

Die deutschen Bischöfe

Kommission für gesellschaftliche
und soziale Fragen
Kommission für caritative Fragen

27

Solidarität braucht Eigenverantwortung

Orientierungen für ein zukunftsfähiges
Gesundheitssystem

Mai 2003

SOLIDARITÄT BRAUCHT EIGENVERANTWORTUNG

**Orientierungen für ein zukunftsfähiges
Gesundheitssystem**

Mai 2003

**Herausgeber:
Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz
Bonner Talweg 177, 53129 Bonn**

Vorwort

Seit Jahren wird über eine Reform des Gesundheitssystems diskutiert. Worte vom „Abbau des Sozialstaates“, von der „Zweiklassenmedizin“, Praxisschließungen und Ärztedemonstrationen verunsichern und beängstigen mehr denn je die Patienten. Gleichzeitig kann über die Herausforderungen nicht länger hinweggesehen werden, vor denen das deutsche Gesundheitssystem steht. Die ökonomischen Zwänge machen seine Reform dringend erforderlich. Diese Reform muss sich an ethischen Kriterien ausrichten, damit auch in Zukunft allen Kranken eine gute, das Notwendige gewährende Versorgung zuteil werden kann und die finanziellen Lasten gerecht verteilt werden.

Das Ziel, die solidarische Absicherung krankheitsbedingter Lasten, die vom Einzelnen oder seiner Familie nicht zu bewältigen sind, in einer Welt immer neuer Anforderungen und Risiken zu wahren, wirft die entscheidende Frage auf: Was kann und muss die Solidarität aller tragen und was können und müssen die Menschen selbst tragen?

Die vorliegende Stellungnahme entwickelt Orientierungen, um auch in Zukunft ein solidarisches Gesundheitssystem zu ermöglichen. Aus der Erörterung grundlegender ethischer Kriterien für eine Reform ergeben sich Folgerungen für eine am Patienten orientierte Leistungserbringung, für ein die Eigenverantwortung der Menschen ernst nehmendes Leistungsspektrum und eine an der Leistungsfähigkeit der Versicherten ausgerichtete Mittelaufbringung.

Die Reform des deutschen Gesundheitssystems wird Überwindung und Überzeugungskraft kosten. Sie wird geprägt sein müssen durch den Willen zu einer Sicherung der Solidarität durch mehr Eigenverantwortung.

Bonn/Mainz, im Mai 2003

+ *Karl Kard. Lehmann*

Karl Kardinal Lehmann
Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz

Solidarität braucht Eigenverantwortung

Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Leben ist ein Geschenk Gottes. Das Leben und die Gesundheit sind für uns Menschen von großer Bedeutung. Wir wünschen uns, lange zu leben und gesund zu sein. Viel für den Erhalt seiner Gesundheit oder seine Gesundung zu tun und zu wünschen, ist nicht nur verständlich, es ist berechtigt und sogar geboten, wenn man ernst nimmt, dass der Mensch das Geschenk von Leben und Gesundheit schützen und bewahren soll.

Die medizinisch-technische Entwicklung gibt uns immer mehr Möglichkeiten an die Hand, Krankheiten zu heilen und das menschliche Leben zu verlängern. Dies gibt vielen Menschen Hoffnung und Mut. Das Wissen um die immer größeren Möglichkeiten der Medizin darf aber nicht zu der falschen Vorstellung führen, dass Leben und Gesundheit in der menschlichen Verfügungsgewalt lägen. Wir machen die Erfahrung von Leid, Tod und Krankheit. Zum Leben gehört der Tod. Ihn können wir nicht umgehen, ihn können wir letztlich nur in der Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod annehmen, das uns in Christus verheißen wurde. Das Kranksein ist Teil unseres Lebens. Der Kranke bedarf deshalb nicht nur einer professionellen medizinisch-technischen Behandlung, sondern ganz besonders einer das Heil des Menschen in den Blick nehmenden menschlichen Zuwendung. Manchmal wird auch nicht die Heilung, sondern die Schmerzlinderung das Ziel sein müssen. Alle heutigen Versuche, den Tod aus dem Leben auszublenden und die Krankheit lediglich als einen Defekt anzusehen, der zu reparieren ist, sind zum Scheitern verurteilt. Gesundheit ist nicht einfachhin machbar. Unsere Möglichkeiten, Gesundheit sicherzustellen, sind prinzipiell begrenzt.

Dies gilt für den einzelnen wie für die Gesellschaft insgesamt. Das Streben nach Gesundheit muss im persönlichen wie im gesellschaftlichen Bereich verbunden werden mit dem Wissen um die grundsätzliche Begrenztheit menschlicher Möglichkeiten.

Damit das Notwendige für die Gesundheit eines jeden getan werden kann, ist ein Gesundheitswesen erforderlich, das Gesundheitsleistungen auf qualitativ hohem Niveau gewährleistet. Dazu zählen eine ausreichende Versorgung mit Ärzten, Pflegekräften und Krankenhäusern

ebenso wie Fortschritte in der medizinischen und pharmazeutischen Forschung, eine gute Ausbildung von Medizinern, Pflegekräften und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ebenso wie deren kontinuierliche Fortbildung, eine kompetente Intensiv- und Akutmedizin ebenso wie eine bewusste Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung, etwa durch Vorsorge oder Rehabilitationsmaßnahmen, und so fort.

Dieses Gesundheitswesen und alle seine Leistungen, Maßnahmen und Mittel müssen bezahlt werden. Besonders im Falle einer schweren oder dauerhaften Erkrankung und der für ihre Behandlung großen finanziellen Lasten stößt der einzelne Kranke schnell an seine Grenzen. Zwar ist jeder für seine Gesunderhaltung oder Gesundung zunächst selbst verantwortlich, doch ist die Behandlung vieler Krankheiten nur für wenige allein oder familiär finanzierbar. Um Menschen im Falle einer Krankheit, die große finanzielle Belastungen nach sich zieht, nicht in Armut geraten zu lassen, wurde vor rund 120 Jahren aus familiären, berufsständischen und betrieblichen Solidarverbänden das deutsche Sozialversicherungssystem weiterentwickelt – auch im gesamtgesellschaftlichen Interesse. Die Krankenversicherung diente dazu, für den Fall, dass krankheitsbedingte Lasten nicht vom Einzelnen oder seiner Familie getragen werden konnten, diese solidarisch im Kreis aller Versicherten abzusichern. Die solidarische Absicherung der großen Krankheitsrisiken war damals und ist heute der Sinn und die Daseinsberechtigung der Krankenversicherung. Dieses System hat sich über lange Zeit bewährt. Und auch heute, in einer Zeit zunehmender Vielfalt der Lebensläufe und zunehmender Notwendigkeiten von Flexibilität und Mobilität in der Arbeitswelt, stellt es ein wichtiges Instrument dar, das den Menschen Sicherheit in einer Welt mit immer neuen Risiken bietet und ihnen auch die Rückendeckung gibt, sich den wachsenden Anforderungen zu stellen.

