwürde sowie ökonomischen Zwängen zu gestalten. Einzelne Reformgesetze können nur Schritte auf diesem Wege sein, um den Bedürfnissen der Bevölkerung im Blick auf eine integrierte und solidarische gesundheitliche Versorgung zu entsprechen. Die Gesundheitspolitik soll zugleich verhindern, daß die in der Solidargemeinschaft Versicherten, insbesondere die Arbeitnehmer und ihre Familien, einem unkontrollierten Zugriff der Anbieter im Gesundheitswesen ausgesetzt werden.

(84) Die Analyse in Kapitel 3 hat ergeben, daß die Reformbemühungen der vergangenen Jahre den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen mit weniger oder mehr Erfolg Dämpfungsmaßnahmen entgegengesetzt haben. Zugleich wurden Strukturreformen in Angriff genommen oder in Aussicht gestellt, die bei konsequenter Durchführung die Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland günstig beeinflussen werden. Im folgenden werden zehn Bereiche aufgezeigt, die der weiteren Bearbeitung bedürfen. Dabei soll auch deutlich werden, daß nicht nur die politischen Organe des Gemeinwesens zu gemeinsamem Dialog und Handeln aufgerufen sind. Die Kirchen sowie ihre Diakonie und Caritas waren und sind an der Ausgestaltung einer humanen gesundheitlichen Versorgung maßgeblich beteiligt. Sie sind deshalb aufgerufen, ihren Beitrag zur Bereitstellung, Sicherung und dynamischen Entwicklung von Lebensmöglichkeiten für alle Angehörigen des Gemeinwesens zu leisten.

5.1 Solidarität und Wahlmöglichkeiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung stärken!

(85) Der Solidargedanke, der zugleich biblische und soziale Grundsatz „Einer trage des anderen Last“, ist im System der Gesetzlichen Krankenversicherung einer bedenklichen Erosion aus

gesetzt. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die unterschiedliche Belastung der Mitglieder der verschiedenen Kassenarten. Daher sollte, auch um der Forderung nach mehr Wahlmöglichkeit und Patientensouveränität zu entsprechen, künftig kein Versicherter daran gehindert werden, sich eine Krankenkasse seiner Wahl zu suchen. Mit dem Kassenwahlrecht für Arbeiter im neuen Gesundheitsstrukturgesetz ist hier bereits ein begrüßenswerter Anfang gemacht.

Die bisherige Ungleichbehandlung und Diskriminierung bestimmter Gruppen von Versicherten kann auf diesem Wege beendet werden. Der „Abwanderung der günstigsten Risiken“ aus einzelnen Kassenarten wird Einhalt geboten. Jede Kasse muß dann grundsätzlich jeden Aufnahmebegehrenden akzeptieren („Kontrahierungszwang“ und „Diskriminierungsverbot“, d.h. Verbot der Nichtaufnahme). Probleme, die sich daraus für die betrieblichen Krankenversicherungen ergeben, müssen durch Regelungen, die ihren Erhalt schützen, berücksichtigt werden, damit ihre wichtige Rolle bei einer gezielten Gesundheitsvorsorge in Betrieben nicht verlorenght. Bei der bisherigen Beitragserhebung vom Lohn sollte es bleiben. Mit einem solchen Ansatz wäre die Wechsel- und Wahlmöglichkeit deutlich stärker ausgeprägt als beispielsweise in der privaten Krankenversicherung, die mit ihrer Prämienkalkulation nach dem Eintrittsalter einen freien Wettbewerb faktisch weitgehend verhindert.

(86) Als konstitutives Element ist ein kassenübergreifender Risikoausgleich, der über den Ausgleich des Gesundheitsstrukturgesetzes hinausgeht, nötig. Er gleicht jene Unterschiede in den Beitragssätzen aus, die lediglich durch Unterschiede in der mitgliederbedingten Risikostruktur hervorgerufen werden. Die nach diesem Risikoausgleich verbleibenden Beitragssatzunterschiede dürfen keinesfalls ausgeglichen werden, weil sie den Erfolg der jeweiligen Kasse im Bemühen um ihr besonderes Angebotsprofil, eine effiziente Erbringung der Versicherungsleistung und wirtschaftliche Betriebsführung (s.u.) widerspiegeln. Ein Finanzausgleich, der alles einebnet, ist damit nicht gemeint. Es geht um einen echten Risikoausgleich und nicht um Geldtransfers. Daher können diese Ausgleichsregelungen auch zunächst zeitlich befristet vorgesehen werden, damit Kassen, denen durch wirtschaftli-

che Verwaltung und attraktive Leistungen im Laufe der Zeit Vorteile in der Mitgliederstruktur zuwachsen, ihre so begründete Stärke auch erhalten können.

(87) Diese Vorschläge entsprechen in der Tendenz den genannten Intentionen der Gesundheitsreform-Gesetzgebung im Hinblick auf die Strukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es muß jetzt darauf ankommen, die Wahlmöglichkeiten auch inhaltlich zu gestalten. Es bleibt abzuwarten, ob die Akteure des Gesundheitswesens das Heft selbst in die Hand nehmen oder den Gesetzgeber durch ihr Abseitsstehen dazu zwingen, die Reform bürokratisch zu verordnen.

5.2 Die Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Leistungsangebot stärken!

(88) Die Stärkung der Solidarität in der Krankenversicherung darf nicht dazu führen, daß am Ende lauter gleiche Kassen mit gleichen Angeboten für alle übrig bleiben. Ein gewisses Werben der Kassen um neue Mitglieder, eine gewisse Differenzierung untereinander und ein daraus resultierender „Wettbewerb“ zwischen den Kassen sind im Interesse der Wahlfreiheit und einer optimalen Versorgung der Versicherten unerlässlich. Die Versicherten können an einer völligen Einebnung aller Angebote nicht interessiert sein. Eine echte Wahlfreiheit bietet dem Versicherten die Möglichkeit, unterschiedliche Therapiewege (z.B. Naturheilverfahren neben schulmedizinischer Versorgung u.ä.) zu favorisieren und entsprechend strukturierte Versicherungen abzuschließen. Es gibt darüber hinaus eine Vielzahl von Leistungen (z.B. Bäder, Massagen, Badekuren, Sehhilfen sowie eine große Zahl von Arzneimitteln, viele Formen des Zahnersatzes, Teile der Kieferorthopädie), die durchaus einen Wert haben, aber nicht in dem Rahmen eines solidarisch finanzierten Systems erstattet werden müssen. Versicherungsvereinbarungen über solche Leistungen können individuell abgeschlossen werden. Bei Versicherungsabschluß könnten dann auch Rabatte oder Beitragsrückerstattungen bei Inanspruchnahme von bestimmten Vorsorgemaßnahmen vereinbart werden.

