

---

EKD

Herausgegeben  
vom Kirchenamt der  
Evangelischen  
Kirche in Deutschland  
(EKD)  
Herrenhäuser Straße 12  
30419 Hannover

---

TEXTTE

110

## Das Prinzip der Solidarität steht auf dem Spiel

Eine Orientierungshilfe des Rates  
der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)  
zu den aktuellen Herausforderungen  
im Gesundheitswesen



# Inhalt

Vorwort	5
1. Eine stille Revolution	9
2. Theologische und sozialetische Kriterien für die Gesundheitspolitik	11
3. Tendenzen der gegenwärtigen Entwicklung – ein Blick auf aktuelle Probleme	15
3.1. Zur Entwicklung der Solidargemeinschaft	15
3.1.1. Eigenverantwortung und Solidarität	15
3.1.2. Anzeichen für eine Erosion der Solidarität	17
3.2. Zwei-Klassen-Medizin oder Konvergenz der Systeme	21
3.2.1. Schrittweise Reformen verwirklichen	21
3.2.2. Weitere Entwicklung eines Zwei-Klassen-Systems	22
3.3. Ökonomische und professionelle Steuerung	25
3.3.1. Grenzen des Marktes wahrnehmen	25
3.3.2. Kostendämpfung allein genügt nicht	26
Mitglieder der ad-hoc-Kommission	29



## Vorwort

Deutschland erlebt zum wiederholten Mal eine gesellschaftliche Diskussion über die Reform des Gesundheitswesens. Mit Gesetzesinitiativen zur Eingrenzung der Arzneimittelpreise und zur „nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)“ will die Regierung nicht nur kurzfristig kostendämpfende Wirkungen erzielen; sie will zugleich eine strukturelle Veränderung der Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einleiten und den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen intensivieren. Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) nimmt mit der hier vorgelegten Orientierungshilfe des Rates zu diesem Reformvorhaben Stellung, weil es ihr um die grundlegenden Fragen der Gemeinwohntwicklung in Deutschland geht. Dabei äußern wir uns auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen von diakonischen Trägern in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, in Diensten für behinderte Menschen und in der Arbeit mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Angesichts des enormen gesellschaftlichen und demographischen Wandels geht es heute darum, eine nachhaltige Finanzierung und eine eigenverantwortliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu fördern, zugleich aber sicherzustellen, dass Gerechtigkeit und Solidarität erhalten oder – wo nötig – überzeugend neu gestaltet werden. Dabei kann auch der Wettbewerb dazu dienen, Anreize für fachliche Innovationen zu schaffen. Vor allem aber müssen Fachkräfte aus Medizin und Pflege und auch aus anderen therapeutischen Berufen gewonnen und zur Mitarbeit ermutigt werden. Angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems ist es unvermeidlich, dass Gesundheitspolitik zwischen einer grundsätzlichen strategischen Ausrichtung und kurzfristigem Agieren changiert. Die immer umstrittenen kleinen Reformschritte einer jeden Regierung, die häufig von der nächsten neu angepasst werden und die darin erkennbare allmähliche, pfadabhängige Entwicklung und Veränderung des Gesundheitssystems in Deutschland dürfen aber nicht darüber hinweg täuschen, dass bei grundlegenden Veränderungsvorhaben politische Debatten zu Grundlagen, Zielen und Kriterien für die Gesundheitspolitik notwendig sind. Eine solche Debatte wollen wir mit dieser Orientierungshilfe anstoßen: Dabei geht es uns um die Grundlagen des solidarischen Krankenversicherungssystems in Deutschland.

Versicherte brauchen Vertrauen in eine gute Gesundheitsversorgung, Leistungserbringer Planungssicherheit und Gestaltungsmöglichkeiten und Kostenträger eine auskömmliche Finanzierung, die allerdings die Gesamtgesellschaft nicht überlasten darf. Die derzeitige Reforminitiative sieht zwar auf der Ausgabenseite erste Schritte in Richtung auf eine stärkere Regulierung des hochpreisigen deutschen Pharmamarktes vor; ob die erhofften Einsparungen greifen, ist aber umstritten. Im Blick auf

die Leistungserbringerseite fehlen hingegen Ideen zur Hebung der Effizienzreserven und zur Eröffnung professioneller Steuerung – zum Beispiel durch eine überfällige Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Zugleich werden aber deutliche Veränderungen auf der Einnahmeseite, nämlich bei der Finanzierung der GKV, angestrebt. Hier soll ein kompliziertes neues System aus einem einkommensabhängigen Beitrag der GKV-Versicherten, einem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag und – wo nötig – einem Sozialausgleich eingeführt werden. Dabei stellt sich nicht nur die Frage, ob die für dieses System notwendige Bürokratie nicht schon einen erheblichen Teil der erhofften Einnahmen verbraucht. Besonderen Anlass zur Sorge gibt die Möglichkeit, dass mit einer oberflächlich betrachtet rein technischen Reform der Finanzierungsmodalitäten grundlegende strukturelle Veränderungen des Systems eingeleitet werden. Manche sprechen in diesem Zusammenhang bereits von einer „stillen Revolution“ der Krankenkassenfinanzierung.

Die Evangelische Kirche in Deutschland befürchtet, dass die hier vorgelegten Reformschritte eine weitere Aushöhlung der Solidarität mit sich bringen: Zum einen wird die paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, die schon in der letzten Gesundheitsreform unterminiert wurde, mittelfristig noch weiter zurück genommen. Sodann wird die einkommensrelative Beitragsfinanzierung zugunsten einer im Prinzip nach oben hin offenen einkommensunabhängigen Zusatzleistung ergänzt. Damit kommt es zu einer überproportionalen Belastung derer, die als Geringverdiener ihren eigenen Unterhalt sichern müssen. Darüber hinaus führt die Erleichterung des Wechsels zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu einer Bevorzugung der PKV und der nicht gesetzlich Versicherten. Vor allem aber steht zu befürchten, dass die kurzfristigen Kostendämpfungen zu weiteren Personaleinsparungen und Einschränkungen der Beschäftigungsqualität führen, die die Attraktivität der Gesundheitsberufe weiter verringern und den anstehenden Fachkräftemangel verschärfen.

Auf Grund ihrer Sorge um ein zukunftsfähiges und solidarisches Gesundheitssystem in Deutschland hat der Rat der EKD im Februar dieses Jahres eine ad-hoc-Kommission zu den zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens einberufen. Diese Kommission wird bis zum Frühjahr 2011 eine Schrift erarbeiten, die Vorschläge für notwendige Schritte zum Erhalt und zur Neugestaltung des Gesundheitssystems einschließlich der Pflegeversicherung macht und auch die Fragen allgemeiner Gesundheitspolitik nicht ausklammert. Angesichts des vorgelegten Gesetzentwurfes hielt es der Rat der EKD jedoch für notwendig, bereits kurzfristig eine Orientierungshilfe vorzulegen, die auf das aktuelle Reformvorhaben reagiert. Dabei sind wir überzeugt, dass eine gerechte und gute Gesundheitspolitik wesentliche Impulse aus religiösen Überzeugungen gewinnen kann. Wir rufen deshalb auch theologische Kriterien in Erinnerung, mit deren Hilfe politische Richtungs-

entwicklungen beurteilt und gegebenenfalls korrigiert werden können. Zwar machen Religion und Moral nicht einfach Politik; sie machen aber Politik möglich – und damit auch manche Politik unmöglich.

Ich danke den Mitgliedern der ad-hoc-Kommission zu den aktuellen Herausforderungen der Gesundheitspolitik, insbesondere ihrem Vorsitzenden, Prof. Dr. Peter Dabrock, für die Vorbereitung dieser Orientierungshilfe.