Reformnotwendigkeit

Die ursprüngliche Idee der Gesetzlichen Krankenversicherung einer reinen Absicherung von Risiken wurde immer mehr mit einer erheblichen Umverteilung finanzieller Ressourcen verbunden. Dies wurde solange nicht problematisiert, als die Knappheit dieser Ressourcen in der öffentlichen Wahrnehmung nicht präsent war. Doch obwohl sich

dies in den vergangenen Jahren geändert hat, wurden grundlegende Reformen des Systems bisher immer wieder aufgeschoben. Heute steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen, die zu Reformen zwingen, gerade wenn man es im Grundsatz erhalten will:

– Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt permanent und wird weiter steigen. Dies hat mehrere Ursachen: eine allgemeine Steigerung der Ansprüche an Gesundheitsleistungen in wohlhabenden Gesellschaften, die Ausweitung des medizinisch Möglichen durch die medizinisch-technische Entwicklung, die sich schon bald dramatisch verschärfende demographische Schieflage und mit ihr der wachsende Bedarf an Diensten für ältere und pflegebedürftige Menschen bei einer an Zahl sinkenden aktiven Generation, die diese Pflege gewährleisten muss.

– Die Finanzierungsbasis schwindet zusehends. Auch dies hat mehrere Ursachen: die durch die demographische Entwicklung abnehmende Zahl an Beitragszahlern, der sinkende Anteil der für die Beitragszahlung relevanten Erwerbseinkommen an allen Einkommen und die Verfestigung der Massenarbeitslosigkeit sowie politische Entscheidungen, die Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten des Bundeshaushalts oder anderer sozialer Sicherungssysteme verschoben haben.

– Diese externen Reformanlässe werden durch systemimmanente Schwierigkeiten noch verstärkt: die zuweilen übermächtige Interessenvertretung der Leistungserbringer und Krankenkassen, der Vorwurf der Verschwendung und der Vernachlässigung größerer Einsparpotentiale, eine mangelhafte Qualitätskontrolle und -sicherung, aber auch eine zuweilen übertriebene Anspruchshaltung eines Teiles der Versicherten.

Diese Herausforderungen machen eine grundlegende Reform des deutschen Gesundheitssystems überfällig. Vereinzelt Eingriffe in das System wie in den vergangenen Jahren reichen nicht mehr aus. Insbesondere kann das Gesundheitssystem nicht einfach durch eine weitere Steigerung der Beitragssätze gesichert werden. Eine solche Steigerung der Mittel, die zwangsweise erhoben werden, wird den meisten Menschen nicht zuzumuten sein und würde als Steigerung der Lohnnebenkosten mit Blick auf den Arbeitsmarkt kontraproduk-

tiv wirken. Eine höhere Arbeitslosigkeit wiederum vermindert die Basis der Beitragszahler. Es stellt sich daher die Aufgabe, mit der Knappheit der Mittel verantwortlich umzugehen.

Die Stärke unseres Gesundheitssystems ist die solidarische Absicherung der Krankheit einzelner durch alle Versicherten: Man muss in Deutschland grundsätzlich nicht befürchten, aufgrund mangelnden eigenen Einkommens nicht behandelt zu werden oder durch die Behandlung einer Erkrankung arm zu werden. Diese Solidarität muss gesichert werden, sie kann aber auch nicht überbeansprucht werden. Unabhängig von der Möglichkeit des einzelnen, für seine Gesundheit Ressourcen zu mobilisieren, stellt sich die für alle Reformüberlegungen entscheidende Frage folgendermaßen: Welches Maß an Gesundheitsleistungen kann und muss durch die Solidarität aller getragen werden und welches Maß an Gesundheitsförderung können und müssen die Menschen selbst tragen?

Es gilt, die Freiheit und das Leben des einzelnen durch die Mobilisierung der eigenen Kräfte und die Solidarität der anderen zu ermöglichen und zu bewahren. Und es gilt, die Solidarität aller durch die mögliche und notwendige Wahrnehmung der Eigenverantwortung des einzelnen zu sichern.

Kriterien

Im Zentrum aller Bemühungen des Gesundheitssystems und auch aller Überlegungen zu seiner Reform muss die Sorge um den kranken Menschen stehen. Seine Versorgung mit Gesundheitsleistungen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft ist sicherzustellen. Dabei muss das Gesundheitssystem im Fall einer Gefährdung durch Krankheit die Würde des Menschen, die auf seiner Personalität beruht, bewahren. Es muss seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichern und ihn vor Verarmung und Not durch die finanziellen Folgen einer Behandlung schützen.

Hierfür braucht das deutsche Gesundheitssystem auch in Zukunft ein festes Fundament im Gedanken der Solidarität. Jede und jeder müssen sich sicher sein können, dass sie im Falle einer existentiellen Gefährdung durch Krankheit auf die notwendigen Hilfeleistungen durch die Solidargemeinschaft zählen können. Sie müssen aber genauso be-

reit sein, je nach ihren Möglichkeiten für sich selbst Sorge zu tragen und der Solidargemeinschaft darüber hinaus die notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen.

Solidarität bildet in keiner Weise einen Gegensatz zum Gedanken der Eigenverantwortung, zeichnet sich der Mensch als Person doch gerade dadurch aus, dass er zugleich im Mit-Sein auf den anderen bezogen und als Einzelwesen eigenständig ist. Es ist Pflicht und Aufgabe einer Person, sich selbst zu erhalten und somit auch für seine Gesundheit Vorsorge zu treffen. Dabei ist es ein Gebot der Fairness, das Gesundheitssystem nicht zum eigenen Vorteil auszunutzen und sich nicht auf Kosten der Solidargemeinschaft Vorteile zu verschaffen. Zur Komplexität moderner Gesellschaften gehört, dass der moralische Appell zu Gunsten von mehr Selbstverantwortung allein nicht ausreicht. Es wird in der Reform des Gesundheitssystems darauf ankommen, Strukturen und Regelungen zu finden, die dem notwendigen Aspekt der Eigenverantwortung in der Solidarität Rückhalt geben und Nachdruck verleihen. Markt und Wettbewerb können und dürfen die Solidarität im Gesundheitssystem nicht ersetzen, sie gehören aber zu den Instrumenten, die Eigenverantwortung in der Solidarität zu stärken.

Eine Regel für das rechte Maß zwischen dem, was der Einzelne für seine Gesundheit selbst tun kann und muss, und dem, was gerechterweise von der Gemeinschaft erwartet werden darf, stellt das Prinzip der Subsidiarität dar. Die Subsidiarität hat zweierlei zu sichern: Sie rückt als normativen Orientierungspunkt für die Organisation des Gesundheitssystems den Einzelnen, sein Wohl, seine Autonomie und seine Verantwortlichkeit in den Mittelpunkt. Sie fordert für die kleineren Gemeinschaften wie die Familien, Selbsthilfegruppen und informellen Initiativen im Gesundheitssystem ein Höchstmaß an möglicher Kompetenz und Handlungsspielraum. Sie räumt den Anstrengungen und Angeboten aus der Mitte der Gesellschaft einen Vorrang vor den staatlich-öffentlichen Angeboten ein.