(89) Die Kassen sollten also mit den Anbietern vollwertige Leistungsbündel unterschiedlichen Zuschnitts aushandeln, die den unterschiedlichen Bedürfnissen und Wünschen der Versicherten entgegenkommen und ein Spektrum von Leistungen aufweisen, das den eigenen Vorstellungen von bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung entspricht, sowie ein gutes Preis-Leistungsverhältnis haben. Auf der Basis dieser Leistungsbündel könnten die Kassen den Versicherten Angebote machen und um „Kunden“ werben. An die Stelle starrer gesetzlicher Vorschriften träten Such- und Entdeckungsverfahren mit dem ihnen innewohnenden Innovationspotential. Auf der Grundlage der Vertragsfreiheit können die Kassen mit den Ärzten frei zusammenarbeiten. Die Kassen sind nach diesem Vorschlag dann auch in der Lage, mit nichtärztlichen Berufsgruppen Verträge für besondere Aufgaben, z.B. auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker oder Pflegebedürftiger, abzuschließen.

Alle diese Leistungsbündel müssen allerdings eine medizinisch und pflegerisch ausreichende Versorgung sicherstellen, die am Grundwert der Menschenwürde orientiert ist. Im Sozialgesetzbuch sollten die hierfür nötigen Grundsätze verankert sein. Zahlreiche detaillierte Vorgaben können beseitigt werden. Es sollte den Krankenkassen und ihren Verhandlungen mit den Leistungserbringern überlassen bleiben, welche konkreten Leistungen in welchen Mengen erbracht werden. Die Position der Versicherten in den Verhandlungen der Kassen mit den Leistungsanbietern (Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie, Apotheken, Einrichtungen usw.) wird dadurch entscheidend gestärkt, während auch die Anbieter verbesserte Möglichkeiten erhalten, ihr besonderes Profil zu entwickeln und eine geregelte Finanzierung für besondere Therapien, Vor- und Nachsorge sowie Hilfsmittel zu erhalten. Dies liegt im Sinne der Forderung nach mehr Mündigkeit und Wahlmöglichkeit für die Versicherten.

(90) Dieses Konzept zwänge die Krankenkassen zu einer Geschäftspolitik, die auf günstige und damit konkurrenzfähige Beitragssätze ausgerichtet ist. Die Kassen müßten so ihre Nachfrage nach Sachleistungen auf das medizinisch Sinnvolle beschränken und fortlaufend nach neuen, bedarfsgerechteren und kostengünstigeren Wegen der Gesundheitsversorgung suchen, um sich positiv von

anderen abheben zu können und die nötige Vielfalt zu bieten. Die Versicherten würden von ihrer bisher allzu passiven Rolle befreit. Sie trieben, da sie jederzeit ihre Versicherung wechseln könnten, die Kassen an, bessere und günstigere Versorgungsbedingungen zu schaffen. Dies würde auch die Bedeutung der Selbstverwaltung stärken

Bei einer solchen Regelung muß sichergestellt sein, daß die Kassen nicht in eine unangemessen dominante Position gelangen und über ihre Funktion als Interessenvertreter und Mandatare der Versicherten hinaus eine herrschende Rolle übernehmen. Der hier vorgetragene Vorschlag sieht vielmehr vor, daß sie eine betont dienende Funktion übernehmen, denn es geht darum, dem Willen und Bedürfnis mündiger Patienten und einer Angebotsvielfalt Rechnung zu tragen. In diesem Zusammenhang müßten auch Fragen der inneren Verfaßtheit der Krankenkassen diskutiert werden.

5.3 Die Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen fördern und unterstützen!

(91) Es müssen Mittel und Wege gefunden werden, um die Mündigkeit der Versicherten und ihre Entscheidungsfähigkeit zu fördern. Niemand darf ein Interesse an desinformierten, entscheidungsunfähigen, desorientierten Patienten haben. Das gegenwärtige System hat diese Wege bisher nicht gebahnt, es fördert vielmehr unmündige Patienten. Eine Vielzahl von Möglichkeiten unterschiedlicher Reichweite sind in der Diskussion, einige davon werden hier und dort erprobt:

- Von besonderer Bedeutung ist die Transparenz des therapeutischen Geschehens sowohl hinsichtlich der entstehenden Kosten als auch hinsichtlich der Wirksamkeit der einzusetzenden Therapien. Solange das Therapiegespräch gegenüber der medizinischen Einzelleistung stark unterbewertet ist, wird es zu keinem wirklichen Austausch zwischen Ärzten und Patienten kommen. Solange die Versicherten keine Kenntnis über die Kosten ihrer Behandlung und ihrer einzelnen Schritte erhalten, können sie kein Kostenbewußtsein entwickeln.
- Das System begünstigt die Wanderung des Therapiebedürftigen durch eine kostspielige Vielfalt, die häufig mit Fehldia-

gnosen und Fehlbehandlungen einhergeht. Es fehlt - auch für Konfliktsituationen zwischen Patient und Krankenkasse - die assistierte Entscheidungsfindung, d.h. eine unabhängige Beratungsinstanz, die über die sinnvollen Behandlungswege, Anbieter und Instanzen aufklärt.

- Auch die Einführung von Bonussystemen im Sinne von besonderen Anreizen für langfristig ressourcensparende Angebote kann die Mündigkeit und das Kostenbewußtsein stärken. Von ihnen profitieren zwar vor allem die jüngeren und gesunden Versicherten, aber sie haben doch einen stark bewußtseinsbildenden und erzieherischen Wert, der sich langfristig positiv für den einzelnen wie für die Solidargemeinschaft auswirken kann.
- Auf längere Sicht sollte überlegt werden, durch Senkung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung die Sicherung für den Krankheitsfall auf eine Grundversorgung, die alle unabdingbar notwendigen Leistungen umfaßt, zu beschränken, um damit Spielräume zu schaffen, die es dem einzelnen erlauben, durch eine spezielle private Zusatzversicherung für besondere Leistungen oder durch andere Formen der persönlichen Eigenvorsorge eine ergänzende und zusätzliche Versorgung nach eigenen Prioritäten und individuellen Bedürfnissen zu treffen. Hier ist nicht an eine Ergänzung einer Grundversorgung durch teure und aufwendige „Luxusmedizin“ gedacht, sondern an eine Öffnung für ergänzende Alternativen und bedarfsnahe Behandlungswege. Das System der Solidargemeinschaft wird dabei nicht verlassen. Eine solche Regelung, verbunden mit guten Beratungs- und Informationsangeboten, würde die in Deutschland bewährten Grundsätze der solidarischen Versorgung erhalten, könnte aber durchaus zu einer individuell angepaßteren Versorgung und zu wirksamen und dauerhaften Kostenentlastungen der Gesetzlichen Krankenversicherung führen. Zugleich muß aber auch vermieden werden, daß es dadurch zu einer Zwei-Klassen-Versorgung kommt, oder zu Versorgungsformen, die die sozial Schwächeren und Benachteiligten überfordern.