Hannover, am 27.10.2010

*Präses Nikolaus Schneider*

Amtierender Vorsitzender des Rates der EKD





## 1. Eine stille Revolution

- (1) Die Evangelische Kirche in Deutschland geht aufgrund vieler Umfragen davon aus, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung ein solidarisches Gesundheitssystem wünscht. Dabei hat die EKD schon in ihren letzten Denkschriften zur Reform des Gesundheitssystems (zuletzt „Solidarität und Wettbewerb“, 2004) deutlich gemacht, dass sie nicht unbedingt einen Gegensatz zwischen Solidarität auf der einen und Eigenverantwortung und Wettbewerb auf der anderen Seite sieht. Wohl aber sieht sie die Gefahr, dass mit einer fälschlich der Eigenverantwortung zugewiesenen Absicherung der Risiken, die jeden Versicherten treffen können, genau denjenigen, die sich aus den verschiedensten Gründen mit den Herausforderungen des Lebens in unserer Gesellschaft schwer tun, elementare Bedingungen zu einem eigenverantwortlichen Leben entzogen werden. Das Bündel der Zuzahlungen, die nun noch erhöht werden sollen, trifft gerade die Menschen überproportional, die knapp oberhalb der Schwelle von Transferleistungen leben. Sie müssen einen höheren Prozentsatz ihres Nettoeinkommens für Gesundheitsleistungen ausgeben als Versicherte mit mittlerem oder höherem Einkommen. Diese Menschen, die trotz eines niedrigen Einkommens für ihren eigenen Unterhalt sorgen und dabei keine oder kaum Transferleistungen erhalten, müssen angesichts der Häufung solcher und ähnlicher Maßnahmen in der Sozial- und Gesundheitspolitik den Eindruck gewinnen, dass ihre oft mühevollen Leistung eher bestraft als belohnt wird.
- (2) Die „stille Revolution“ hin zu einer stärkeren Betonung einer einkommensunabhängigen Finanzierung der GKV und die Diskrepanz zwischen Anspruch und Beförderung von Eigenverantwortungsidealen gerade gegenüber sozial Schwächeren veranlassen die Evangelische Kirche in Deutschland, eine verstärkte gesellschaftliche Debatte zu Zielen der Gesundheitspolitik anzumahnen. Dabei versteht sich die evangelische Kirche als Anwältin für sozial Schwache. Sie will denen, die wenig Lobby im Verbändesystem haben, eine Stimme geben. Auch ist der EKD wichtig, dass die Gesundheitsreform eine über medizinisch-technische Innovationen hinausweisende Beziehungsorientierung in der Beratung, Behandlung und Pflege kranker Menschen achtet und keinesfalls zurückdrängt. Nicht zuletzt die vielen im Gesundheitswesen arbeitenden Fachkräfte sind auf eine sensible, menschenfreundliche Atmosphäre und auf eine gute Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen, aber auch zwischen ambulanten und stationären Diensten angewiesen. Eine solche Option für eine beziehungsorientierte, dialogische und damit kommunikative Gesundheitsversorgung ist schon deshalb nötig, weil letztlich existentielle Fragen von Betroffenen berührt

sind, wo fachliche und ökonomische Entscheidungen getroffen werden. Ein rein ökonomisch getriebener Steuerungsoptimismus oder vorrangige Gewinnorientierung greifen zu kurz.

- (3) Schließlich ist zu beachten, dass viele Fragen der Gesundheitsversorgung gar keine körperlich-medizinischen Probleme betreffen, sondern sozialer oder psychosozialer Natur sind. Wichtiger als eine bloße Effizienzsteigerung ist deshalb das Nachdenken über eine bessere, Sektoren übergreifende, integrative Gesundheitspolitik. Es geht dabei auch um eine bessere Vernetzung im Gemeinwesen, die in eine umfassende Sozial- und Bildungspolitik eingebettet sein muss.

## 2. Theologische und sozialetische Kriterien für die Gesundheitspolitik

- (4) Nach christlicher Glaubensüberzeugung sind alle Menschen als Ebenbild Gottes geschaffen. Grundlos und aus Liebe hat Gott den Menschen zu seinem Dasein erwählt. Dieses Würdeprädikat soll jedem Versuch der Zwecklichung eines Menschen wehren – einfach, weil er Mensch ist. Wer sein Leben von dieser Glaubensaussage über Gott und die Menschen her versteht, sieht den Menschen in einer einzigartigen Verantwortung für die Welt, seine Mitmenschen und damit auch für die Gestaltung seiner sozialen Beziehungen. Zugleich entlastet das Vertrauen in Gott davon, schon mit dem eigenen Tun perfekte Glücks- und Gemeinschaftszustände erzielen zu müssen. Ein Leitmotiv des Alten Testaments sind die Erzählungen der treuen Zuwendung Gottes zu Israel, von den verschiedenen Bundesschlüssen über die Zentralgeschichte der Befreiung aus Ägypten bis hin zu den vielen Berichten der Gefährdungen des Volkes von innen und außen. Prophetische Worte und Zeichenhandlungen prangern Unrecht, Untreue und Ausbeutung als Taten an, die einem Leben vor Gott widersprechen. Aus den Ermutigungen und der Ermahnung zieht Israel durchaus selbstkritisch immer wieder den Schluss: So wie Gott sich uns zugewandt hat und sich durchweg und bedingungslos als treu erweist, so soll diese Gemeinschaftstreue das Miteinander unter den Menschen prägen. Entsprechend sind die Armen, Schwachen und Unterdrückten im Blick zu behalten, in ihrem Leiden mit zu tragen und möglichst aus Not zu befreien. Der dabei leitende, heute fremd anmutende Begriff der Gemeinschaftstreue (*sedaka*) changiert zwischen den modernen Konzepten von Solidarität und Gerechtigkeit: Das soziale Miteinander in Israel ruht – so könnte man das heute reformulieren – auf der Grundlage der Solidarität, weil die vor Gott gelebte Gemeinschaft Identität und Motivation zur wechselseitigen Unterstützung stiftet. Gerecht ist die Gemeinschaft dann, wenn sie elementare Bedingungen für ein gutes gemeinsames Leben schafft.
- (5) Die christliche Sozialethik hat den Zug der alttestamentlichen Botschaft, alle Menschen zu würdigen und dabei besonders die am Rande Stehenden im Blick zu behalten, die „vorrangige Option für die Armen, Schwachen und Benachteiligten“<sup>1</sup> genannt. Die Kirche glaubt, dass die befreiende Zuwendung Gottes, die ein achtsames Leben der Menschen miteinander und füreinander eröffnet, in und durch Jesus Christus allen Menschen gilt. Wenn der unendliche Gott Mensch wird, zeigt dies wie nichts anderes, dass menschliches Leben Würdigung erfährt. Jesus als Prediger hat immer wie-

---

1 Vgl. a.a.O., Abschnitt 3.3.2.

der Schwache und insbesondere Kranke in den Mittelpunkt seiner Botschaft gestellt. So wollte er deutlich machen, dass gerade mit ihnen das neue Leben anbrechen kann. Kranksein führt nicht zum Ausschluss aus der Gemeinschaft mit Gott. Kranksein, eine Behinderung haben oder pflegebedürftig sein, darf deshalb auch nicht aus der Gemeinschaft der Menschen ausschließen. In den guten Traditionen des Christentums ist die Erwartung und Gewissheit, in den Kranken und Schwachen immer auch Christus zu begegnen, von der das Gleichnis vom „großen Weltgericht“ (Matth. 25) erzählt, ein intensiver Ansporn gewesen. Medizinische Kunst und vor allem Krankenpflege wurden und werden als ein christlicher Liebesdienst, als *caritas* und *diakonia*, verstanden. Unsere heutigen solidarischen Sozial- und Gesundheitssysteme sind gar nicht denkbar ohne die Brücke, die die christliche Armen- und Krankenfrömmigkeit von ihren Anfängen in der Urgemeinde bis heute geschlagen hat.