Der Subsidiaritätsgedanke enthält aber nicht nur ein Kompetenzanmaßungsverbot der größeren Einheiten, sondern auch ein Gebot der notwendigen Unterstützung der kleineren Einheiten, wo ihre Eigenkräfte zur Aufgabenbewältigung nicht ausreichen. Der Subsidiaritätsgedanke leitet im Gesundheitssystem dazu an, einen am Wohl des

einzelnen Kranken orientierten „Wohlfahrtsmix“ zu finden, der die folgenden Ebenen sachgerecht aufeinander bezieht: die informelle Selbst- und Fremdhilfe, die Angebote der freien Wohlfahrtspflege und die Leistungen privater und staatlicher Dienstleister. Die spezifische Ausdifferenzierung des deutschen Gesundheitssystems sollte dabei nicht vorschnell und ohne empirische Belege als Mangel an Rationalität, Effizienz und Steuerungsfähigkeit eingeschätzt werden, sondern als Chance zur umfassenden Aktivierung und Beteiligung Aller begriffen werden. Subsidiarität und Vielfalt gehören zweifellos zu den spezifischen Merkmalen des deutschen Gesundheitssystems, die in besonderer Weise auf den Einfluss der katholischen Soziallehre und der katholischen Sozialbewegung zurückzuführen sind. In dieser Tradition ist es in Deutschland von Anfang an nicht zur Ausbildung eines staatlichen Monopols im Gesundheitswesen gekommen, sondern hat sich eine Pluralität von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Anbietern herausgebildet. Ausdruck dieser Pluralität sind auch die kirchlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens, in denen ein vom christlichen Glauben geprägtes Verständnis von Krankheit und Tod in besonderer Weise zum Ausdruck kommt. Subsidiarität und Pluralität sollten auch für die anstehende Reform des Gesundheitssystems bestimmend bleiben.

Die notwendige Reform des Gesundheitssystems berührt auf vielfältige Weise Fragen der Gerechtigkeit. Kranke Menschen sind elementar auf ein bedarfsgerechtes Gesundheitssystem angewiesen. Besonderes Augenmerk muss dabei den Prozessen gelten, in denen aus dem individuellen und subjektiven Bedürfnis nach Gesundheitsleistungen ein objektiver, die Hilfeleistung der Solidargemeinschaft bindender Bedarf wird. Auf ihre Verantwortung hin anzufragen sind dabei nicht nur die Patienten mit ihren wachsenden Ansprüchen, sondern auch die Ärzte. Ihre Bestimmung des objektiven Bedarfs an Gesundheitsleistungen muss den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden und die Qualität des Gesundheitssystems sicherstellen. Damit beeinflussen sie aber auch die Kostenentwicklung des Gesundheitssystems in besonderem Maße. Zunehmend wird es notwendig sein, Fragen einer bedürfnisgerechten Bedarfsbestimmung öffentlich zu thematisieren und sich auf Verfahren der Bestimmung des notwendigen Gesundheitsbedarfs öffentlich zu einigen.

Vieles spricht dafür, bei einer Reform des Gesundheitssystems der Beteiligungsgerechtigkeit einen besonderen Stellenwert einzuräumen. Sie verlangt auf der einen Seite von allen Bürgern, sich aktiv an der Bewahrung beziehungsweise Herstellung des Gutes Gesundheit im Rahmen der eigenen Möglichkeiten zu beteiligen. Auf der anderen Seite obliegt es der Gesellschaft, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich die Menschen auch tatsächlich beteiligen können. Es ist augenfällig, dass die Gesundheit zu jenen Gütern zu rechnen ist, die nur in aktiver Kooperation, ja „Koproduktion“ zwischen Patienten und den Leistungserbringern des Gesundheitssystems zu realisieren sind. Zur Beteiligungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem gehört deshalb die aktive und verantwortliche Teilhabe aller an der Sorge und Vorsorge für die eigene Gesundheit. Ob Reformvorschläge des Gesundheitssystems ein Mehr an Gerechtigkeit realisieren, wird man deshalb immer auch daran zu messen haben, inwieweit sie eine aktive Beteiligung aller Akteure und die Erweiterung ihrer Befähigung zum verantwortlichen Gesundheitshandeln tatsächlich zu fördern in der Lage sind.

Die besondere Sorge der Kirche und ihres caritativen Handelns gilt jenen, die in Gefahr sind, aus dem solidarischen Gesundheitssystem ganz herauszufallen und ausgeschlossen zu werden. Zum Zeugnis für Gott, dessen besondere Aufmerksamkeit den Schwachen und Ausgeschlossenen gilt, gehört es für die Christen und die Kirche, gerade jenen gegenüber solidarisch zu sein und für ihre Integration einzutreten, die nur wenig oder nichts zur Solidargemeinschaft beizutragen vermögen.

Bei allen Überlegungen zu einem richtigen Maß an Eigenverantwortung in der Solidarität geht es nicht nur um die Verantwortung eines jeden gegenüber dem eigenen Leben, sondern auch um die Sorge um den kranken Mitmenschen. Diesem universalen Gebot der Nächstenliebe wissen sich die Christen und die Kirche in ihrem Handeln, aber auch in ihren Forderungen an Staat und Gesellschaft insgesamt in besonderer Weise verpflichtet.

Folgerungen

Auf der Grundlage der benannten Kriterien ergeben sich einige Folgerungen, die Orientierung geben können für eine Reform des Gesundheitssystems. Zu blicken ist dabei zunächst auf das Gesundheitssystem im allgemeinen, dann aber besonders auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihre Mittelverwendung, die wiederum in den Prozess der Leistungserbringung und die Frage nach der Breite des Leistungsspektrums zu unterscheiden ist, und ihre Mittelaufbringung sind besonders zu berücksichtigen:

Eine umfassende Gesundheitsreform muss dazu führen, dass stärker als bisher die Gesundheitsförderung und nicht allein die Krankheitsbewältigung im Vordergrund steht. Dazu muss der Patient im gesamten Behandlungsgeschehen eine aktivere Rolle bekommen. Seine Mitwirkung durch Einsatzbereitschaft in der Behandlung, durch Mitsprachemöglichkeiten bei der Festlegung der Therapie, Mitbestimmungsmöglichkeiten in den Institutionen des Gesundheitswesens und nicht zuletzt durch eine verantwortliche Lebensführung müssen ausgebaut und zugleich ermöglicht und eingefordert werden.