Ausweitung der Wahlmöglichkeit heißt nicht Ausweitung der Konsumentenmentalität, der Selbstbedienung und der exzessiven Angebotswahl. Es geht vielmehr darum, eine fallnähere, patien-

tennähere und Patientenbiographie-nähere Behandlung und Hilfe zu gewährleisten und das Ausgeliefertsein an anonyme und dysfunktionale Zwänge des Systems zu vermindern.

5.4 Der Prävention, der Beratung und der Nachsorge Priorität einräumen!

(92) Der Prävention muß auch dann eine stärkere Rolle eingeräumt werden, wenn sie nicht kostendämpfend ist, denn sie stärkt die Gesundheitsverantwortung aller Beteiligten. Die Prävention dient nicht einfach nur der Vermeidung von Krankheiten und der Kostenminderung im Gesundheitswesen, sondern sie ist in erster Linie zur Verbesserung der Lebensqualität und für die Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens in breiten Schichten der Bevölkerung da. In unserem gegenwärtigen Gesundheitssystem wird der Prävention gegenüber der kurativen Medizin entschieden zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Sie bedarf deshalb der gezielten Förderung. Prävention bedeutet: - Die Vermeidung von gesundheitsriskantem Verhalten, das Erlernen risikoärmerer Formen der Bewältigung gesundheitlicher Störungen sowie die Hinführung zu gesundheitsfördernden Lebensweisen („Verhaltensprävention“);

- Die Förderung einer schädigungsfreien oder schädigungsarmen Lebens- und Arbeitswelt durch den Abbau spezifischer Belastungen wie Lärm, gefährliche Arbeitsstoffe oder allergieauslösende Stoffe („Verhältnisprävention“);
- Formen der Beratung, Information und „Fortbildung Gesundheit“; es gilt, eine Beratungskultur zu schaffen, die Grundkenntnisse vermittelt (Hausmittel, Bagatellbehandlung, gesunde Lebensweise, Ernährungsberatung, Konditionsverbesserung u.a.) und beratende Hilfen bei besonderen Problemlagen (chronische Erkrankungen, Abhängigkeiten im frühen Stadium, Langzeitschädigungen, Behinderung) sowie Auskünfte (belastende Arbeitsstoffe, Umweltberatung u.a.) gibt;
- die Förderung von Verhaltensweisen wie z.B. die Stärkung einer gesunden Lebensweise, Hilfen bei der Raucherentwöhnung und Gewichtsreduktion, Hilfen zur Streßminderung, aktive

Bewegungsförderung und Stärkung der Abwehrkräfte des Körpers und der Seele („Gesundheitsförderung“);

- Die Früherkennung, die dazu beiträgt, daß bestimmte langsam wachsende Erkrankungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden können. Dabei muß berücksichtigt werden, daß die Früherkennung auch zu Fehlentwicklungen führen kann, wenn ihr keine wirksamen Therapien folgen oder durch sie die psychosoziale Situation unnötig belastet wird.

(93) Die Gesundheitsberatung bedarf einer deutlichen Aufwertung. Es entspräche durchaus den Prinzipien unseres Sozialstaates, bürgernahe Informations- und Beratungsstellen in der Verantwortung freier Träger aufzubauen. Dies könnte auch Selbsthilfeinitiativen mit einbeziehen. Hier ist beispielsweise zu denken an

- Gesundheitsberatungsstellen vor Ort, die dem einzelnen z.B. bei seinen Entscheidungen über bestimmte Behandlungswege bereitstehen und aufzeigen, was wirklich hilfreich ist. Hierbei geht es vor allem darum, Impulse und Hilfen zur Selbsthilfe und dem einzelnen Anleitung zur Eigenversorgung zu geben.
- regionale Arbeitsgemeinschaften auf ehrenamtlicher Basis für Belange der Gesundheitsversorgung, die Foren für Absprachen und „runde Tische“ für kommunale Dienste, Sozialversicherungsträger, freie Träger, Selbsthilfeinitiativen und Bürgerinnen und Bürger. Dort können Lösungswege für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung diskutiert und Interessenkonflikte ausgetragen werden.

(94) Die Nachsorge zu Behandlungen kann vor allem durch eine bessere Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Dienste, Anbieter und Kostenträger verbessert und gefördert werden. Therapien scheitern nur zu oft, weil im Anschluß an sie keine ausreichenden Rahmenbedingungen für einen weiteren Heilungsprozeß bestehen. Während hier auch im Bereich der physischen Krankenhilfe und Pflege Defizite bestehen, werden die fehlenden Nachsorge- und Therapieanschlußmöglichkeiten gerade im Bereich der Suchtkranken- und Psychischkranken-Hilfe deutlich. Hier ist bei der Nachsorge auch das Problem fehlender nachsorgegerechter Wohnmöglichkeiten zu beachten. Während sich für Nachsorge und Selbsthilfeförderung aufgrund von Kooperationsmängeln

zwischen den möglichen Kostenträgern oft keine Finanzierung findet, werden die durch diese Mängel nötigen und wesentlich höheren Folgekosten z.B. neuerlicher stationärer Behandlung anstandslos bezahlt.

5.5 Die Pflege zur solidarischen Hauptaufgabe im Gesundheitswesen machen!

(95) Bisher immer noch weitgehend ungelöst bleibt das Problem der Pflegebedürftigen und der nur teilweise auch behandlungsbedürftigen Hochbetagten, die gegenwärtig zu lange in den hochspezialisierten und kostenintensiven Krankenhäusern bleiben, weil sie häufig außerhalb des Krankenhauses keine ausreichende Versorgung erfahren können. Ungenutzte Einheiten der Krankenhäuser gilt es in Zukunft als Pflege- oder Rehabilitationsstationen aus- bzw. umzubauen, in denen Bedürftige auf Dauer oder auf Zeit eine sichere und zugleich kostengünstigere Versorgung erfahren. Hier wie im ambulanten Bereich können nur die Leistungen erbracht werden, deren Finanzierung gesichert ist.

(96) Ambulante und stationäre Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Sterbebegleitung müssen in Zukunft von den Veränderungen in der demographischen Struktur unserer Gesellschaft ausgehen und dafür tauglich gemacht werden. Gegenwärtig wird der allergrößte Teil von Hilfs- und Pflegeleistungen ganz oder teilweise durch Angehörigeneinsatz getragen. Töchter und Schwiegertöchter - oft selbst schon in relativ hohem Alter - übernehmen in der Regel diese Verantwortung. Dabei ist sicher, daß künftig immer mehr Menschen ganz ohne Kinder oder nahewohnende Familienangehörige alt, krank, behindert und pflegebedürftig sein werden und daß sich die zunehmende Individualisierung und Anonymität des Zusammenlebens auch auf die nachbarschaftlichen Beziehungen auswirken wird.

