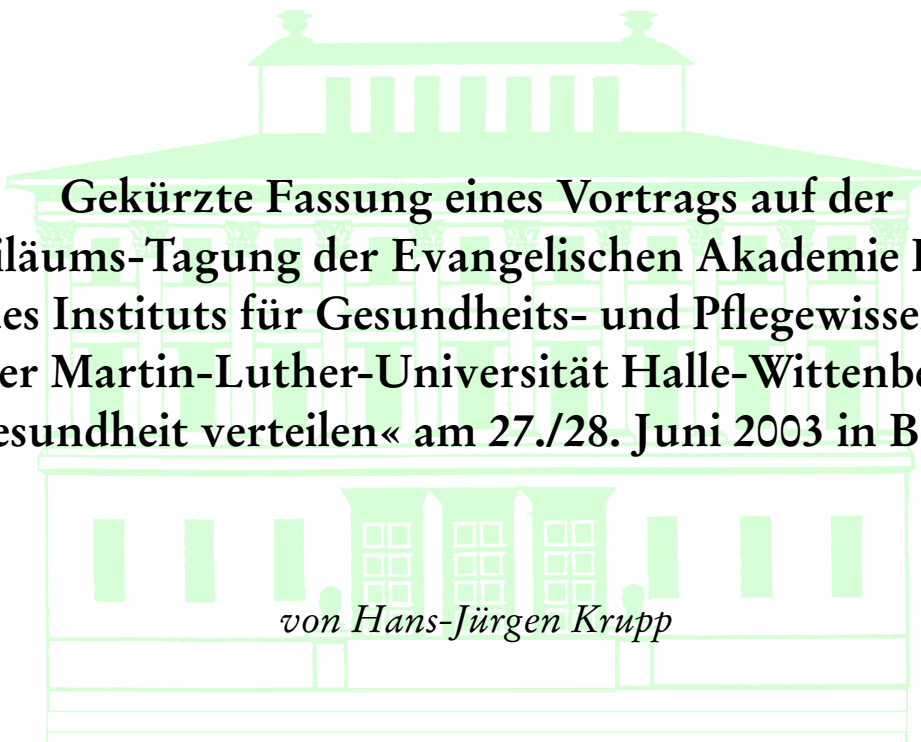


Die Erklärung des Rats der EKD »Solidarität und Wettbewerb – für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen«



Gekürzte Fassung eines Vortrags auf der
Jubiläums-Tagung der Evangelischen Akademie Berlin
und des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
»Gesundheit verteilen« am 27./28. Juni 2003 in Berlin

von Hans-Jürgen Krupp

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 21. August 2003

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Redaktion & Gestaltung: Dipl. Pflege- u. Gesundheitswiss. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·

German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 27 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4450 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medicin.uni-halle.de/journal/>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Abstract

The short paper deals with a statement of the Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), which is the governing council of the evangelical church in Germany, concerning the health reform in Germany.

This statement was prepared by an evangelical expert group, the »Sozialkammer«. The paper gives some hints to the role and the history of the statement. It discusses the main intention of the statement to combine the basic ideas of solidarity with more competition, especially between suppliers of health services and between public and private institutions of health insurance. Also questions of financing the system are discussed. A lump sum contribution is not regarded compatible with the principles of solidarity. A general health insurance including all citizen is suggested. This would solve the relation between employment and the health system. Some comments are given to the actual process of legislation in the health field.

Schlagworte

- Evangelische Kirche
- Gesundheitsreform
- Solidarität
- Wettbewerb
- Bürgerversicherung
- Health reform
- Evangelical Church
- Germany
- Solidarity
- Competition

Über den Autor

Hans-Jürgen Krupp, 1933 geboren. 1969 Professor für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der Universität Frankfurt. 1973 Vizepräsident, 1975 bis 1979 Präsident dieser Universität. 1979 bis 1988 Präsident des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin. 1988 Senator der Finanzen in Hamburg, 1991 Senator für Wirtschaft und Zweiter Bürgermeister. 1993 bis 2001 Präsident der Landeszentralbank in Hamburg für die drei nördlichen Länder und Mitglied des Zentralbankrates der Deutschen Bundesbank. Seit 1986 Mitglied der Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für soziale Ordnung, seit 1998 Vorsitzender.