Besonders im Bereich der Prävention ist die Motivation der Menschen unerlässlich. Krankheiten nicht erst im Nachhinein zu behandeln, sondern nach Möglichkeit vorab zu vermeiden ist vernünftig: Einfacher als Kostensenkung ist Kostenvermeidung. Dies ist zudem geboten, ist es doch die Pflicht eines jeden, verantwortlich mit der eigenen Gesundheit umzugehen. Dazu gehört auch eine aktive Fürsorge für sich selbst und den eigenen Leib und ein Unterlassen von Gefährdungen durch z. B. Alkohol, Rauchen, Suchtmittel und einen ungesunden Lebensstil. Es ist Aufgabe des Systems diese Eigenfürsorge zu unterstützen. Derzeit wird das Versorgungssystem von akutmedizinischen Maßnahmen dominiert, insbesondere die Prävention wird hingegen vernachlässigt. Doch der demographische Wandel und die steigenden Kosten im Gesundheitswesen verlangen nach verstärkter Prävention, das heißt der Verringerung der Erkrankungswahrscheinlichkeit und der Senkung der Krankheitsrisiken. An das Gesundheitssystem stellt dies die Anforderung, im Bereich der Prävention verstärkt selbst aktiv zu werden sowie die Eigenverantwortung der Bürger in diesem Bereich zu unterstützen und sie im Sinne der Beteiligungsgerechtigkeit in die Lage zu versetzen, ihre eigene

Gesundheit aktiv zu gestalten. Gesundheitsvorsorge ist eine allgemeine Aufgabe, die von allen einzufordern ist und sich unabhängig vom jeweiligen Versichertenstatus stellt. Eine Gesundheitsreform kann deshalb auch nicht an den Grenzen der Gesetzlichen Krankenversicherung Halt machen.

Das Recht auf notwendige Gesundheitsfürsorge und das Gebot der Solidarität verpflichten dazu, auch für gesellschaftliche Randgruppen eine hinreichende Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dass diese Gruppen, wie z. B. Obdachlose und illegal in Deutschland lebende Ausländer, nicht völlig unversorgt sind, ist einer Vielzahl von Aktivitäten außerhalb des formalen Hilfesystems zu verdanken – ein Grund mehr, die Pluralität öffentlicher und gemeinnütziger Anbieter zu wahren. Diese begrüßenswerten Akte der Solidarität können aber der systematischen Unterversorgung bestimmter Gruppen unserer Gesellschaft nur unvollkommen entgegenwirken. Gerade den Christen und der Kirche ist die Sorge um diejenigen, die Gefahr laufen, aus dem solidarischen Gesundheitssystem herauszufallen oder an dessen Rand gedrängt zu werden, ein besonderes Anliegen. Die Versorgung von sozial benachteiligten Menschen gehört zum Profil konfessionell getragener Einrichtungen des Gesundheitswesens. Diese haben darüber hinaus durch ihre Vernetzung mit kirchlichen Hilfswerken die Möglichkeit, diesem Personenkreis auch weiterführende Hilfsangebote zu machen. Die Hilfe für sozial Benachteiligte ist nicht nur ein Gebot der Nächstenliebe, sondern aus der Sicht der gesamten Gesellschaft sogar im Eigeninteresse wünschenswert, sind doch die Folgekosten von Unterversorgung ungleich höher als die Hilfe im akuten Notfall.

Der schon lange erklärte Wille, dass auch die Sozialhilfeempfänger in die Sozialversicherung einbezogen werden, muss in die Realität umgesetzt werden, damit diese nicht länger dem Vorurteil ausgesetzt werden, angeblich besser versorgt zu sein als Patienten, die gesetzlich versichert sind.

90% der Menschen in Deutschland sind Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hier sind die eingangs geschilderten Herausforderungen besonders drängend. Hier müssen die richtigen Anreize geschaffen werden, um unser Gesundheitssystem langfristig solidarisch tragfähig zu erhalten. Ein Problem komplexer Sicherungssys-

teme besteht darin, dass der persönliche Bezug des Einzelnen zum System nicht mehr einfach erkennbar ist. Während für jeden Versicherten die Höhe des eigenen Versicherungsbeitrags offensichtlich ist, wird der Umfang der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen oft nicht wahrgenommen. Und auch die Kosten der eigentlichen Versicherung, nämlich der Absicherung des hoffentlich nicht eintretenden Falls schwerer Krankheit, werden ausgeblendet. Es muss wieder ins Bewusstsein gelangen, dass „der Staat“ oder „die Gesetzliche Krankenversicherung“ nicht anonyme Institutionen sind, sondern Systeme, die von allen geschaffen und getragen werden.

Leistungserbringung

Hinsichtlich der Leistungserbringung ergeben sich aus den genannten Kriterien einige weitergehende Zielvorgaben und Abwägungskriterien:

- *Patientenorientierung*: Sie richtet sich auf die Wahrung der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung unter Vermeidung von Unter- wie von Überversorgung auf der Basis freier Arztwahl bei gleichzeitiger Stärkung der Rolle des Hausarztes, die Stärkung einer den Menschen als Ganzen in den Blick nehmenden Medizin sowie eine bessere Verzahnung unterschiedlicher Behandlungsphasen.
- *Qualifizierung und Humanisierung der Leistungserbringung*: Hierzu gehören namentlich die Beachtung der Besonderheit der medizinischen Behandlung, die nicht eine beliebige Dienstleistung darstellt, die Stärkung des Kostenbewusstseins nicht nur im Arzneimittelbereich, der Ausbau von Gesundheitsförderung, Präventionen und Präventionsmaßnahmen sowie eine patientenorientierte Fortbildung. Hierzu gehört aber auch, dass Behandlungen, die angesichts der Disposition des Patienten (Krankheitsverlauf, Vorerkrankungen, körperliche Konstitution, Alter) erwartbar nicht zum Ziel führen oder als – der Menschenwürde nicht entsprechender – Versuch einer „Lebensverlängerung um jeden Preis“ zu werten sind, nicht durchgeführt werden und mehr für eine Verbesserung der Palliativmedizin und die Bereitstellung von Hospizen getan wird. Mehr Einsatz für die menschenwürdige Begleitung

Kranker und Sterbender ist bei gleichzeitiger klarer Ablehnung aktiver Sterbehilfe notwendig.

- *Transparenz:* Diese dient ebenso der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten wie der Nachvollziehbarkeit der Notwendigkeit bestimmter therapeutischer Maßnahmen. So bedeutsam sie für Patienten wie für Kassen ist, so wenig ist sie im derzeitigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeprägt.
- *Effizienz:* Wichtig ist eine bessere Vernetzung von Prävention, Akutmedizin und Rehabilitation, die Nutzung moderner Verfahren zur Überprüfung von Effektivität und Wirtschaftlichkeit, die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, das Setzen von Prioritäten für die Lösung von Gesundheitsproblemen mit hoher Sterblichkeit (z. B. die in Deutschland im internationalen Vergleich relativ hohe Frühsterblichkeit an Koronarerkrankungen) oder mit hoher Krankheitslast bzw. großer Verbreitung (z. B. chronischer Erkrankungen), eine bessere gemeinsame Nutzung von Gesundheitseinrichtungen für die stationäre und ambulante Versorgung (Gesundheitszentren) sowie die Beseitigung falscher Anreize.
- *Steuerbarkeit:* Eine nachhaltig gesicherte Weiterführung des überkommenen Systems ist gerade auch im Hinblick auf seine freiheitssichernden Elemente, wie das Wahlrecht der Patienten, auf aufgabengerechte Institutionen und Anreize angewiesen. Diese müssen zugleich die Überprüfbarkeit von Qualität und Effizienz ermöglichen.