(97) Vor dem Hintergrund dieser demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung wird die Pflege zu einer Hauptaufgabe des Gesundheitswesens. Hier sind kreative Lösungen ebenso gefragt wie strukturverändernde Maßnahmen.

Die Evangelische Kirche in Deutschland hat als Modell einer künftigen Pflegeversicherung in ihrer Denkschrift „Alterssicherung - die Notwendigkeit einer Neuordnung“ (1987) eine sozialversicherungsrechtliche Lösung unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschlagen. Eine privatversicherungsrechtliche Lösung nach dem Kapitaldeckungsverfahren hat sie ausgeschlossen.

Wie immer eine künftige Pflegeversicherung ausgestaltet sein könnte, sie muß sicherstellen, daß die Leistungen Behinderten und Altenpflege umfassen, also nicht erst in höherem Lebensalter oder nach einer Wartezeit einsetzen. Gemeinden und Länder werden aber auch bei einer Neuregelung der individuellen Ansprüche auf Pflegeleistungen planerisch, organisatorisch und finanziell sicherzustellen haben, daß die zur Erfüllung dieser Ansprüche erforderlichen Pflegedienste und -einrichtungen durch öffentliche und freigemeinnützige Träger bereitgestellt werden.

(98) Zu der Frage, wie Leistungen zur Pflege finanziert werden sollen und können, kommt die Frage, wie haupt- und nebenberufliche, Vollzeit- und Teilzeit-Pflegekräfte gewonnen, zum längeren Verbleib im Beruf und zum „Wiedereinstieg“ veranlaßt werden können. Dieses Problem stellt sich mit gleicher Schärfe auch für andere soziale Berufe, insbesondere für die Aufgaben im erzieherischen Bereich, es bleibt aber für die Pflegeversorgung angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland besonders dringlich. Notwendig ist hier vor allem eine Verbesserung der Fortbildung und Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

(99) Pflege sollte in Stufen unterschiedlicher fachlicher Qualifikation geleistet und gewährleistet werden:

- als nichtprofessionelle Pflege von Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Berufskollegen u.a.; dies wird auch in Zukunft die überwiegende Form der Pflege sein;
- als professionelle Pflegehilfe von entsprechend ausgebildeten – nicht nur angelernten – Kräften ohne besonders qualifizierte Schul- und vorangegangene Berufsabschlüsse;
- als professionelle Pflege mit entsprechend qualifizierter Ausbildung und Vorbildung für einen eigenständigen Lebensbe-

ruf, unter Umständen mit Zusatzausbildung für spezielle Pflegeleistungen (z.B. Behindertenpflege, Psychiatriepflege, Intensivpflege);

- als professionelle Pflege mit Zusatzqualifikation für Praxisberatung und -anleitung, für Organisation und Management von Pflegediensten durch ein Fachhochschul-Studium, besonders auch in berufsbegleitender Form („Aufbaustudium“).

(100) Ein zunehmend wichtiges Aufgabenfeld für die Pflegedienstleitung in Krankenhäusern und Heimen sowie für die Leitung von ambulanten Pflegediensten wird die Organisation sowie Praxisberatung und -anleitung von ambulanter Quartiers-Pflege durch ehrenamtliche, nichtprofessionelle Helferinnen und Helfer auf dem Wege der Selbst- und Nachbarschaftshilfe sein. Die ehrenamtliche Pflege und Hauswirtschaftshilfe im Wohnquartier bedarf der Anregung, der Organisation und der Verknüpfung mit den professionellen Diensten (evtl. auch mit sozialpädagogischer Familienhilfe, Schularbeitshilfe u.a.).

(101) Die Gesellschaft und damit auch die Kirche wird nicht umhin können, sich die Pflege durch hauptberufliche, voll- und teilzeitlich beschäftigte Fachkräfte mehr kosten zu lassen. Dies bedeutet

- eine bessere, differenziertere Bezahlung der Pflegekräfte;
- adäquate Arbeitsbedingungen, die z.B. Frauen mit Kindern bzw. Familie in unterschiedlichen Lebenslagen gerecht werden und Arbeitszeitmodelle möglich machen, die Einstieg und Verbleib im Pflegeberuf erleichtern. Wo solche Möglichkeiten heute schon bestehen, müssen die Verantwortlichen auch von kirchlicher Seite ermutigt werden, den Spielraum zu nutzen und weitere Verbesserungsvorschläge einzubringen und (als kirchliche Modellvorhaben) zumindest probeweise umzusetzen.

(102) Schwerkranke und Sterbende haben eigene Bedürfnisse, die in dem Behandlungssystem, das wir bis jetzt haben, nicht genügend berücksichtigt werden. In somatischen, medizinischen, pflegerischen, psychischen und sozialen Nöten und Erfahrungen brauchen sie Dienste in anderer Zumessung und Intensität. Dazu gehört vor allem auch die psychosoziale Begleitung. Die Hospizar-

beit will auf diese Bedürfnisse antworten, Linderung verschaffen und alles tun, daß Schwerkranken und Sterbenden sich in ihrem Leiden „leiden können“.

Schwerkranke und Sterbende sollten je nach ihrem Zustand und mit Rücksicht auf ihr Umfeld jederzeit zwischen häuslicher Betreuung, teilstationärer und stationärer Hilfe wechseln können. Barrieren in unserem bisherigen sozialrechtlichen System müssen hierfür überwunden werden. Die weithin akzeptierte Arbeit der Begleitung Schwerkranker und Sterbender braucht eine geordnete Finanzierungsregelung, die bestehende Leistungen bei Krankheit und Pflege so erweitert, daß die Würde des Menschen am Ende seines Lebens und angesichts gewandelter soziologischer und demographischer Verhältnisse gewahrt bleibt. Der Gedanke der Hospizarbeit muß darüberhinaus auch Eingang finden in andere sozialrechtliche Regelungsbereiche, so daß sie von allen Komponenten unseres sozialen Sicherungssystems berücksichtigt und mitgetragen wird. Wichtig ist hierbei auch die Förderung ehrenamtlicher Tätigkeit.

Vornehmlich im Recht der Krankenversicherung (SGB V) gibt es eine ganze Reihe von Bestimmungen, die noch nicht voll angewandt und ausgeschöpft sind, so daß die Selbstverpflichtung des Gesetzgebers und damit auch der Gesellschaft zu Humanität, sozialer Gerechtigkeit und der Linderung von Krankheitsbeschwerden keinesfalls als erfüllt angesehen werden kann.

(103) Zivildienstleistende haben bisher durch ihren Einsatz in mobilen sozialen Diensten und gegebenenfalls auch in hilfspflegerischen Tätigkeiten maßgeblich zur menschenwürdigen Versorgung der Hilfsbedürftigen beigetragen. Der Zivildienst ist in seiner Bedeutung für unser Sozialwesen heute anerkannt. Es sollte auf alle Elemente verzichtet werden, die ihn abwerten und auf eine „lästige Alternative“ zum Bundeswehrdienst reduzieren. Er sollte im sozialen Bereich als eine der Möglichkeiten zeitlich begrenzten gemeinnützigen Dienstes in unserer Gesellschaft verstanden und aufgewertet werden.