- (6) Der Focus auf die Menschenwürde und die gleichzeitige Anwaltschaft für die Armen, Schwachen und Benachteiligten zielt auf die Stärkung ihrer eigenen Kräfte und prägt die Sozialverkündigung der christlichen Kirchen bis heute. Vor diesem Hintergrund ist es gut und gerecht, dass alle Menschen die Möglichkeit erhalten, ihre eigene Persönlichkeit frei zu entwickeln und sich an gesellschaftlichen Prozessen zu beteiligen. Gerade in der komplizierten modernen Gesellschaft bedarf es dazu vielfältiger Voraussetzungen. Eine kontextlose Rede von Freiheit und Eigenverantwortung des Einzelnen erweist sich allzu oft als ein Versuch, denen, die sich mit den Herausforderungen des Lebens in unserer Gesellschaft schwertun, solche elementaren Bedingungen nicht zu gewähren oder zu entziehen. In dem und über den Rahmen eines demokratischen Rechts- und Sozialstaates hinaus bedarf es dazu starker sozialer Beziehungen, eines Bildungssystems, das den Einzelnen im Blick behält und fördert, und materieller wie ideeller Ressourcen. Diese Voraussetzungen sind meist sehr ungleich gegeben und können zudem sehr unterschiedlich genutzt werden. Eine Gesellschaft, die allen ihren Mitgliedern wirkliche Chancengleichheit ermöglichen will, muss diese Dynamiken im Blick behalten, die für die einen eher Nachteile, für die anderen eher Vorteile bringen.
- (7) Eine Reihe internationaler Untersuchungen zeigt, dass ein Zusammenleben in Gesellschaften, die ein geringeres Maß an Ungleichheiten zulassen, in aller Regel die Entwicklung von Bildung und Gesundheit, aber auch die Stabilität von Familien fördert und Kriminalitätsraten sinken lässt. Bei geringerer gesellschaftlicher Spreizung ist das Vertrauen in Politik und Institutionen größer – nicht zuletzt deshalb, weil diejenigen mitgenommen werden, die zur Eigenverantwortung bereit sind. Eine weitere „Entsolidarisie-

„rung“ zwischen denen, die sich, auch bei geringer werdenden Einkommen, um Lebensunterhalt und Gesundheit sorgen, und denen, die zu den „Gewinnern“ der gesellschaftlichen Entwicklung gehören, ist deshalb nicht nur ethisch problematisch, sondern kann auch zu höheren Folgekosten führen. Die immer lauter werdende öffentliche Kritik an der „Zwei-Klassen-Medizin“ ist deshalb als gesellschaftliches Signal sehr ernst zu nehmen.

- (8) Die EKD erinnert in diesem Zusammenhang an die bisher tragenden Grundlagen des Gesundheitssystems in Deutschland. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung verkörpert es die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Armen und Reichen, Männern und Frauen, Jungen und Alten, Alleinstehenden und Verheirateten, Kinderlosen und mehr oder weniger Kinderreichen. Darüber hinaus wurde der Grundsatz der Beitragsstabilität zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern im Bereich der GKV im Wesentlichen beachtet. Damit wurden die Ausgaben bis heute einigermaßen zuverlässig im Rahmen gehalten, während es in der privatwirtschaftlich organisierten Privaten Krankenversicherung (PKV) in den letzten beiden Dekaden zu etwa doppelt so starken jährlichen Prämiensteigerungen gekommen ist, wie in der GKV.
- (9) Dabei darf nicht übersehen werden, dass die Leistungszusage der Gesetzlichen Krankenversicherung sich auf die notwendigen und zweckmäßigen Behandlungen beschränkt, also keinesfalls alles Machbare und Wünschenswerte umfasst. Die Verpflichtung zur Evidenzbasierung der von der GKV finanzierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist hier ebenso wichtig wie der geforderte „Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“, der auch gesetzlich festgeschrieben ist. Damit entsprechen die rechtlichen Kriterien des solidarischen Sicherungssystems in Deutschland durchaus den oben dargelegten sozialetischen Kriterien und sind durch sie geprägt.
- (10) Für den Gesamtbestand der Versicherten gesetzlicher Krankenkassen garantiert das Umlageverfahren stets einen Ausgleich zwischen eingezahlten Beiträgen und Gesundheitsleistungen, für einzelne Versicherte gilt das jedoch in der GKV – anders als in der PKV – bei der Kalkulation der Beiträge nicht. Damit gilt aus der Perspektive der Versicherten für den Kern der Leistungen der GKV grundsätzlich das kollektive, nicht aber das individuelle Äquivalenzprinzip. Für die gesetzlichen Kassen wird jedoch mit den risikopräzisionsabhängigen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds („Morbiditätsorientierter Risikopräzisionsausgleich“) auch in der GKV eine Annäherung an das individuelle Äquivalenzprinzip erreicht, denn die Beitragszuweisungen an einzelne Kassen entsprechen den erwarteten Leistungsausgaben

ihres spezifischen Versichertenbestandes. Darüber hinaus wird inzwischen für Leistungen außerhalb des Kernbereichs der GKV auch im Blick auf gesetzlich Versicherte das individuelle Äquivalenzprinzip tendenziell umgesetzt. Insofern verändert die weitere Entwicklung von Wahlleistungen auch die grundsätzliche Ausrichtung der solidarischen Krankenversicherung.

### 3. Tendenzen der gegenwärtigen Entwicklung – ein Blick auf aktuelle Probleme

#### 3.1. Zur Entwicklung der Solidargemeinschaft

##### 3.1.1. Eigenverantwortung und Solidarität

- (11) Eigenverantwortung und persönliche Freiheit im Umgang mit Gesundheitsrisiken und Behandlungsfragen werden häufig in einem Spannungsverhältnis zu den Verantwortlichkeiten wahrgenommen, denen Menschen als Mitglieder einer Solidargemeinschaft unterliegen. Dabei ist eine funktionierende Solidargemeinschaft Voraussetzung dafür, dass Menschen Kraft zum eigenverantwortlichen Handeln gewinnen, wie umgekehrt die Bereitschaft aller, selbst Verantwortung zu übernehmen, die Solidargemeinschaft trägt und stärkt. Überall dort, wo ein Risiko gemeinschaftlich abgesichert wird, ergibt sich aber durchaus die Gefahr, dass individuelle Verhaltensweisen und Ansprüche nicht in gleicher Weise an die Erfordernisse der Solidargemeinschaft zurückgekoppelt, sondern vor allem an eigenen Bedürfnissen ausgerichtet werden. Der Gesetzgeber steht deshalb vor der schwierigen Aufgabe, im Bereich der Gesundheitsversorgung eine Balance zwischen solidarischer Vorleistung für und individualisierter Anforderung an eigenverantwortliches Handeln zu finden. Diese Aufgabe stellt sich im System der gesetzlichen Krankenversicherung mit besonderer Schärfe dar, da die Versicherten zum größten Teil Pflichtmitglieder sind und sich unsolidarischem Verhalten anderer Mitglieder nicht entziehen können.
- (12) Die für eigenverantwortliches Handeln notwendigen Vorleistungen des Gesundheitssystems werden vor allem durch den Leistungsumfang der GKV definiert, der seit 2009 auch für den Basistarif der PKV maßgeblich ist. Anforderungen an eigenverantwortliches Handeln ergeben sich zum einen durch Ausgliederungen aus dem Regelleistungsbereich der GKV („fakultative Eigenverantwortung“), und zum anderen durch die Knüpfung der vollständigen Regelleistungen der GKV an die Erfüllung bestimmter Bedingungen („obligatorische Eigenverantwortung“). Zur fakultativen Eigenverantwortung sind vor allem die nicht oder nicht mehr erstattungsfähigen Gesundheitsleistungen („IGeL“) sowie die nur über Wahltarife erstattungsfähigen Gesundheitsleistungen der GKV zu zählen. Eigenverantwortung soll hier über eine vollständige Privatisierung der Zahlungsverpflichtungen, über Selbstbehalte in den Versicherungstarifen oder über die Zuordnung einzelner Versicherter zu einem vom Regelleistungskollektiv der GKV separierten Zusatzversicherungskollektiv erzielt werden. Obligatorische Eigenverantwortung

wortung findet sich z.B. in der Abhängigkeit des Festzuschusses für Zahnersatz von regelmäßigen zahnärztlichen Prophylaxeuntersuchungen und bei der Differenzierung der Zuzahlungsbelastungsgrenze chronisch kranker Versicherter nach Maßgabe der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Durch die Sanktionierung bestimmten Verhaltens soll so eine Rückbindung individuell eigenverantwortlichen Handelns an die Erfordernisse der Solidargemeinschaft erreicht werden.