Hierzu lassen sich einige Reformnotwendigkeiten unseres derzeitigen Gesundheitssystems verdeutlichen:

Stichwort Patientenorientierung: Ein funktionierendes solidarisches Gesundheitssystem orientiert sich an der Leitidee der Subsidiarität. Das bedeutet einerseits für die Mitglieder des Solidarsystems Eigenverantwortung im Sinne von persönlichem Engagement, Risikobereitschaft und individueller Beteiligung, andererseits für die größeren Einheiten die Gewährleistung von Unterstützung und Schutz, wo die Eigenkräfte nicht ausreichen.

Eigenverantwortung wird vielfach auf eine systementlastende Selbstbeteiligung an den Kosten enggeführt. Solch eine Selbstbeteiligung kann durchaus ein Instrument sein, die Gesetzliche Krankenversicherung vor einer übermäßigen Inanspruchnahme zu schützen. In den letzten Jahren hatte die Selbstbeteiligung der Versicherten an einzelnen Kostenpositionen jedoch vor allem die Funktion, mehr Geld ins System zu bringen. Die damit einhergehende faktische Erhöhung des eigenen Beitrags ohne jede Steuerungswirkung hat nicht zu Unrecht zu großem Unmut geführt. Das Instrument der Selbstbeteiligung hat nur Sinn, wenn davon eine Lenkungswirkung für die Nachfrage ausgeht und wenn diese so veränderte Nachfrage nicht in Konflikt gerät mit dem Ziel, dass jedem Menschen der Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung und Prävention offen steht.

Über dieses verengte Verständnis von Eigenverantwortung hinaus ist der Aspekt der aktiv gestaltenden Mitwirkung des Einzelnen am Gesundheitssystem von besonderer Bedeutung. Denn eines wurde oft beklagt und immer noch nicht substantiell geändert: Im deutschen Gesundheitswesen hat der Patient eine tendenziell eher schwache, vielfach nicht hinreichend informierte und deshalb auch zu wenig aktive Rolle. Auch wenn sich in den letzten Jahren das Selbstverständnis der Patienten in vieler Hinsicht gewandelt hat – allein dadurch, dass Patienten von sich aus aktiv wurden, indem sie sich zu Selbsthilfegruppen zusammenschlossen und sich auch individuell um umfassende Information bemühten –, so hat das Gesundheitswesen darauf noch nicht strukturell reagiert.

Der Versicherte sollte als Finanzier und Leistungsempfänger stärker zur Kontrolle des Leistungsgeschehens beitragen können (Kostentransparenz des Leistungsgeschehens, Informationen über die Angemessenheit und Qualität von Behandlungen und Heilmitteln).

Nicht nur die zunehmende Alterung der Gesellschaft erfordert eine Aufwertung der Gesundheitsförderung, der Rehabilitation und der Pflege. Hier liegt ein Ansatzpunkt für eine stärkere Einbeziehung des eigenverantwortlichen Handelns der Versicherten.

Im Sinne einer Stärkung der Patientensouveränität ist eine größere Transparenz des Systems und eine Kompetenzerweiterung der Leistungsempfänger notwendig, beispielsweise durch Wahltarife der

Krankenkassen oder die stärkere Einbeziehung des Patienten in die Wahl der Behandlungsmethode.

Gleichzeitig gebietet jedoch der Subsidiaritätsgedanke, den Menschen, die hierdurch überfordert sein könnten, Hilfe zur Selbsthilfe sicherzustellen. Zur Befähigung der Patienten ist die Einrichtung von „Servicestellen“ sinnvoll. Als Verbraucherzentralen für Gesundheit sollen diese Einrichtungen allen Bürgern mit Beratung und Information zur Seite stehen. Gezielte Bildungsprogramme zur Gesundheitsvorsorge, Qualitätsberichte und Aufklärungsmaterialien zu Krankheiten und Behandlungsverfahren tragen zur kompetenten Mitwirkung der Patienten bei.

Stichwort Qualifizierung und Humanisierung der Leistungserbringung: Viele im Gesundheitsbereich Tätige, Ärzte wie Angehörige nicht-ärztlicher Heil- und Pflegeberufe, setzen sich in ihrer Arbeit in einem Maß ein, das über das geschuldete und bezahlte Maß weit hinausreicht. Dabei haben sie teilweise mit schwierigen Umständen und erheblichen Belastungen, beispielsweise durch ein hohes Maß an Bürokratie oder einen Mangel an Fachkräften, zu kämpfen. Ungebrochen ist bis heute die Zentrierung der Entscheidungskompetenzen auf die Ärztinnen und Ärzte. Selbstverständlich wird der Arzt eine letzte Entscheidungskompetenz behalten müssen, was für diesen in bestimmten Situationen nicht selten eine schwere Last darstellt. Dennoch dürfte eine weitere Änderung der starken Hierarchie in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zugunsten der nicht-ärztlichen Heilberufe sowie der Pflegekräfte die Motivation steigern und die Qualität verbessern.

Gerade die häufigsten chronischen Krankheiten (Diabetes, Rheuma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) verlangen eine umfassende Betreuung und Begleitung, bei der den nicht-ärztlichen Heilberufen eine große Bedeutung zukommt. Noch größer wird die Bedeutung der pflegerischen Kompetenz dadurch, dass die Krankenpflege angesichts der zunehmenden medizinisch-technischen Möglichkeiten, der Umstrukturierungen in den Krankenhäusern sowie des demographischen Wandels immer mehr unter Druck gerät. Heil- und Pflegeberufe müssen deshalb noch stärker in Entscheidungen einbezogen und die Strukturen der Versorgung entsprechend verändert werden. Der Kirche, zu deren Urauftrag die Sorge um die Kranken gehört, ist es auch

heute ein besonderes Anliegen, auf die Bedeutung der Pflege im Rahmen der Gesundheitsversorgung hinzuweisen. Sie betrachtet nicht ohne Grund die Qualität der Pflege als einen Schlüssel zu einem bedürfnisgerechteren und finanzierbaren Gesundheitssystem. Insbesondere durch ein verbessertes Qualitätsmanagement, das etwa von der konfessionell getragenen Prüfgesellschaft „proCum Cert“ zertifiziert wird, versuchen kirchliche Einrichtungen, diesen Anspruch umzusetzen.

