

„Es ist nicht zu verkennen, dass für die Höhe der Beiträge [in der gesetzlichen Krankenversicherung] einmal eine Grenze gegeben ist, die aus volkswirtschaftlichen und psychologischen Gründen nicht überschritten werden sollte. So scheint mir, bleibt nur der Weg, durch eine Entlastung der Krankenversicherung von Bagatellfällen einerseits die Kassen in die Lage zu versetzen, bei lang andauernden und schweren Krankheiten wirksam zu helfen, andererseits die Beitragsbelastung in vernünftigen Grenzen zu halten. Das könnte durch eine Selbstbeteiligung der Versicherten ermöglicht werden...“ Diese Worte stammen weder aus der Presse der letzten Wochen noch aus einer der vielen Talk-Shows dieses Sommers. Mit diesen Worten wies schon 1958 Arbeitsminister Theodor Blank darauf hin, dass eine umfassende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland erforderlich sei. Doch Theodor Blank widerfuhr das gleiche Schicksal wie vielen seiner Nachfolger: Die Reformbedürftigkeit des Bismarckschen Sozialversicherungssystems war zwar allgemein bekannt, aber eine umfassende Neuordnung blieb aus, meist konnten nur einzelne Reformziele umgesetzt werden.

Der entscheidende Unterschied zwischen Blank und seinen späteren Amtskollegen ist, dass es zu Zeiten Blanks weder Massenarbeitslosigkeit noch Wirtschaftsrezession, geschweige zu konsolidierende Bundeshaushalte gab. Die aktuelle Reformbedürftigkeit der gesetzlichen Krankenversicherungen ist heute

also ungleich größer als vor gut einem halben Jahrhundert.

Gleichzeitig wird die Krise von neoliberalen Kräften polemisch überzeichnet. Sie sprechen vom Sozialstaat als einem „Auslaufmodell“, fordern seinen Abbau und die Aufkündigung der Solidarität. Dies verunsichert und verängstigt die Bevölkerung, zumal sie angesichts steigender Flexibilität und Mobilität in der Arbeitswelt oder drohender Arbeitslosigkeit umso mehr der Sicherheit und Rückendeckung bedarf, die ein Instrument wie die gesetzliche Krankenversicherung gewährleistet.

Vor diesem Hintergrund wurde innerhalb der Deutschen Bischofskonferenz eine richtungsweisende Stellungnahme zu den längst fälligen Reformen des Gesundheitswesens erarbeitet, die im Folgenden vorgestellt wird.

Auf der Grundlage der katholischen Soziallehre wurden sozialethische Orientierungen und mögliche Konkretionen entwickelt, die zum Erhalt der solidarischen Absicherung großer Krankheitsrisiken beitragen wollen. Damit sich jeder sicher sein kann, im Falle einer existenziellen Gefährdung durch Krankheit auf die Hilfeleistungen der Solidargemeinschaft zählen zu können, stellt die kirchliche Stellungnahme die Reformen des Gesundheitssystems unter den Leitgedanken „Solidarität braucht Eigenverantwortung“.

Die hier geforderte Solidarität bedeutet jedoch weder Versorgungsmaximalismus, der das Gesundheitssystem über-

fordert, indem die Solidargemeinschaft hohen Ansprüchen der Patienten und Leistungserbringer gegenübersteht, noch einen Betreuungs- oder Versorgungsstaat, der den Einzelnen zunehmend aus der Pflicht nimmt und alle Verantwortung und Entscheidungen zu regulieren glaubt. Denn Letzteres entspricht nicht der Solidarität, sondern kommt Dirigismus gleich. Solidarität kann nur gewahrt werden, wenn die Möglichkeit zur Eigenverantwortung und eigenverantwortlichen Vorsorge besteht.

Aus dieser Verknüpfung von Solidarität und Eigenverantwortung resultiert, so die Bischöfe, die zentrale Frage aller Reformüberlegungen: „Was kann und muss die Solidarität aller tragen, und was kann und muss der einzelne Mensch selber tragen, um im Ergebnis Solidarität mit allen zu gewährleisten?“

### **„Von der Krankheitsbewältigung zur Gesundheitsförderung“**

Vielfach stößt die Forderung nach mehr Eigenverantwortung auf Unmut. Dies ist nur zu verständlich, da Eigenverantwortung bisher nahezu ausschließlich den Charakter einer systementlastenden Kostenbeteiligung hatte. Doch entscheidend für die Akzeptanz steigender Solidarbeiträge oder höherer Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen sind die Gewähr eines effizient arbeitenden Systems, die Zuversicht, dass eine solidarische Absicherung gewährleistet wird, und die Hoffnung, dass diese zusätzliche Verpflichtung langfristig zur Stabilisierung der Beiträge und des Systems beiträgt. Eigenverantwortung umfasst weit mehr als nur die finanzielle Beteiligung.