- (13) In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird zumeist eine weitere Ausweitung der eigenverantwortlichen Absicherung des Krankheitskostenrisikos gefordert. Zum einen geht es dabei um eine schärfere Abgrenzung zwischen solidarisch abzusichernden Grundleistungen und privat abzusichernden Ergänzungsleistungen; zum anderen stehen Leistungsausschlüsse oder stärkere Kostenbeteiligungen bei „selbstverschuldeten“ Krankheitskosten im Mittelpunkt. Beide Begründungslinien können für sich in Anspruch nehmen, bei erster Betrachtung mit allgemein geteilten Gerechtigkeitsvorstellungen in Einklang zu stehen. Sie sind jedoch bei näherem Hinsehen auch mit schwerwiegenden Problemen behaftet. Die Ausgliederung einzelner Gesundheitsleistungen aus dem solidarisch finanzierten Bereich kann zu einer Zwei-Klassen-Medizin und im Versicherungsbereich über Risikoselektionsprozesse zu einer schrittweisen Entsolidarisierung führen. Eine gerechte Abgrenzung zwischen tatsächlich oder vermeintlich selbst zu beeinflussen Krankheitskosten dürfte zudem nicht nur praktisch äußerst schwierig sein, sie würde auch Kontrollkosten und Beschränkungen der individuellen Freiheitsrechte verursachen, die den Nutzen solcher Maßnahmen bei weitem überwiegen. Die Steuerungswirkungen von auf Eigenverantwortung zielenden Maßnahmen der Gesundheitspolitik sollten zudem nicht überschätzt werden. Der größte Teil der Gesundheitsausgaben entfällt auf so genannte Hochnutzer und darunter vor allem auf schwer kranke Versicherte in ihren letzten Lebensjahren. Eine Verhaltenssteuerung ist hier weitestgehend ausgeschlossen ebenso wie nachträgliche Sanktionierung etwaigen früheren gesundheitsschädlichen Verhaltens.
- (14) Gerade das grundsätzliche Bekenntnis zu einer solidarischen Krankenversicherung macht es notwendig, die individuellen Be- und Entlastungen über die verschiedenen Formen von allgemeinen Beitragsverpflichtungen, Zusatzbeiträgen, Zusatzversicherungen, Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen und Leistungsbefreiungen transparent zu machen und zu beschränken. Dabei muss die Grenze zwischen den überwiegend dem Einzelnen zuzuschreibenden Folgen individueller Entscheidungen und den für den Einzelnen zwar spürbaren, aber wenig beeinflussbaren Ergebnissen gesellschaftlicher oder schicksalhafter Dispositionen besonders sorgsam



beachtet werden. Schwere Krankheiten oder auch Unfälle können jeden treffen und verursachen in der Regel Kosten, die vom Einzelnen nicht zu tragen sind. Ein solidarisches Gesundheitssystem will diese Risiken bewusst auf alle umlegen. Deshalb ist es besonders problematisch, wenn unter der vorgeblichen Zielsetzung einer Stärkung der Eigenverantwortung vorgenommene Maßnahmen im Ergebnis individuelle Anstrengungen zu einem stärker selbstbestimmten Leben konterkarieren und die Einzelnen in die staatliche Abhängigkeit zurückstoßen. Damit wird auch die gesellschaftliche Akzeptanz des aktivierenden Sozialstaats deutlich und nachhaltig geschwächt.

- (15) Gerade weil bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wirtschaftliche Interessen eine nicht geringe Rolle spielen, muss besonders darauf geachtet werden, dass Eigenverantwortung nicht lediglich als Chiffre für höhere Belastungen des Einzelnen erscheint. Eine unausgewogene finanzielle Lastenverteilung, die die unteren Einkommen besonders belastet, aber auch fehlende Rücksichtnahme auf Einschränkungen der individuellen Handlungsfreiheit – z.B. bei chronisch Kranken oder behinderten Menschen – verstärkt einen solchen Eindruck. Die allgemeinen Beitragszahlungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und die verschiedenen Zuzahlungen zu bestimmten Gesundheitsleistungen, aber auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge müssen dabei genauso in den Blick kommen wie die Zielgenauigkeit des Sozialausgleichs, die Säumniszuschläge und nicht zuletzt die Gefahr einer kaum noch zu bewältigenden Verschuldung gegenüber den Krankenversicherern.

### 3.1.2. Anzeichen für eine Erosion der Solidarität

- (16) Wer angemessene Gesundheitsleistungen für alle erhalten will, wird angesichts wachsender medizinischer Möglichkeiten und der demographischen Entwicklung mit steigenden Gesundheitskosten zu rechnen haben. Der politische Wille, gleichwohl die Entwicklung steigender Lohnnebenkosten zu begrenzen, indem der Arbeitgeberanteil festgeschrieben wird, ist im Dienste der internationalen Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen nachvollziehbar. Bei steigenden Gesundheitsausgaben dürfte dadurch allerdings mittelfristig der Einfluss der Arbeitgeber in den Selbstverwaltungsorganen der Gesetzlichen Krankenversicherung geschwächt werden. Deren Einfluss hat aber bisher, durchaus auch im wohlverstandenen Eigeninteresse der Begrenzung der Lohnnebenkosten, zur Begrenzung der Gesundheitskosten beigetragen. Durch die verhältnismäßig höhere Belastung der Arbeitnehmer würden außerdem die tatsächlich verfügbaren Arbeitnehmereinkommen bei allen künftigen Ausgabensteigerungen der Gesetzlichen Krankenversicherung stärker sinken, als das bislang der Fall ist; mit der geringeren Kaufkraft

der Arbeitnehmer könnten konjunkturelle Effekte einhergehen, die dem Ziel einer nachhaltigeren Finanzierung der Gesundheitsausgaben entgegenstehen. Die Solidarität zwischen den Tarifpartnern war bislang ein wesentlicher Pfeiler der Stabilität und Kostenbegrenzung im deutschen Gesundheitssystem. Dass der Sozialausgleich zudem allein an den beitragspflichtigen Einnahmen ansetzt, ist gerade deshalb problematisch. Damit wird die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten nicht vollständig erfasst.

- (17) Neben der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags soll auch die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge, die als ein erster Schritt in Richtung einer „Kopfpauschale“ verstanden werden können, wirtschaftlichen Zwecken dienen. Auch sie wird häufig damit begründet, die Lohnkosten von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben abzukoppeln und die Finanzierungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von der Konjunktorentwicklung zu machen. Beide Argumentationen überzeugen jedoch nicht. Die Abkopplung von den Lohnkosten erfolgt allein durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge sind hierzu nicht notwendig. Zudem wird die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung keineswegs unabhängiger von der Konjunktorentwicklung. Da die aus prozentualen Beitragszahlungen an den Gesundheitsfonds aufgebrauchte Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin mit der Konjunktorentwicklung schwankt, gilt dies auch für die Höhe der Zusatzbeiträge, da sie von den Kassen zu einem entsprechend größeren Teil zur Kostendeckung in Anspruch genommen werden müssen.
- (18) Dass die individuelle Belastung mit Gesundheitsausgaben vor allem für chronisch Kranke und oftmals auch für Menschen mit Behinderungen weit über die Zahlung des allgemeinen und des zusätzlichen Beitrags hinausgeht, ist mit einem solidarischen Gesundheitssystem, wie die EKD es versteht, nicht kompatibel. Diese Maßnahme kann dazu führen, dass die Grenzen der individuellen Tragfähigkeit überschritten werden. Zusätzliche Ausgaben entstehen für diese Personengruppen nicht nur durch die Praxisgebühr sowie durch Zuzahlungen für stationäre Leistungen, für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, sondern auch für Haushaltshilfen und für Fahrkosten. Dazu kommen noch privat zu tragende Ausgaben für rezeptfreie Arzneimittel und nicht oder nur zum Teil von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragene Zusatzleistungen. Vor diesem Hintergrund sollte mit Hilfe eines breiter angelegten Konzeptes dafür Sorge getragen werden, Menschen durch die verschiedenen individuell zu tragenden Gesundheitsausgaben nicht die Fähigkeit zu entziehen, Eigenverantwortung und gesell-

schaftliche Teilhabe wahrnehmen zu können. Dazu gehört auch die Möglichkeit, eine den eigenen Bedürfnissen adäquate Kasse zu wählen.