Bei der geforderten deutlichen Entwicklung hin zum mündigen Patienten gewinnt auch die Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten und seinen Angehörigen an Relevanz. Vor allem bei unheilbaren Erkrankungen oder akut- und intensivmedizinischen Maßnahmen sind intensive persönliche Gespräche unerlässlich. Oft ist der Patient mit seinen Ängsten und Hoffnungen eher Objekt als Subjekt des Behandlungsgeschehens. Gerade weil eine umfassende Aufklärung und Begleitung des Patienten die Ärzte vor eine schwierige Aufgabe stellt, sollte der Gesundheitskommunikation in der medizinischen Aus- und Fortbildung ein höherer Stellenwert zukommen.

Für einen humanen Umgang mit Krankheit, Leid und Tod und den damit verbundenen schwierigen Grenzfragen hat die Seelsorge an den Kranken eine besondere Bedeutung, die in Zukunft noch zu stärken sein wird.

Stichwort Transparenz: Das heutige System der Gesetzlichen Krankenversicherung folgt dem sogenannten Sachleistungsprinzip, wie es auch in verschiedenen anderen Ländern praktiziert wird: Der Versicherte zahlt einen Versicherungsbeitrag und erhält hierfür – von möglichen Selbstbeteiligungen abgesehen – bestimmte Versicherungsleistungen „in natura“. Als Mischsystem zwischen einer rein privat-rechtlichen Lösung und staatlichen Gesundheitsdiensten wird es geprägt durch das Dreiecksverhältnis zwischen Versicherten, Kassen und Leistungserbringern, die ihrerseits wieder teilweise körperchaftlich organisiert sind. Die Struktur soll die Autonomie der Beteiligten wahren, Kooperation einfordern sowie durch entsprechende Steuerung staatliche Systemverantwortung zur Geltung bringen. Diese Zielsetzung ist in der sozialen Wirklichkeit durch vielfältige Abweichungen, die teils in den Eigeninteressen der Beteiligten, teils

in einer unzulänglichen oder übertriebenen Steuerung liegen, verfremdet. Es ist an der Zeit, sie wieder durch eine von allen Beteiligten getragene Verantwortungsgemeinschaft zur Geltung zu bringen und weiter zu entwickeln, um so die Erbringung des Gutes „Heilbehandlung“ nachhaltig abzusichern. Hierfür könnten einerseits Leistungsaufstellungen zu Händen der Versicherten hilfreich sein. Andererseits sollten die Leistungen, die für den einzelnen Versicherten erbracht worden sind, nicht nur bei den kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sondern auch den Krankenkassen gegenüber offengelegt werden.

Stichwort Effizienz: Die Ressourcen der Gesetzlichen Krankenversicherung werden von den Versicherten und ihren Arbeitgebern aufgebracht. Dies erfordert eine genaue Verantwortung aller Beteiligten im Einsatz der Mittel. Es bedarf daher einer unabhängigen und zuverlässigen Überprüfung der Effizienz des Systems, um unberechtigte Vorwürfe und Verdachtsmomente zu entkräften oder aber tatsächliches Veränderungspotential aufzudecken. Die Sorge über die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems und die gleichzeitigen Vorwürfe der Verschwendung und der Ineffizienz verlangen, die Wirtschaftlichkeitsreserven im System zu überprüfen und bestehende Anreize zur übermäßigen Nutzung des Systems durch Leistungsempfänger und -erbringer zu beseitigen, zumal jede weitere Erhöhung der Einnahmenseite nur kurzfristig Finanzierungslücken schließen kann und Ineffizienzen des Systems im Ergebnis eher festigt.

Zu betrachten ist, wo das System übermäßig genutzt wird. Übermäßige Beanspruchung zerstört ebenfalls die Solidarität und muss verhindert werden. Auf Patientenseite ist das etwa der Fall, wenn Medikamente und Arztbesuche nicht als Notwendigkeit betrachtet, sondern über Gebühr in Anspruch genommen werden, oder wenn nicht die eigene Lebensführung zur Gesundheitsförderung verändert wird, sondern statt dessen Tabletten eingenommen oder auf medizinische Leistungen vertraut wird. Genauso unsolidarisch gegenüber der Versichertengemeinschaft ist auf Seite der Leistungserbringer etwa die Verordnung und Abrechnung nicht medizinisch erforderlicher Leistungen und die Verweigerung besserer Kooperation, um die Doppelung von Aktivitäten zu vermeiden und den Patienten besser versorgen zu können. Aufgrund dieser übermäßigen Beanspruchung und ihrer zerstörerischen Wirkung kann der Frage nicht ausgewichen

werden, welche Anreize oder Strukturen das System birgt, die Leistungsempfänger wie Leistungserbringer zu einer übermäßigen Inanspruchnahme veranlassen, und wie ihnen begegnet werden kann.

Eine wesentliche Ursache für die unsolidarische und ineffiziente Leistungserbringung liegt in den Entlohnungssystemen, die Ärzte für die Ausweitung von Leistungen und nicht für gute Qualität honoriert. Das unternehmerische Interesse der Ärzte, das Einkommen zu steigern, darf nicht durch die Ausweitung von Leistungen erzielbar sein, sondern durch besonders gute, kostengünstige und effektive Behandlungsmethoden.

Auch verstärkte Kooperationen, etwa zwischen Fachärzten, ambulanter und stationärer Versorgung, Ärzten und nicht-ärztlichen Heilberufen oder Pflegekräften sowie zwischen Arzt und Patient tragen zu einer Verbesserung des Gesundheitswesens bei. Insbesondere auf Leistungserbringerseite ist ein sinnvoller Wettbewerb um die bessere Qualität auszulösen.

Im Bereich des Arzneimittelsektors bedarf es einer konsequenteren Verschreibung günstiger Produkte und eines effektiveren Ausschlusses unwirksamer oder umstrittener Medikamente. Im Bereich der Diagnose und Therapie sollten die Möglichkeiten der alternativen Medizin im Vergleich zu kostenintensiven medizinisch-technischen Neuerungen geprüft werden.

Stichwort Steuerbarkeit: Um mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen zu erreichen, müssen die Honorierungssysteme geändert, Qualitätssicherungsmaßnahmen ergriffen und eine stärkere Koordination des Leistungsangebotes vollzogen werden. Das bedeutet gleichzeitig, althergebrachte Strukturen aufzugeben und zu neuen Managementinstrumenten bereit zu sein, die sich entsprechend den genannten Zielvorgaben und Abwägungskriterien durch Patientenorientierung, Qualifizierung und Humanisierung der Leistungserbringung, Transparenz des Leistungsangebotes und Effizienzsteigerung auszeichnen.

Die Beteiligten im Gesundheitswesen müssen mehr unmittelbare Verantwortung für die Folgen ihres Handelns erhalten. Dafür können bisherige Vertrags- und Verhandlungsstrukturen geöffnet werden. Es müssen Freiräume geschaffen werden, Neuerungen zu prüfen. Die

Liberalisierung von Vertragsstrukturen, etwa zwischen Kassen und Leistungserbringern, sowie ein stärkerer Wettbewerb unter den Leistungserbringern und Kassen selbst schafft unbeschadet des zu wahrenden Sicherstellungsauftrags Anreizstrukturen für mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität. Daher wird auch das Prinzip gesetzlicher Krankenkassen „gemeinsam und einheitlich“ auf den Prüfstand gestellt werden müssen, um experimentelle Möglichkeiten (beispielsweise für Wahltarife) zu eröffnen.