5.6 Das Vergütungssystem medizinischer Leistungen überprüfen!

(104) Den niedergelassenen Kassenärzten sowie den Kassenzahnärzten kommt die Schlüsselstellung und damit eine zentrale Verantwortung für das Leistungsgeschehen und die Ausgabenentwicklung zu. Von ihnen hängt die Definition des Krankseins, die Feststellung und Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Höhe des diagnostischen Aufwandes und des Verbrauchs an Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und ganz entscheidend die Inanspruchnahme des stationären Sektors ab. Die Kassenärzte veranlaßten in der Vergangenheit durchschnittlich das Vierfache der Leistungen, die sie in ihrer Praxis verursachten. Das Gesundheitsstrukturgesetz hat im ambulanten Bereich Maßnahmen zur „Sofortbremsung“ (Budgetierung für die Gesamtheit der abgerechneten Leistungen, Deckelung der Gesamtvergütung) eingeleitet.

(105) Die Ärzte im Krankenhaus sind an den Fragen der Wirtschaftlichkeit der Einrichtung beteiligt. In den Krankenhausleitungen sollten Entscheidungen über Profit, Dauer und Kosten der Behandlung von Patienten und über die materielle Ausstattung der Häuser in Absprache mit der Pflegedienstleitung und der Verwaltungsleitung getroffen werden. Dabei sind die Zielstellungen des Trägers zu berücksichtigen. Aus diesem gemeinsamen Entscheidungsprozeß vor Ort werden sicher Veränderungen im Vergütungssystem folgen, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegebereich günstiger stellen als bisher und zu Reduzierungen in den anderen Bereichen führen.

(106) Eine befriedigende Lösung, Leistungen auf das medizinisch Notwendige zu konzentrieren und den ungezügelten Mengenzuwachs zu begrenzen, wurde bisher noch nicht gefunden. Solange die Ärzte ihr Einkommen im schärfer werdenden Wettbewerb über die Menge der Einzelleistungen erzielen, wird sich an der Expansion der Mengen und Kosten nichts ändern. Es müssen Wege gefunden werden, die das Behandlungsgeschehen neu bewerten. Vorschläge liegen vor und werden teilweise bereits umgesetzt:

- Häufig wird vorgeschlagen, als Alternative zur Einzelleistungsvergütung die Fallpauschale einzuführen. Zwischenlö-

sungen zwischen diesen beiden Formen allerdings kommen viel zu wenig in den Blick. Einzelleistungsvergütung und Fallpauschalen sind nicht frei von Problemen. Während einerseits die Einzelleistungsvergütung im Gesundheitswesen das Spezialistenrum fördert und zur ingenieurmäßigen Zerlegung des Krankheitsbildes führt, so steht ein pauschales Vergütungssystem leicht in der Gefahr, eine situations- und patientengerechte Behandlung zu verfehlen. Fallpauschalen dürfen also nicht dazu führen, daß der Mensch im Gesundheitswesen zu einer betriebswirtschaftlichen Größe wird, daß sein Leiden und entsprechend seine Behandlung gleichsam „auf Durchschnittswerte standardisiert“ werden. Durch geeignete Maßnahmen sollte sichergestellt werden, daß Menschen mit gleicher Erkrankung, aber unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und Heilungschancen eine individuelle Behandlung erhalten.

- Ein weiterer Vorschlag zielt auf die Oberprüfung und Veränderung der Relation von Allgemeinmedizinern und hochspezialisierten Ärzten sowie der medizinisch-technischen Ausstattung der Praxen. Ärzte sollen vom Zwang entlastet werden, immer teurere Ausstattungen in ihren Praxen zu amortisieren. Zwar sollten aufwendige Methoden den Krankenhäusern vorbehalten bleiben, gleichwohl müßten die notwendigen strukturellen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß diese Methoden auch den niedergelassenen Ärzten in den Krankenhäusern zur Verfügung gehalten werden können.
- Kritisch diskutiert wird auch das wachsende Ungleichgewicht zwischen den Existenzmöglichkeiten der sogenannten „sprechenden Medizin“ (psychotherapeutische Behandlung) und der kurativen Medizin. Es besteht gegenwärtig die Gefahr, daß die Existenz der psychotherapeutischen Praxen und der psychotherapeutisch tätigen Ärzte im Vergleich zu anderen ärztlichen Diensten immer stärker ins Hintertreffen gerät. Entsprechend der Bedeutung der „sprechenden Medizin“ sind hier Veränderungen angebracht.
- Überlegt werden auch neue Wege der solidarischen Ausgestaltung der Ärzteneinkommen, die sowohl den Kriterien der Solidarität zwischen Beitragszahlern und Kassenärzten als auch zwischen den Ärzten untereinander stärker gerecht werden. Die

Ungleichgewichte der Ärztebesoldung im stationären und im ambulanten Sektor haben ohnedies bereits zur Entsolidarisierung der Ärzteschaft beigetragen.

5.7 Partnerschaftliche Arbeitsformen und kooperative Strukturen gewinnen!

(107) Das deutsche Gesundheitswesen ist - trotz seines hohen Gesamtstandards - gekennzeichnet durch veraltete Arbeitsformen und Kooperationsstrukturen. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind zu häufig „Einzelkämpfer“, die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegediensten wird häufig als mangelhaft gekennzeichnet. Das Verhältnis Arzt - Patient trägt oft noch stark patriarchalisch-autoritäre Züge. Die Versorgungseinrichtungen (z.B. Sozialstationen, Pflegeheime, Akut- oder Langzeitkrankenhäuser) stehen häufig ohne geregelte Beziehung nebeneinander.

Zu fördern sind deshalb

- Modelle und Strukturen, die zu teamartigen Arbeitsformen anregen und die zu integrierten Gesundheitssorgeprozessen führen. Zu fördern sind Gemeinschaftspraxen und Ärztezentren, die eine integrierte ärztliche Betreuung ermöglichen;
- teamartige Kooperationsstrukturen in den Krankenhäusern, die dem nichtmedizinischen Pflegedienst eine ihm angemessene Stellung einräumen;
- - Selbsthilfe-Einrichtungen, die den Initiativen der Bürger für die Gesundheitsvorsorge die nötigen Spielräume gewähren.