- (19) Häufig wird argumentiert, dass Verteilungsziele der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Verknüpfung lohneinkommensabhängiger Beitragszahlungen mit einem über das Steuersystem gewährleisteten Sozialausgleich in weitaus stärkerem Maße erreicht werden können als mit einkommensabhängigen Beitragszahlungen. Dieser Sichtweise ist insoweit zuzustimmen, als einkommensabhängige Beitragszahlungen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten nur unzureichend abbilden. Zudem bezieht ein über das Steuersystem gewährleisteter Sozialausgleich auch privat Versicherte in die Einkommenssolidarität der Gesetzlichen Krankenversicherung ein. Hält man die Ausweitung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge unter Berücksichtigung dieser Argumente für notwendig, muss allerdings überlegt werden, ob es mittelfristig sinnvoll ist, den Sozialausgleich künftig ausschließlich aus Steuermitteln zu finanzieren. So entwickeln sich die Steuereinnahmen keineswegs weniger konjunkturabhängig als die Lohneinkommen, eher ist das Gegenteil der Fall. Die bei steigenden Gesundheitsausgaben notwendigen Steuererhöhungen würden zudem, ebenso wie dies bei Sozialversicherungsbeiträgen der Fall ist, stets unter der Kritik der Wachstumsfeindlichkeit, der Beschränkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit und der Senkung individueller Erwerbsanreize stehen, soweit das zusätzliche Steueraufkommen nicht allein über Verbrauchssteuern generiert wird. In letzterem Fall würde sich jedoch keine sozial ausgewogenere Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern im Gegenteil eine massive Umverteilung von unten nach oben ergeben.
- (20) Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, den Sozialausgleich nicht unmittelbar aus Steuermitteln, sondern über die – ganz anderen Zwecken dienende – Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorzunehmen, ist allerdings äußerst problematisch. Auch unter Berücksichtigung der für 2011 vorgesehenen Erhöhung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. Euro würde die Liquiditätsreserve Beitragszahlungen der Versicherten beinhalten. Ein ausschließlich aus Steuermitteln finanzierter Sozialausgleich würde damit im Ergebnis gar nicht stattfinden. Dies gilt umso mehr für die Jahre 2012 bis 2014, für die keine ergänzenden Regelungen vorgesehen sind; eine solche ist erst ab 2015 vorgesehen.
- (21) Mit der Erhöhung des Zusatzbeitrags ist für viele Versicherte die Frage verbunden, was im Falle von Zahlungsverzögerungen zu erwarten ist. Grundsätzlich ist es aus Anreizüberlegungen sachgerecht, Zahlungsverzögerungen zu sanktionieren. Probleme können sich allerdings dann ergeben, wenn

nicht entrichtete Beitragszahlungen auf Umstände zurückzuführen sind, die nicht im Ermessen der Beitragsschuldner liegen. Dies trifft zum Beispiel dann zu, wenn sich Versicherte in Privatinsolvenz befinden; vor allem die Aussetzung des Sozialausgleichs kann in diesen Fällen zu einer Verschärfung der individuellen Situation führen. Probleme tauchen auch auf, wenn der für den Zusatzbeitrag vorgesehene Sozialausgleich nicht über den Arbeitgeber vorgenommen wird. Schwierigkeiten ergeben sich schließlich, wenn Versicherte aufgrund besonderer Situationen – z.B. chronischer Erkrankungen – zugleich Einkommenseinbußen als auch erschwerten Möglichkeiten eines Kassenwechsels unterliegen und dadurch mit Beitragszahlungen in Rückstand geraten. Die vorgesehene Regelung zu Säumniszuschlägen sollte daher Rücksicht auf bestimmte Sondersituationen nehmen.

- (22) Problematisch an der bisher geltenden wie auch an der nun vorgesehenen Regelung ist, dass der um die Hälfte verminderte Beitragssatz für den Basisbeitrag der Privaten Krankenversicherung (PKV) den für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu tragenden Beitrag regelmäßig bei weitem übersteigt. Die sich dadurch ergebende Lücke von bislang maximal 170 Euro müssen Hilfebedürftige selbst bezahlen; entsprechend vermindert sich der frei verfügbare Teil des Regelsatzes oder es tritt eine Verschuldung beim jeweiligen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung ein. Vom Gesetzgeber muss daher verlangt werden, diese seit langem bekannte Regelungslücke endlich zu Gunsten der Hilfebedürftigen zu schließen.
- (23) Insgesamt ist kritisch zu sehen, dass der vorgesehene Sozialausgleich nur bei einer zu hohen Belastung der sozialversicherungspflichtigen Einnahmen greifen soll. Hierdurch ergibt sich ein offensichtlicher Widerspruch zur Zielsetzung des Gesetzes, den Sozialausgleich künftig gerechter zu gestalten. Personen, die neben einem beitragspflichtigen Einkommen zu einem großen Teil nicht sozialversicherungspflichtige Einkommen beziehen – z.B. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung – können somit trotz eines hohen verfügbaren Einkommens in den Genuss einer – im Extremfall vollständigen – Reduzierung des einkommensabhängigen Beitrags kommen. Diese Regelung ist ganz offensichtlich der Notwendigkeit geschuldet, den Bürokratieaufwand bei der Feststellung des Sozialausgleichs zu begrenzen. Damit wird jedoch nur umso mehr deutlich, dass die vorgesehene Regelung zum Sozialausgleich die durchaus vorhandenen Gerechtigkeitsprobleme der bisherigen GKV-Finanzierung nicht löst, sondern nur verschiebt.