Entsprechend schließt die Eigenverantwortung, nach Auffassung der Bischöfe, die Gesundheitsverantwortung jedes Menschen und seine Verantwortung für das Solidarsystem als Ganzes ein. Deshalb fordern sie folgerichtig eine Akzentverschiebung von der Krankheits-

bewältigung zur Gesundheitsförderung, die unweigerlich mit einer aktiveren Rolle des Patienten im Behandlungsgeschehen verbunden ist. Ihres Erachtens ist die Mitwirkung des Patienten durch Einsatzbereitschaft in der Behandlung und eine verantwortliche Lebensführung erforderlich, Mitsprache- und Mitbestimmungsmöglichkeiten sind auszubauen und zugleich zu ermöglichen und einzufordern. Die Intensivierung der im deutschen Gesundheitswesen lange vernachlässigten Prävention ist im Hinblick auf den demografischen Wandel und die steigenden Ausgaben im Gesundheitssystem unumgänglich. Die Verringerung der Erkrankungswahrscheinlichkeit und die Senkung der Krankheitsrisiken zählen zu den wesentlichen Einsparpotenzialen.

Der Reformbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung besteht sowohl angesichts der steigenden Ausgaben als auch angesichts der schwindenden Finanzierungsbasis. Auf dem Rücken der Solidarität dürfen nicht weiterhin überhöhte Ansprüche von Patienten und Leistungserbringern erhoben werden. Die Steuerungsmängel des derzeitigen Systems, die dazu führen, dass die Patienten, weil der Preis keine Rolle spielt, Gesundheitsleistungen in großem Umfang nachfragen und die Ärzte sowohl das Leistungsangebot als auch aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz die Nachfrage bestimmen, müssen korrigiert werden.

Deshalb fordert die bischöfliche Erklärung eine Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz, die eine Steuerung der Nachfrage von Seiten der Konsumenten ermöglicht, sowie eine stärkere Einbeziehung in das Behandlungsgeschehen und damit eine stärkere Kontrolle des Leistungsgeschehens ein. Die – schon von Theodor Blank geforderte und primär zur Kostendämpfung seit langer Zeit eingesetzte – Selbstbeteiligung habe nur dann Sinn, „wenn davon eine Lenkungswirkung auf 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“.

Häufig werden Einwände erhoben, der Patient besitze nicht die Kompetenz mitzuentcheiden und mitzubestimmen. Blickt man jedoch auf chronisch Kranke oder Krebspatienten, so zeichnen sich diese oft durch einen hohen Wissensstand über ihre Erkrankung aus, was nicht zuletzt auf den regen Informationsaustausch in Selbsthilfegruppen zurückzuführen ist. Die Voraussetzung für einen „mündigen Patienten“ ist das Angebot an gezielter Beratung und Information. Tatsächlich beobachtet man allerdings, dass die Beratung im derzeitigen System zu kurz kommt.

Zutreffend schlagen die Bischöfe die Einrichtung von „Servicestellen“ als „Verbraucherzentralen für Gesundheit“ vor und fordern, der Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörigen mehr Bedeutung beizumessen. Basierend auf ihrer jahrhundertelangen seelsorgerischen Erfahrung, halten sie eine umfassende Aufklärung und Begleitung vor allem angesichts der Grenzfragen, die Krankheit, Leid und Tod aufwerfen, für unerlässlich. Zwar stellten sie die Ärzte oft vor eine schwierige Aufgabe, doch müssten einführende Zuwendung und hilfreiches Verstehen zum Grundanliegen aller im Gesundheitswesen beteiligter Personen werden und deshalb auch in der Aus- und Fortbildung einen höheren Stellenwert erhalten. Eine intensivere Einbindung der nicht-ärztlichen Heilberufe und des Pflegepersonals eröffne darüber hinaus wertvolle Ressourcen an Engagement und Kompetenz im Gesundheitswesen.

Die zahlreichen Vorwürfe der Verschwendung und der Ineffizienz und die Sorge um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems verlangen nach grundlegenden Reformen. Es darf nicht so sein,

dass immer mehr Geld in ein „krankes“ System gepumpt wird. Deshalb drängt auch die bischöfliche Stellungnahme auf eine verbesserte Kostentransparenz der erbrachten Leistungen für alle am Leistungsgeschehen Beteiligten. Sie dient einer Stärkung der Verantwortlichkeit gegenüber der Versichertengemeinschaft und der Nachvollziehbarkeit der Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen.