(108) Unter diesem Aspekt ist es zu bedauern, daß den Erfahrungen mit den sog. Polikliniken und Fachambulanzen in den neuen Bundesländern für die Reform des Gesundheitswesens in ganz Deutschland nicht mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, während zur gleichen Zeit gesetzliche Rahmenbedingungen für ambulante Dienste der Krankenhäuser neu geschaffen werden mußten. Die Einrichtungen in Ostdeutschland bedeuteten eine enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Es konnten sich dort nicht nur enge Kooperationsbeziehungen zwischen verschiedenen Fachdisziplinen entwickeln, sondern vor al-

lem auch Vertrauensbeziehungen zwischen Patienten und Ärzten sowie Fachpersonen, die den allgemeinen Erwartungen an die Hausärzte nahekommen. So ist es insbesondere für Schwerkranken Patienten eine wichtige Erfahrung, in einem Hause von bekanntem Personal versorgt zu werden.

Bestehende Angebote sollten nicht leichtfertig abgeschafft werden. Eine Verlängerung der zugelassenen Fachambulanzen über 1995 hinaus sollte ermöglicht werden. Durch ihre Kooperationsstrukturen über den engeren medizinischen Bereich hinaus entsprechen sie am ehesten dem Anliegen einer Überwindung der sogenannten Medikalisierung.

(109) Eine wichtige Aufgabe haben im Blick auf die Gewinnung partnerschaftlicher Arbeitsformen und kooperativer Strukturen auch die Träger der Gesundheitseinrichtungen. Sie haben die Aufgabe, mitzubestimmen über die Berücksichtigung der Anforderungen der Patienten, der Planungen der staatlichen Organe und der Bereitstellung der finanziellen Mittel durch die Kassen. Sie haben die Möglichkeit, vor Ort die unterschiedlichen Interessen miteinander ins Gespräch zu bringen. Nur so werden zentrale Entscheidungen wie die Gesetze zur Gesundheitsreform nicht als Fremdbestimmung erfahren. Dazu bedarf es freilich der Stärkung der Trägerpluralität und ihrer Position in Verhandlungen mit den Planungsorganen und Kostenträgern. Pluralität gewährleistet eine gesunde Konkurrenz und gewährt bei unterschiedlichen Erwartungen eine Wahlmöglichkeit für den Patienten und die Kostenträger. Auch die internen Strukturen der Träger können in dieser Hinsicht vielerorts noch weiterentwickelt werden.

5.8 Das technisch Machbare im Dienste des Menschlichen prüfen!

(110) Die Möglichkeiten der modernen Technologie haben das gesamte Diagnose- und Behandlungssystem enorm verändert und zugleich bereichert. Zu klären aber ist die Frage, wie die Gesundheitstechnik in den Dienst der Behandlung gestellt werden kann und nicht umgekehrt die Behandlung zur Funktion des medizinisch-technischen Betriebs herabsinkt. Die Antwort auf

diese Frage kann nur im gemeinsamen Dialog aller Beteiligten gefunden werden.

(111) Es gehört zur Souveränität des Patienten und seiner Angehörigen, in diesen Dialog soweit wie möglich eingebunden zu sein. Es gehört zur Wahl- und Entscheidungsfreiheit, daß der einzelne darüber mitentscheiden kann, ob und wie lange er bestimmte aufwendige Verfahren der Medizintechnik oder auch der Chemotherapie in Anspruch nehmen will. Es gehört auch zu den Grundsätzen der Solidarität, daß nur Verfahren von der Solidargemeinschaft finanziert werden, die auch wirklich allen in gleicher Weise zugute kommen können.

(112) Eine Hochleistungsmedizin (wie z. B. aufwendige Transplantationen oder Behandlungsmethoden) ist wünschenswert, wenn sie eine angemessene Versorgung für alle (!) gewährleistet und verbessert. Stärker als bisher sollte die Hochleistungsmedizin auf einzelne Krankenhäuser, vor allem Universitätskliniken und akademische Lehrkrankenhäuser, nach strengen Bedarfskriterien beschränkt werden. Es ist aber nicht die Aufgabe des solidarischen Systems, bestimmte Hochleistungstechnologien zu entwickeln und zu erproben, von denen es wahrscheinlich ist, daß sie nicht allen Versicherten in gleicher Weise zugute kommen können.

Die Kosten der ungewöhnlich aufwendigen Forschung und Entwicklung sowohl im ärztlichen als auch im technologischen und pharmazeutischen Bereich müssen prinzipiell über private und öffentliche Forschungsförderung und nicht über die Beiträge zum solidarischen Versicherungssystem abgegolten werden. Damit wird dem Prinzip des sparsamen und zielgerichteten Mitteleinsatzes stärker Rechnung getragen.

5.9 Die seelsorgerliche Arbeit intensivieren und neu bestimmen!

(113) Die zunehmenden Probleme im Krankenhaus, ein Wandel der Institution Krankenhaus, ständig wachsende Aufgabenfelder für die Seelsorge und die Bedeutung des Lernfeldes Krankenhaus

für die Kirche sollten die Kirchen zu einem stärkeren Ernstnehmen der Krankenhausseelsorge veranlassen. Es geht hierbei um folgende Aufgaben:

- Der Personalschlüssel ist deutlich zu verbessern, so daß mehr Seelsorger für weniger Patienten zuständig sind. Dabei müssen nicht allein Theologen diesen Dienst der christlichen Gemeinde übernehmen. Andere Berufsgruppen können hier durchaus geschult werden. Die Gemeinden sind anzuregen, eine aktive Laienseelsorge in phantasiereichen Formen zu entwickeln.
- Neue Organisationsformen der Seelsorge im Krankenhaus sind zu diskutieren und zu erproben, wie z.B. das holländische Anstellungsträgerschaftsmodell für die Klinikseelsorger oder intensive Formen ökumenischer Kooperation und Arbeitsteilung. Die Anbindung an Krankenhaus einerseits und an Gemeinden andererseits ist zu verstärken.
- Erprobungsmodelle sind zu fördern und auszuwerten, wie z.B. die Zuordnung eines Seelsorgers zu ein oder mehreren Intensivstationen oder zu einer großen Station mit voller Integrierung in das therapeutische Team. Eine Modellklinik könnte personell erheblich besser für die Krankenhausseelsorge ausgestattet werden. Man könnte einige Seelsorger freistellen zur Anstellung bei anderen Trägern, z.B. direkt beim Krankenhaus. Kirchliche Krankenhäuser könnten hier eine Vorreiterrolle übernehmen.
- Die ökumenische Zusammenarbeit von haupt-, neben- und ehrenamtlichen Krankenhausseelsorgern und -seelsorgerinnen sowie von Institutionen und Gemeinden ist verbesserungswürdig.

5.10 Das christliche Krankenhaus in seiner vorbildlichen Funktion erhalten und neu gestalten!

(114) Evangelische Krankenhäuser können und sollten eine vorbildliche Funktion auch für die Häuser in anderer Trägerschaft übernehmen. Die Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft können vieles von den christlichen Ansprüchen und Aufgaben phantasiereicher und besser umsetzen. Sie dürfen allerdings von den für sie mitverantwortlichen Kirchen nicht alleingelassen werden.