Neue Vergütungssysteme, etwa in Form individueller Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, müssen nicht nur Anreize zur Qualitätssteigerung und Möglichkeiten der Qualitätskontrolle schaffen, sondern auch Wettbewerbselementen Eingang in das Gesundheitswesen gewähren. Auf diese Weise können sich leistungsfähige Anbieter durchsetzen und Überkapazitäten abgebaut werden, wobei neuen Kartellbildungen vorzubeugen ist. Wettbewerb zwischen den Kassen bietet darüber hinaus Anreize, überhöhte Verwaltungskosten zu reduzieren. Mehr Transparenz, etwa durch eine verpflichtende Dokumentation der Wirksamkeit von Maßnahmen, kann sowohl bei der Qualität von Medikamenten als auch bei den Behandlungsmethoden zu Verbesserungen beitragen.

Leistungsspektrum und -umfang

Im Mittelpunkt der Frage, welches Maß an Gesundheitsleistungen solidarisch getragen werden soll und welches Maß an Eigenverantwortung des Einzelnen einzufordern ist, steht die Frage nach dem Leistungsspektrum und -umfang der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Frage ist nicht neu. Schon jetzt sind bestimmte Gesundheitsleistungen von einer Finanzierung durch die Solidargemeinschaft ausgeschlossen, so beispielsweise weitgehend Brillen oder Medikamente zur Behandlung von normalen Erkältungen.

Angesichts knapper werdender Ressourcen und insbesondere neuer, durch die medizinische Entwicklung ermöglichter, kostenintensiver Leistungen, stellt sich die Frage nach der Definition des Leistungsumfangs der Gesetzlichen Krankenversicherung mit neuer Dringlichkeit, mithin die Frage nach einer Rationierung von Leistungen. Der Einzelne wird Leistungen selbst tragen müssen, damit andere, indivi-

duell nicht tragbare Leistungen von der Solidargemeinschaft übernommen werden können. Soll es hier nicht zu einer bloß faktischen Rationierung kommen, ist eine reflektierte Bestimmung derjenigen Leistungen, die nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden können und deshalb selbständig getragen oder eigenverantwortlich abgesichert werden müssen, anhand klarer Entscheidungsparameter notwendig.

Die Entscheidung über das Leistungsspektrum und den Leistungsumfang bestimmt maßgeblich das von der Versichertengemeinschaft oder dem Einzelnen zu tragende Risiko. Sie sollte sich an folgenden Entscheidungsparametern und Abwägungskriterien orientieren:

- *Individuelle Tragbarkeit:* Risiken, die typischerweise individuell tragbar sind, sind bereits heute in einigen Fällen ausgeschlossen, wie im Fall von Erkältungskrankheiten. Diese Leistungsbeschränkung müsste jedoch endlich wirksam durchgesetzt werden angesichts der Tatsache, dass immer noch jährlich zwei bis drei Milliarden Euro für Medikamente gegen Erkältung erstattet werden. Darüber hinaus könnte dieser Weg aber auch für andere tragbare Risiken weitergegangen werden. Umgekehrt sollte Einvernehmen bestehen, dass Großrisiken (Risiken von vitaler Relevanz oder Kostenintensität) in jedem Fall abgesichert werden sollten; hierzu gehören auch chronische Erkrankungen.
- *Beeinflussbarkeit des Risikos:* Wenn eine eigenständig bestimmte Lebensführung erkennbar mit erhöhten Risiken verbunden ist, ist es unter dem Aspekt der Einheit von Handlungs- und Folgenverantwortung geboten, den Betroffenen zur eigenen Risikovorsorge und Prävention anzuhalten.
- *Konsumnähe:* Je eher eine Leistung als Teil des auch ohne Erkrankung üblichen täglichen Bedarfs angesehen werden kann, umso eher ist es vertretbar, die Leistung ganz oder teilweise aus dem Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung auszunehmen.
- *Wirksamkeit:* Präparate und Maßnahmen, denen es an einer Objektivierbarkeit der Wirkungen mangelt (z. B. Medikamente ohne Wirksamkeitsnachweis oder Lifestyle-Präparate), sollten nicht vom Leistungsspektrum umfasst werden.

Die genannten Parameter können sich überschneiden. Teilweise begründen sie bereits heute einen Leistungsausschluss oder eine Leistungsreduktion. Insbesondere bei selbst zu verantwortenden Risikoerhöhungen oder dem Zusammentreffen mehrerer Kriterien wäre zu prüfen, bestimmte weitere Leistungsgruppen und -arten auszuschließen. Dabei ist zu berücksichtigen, ob die Leistungen Risiken betreffen, die als solche definierbar und gegebenenfalls anderweitig absicherungsfähig sind. Hierbei wird freilich auch der Aufwand abzuwägen sein, der durch einen entsprechenden Leistungsausschluss auf administrativer Ebene entsteht.

Die Bestimmung der zu garantierenden, medizinisch notwendigen Leistungen kann nur auf der Grundlage eines öffentlichen Diskurses durch ein von allen Verantwortlichen (Kostenträger, Leistungserbringer und Patienten/Versicherte) getragenes Gremium geleistet werden, das sich kontinuierlich mit der Festlegung der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ethisch verantwortet auseinandersetzt. Die bestehenden Gremien, wie der Bundesausschuss, sind in diesem Sinn zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Der Bedarf an medizinischen Leistungen kann nicht ausschließlich in die Entscheidungs- und Wahlfreiheit des Einzelnen fallen. Unabhängig vom subjektiven Bedarf, das heißt dem Wunsch oder den Präferenzen des Versicherten zu seiner Behandlung und Versorgung, muss immer auch der objektive, das heißt professionell oder wissenschaftlich bestätigte Bedarf berücksichtigt werden. Nicht nur um Überforderungen des Systems zu vermeiden, sondern auch um den Gefahren entgegenzuwirken, die aus der mangelnden Inanspruchnahme objektiv erforderlicher Versorgung und Behandlung resultieren.

Es entspricht zwar dem Subsidiaritätsprinzip, dass der Einzelne nicht zur solidarischen Absicherung auch von jedem selbst tragbarer Risiken verpflichtet wird, doch hat auch die Gesellschaft ein Interesse daran, insgesamt ein hohes Gesundheitsniveau zu erreichen. Dabei sollte die Verantwortungsbereitschaft des Einzelnen honoriert werden: Wer aktiv Gesundheitsvorsorge betreibt, Risiken meidet, sich für kostengünstige Leistungen und Leistungsarten entscheidet oder eigene Vorsorge für absehbare Leistungsfälle trifft, und auf diese Weise das solidarische System entlastet, soll unterstützt und belohnt werden.