## 3.2. Zwei-Klassen-Medizin oder Konvergenz der Systeme

### 3.2.1. Schrittweise Reformen verwirklichen

- (24) Bei Reformmaßnahmen im deutschen Gesundheitssystem sind die historischen „Pfadabhängigkeiten“ von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ebenso zu berücksichtigen wie das Vertrauen vieler Versicherter auf eine kontinuierliche Fortentwicklung; im Vordergrund muss allerdings auch eine Ausgestaltung der Krankenversicherung stehen, die heutigen Anforderungen genügt. Dabei sind vier Gesichtspunkte besonders hervorzuheben:
- (1) Angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts sind die Kostenrisiken im Krankheitsfall so dramatisch gestiegen, dass sie nur von einer verschwindenden Minderheit privat zu tragen wären. Insofern ist die seit 2009 bestehende Verpflichtung aller erwachsenen Bürgerinnen und Bürger zum Abschluss einer Krankenversicherung ein notwendiger Schritt gewesen.
  - (2) Nach dem Ende der durch kontinuierliche und breite Wohlstandssteigerung gekennzeichneten Nachkriegszeit sind die Risiken der Arbeitslosigkeit und des Einkommensverlustes gestiegen und deutlich gesunkene Alterseinkommen wahrscheinlicher. Diesen Anforderungen muss eine zeitgemäße Krankenversicherung entsprechen. Dabei ist insbesondere die Situation der „neuen Selbständigen“ zu berücksichtigen, die deutlich höheren Einkommensrisiken ausgesetzt sind als die klassischen Freiberufler.
  - (3) Beamte und Angestellte mit höherem Einkommen sollten einen ihrer begünstigten sozio-ökonomischen Situation (Arbeitsplatzsicherheit, Einkommenshöhe, gesundheitliche Situation) entsprechenden Solidarbeitrag leisten.
  - (4) Die Segmentierung des deutschen Krankenversicherungsmarktes führt nicht nur zu gesellschaftlich unterschiedlichen Wahlmöglichkeiten in Bezug auf den Versicherungsschutz, sie kann zudem zu problematischen Verteilungseffekten führen und gravierende Ineffizienzen begünstigen. Darauf hat nicht zuletzt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in verschiedenen Jahresgutachten hingewiesen.
- (25) Unter diesen Voraussetzungen könnte die beste Lösung darin liegen, das unter anderen Umständen entstandene duale deutsche Krankenversicherungssystem nicht zu konservieren, sondern zu einem einheitlichen Versicherungssystem weiterzuentwickeln. Damit könnten Solidaritätsziele (als das Prinzip des sozialstaatlichen Handelns) mit effizienten Wettbewerbs-

voraussetzungen (als das Prinzip privaten Handelns innerhalb eines Ordnungsrahmens) kombiniert werden. Ziel sollte ein Versicherungssystem sein, in dem der Einzelne seine Versicherung wählen kann, die ihm im Wettbewerb mit anderen als Grundleistung die Krankenvollversicherung zu Beitragskonditionen anbietet, die an seine ökonomische Situation angepasst sind. Im Sinne einer umfassenden Solidarität zwischen Menschen mit unterschiedlichem Gesundheitszustand muss zwischen den Versicherungsträgern ein morbiditätsbezogener Ausgleich stattfinden. Es sollte jedoch nicht verkannt werden, dass die Umsetzung einer solchen einheitlichen Wettbewerbsordnung ein langwieriger Prozess ist, der auf die erworbenen Rechte der Versicherten und die Geschäftsbasis der Versicherungsunternehmen Rücksicht nehmen muss; er bedarf daher vieler kleiner Schritte in die richtige Richtung. Diese können zum Beispiel darin liegen, den vom Gesetzgeber bereits eingeleiteten Systemkonvergenzprozess weiterzuentwickeln. So könnten zum Beispiel Privatversicherte in den Risikostrukturausgleich der GKV einbezogen werden, um die Risikoentmischung zuungunsten der gesetzlich Versicherten zu begrenzen. Um die PKV gleichzeitig zu entlasten, könnten zugleich die gesetzlichen Möglichkeiten der Privatversicherer, zur besseren Kostensteuerung differenzierte Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen und neue Versorgungsformen zu erproben, ausgeweitet werden.

- (26) Die EKD hat sich in der 2002 veröffentlichten Stellungnahme „Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ deutlich für ein wettbewerbliches Gesundheitssystem ausgesprochen. Dass das für 2011 erwartete Defizit der Gesetzlichen Krankenversicherung und die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben auf eine zu geringe Wettbewerbsintensität der gesetzlichen Kassen untereinander zurückzuführen ist, wie es jetzt in dem vorliegenden Gesetzentwurf unterstellt wird, ist aber keinesfalls erwiesen. Tatsächlich sind nämlich im System der Gesetzlichen Krankenversicherung die Wettbewerbsintensität höher und die Ausgabensteigerungen deutlich geringer als im Bereich der Privatversicherung.

### 3.2.2. Weitere Entwicklung eines Zwei-Klassen-Systems

- (27) Das jetzt vorliegende Reformvorhaben scheint entgegen solchen Analysen eher die private als die gesetzliche Krankenversicherung zu stützen. Denn allein durch die erneute Erleichterung des Wechsels zwischen den Systemen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung entstehen jetzt für die GKV zusätzliche Lasten im Ausmaß von schätzungsweise 200 Mio. Euro; Berechnungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gehen sogar von einer

Zusatzbelastung von 500 Mio. Euro aus. Mögliche Ausgabeneinsparungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, die beispielsweise durch den Wettbewerb mit der Privaten Krankenversicherung entstehen könnten, werden nicht beziffert. Es ist daher fraglich, worin der Vorteil des erleichterten Systemwechsels für eine „nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ liegen soll. In diesem Zusammenhang wird auf eine Stärkung des Subsidiaritätsprinzips abgestellt. Nach diesem Prinzip sollten Personen grundsätzlich eigenverantwortlich über den Abschluss und das Ausmaß ihres Krankenversicherungsschutzes entscheiden können, soweit sie über die dazu notwendigen finanziellen Möglichkeiten verfügen. Die seit 2009 existierende allgemeine Krankenversicherungspflicht spricht jedoch dagegen, dass der Gesetzgeber den Abschluss einer Krankenversicherung grundsätzlich zu einer vom Einkommen oder kognitiven Fähigkeiten abhängigen individuellen Entscheidung machen will.

- (28) Der erleichterte Wechsel soll nach dem Willen des Gesetzgebers den Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung stärken. Nach weit überwiegender und im Bereich der Gesundheitsökonomik eindeutiger Meinung hat aber der Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufgrund massiv unterschiedlicher Wettbewerbsbedingungen eher dysfunktionale Auswirkungen, die jeden denkbaren positiven Effekt bei weitem überwiegen. So kommt ein Wechsel in die private Krankenversicherung vor allem für junge, gesunde Alleinstehende und kinderlose Doppelverdiener in Betracht. Entscheiden sie sich zu einem Wechsel, kommen der Gesetzlichen Krankenversicherung gerade solche Versicherte abhanden, die über einen positiven Deckungsbeitrag maßgeblich zur Gewährleistung des Solidarausgleichs beitragen. Zudem führt der Wettbewerb zwischen den Systemen um junge Neukunden dazu, dass Unternehmen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung die Gestaltung ihrer Prämien und Leistungen auf diesen Personenkreis konzentrieren; entsprechend sinkt ihr Anreiz, auf die sich im Lebenslauf wandelnde Bedürfnisse der Versicherten einzugehen und z.B. die Versorgung bei chronischen Erkrankungen oder im höheren Lebensalter wirksam und kosteneffizient zu gestalten. Problematisch sind darüber hinaus die Auswirkungen der verschiedenen Vergütungsstrukturen für Leistungserbringer in beiden Systemen. Die höheren Vergütungssätze im System der Privaten Krankenversicherung sowie die dort fehlenden Leistungsmengenbegrenzungen setzen vor allem im ambulanten Bereich finanzielle Anreize, Privatversicherte bei der Allokation medizinischer Leistungen zu bevorzugen. Folge kann eine Fehl- und Überversorgung Privatversicherter und eine entsprechende Unterversorgung gesetzlich Versicherter sein. Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass die im GKV-FinG verortete Erleichterung des Systemwechsels

sels zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung dem Ziel einer Finanzierungsstärkung der Gesetzlichen Krankenversicherung sowohl direkt durch den Verlust von Versicherten mit positivem Deckungsbeitrags als auch indirekt durch die dysfunktionalen Auswirkungen des Systemwettbewerbs entgegensteht.