Im einzelnen sei hier als nachahmens- und entwickelnswert genannt:

- die Gruppenpflege;
- persönliche Zuwendung und Gemeinschaftserfahrung;
- der Abbau der Hierarchien innerhalb des Krankenhauses, z. B. zwischen Ärzteschaft und Pflegediensten, zwischen Ärzten und Patienten (Visite), zwischen Pflegepersonal und Patienten (Informationsfluß).

Anliegen eines evangelischen Krankenhauses sollten sein:

- der Auftrag zur Patientenorientierung und die Achtung der Patienten als Partner; das bedeutet mehr Informationen, weniger Arbeitsteilung, individuelle Anamnesen und Therapien, individuellere Gestaltung der Tagesabläufe;
- die Beschränkung einer entfremdend wirkenden Technisierung und des Pharmazeutikaeinsatzes auf das nötige Maß; ebenso die Beschränkung der Diagnosestellung auf die Grenzen der Möglichkeiten der Therapie;
- die Ergänzung der Schulmedizin durch ein Angebot naturheilkundlicher und alternativer Behandlungsmethoden;
- die Stärkung der ehrenamtlichen Dienste im Krankenhaus;
- eine bessere und intensivere seelsorgerliche Betreuung, die Einbindung der Seelsorger in die therapeutischen Teams und die Förderung interdisziplinärer Gespräche zwischen Theologie, Naturwissenschaften und Medizin sowie Pflegeforschung, zwischen Seelsorgern, Ärzten und Pflegenden; Kontakte zu den christlichen Gemeinden sollten verstärkt werden;
- eine engere Vernetzung des Krankenhauses mit anderen Trägern, Folgeinstitutionen und ambulanten Diensten im Interesse einer optimalen Prävention und Nachsorge.

Ein evangelisches Krankenhaus hat geistlich-ganzheitliche Angebote für Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu machen. Dabei spielen neue Gottesdienst- und Kommunikationsformen, in die auch die Angehörigen und Freunde einbezogen werden können, eine wichtige Rolle. Die Bereitschaft des ärztlichen und pflegerischen Personals zur Beteiligung an der Seelsorge soll gefördert und integriert werden.

(115) Schlußbemerkung. Mit diesen Einschätzungen der gegenwärtigen Reformen im Gesundheitswesen und Vorschlägen für

den weiteren Weg möchte die evangelische Kirche sich an der öffentlichen Diskussion beteiligen und diese weiter anregen und befördern. In der Kontroverse um die jüngste Reformgesetzgebung ist deutlich geworden, daß Gesundheitsreform ein kontinuierlicher Prozeß ist, an dem viele Kräfte nachhaltig mitwirken sollen.

Dabei ist von großer Bedeutung, wie jeder einzelne sein Leben führt, verantwortlich mitdenkt und wie er mit seiner Gesundheit, seinen Krankheiten und den Angeboten des Gesundheitswesens umgeht. Wegweisend hat die Denkschrift der Evangelischen Kirche in Deutschland „Die soziale Sicherung im Industriezeitalter“ (1973) formuliert: „Reformen der Gesundheits- und Krankheitssicherung können nur Erfolg haben, wenn der einzelne das Nötige tut, um gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden ... Auch bei einer die Gesundheit fördernden Lebensweise gehört trotz der bedeutenden Fortschritte der Medizin die Gefährdung des Menschen durch Krankheit zu seinem unabwendbaren Schicksal. Dies macht ihn der Pflege und Versorgung durch andere Menschen bedürftig.“

Es kommt entscheidend darauf an, auf welche Art und Weise die Gesellschaft und die christliche Gemeinde Menschen, die von Krankheit unmittelbar betroffen sind oder im Sterben liegen, beistehen und ihnen Hilfe zuteil werden lassen.

Mitglieder der Kammer der EKD für soziale Ordnung

Prof. Dr. Dr. Theodor Strohur, Heidelberg (Vorsitzender)
Präsident i.R. Otto Fichtner, Bremen (stellvertr: Vorsitzender)
Dr. Ursula Engelen-Kefer, Düsseldorf
Dr. Gerd Federlin, München
Dipl. Volksw. Ulf Fink, Düsseldorf
Oberkirchenrat Dr. Joachim Gaertner, Bonn
Ministerin Dr. Regine Hildebrandt, Potsdam
Dr. Fritz Heinz Himmelreich, Köln
Dr. Veit Holzschuhen Bayreuth
Prof. Dr. med. Wolfgang Huber, Heidelberg
Ministerialdirigent Dr. Ernst Kreuzaler, Bonn
Präsident Prof. Dr. Hans Jürgen Krupp, Hamburg
Generaldirektor Dr. Heinrich von Moltke, Brüssel
Dr. Hartmut Przybylski, Bochum
Prof. Dr. Hans Ruh, Zürich
Frau Barbara Rinke, Nordhausen
Oberkirchenrat Herbert Rösener, Bielefeld
Direktor Uwe Schwarzer, Stuttgart
Staatssekretär Dr. Werner Tegtmeier, Bonn
Priv. Doz. Direktor Dr. Reinhard Turre, Magdeburg
Pfarrer Eduard Wörmann, Schwerte
Oberkirchenrat Tilman Winkler, Hannover (Geschäftsführer)

Anhang

1. Finanzierung des Gesundheitswesens (Abb. 1)
2. Ausgaben für Gesundheit nach Leistungsarten (Abb. 2)
3. Pflegebedürftigkeit (Abb. 3)
4. Krankenhauskosten (Abb. 4 und 5)
6. Niedergelassene Ärzte (Abb. 6)
7. Einkommen der Ärzte (Abb. 7)
8. Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Abb. 8)

1. Finanzierung des Gesundheitswesens (Abb. 1)

Die Sozialversicherungen, insbesondere die Gesetzlichen Krankenversicherungen, sind die zentrale „Umschlagstelle“ der Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Bedeutung der von privaten Haushalten den Anbietern direkt gezahlten Entgelte („h“) ist aufgrund der Strukturreform im Gesundheitswesen tendenziell steigend. Die Verwaltungsausgaben der Sozialversicherungen unterliegen der Kontrolle ihrer gewählten Selbstverwaltungsorgane.

Finanzierung des Gesundheitswesens (Abb. 1) (siehe Abbildungsverzeichnis)

2. Ausgaben für Gesundheit nach Leistungsarten (Abb. 2)

Neben dem deutlichen Anstieg der Gesamtsumme seit 1970 zeigt die Graphik deutlich das massive Übergewicht der Behandlungs- und Krankheitsfolgekosten. Der Anteil von Vor- und Nachsorge sowie von Ausbildung und Forschung ist anteilmäßig eher noch zurückgegangen (unter „Forschung“ sind hier Aufwendungen der Arzneimittel- und Medizingerätforschung in gewerblichen Unternehmen nicht einberechnet). Die demographische Entwicklung in Deutschland wird einen weiteren Druck auf die beiden großen Kostenblöcke mit sich bringen - Akzente zugunsten von Prävention, Forschung und kostendämpfender Nachsorge müssten durch politische Weichenstellungen gesetzt werden.