Von dem Gremium zu berücksichtigen ist, dass mit dem Vorhandensein von geeigneten Behandlungsverfahren und Einrichtungen im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts auch ein neuer Bedarf entsteht, ebenso wie der gesellschaftliche Wandel und der kulturelle Kontext Einfluss auf die Bedarfsdefinition nehmen. Dabei wird jedoch auch dem zunehmenden Machbarkeitswahn und einer Lebensverlängerung um jeden Preis zu begegnen sein zugunsten eines wirklich humanen Sterbens, das als letzte Phase menschlicher Bewährung akzeptiert wird.

Mittelaufbringung

Die Mittelaufbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ruht vornehmlich auf den Arbeitseinkommen der abhängig Beschäftigten. Dies führt heute zu zwei Problemen:

– Aus internationalen Erfahrungen ebenso wie aus einer Vielzahl von volkswirtschaftlichen Untersuchungen kann mittlerweile als gesichert gelten, dass die Finanzierung von Sozialsystemen durch an das Arbeitseinkommen gekoppelte Beiträge negative Folgen für die Beschäftigung hat. Steigende Beiträge für die Gesetzliche Krankenversicherung sind somit auch ein unsolidarischer Akt gegenüber Arbeitslosen, weil deren Beschäftigungschancen davon beeinträchtigt werden. Der Verzicht auf die Koppelung der Beiträge an die Arbeitseinkommen könnte die Schaffung von Arbeitsplätzen und eine Belebung der Wirtschaft ermöglichen.

– Bei vielen führt die Zunahme von Einkommen aus Vermögenserträgen zu einer Verringerung des Anteils der Erwerbseinkommen am gesamten persönlichen Einkommen. Bezüglich der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich daraus zunehmend eine Ungleichbehandlung zwischen denen, die ihr gesamtes Einkommen aus ihrer Arbeit beziehen, und denen, die einen Teil aus anderen Quellen beziehen.

Für die genannten Problemlagen stehen verschiedene Lösungsmodelle zur Diskussion:

So gibt es Überlegungen, den Arbeitgeberanteil zur Gesetzlichen Krankenversicherung von weiteren Beitragssatzsteigerungen abzu-

koppeln, entweder durch sein „Einfrieren“ oder durch seine einmalige Umwandlung in Lohnbestandteile. Dies würde tendenziell beschäftigungsförderlich wirken. Außerdem würde die grundsätzliche Orientierung der Finanzierung an der Leistungsfähigkeit des Versicherten durch die Beitragsfestlegung aufgrund des individuellen Lohns gewahrt. Die Solidarität der Gesunden mit den Kranken, der Starken mit den Schwachen muss sich in einem solidarischen Finanzierungssystem niederschlagen, das an Leistungs- und Belastungsgerechtigkeit ausgerichtet ist. Doch würde damit die zweite genannte Problemlage nicht gelöst, nämlich die bisherige Nichtberücksichtigung anderer, die persönliche Leistungsfähigkeit stärkender Einkommensarten. Angesichts dessen, dass der Anteil der Erwerbseinkommen am gesamten Einkommen gerade bei den älteren, nicht mehr Erwerbstätigen unterdurchschnittlich ist, wäre dies auch hinsichtlich der Generationengerechtigkeit problematisch.

In diesem Kontext wird die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung oder die Einführung einer nicht mehr erwerbsarbeits-, sondern personenbezogenen Beitragsfinanzierung der Krankenversicherung diskutiert. Wird der Katalog von Gesundheitsleistungen, die durch die Solidarität aller Versicherten abzusichern ist, in dem oben beschriebenen Sinn beschränkt und ein großes Maß an Selbstbestimmung ermöglicht, kann der Kreis derjenigen, die in das Solidarsystem einbezogen werden, durchaus größer gefasst werden. Dabei geht es nicht um die Gewinnung zusätzlicher Mittel, sondern um eine gerechtere Verteilung der Lasten. Insbesondere hinsichtlich der personenbezogenen Beitragsfinanzierung wird darauf zu achten sein, dass sie sich wie das bisherige Finanzierungssystem an der Leistungsfähigkeit der Versicherten orientiert. Kopfpauschalen, die nicht nach dem Einkommen differenzieren, würden die heutigen Zahler geringerer Beiträge zusätzlich belasten und die heutigen Zahler höherer Beiträge entlasten. Der solidarische Ausgleich würde dadurch aufgehoben. Dieser Ausgleich könnte innerhalb eines auf alle Personen bezogenen Beitragssystems durch eine Beitragsstaffelung aufrecht erhalten werden. Sollte dies politisch nicht gewollt sein, weil eine Einbeziehung des solidarischen Ausgleichs die Beitragssystematik erneut intransparent erscheinen ließe, so müsste der solidarische Ausgleich bei der Mittelaufbringung

der Gesetzlichen Krankenversicherung steuerfinanziert gewährleistet werden.

Generell ist darauf zu achten, dass Fremdlasten, die nicht das Risiko der Krankheit oder der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit abdecken, als versicherungsfremde Lasten aus dem allgemeinen Steueraushalt und nicht allein durch die Versicherten finanziert werden. Die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen ist jedoch keine solche versicherungsfremde Last, wird hierdurch doch ein generativer Beitrag zum Erhalt des solidarisch verfassten Gesundheitssystems anerkannt. Sie muss als Teil des solidarischen Ausgleichs erhalten bleiben.

Perspektiven

Es ist an der Zeit, eine dauerhafte Stabilisierung des Gesundheitssystems einzuleiten. Mit kurzfristigen Maßnahmen zur Bekämpfung einzelner Symptome kann das erkrankte System nicht gerettet werden. In Anbetracht der zahlreichen Herausforderungen vor denen das Gesundheitssystem steht, reicht die Hoffnung auf eine Besserung der Großwetterlage nicht mehr aus.

Daher appellieren wir an alle Verantwortlichen in Politik und Interessenvertretungen sowie an die einzelnen Bürger, das Wissen um den Reformbedarf mit echtem Reformwillen und Reformbereitschaft zu verbinden.

Voraussetzung und ständiger Begleiter für die Neuordnung des Gesundheitssystems ist die Auseinandersetzung mit der Frage, was menschlich, sozial, ethisch verantwortungsvoll, gerecht und kostenbewusst ist. Gerade wegen des wachsenden technischen Fortschritts, beispielsweise durch Gentechnologie und Intensivmedizin, stellen sich für Arzt, Patient und Angehörige zunehmend ethische Grenzfragen. Ein langfristiges Konzept der Gesundheitssicherung muss sich auch mit diesen Grenzfragen und mit Krankheit und Tod angesichts des medizinisch-technisch Möglichen beschäftigen.

Die Reform des deutschen Gesundheitssystems kann nicht auf einen Schlag gelingen. Ein so komplexes System wird nur in der Fortentwicklung des Bestehenden zu reformieren sein. Doch muss bei allen

Schritten die Zielrichtung klar sein. Sie wird geprägt sein müssen durch den Willen zu einer Sicherung der Solidarität durch mehr Eigenverantwortung.