### 3.3. Ökonomische und professionelle Steuerung

#### 3.3.1. Grenzen des Marktes wahrnehmen

- (29) „Gesundheit“ ist in den letzten beiden Jahrzehnten zum Leitbegriff eines sich neu formierenden Wirtschaftssektors geworden, der von vielen als ein Feld für Innovation und Investitionen, für Wirtschaftswachstum und Arbeitsplätze angesehen wird. Der „Gesundheitsmarkt“ reicht weit über die klassischen Felder der Krankenversorgung und Rehabilitation hinaus, zu ihm rechnen sich nicht nur Arznei- und Hilfsmittelhersteller, sondern auch Unternehmen, die Nahrungsmittel herstellen oder Reisen anbieten. Die Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt wird entsprechend nicht mehr nur von Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherung getragen, sondern von einer zunehmenden privaten Nachfrage, von der Haushalte mit niedrigem Einkommen allerdings praktisch ausgeschlossen sind.
- (30) Aus diesem Grunde ist eine sozialstaatliche Rahmung dieser Entwicklung dringend geboten:
- (1) Aus theologischer Sicht warnt die EKD vor einer Überhöhung des Wertes der Gesundheit, bei der Gesundheit zum höchsten Gut und damit zu einer Form von „Religionsersatz“ wird, während zugleich verdrängt wird, dass Krankheit und Tod, Schmerzen und andere Beschwerden zur Realität menschlichen Lebens gehören und Wirklichkeiten des Glaubens und der Gemeinschaft erschließen, die uns sonst verschlossen blieben.
  - (2) Im Sinne größerer politischer Transparenz erscheint es sinnvoll, in der öffentlichen Debatte deutlich zwischen Leistungen zu unterscheiden, die Not wenden, und solchen, die individuelles Leben angenehmer und leistungsfähiger machen. Zu den „notwendigen“ sind alle diejenigen Leistungen zu zählen, die die Not der Krankheit und des krankheits- oder behinderungsbedingten gesellschaftlichen Ausschlusses abwenden oder lindern.
  - (3) Im Sinne einer solidarischen Gesellschaft ist darauf zu achten, dass alle Bürgerinnen und Bürger die nach medizinischem Wissensstand notwendigen Leistungen verlässlich erhalten. Einen Gesundheitsmarkt, der notwendige Leistungen nach Kaufkraft verteilt, lehnt die EKD entschieden ab.
  - (4) Im Sinne eines qualitativ hochwertigen, beziehungsorientierten Gesundheitswesens muss die professionelle Steuerung von Ärztinnen und Ärzten, von Pflegenden und anderen Gesundheitsberufen respektiert und gegenüber einer rein an Managementlogik ausgerichteten ökonomischen Steuerung gestärkt werden.

### 3.3.2. Kostendämpfung allein genügt nicht

- (31) Die Träger der Einrichtungen und Dienste im Gesundheitswesen befürchten einheitlich, dass in Folge der vorgesehenen Kostenbegrenzungen bei der Steigerung der Lohnsummen wie bei der Refinanzierung zusätzlicher Leistungen mit einer Kürzung von bis zu 20.000 Stellen in diesen Bereichen zu rechnen ist. Das trifft gerade die Berufsgruppen – wie die Pflege –, in denen angesichts des demographischen Wandels absehbar Fachkräfte fehlen werden oder die – wie die Medizinerinnen und Mediziner – schon jetzt aufgrund wachsenden Arbeitsdrucks und problematischer Arbeitsbedingungen die Beschäftigung bei anderen Trägern wie z.B. Versicherungen oder Anstellungsverhältnisse im Ausland vorziehen. Notwendig ist deshalb die Rückkehr zu einer ordnungspolitischen Steuerung, mit deren Hilfe die in den letzten Jahren eingeleiteten Maßnahmen zur Hebung von Effizienzreserven im Gesundheitssystem fortgesetzt werden können. Dazu zählt auch die Weiterentwicklung der integrativen Versorgung, die die Potenziale im Gemeinwesen einbezieht.
- (32) Dass die Einsparungen auf Seiten der Leistungserbringer stattdessen mit Hilfe schlichter Kostendämpfungsmaßnahmen erreicht werden sollen, ist ein deutlicher Rückschritt gegenüber den in den letzten Jahren auf den Weg gebrachten Regelungen zu einer verstärkt auf Wettbewerbsanreize setzenden Ausgestaltung der Leistungserstellung. Damit werden gerade diejenigen Leistungserbringer benachteiligt, die in den vergangenen Jahren durch Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgung Innovationspotentiale gehoben haben. Pauschale Ausgabenbegrenzungen setzen keine Anreize zu einer wirtschaftlichen Leistungserstellung, sondern bergen die Gefahr, dass auch Leistungserbringer zum Instrument einfacher Sparmaßnahmen oder – im schlimmsten Fall – verdeckter Rationierung greifen.
- (33) Gute Gesundheitspolitik ist mehr als eine strukturelle Anpassung der Versicherungssysteme und des Gesundheitsmarktes. Gute Gesundheitspolitik hat gesellschaftliche Ungleichheiten im Blick und bezieht Themen wie Gesundheitserziehung, Förderung der Eigenverantwortung, Entwicklung der solidarischen Kräfte in Nachbarschaften und Stadtteilen oder das Bemühen um „gesunde Städte“ und „betriebliches Gesundheitsmanagement“ ein. Dazu gehört auch „echte Eigenverantwortung“, Souveränität der Versicherten und Engagement von Familienangehörigen, Freunden und Nachbarn in der Zusammenarbeit mit professionellen Kräften zu stärken. Hier liegen wichtige Quellen zur Gesundung. Aber auch eine bessere Verzahnung von Kranken- und Pflegeversicherung wie von stationären und ambulanten Leistungen ist angesichts der gesellschaftlichen Entwicklungen und des

demographischen Wandels überreif. Zurzeit werden viele dieser gesundheitsrelevanten Themen nicht in den Verantwortungsdiskurs einbezogen und auch öffentlich zu wenig debattiert. Die Ausklammerung solcher Fragen und die Beschränkung auf die reine Finanzierungs- und Versicherungsthematik führt letztlich zu dem „systemimmanenten Sparzwang“ und Kurieren an Zuständigkeiten bei gleichzeitiger Forderung nach Eigenverantwortung der Verbraucher, durch die auch die derzeitige Gesetzgebung gekennzeichnet ist. Die EKD wird sich in einem folgenden, umfassenderen Text auch zu diesen hier angeschnittenen Fragen äußern.



**Mitglieder der ad-hoc-Kommission zu den aktuellen Herausforderungen  
im Gesundheitswesen:**

Prof. Dr. Peter Dabrock, Erlangen (Vorsitzender)

Prof. Dr. Heinrich Bedford-Strohm, Bamberg (stellv. Vorsitzender)

Dr. Ernst Kreuzaler, Bonn

Prof. Dr. Sabine Kühnert, Bochum,

Prof. Dr. Heiner Raspe, Lübeck,

Prof. Dr. Bettina Schmidt, Bochum,

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Duisburg-Essen,

Prof. Dr. Felix Welti, Kassel

**sowie beratend:**

Dr. Peter Bartmann, Berlin,

Dr. Andreas Mayert, Hannover,

Karoline Lehmann, Berlin

**Geschäftsführung:**

OKR Cornelia Coenen-Marx, Hannover

---

## In der Reihe »EKD-TEXTE« sind bisher erschienen:

---

Aus Platzgründen ist es nicht mehr möglich alle Titel der Reihe EKD-Texte hier aufzuführen. Die nicht mehr genannten Titel können in der Gesamtliste im Internet unter: [http://www.ekd.de/download/070712\\_ekd\\_texte.pdf](http://www.ekd.de/download/070712_ekd_texte.pdf) eingesehen werden.