Ausgaben für Gesundheit nach Leistungsarten (Abb. 2) (siehe Abbildungsverzeichnis)

3. Pflegebedürftigkeit (Abb. 3)

Pflegebedürftigkeit ist nicht nur das Schicksal älterer und hochbetagter Menschen. Immerhin fast ein Drittel der 1,1 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland sind unter 64 Jahre alt. Es sind überwiegend Frauen, die sie ständig, täglich oder mehrmals wöchentlich versorgen: die Ehefrau, die Tochter, die Schwiegertochter oder, bei jüngeren Pflegefällen, die Mutter. Die demographischen Trends werden in den kommenden Jahrzehnten hier Veränderungen bewirken. Mehr und mehr Menschen werden ohne Nachkommen und engere Familienbindungen alt und pflegebedürftig sein.

Pflegebedürftigkeit (Abb. 3) (siehe Abbildungsverzeichnis)

4. Krankenhauskosten (Abb. 4)

2/3 Personalkosten, 1/3 Sachkosten -dies ist die Formel der Krankenhausfinanzierung im westlichen wie im östlichen Deutschland. Geringe Personaldichte und die noch niedrigeren Gehälter bewirken, daß die östlichen Bundesländer im personalintensiven Pflegedienst deutlich niedrigere Kosten haben. Die Energiekosten liegen im Osten dagegen anteilig höher als im Westen, was sich aus der älteren Bausubstanz erklärt. In der Tabelle fehlen Investitionskosten (daher auch keine Rubrik für Abschreibungen), die aufgrund des 1991 noch uneingeschränkt gültigen "dualen" Finanzierungssystems von den Bundesländern aus deren Haushalten zu tragen sind.

Quelle: Wirtschaft und Statistik 10/ 1993, S. 749

Krankenhauskosten (Abb. 4) (siehe Abbildungsverzeichnis)

5. Krankenhauskosten (Abb. 5)

e größer, desto teurer: Notwendigerweise schlägt sich in den Kosten pro Pflgetag und pro Fall nieder, daß Krankenhäuser mit vielen Betten und hochspezialisierten Abteilungen höhere Durchschnittssätze erreichen. Der Wunsch, durch „Abteilungspflegesätze“ und andere differenziertere Abrechnungsweisen Kosten und Behandlungsfälle genauer zurechnen zu können, wird von daher verständlich. Die Statistik belegt auch, daß Krankenhäuser in christlicher Trägerschaft - der größte Teil der „freigemeinnützigem - nur sehr begrenzt mit ihrem Kostenvorteil argumentieren können. Gegenüber gewerblichen Häusern und ab mittlerer Größe auch gegenüber den kommunalen Einrichtungen kann ihre „Wettbewerbsfähigkeit“ nur auf Qualität und diakonisch verantworteter Zuwendung beruhen.

Quelle: Wirtschaft und Statistik 10/1993, S. 746.

Krankenhauskosten (Abb. 5) (siehe Abbildungsverzeichnis)

6. Niedergelassene Ärzte (Abb. 6)

Niedergelassene Ärzte (Abb. 6) (siehe Abbildungsverzeichnis)

Hamburg mit niedergelassenen Ärzten bestens versorgt

In Deutschland versorgt ein niedergelassener Arzt durchschnittlich 824 Bürgerinnen und Bürger. Die Arztdichte gemessen an der Einwohnerzahl unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland zum Teil erheblich.

In Hamburg ist die Bevölkerung zahlenmäßig am besten mit niedergelassenen Ärzten versorgt. Hier stehen einem Arzt gemessen am Bundesdurchschnitt 221 Einwohner weniger als potentielle Patienten zur Verfügung.

Sachsen-Anhalt hingegen ist das Bundesland mit den meisten Einwohnern pro Arzt - 234 mehr als im Bundesdurchschnitt. Anders ausgedrückt: In diesem Land gibt es vergleichsweise weniger Ärzte mit eigener Praxis als in jedem anderen Bundesland.

Der Abstand der ostdeutschen Länder erscheint gegenüber den allgemeinen Vorteilen der Großstädte (hier repräsentiert durch die Stadtstaaten) geringer; er ist auch dadurch zu erklären, daß Ärzte in Polikliniken und Ambulanzzentren nicht als „niedergelassen“ zählen. Ärzte im Krankenhaus sind bei dieser aktuellen Statistik generell nicht mitgerechnet. Diese einbezogen ergab sich in den 80er Jahren eine Quote von 380 Einwohnern pro Arzt („alte“ Bundesrepublik zum Vergleich: Frankreich 320, Australien 440, Venezuela 700, Marokko 15580, nach „Fischer Weltalmanach 1991“).

7. Einkommen der Ärzte (Abb. 7)

Einkommen der Ärzte (Abb. 7) (siehe Abbildungsverzeichnis)

Ärzte-Einkommen: Allgemeinärzte Schlußlicht

Beim Jahreseinkommen 1991 - ohne den dann noch individuell vorzunehmenden Steuerabzug - bilden die Allgemein- und praktischen Ärzte das Schlußlicht mit durchschnittlich rund 163 000 DM vor Steuern. Einkommensspitzenreiter sind die Radiologen mit 363 000 DM, also stolze 200 000 DM mehr als ihre Kollegen aus der Allgemeinmedizin (siehe Tabelle; Zahlen vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) vom 19.8.1993).

8. Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Abb. 8)

Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Abb. 8) (siehe Abbildungsverzeichnis)

Gesundheitsreform bringt Änderungen

Die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind in den vergangenen zwei Jahrzehnten kräftig gestiegen. Reichten 1970 noch durchschnittlich 8,5 Prozent vom Bruttolohn aus, so waren es 1993 über 13 Prozent; gleichzeitig stieg die Beitragsbemessungsgrenze, bis zu der der monatliche Krankenversicherungsbeitrag zu entrichten ist, von 1 200 auf 5 400 Mark. Zwischen den „Kassen“ gibt es allerdings große Unterschiede. Manche Versicherten kommen mit weniger als elf Prozent aus, einige müssen sogar monatlich mehr als 16 Prozent für ihren Krankenversicherungsschutz berappen (unser Schaubild). - Seehofers Gesundheitsreform bringt auch im Bereich der Krankenkassenorganisation neue Regelungen. Ab 1996 soll jeder - ob Arbeiter oder Angestellter - seine Versicherung frei wählen können; außerdem soll es schon ab 1994 einen Risikoausgleich zwischen den Kassen geben. Damit dürfte dann auch die Spannbreite bei den Beitragssätzen kleiner werden.

Statistische Angaben: Bundesarbeitsministerium