## Wettbewerb der Qualität

Damit kritisieren die Bischöfe zu Recht sowohl eine bisweilen übertriebene Anspruchshaltung der Patienten als auch die im Entlohnungssystem der Ärzte begründete Tendenz zur Ausweitung von Leistungen. Um mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen zu erreichen, müssten Qualitätssicherungsmaßnahmen wie eine verpflichtende Dokumentation der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität von Medikamenten und Behandlungsmethoden ergriffen und eine stärkere Koordination des Leistungsangebotes vollzogen werden. Die Bischöfe plädieren für die Öffnung bisheriger Vertrags- und Verhandlungsstrukturen, damit experimentelle Möglichkeiten bestehen, Neuerungen zu prüfen. Es geht darum, einen sinnvollen Wettbewerb der Qualität zu schaffen.

Wie das Eingangszitat belegt, ist die Frage nach dem Leistungsspektrum und -umfang der gesetzlichen Krankenversicherung angesichts knapper werdender Ressourcen und dem Ziel, individuell nicht tragbare Leistungen von der Solidargemeinschaft zu übernehmen, nicht neu. Die Ende der 1950er Jahre von Theodor Blank geforderte Entlastung der Krankenversicherung von Bagatellfällen ist heute teilweise Praxis, so im Falle der Erkältungskrankheiten. Dennoch wird eine Debatte um die weitere Eingrenzung des Leistungsspektrums notwendig sein, soll es hier nicht zu einer bloß faktischen Rationierung kommen.

Weil dieser unliebsamen Problematik nicht auf Dauer ausgewichen werden kann, fordert das Gesundheitspapier eine reflektierte Bestimmung derjenigen Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden können und deshalb selbstständig getragen oder eigenverantwortlich abgesichert werden müssen. Dabei sind sich die Autoren der Komplexität und Bedeutsamkeit derartiger Festlegungen und auch des Widerstandes der daraus erwächst, durchaus bewusst. Die Entscheidungen über Einschränkungen des Leistungsspektrums sollen sich daher an Abwägungskriterien orientieren, die sich auf die individuelle Tragbarkeit krankheitsbedingter Risiken, Beeinflussbarkeit der Risiken durch eine bestimmte Lebensführung, die Konsumnähe sowie die Wirksamkeit von Präparaten und Maßnahmen bezieht. „Die Bestimmung der medizinisch notwendigen Leistungen kann nur auf 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 auseinander setzt“, so die Orientierungen der Deutschen Bischöfe.

### Eine gerechte Verteilung der Lasten

Im Bereich der Finanzierung des Gesundheitssystems diskutiert das Papier das Für und Wider einiger aktueller Reformvorschläge wie die Abkopplung des Arbeitgeberanteils von weiteren Beitragssteige-

rungen zur gesetzlichen Krankenversicherung, die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung („Bürgerversicherung“) oder die Einführung einer personenbezogenen Beitragsfinanzierung („Kopfpauschalen“). Wenn auch sehr deutlich wird, dass die Bischöfe es nicht als ihre Aufgabe verstehen, konkrete Finanzierungsmodelle vorzuschlagen, signalisieren sie gleichzeitig die Bereitschaft zu grundlegenden Reformen des Finanzierungssystems. Dabei gilt für das Ergebnis, dass es solidarisch, beschäftigungsförderlich und an einer gerechten Verteilung der Lasten orientiert sein soll.

Wer die Orientierungen der bischöflichen Kommissionen zur Reform des Gesundheitswesens „Solidarität braucht Eigenverantwortung“ zur Hand nimmt, darf keine konkreten Handlungsanweisungen erwarten. Das kann nicht Aufgabe der Bischöfe sein. Diese Aufgabe muss sich vielmehr die Politik stellen. Allerdings wird erkennbar, welche Reformmodelle mit den ethischen Kriterien in Übereinstimmung zu bringen sind. Die Stellungnahme leistet damit einen weit über die Tagespolitik hinaus reichenden Beitrag. Gleichzeitig ist sie ein Appell an alle Verantwortlichen in Politik und Interessenvertretungen, aber auch an die Bürger, das Wissen um den Reformbedarf mit echtem Reformwillen und Reformbereitschaft zu verbinden. „Die Reform des deutschen Gesundheitswesens wird“, so die Deutschen Bischöfe, „geprägt sein müssen durch den Willen zu einer Sicherung der Solidarität durch mehr Eigenverantwortung.“

### Keine Kompromisse

*„Das Geschrei der Besitzstandswahrer, die für die Chimäre der sozialen Gerechtigkeit kämpfen, wird kommen. Hoffentlich bleibt es ungehört: Denn je kompromissbereiter die Regierung sein wird, desto höher werden die Kosten für die Beitragszahler sein.“*

Christoph B. Schiltz am 18. August 2003 in *Die Welt*.