- Nr. 51 **Asylsuchende und Flüchtlinge**  
Zur Praxis des Asylverfahrens und des Schutzes vor Abschiebung
- Nr. 52 **»Gefährdetes Klima – Unsere Verantwortung für Gottes Schöpfung«**
- Nr. 53 **Vom Gebrauch der Bekenntnisse**  
Zur Frage der Auslegung von Bekenntnissen der Kirche
- Nr. 54 **Gemeinsame Initiative – Arbeit für alle!**  
Eine Studie der Kammer der EKD für soziale Ordnung
- Nr. 55 **Asylsuchende und Flüchtlinge**  
Zweiter Bericht zur Praxis des Asylverfahrens und des Schutzes vor Abschiebung
- Nr. 56 **Zur Situation und Befindlichkeit von Frauen in den östlichen Landeskirchen**  
Bericht des Frauenreferates der EKD 1995
- Nr. 57 **Mit Spannungen leben**  
Eine Orientierungshilfe des Rates der EKD zum Thema „Homosexualität und Kirche“
- Nr. 58 **Der evangelische Diakoniat als geordnetes Amt der Kirche**  
Ein Beitrag der Kammer für Theologie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 59 **Zur ökumenischen Zusammenarbeit mit Gemeinden fremder Sprache oder Herkunft**
- Nr. 60 **Versöhnung zwischen Tschechen und Deutschen**
- Nr. 61 **Gewissensentscheidung und Rechtsordnung**  
Eine Thesenreihe der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD
- Nr. 62 **Die evangelischen Kommunitäten**  
Bericht des Beauftragten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für den Kontakt zu den evangelischen Kommunitäten
- Nr. 63 **Christentum und politische Kultur**  
Über das Verhältnis des demokratischen Rechtsstaates zum Christentum
- Nr. 64 **Gestaltung und Kritik**  
Zum Verhältnis von Protestantismus und Kultur im neuen Jahrhundert
- Nr. 65 **Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen**  
Eine kirchliche Stellungnahme
- Nr. 66 **Taufe und Kirchnaustritt**  
Theologische Erwägungen der Kammer für Theologie zum Dienst der evangelischen Kirche an den aus ihr Ausgetretenen
- Nr. 67 **Ernährungssicherung und Nachhaltige Entwicklung**  
Eine Studie der Kammer der EKD für Entwicklung und Umwelt
- Nr. 68 **Das Evangelium unter die Leute bringen**  
Zum missionarischen Dienst der Kirche in unserem Land
- Nr. 69 **Kirchengemeinschaft nach evangelischem Verständnis**  
Ein Votum zum geordneten Miteinander bekenntnisverschiedener Kirchen
- Nr. 70 **Thomas Mann und seine Kirche**  
Zwei Vorträge von Ada Kadelbach und Christoph Schwöbel
- Nr. 71 **Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen**  
Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen
- Nr. 72 **Richte unsere Füße auf den Weg des Friedens**  
Gewaltsame Konflikte und zivile Intervention an Beispielen aus Afrika
- Nr. 73 **Was Familien brauchen.** Eine familienpolitische Stellungnahme des Rates der EKD
- Nr. 74 **Solidarität und Wettbewerb**  
Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Nr. 75 **Soziale Dienste als Chance**  
Dienste am Menschen aufbauen · Menschen aktivieren · Menschen Arbeit geben
- Nr. 76 **Zusammenleben gestalten**  
Ein Beitrag des Rates der EKD zu Fragen der Integration und des Zusammenlebens mit Menschen anderer Herkunft, Sprache oder Religion
- Nr. 77 **Christlicher Glaube und nichtchristliche Religionen**  
Ein Beitrag der Kammer für Theologie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 78 **Bedrohung der Religionsfreiheit**  
Erfahrungen von Christen in verschiedenen Ländern

---

## In der Reihe »EKD-TEXTE« sind bisher erschienen: (Fortsetzung)

---

- Nr. 79 **Die Manieren und der Protestantismus**  
Annäherungen an ein weithin vergessenes Thema
- Nr. 80 **Sterben hat seine Zeit**  
Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht
- Nr. 81 **Schritte zu einer nachhaltigen Entwicklung**  
Eine Stellungnahme der Kammer für nachhaltige Entwicklung der EKD
- Nr. 82 **Fern der Heimat: Kirche**  
Urlaubs-Seelsorge im Wandel
- Nr. 83 **Dietrich Bonhoeffer**  
Texte und Predigten anlässlich des 100. Geburtstages von Dietrich Bonhoeffer
- Nr. 84 **Freiheit und Dienst**  
Argumentationshilfe zur allgemeinen Dienstpflicht und Stärkung von Freiwilligendiensten
- Nr. 85 **Menschen ohne Aufenthaltspapiere**  
Orientierungshilfe zur Hilfe, Leitsätze, Schicksale, Recht u. Gemeinde
- Nr. 86 **Klarheit und gute Nachbarschaft**  
Christen und Muslime in Deutschland
- Nr. 87 **Wandeln und gestalten**  
Missionarische Chancen und Aufgaben der evangelischen Kirche in ländlichen Räumen
- Nr. 88 **Verbindlich leben**  
Kommunitäten und geistliche Gemeinschaften in der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 89 **Es ist nicht zu spät für eine Antwort auf den Klimawandel**  
Ein Appell des Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bischof Wolfgang Huber
- Nr. 90 **Die Bedeutung der wissenschaftlichen Theologie für Kirche, Hochschule und Gesellschaft**  
Dokumentation der XIV. Konsultation „Kirchenleitung und wissenschaftliche Theologie“
- Nr. 91 **Für ein Leben in Würde – HIV/AIDS-Bedrohung**  
Eine Studie der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung
- Nr. 92 **Familienförderung im kirchlichen Arbeitsrecht**  
Eine Arbeitshilfe erarbeitet im Auftrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 93 **Gott in der Stadt**  
Perspektiven evangelischer Kirche in der Stadt
- Nr. 94 **Weltentstehung, Evolutionstheorie und Schöpfungsglaube in der Schule**  
Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 95 **Ernährungssicherung vor Energieerzeugung**  
Eine Stellungnahme der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung
- Nr. 96 **Theologisch-Religionspädagogische Kompetenz**  
Professionelle Kompetenzen und Standards für die Religionslehrerausbildung
- Nr. 97 **Wenn Menschen sterben wollen**  
Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung
- Nr. 98 **Leben mit Demenz**  
Beiträge aus medizinisch-pflegerischer, theologischer und lebenspraktischer Sicht
- Nr. 99 **Kirche klingt**  
Ein Beitrag der Ständigen Konferenz für Kirchenmusik
- Nr. 100 **Wie ein Riss in einer hohen Mauer**  
Wort des Rates der EKD zur globalen Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise
- Nr. 101 **Zum evangelischen Verständnis von Ehe und Eheschließung**  
Eine gutachtliche Äußerung
- Nr. 102 **Pro und Contra Mindestlöhne – Gerechtigkeit bei der Lohngestaltung im Niedriglohnsektor**  
Eine Argumentationshilfe der Kammer der EKD für soziale Ordnung
- Nr. 103 **Soll das Augsburgere Bekenntnis Grundbekenntnis der EKD werden?**  
Ein Votum der Kammer der EKD für Theologie
- Nr. 104 **Die Bedeutung der wissenschaftlichen Theologie in Gesellschaft, Universität und Kirche**  
Ein Beitrag der Kammer der EKD für Theologie
- Nr. 105 **Den Bildungsauftrag wahrnehmen – Evangelische Perspektiven zur Situation der Hochschulen**  
Ein Votum des Evangelischen Hochschulbeirats der EKD
- Nr. 106 **Transparenz und Gerechtigkeit**  
Aufgaben und Grenzen des Staates bei der Besteuerung
- Nr. 107 **Schön, dass Sie (wieder) da sind!**  
Eintritt und Wiedereintritt in die evangelische Kirche
- Nr. 108 **„... denn ihr seid selbst Fremde gewesen“ – Vielfalt anerkennen und gestalten**  
Ein Beitrag der Kommission für Migration und Integration zur einwanderungspolitischen Debatte
- Nr. 109 **Kerncurriculum Evangelische Religionslehre**  
Themen und Inhalte für die Entwicklung von Kompetenzen religiöser Bildung

Herausgegeben vom Kirchenamt der EKD  
Herrenhäuser Straße 12 · 30419 Hannover  
Telefon: 05 11/27 96 0 · Fax: 05 11/27 96 707  
E-Mail: [versand@ekd.de](mailto:versand@ekd.de) · Internet: [www.ekd.de](http://www.ekd.de)