Die Kammer für soziale Ordnung hat sich seit ihrer Berufung im Jahre 1998 immer wieder mit der Frage beschäftigt, ob sie sich erneut mit den Problemen des Gesundheitswesens beschäftigen sollte. Im Hintergrund stand die Überlegung, dass seit der Veröffentlichung ihrer Studie »Mündigkeit und Solidarität – sozialethische Kriterien zur Umstrukturierung im Gesundheitswesen« im Jahre 1994 nicht allzu viel Zeit verstrichen war. Einigkeit bestand auch darüber, dass diese Studie nach wie vor aktuell ist, auch die neu zusammengesetzte Kammer sah keinen Anlass, die in der Studie vertretenen Positionen zu verändern. Dazu kam, dass erste Reformansätze der Bundesministerin für Gesundheit, Andrea Fischer, durchaus in die Richtung gingen, die in der Studie für sinnvoll gehalten wurden. Das war übrigens auch zu Beginn der Tätigkeit von Bundesminister Seehofer der Fall gewesen. Mit dem Wechsel im Amt der Bundesgesundheitsministerin zerschlug sich diese Hoffnung. Die Reformmaßnahmen von Bundesministerin Schmidt in der ersten Legislaturperiode der rot-grünen Koalition wurden als ein Kurieren an Symptomen aufgefasst, eine grundlegende Strukturreform zu Beginn der nächsten Legislaturperiode wurde als notwendig angesehen.

Die Kammer entschied sich für die Erstellung eines relativ kurzen Papiers, das auf der Studie des Jahres 1994 aufbaute, aber auch die Erfahrungen der Diskussion um das Gesundheitswesen der letzten Jahre mit berücksichtigte. Das Papier wurde so konzipiert, dass es als Erklärung der EKD zu Beginn der Legislaturperiode eingesetzt werden konnte. Zugleich sollte es denjenigen, die für die Kirche an politischen Gesprächen zu Beginn der Legislaturperiode teilnehmen, Orientierung geben. Der Rat der EKD hat sich dann in seiner Sitzung am 6. September mit dem Entwurf der Sozialkammer beschäftigt und einige Änderungen vorgenommen. Am 14. Oktober hat der Vorsitzende des Rates das Papier der Presse vorgestellt.

Um im politischen Raum wahrgenommen zu werden, ist das Papier relativ kurz. Angesichts seiner Kürze soll es hier nicht im einzelnen dargestellt werden, sondern es sollen nur einige grundlegende Probleme behandelt werden, die mit dem Papier verbunden sind.

Das Papier ist das Ergebnis eines sehr intensiven Diskussionsprozesses sehr unterschiedlicher Positionen. Hieran haben Personen mitgewirkt, die verschiedenen politischen Parteien, den Gewerkschaften oder Arbeitgebern zuzuordnen sind. Auch Vertreter der Diakonie, die in diesem Feld ja durchaus eigene Interessen hat, waren dabei. Es ist hervorzuheben, dass dieses Papier in großer Einmütigkeit verabschiedet wurde, was gerade bei diesem Thema alles andere als selbstverständlich ist.

Hervorzuheben ist, dass es inzwischen eine vernünftige Arbeitsteilung mit der Diakonie gibt. Seit mehreren Jahren arbeitet hier ein Ausschuss »Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich« (2000-2002), der inzwischen seinen Schlussbericht »Zum guten Umgang mit Krankheiten und Behinderungen *befähigen!*« vorgelegt hat. Dieser geht im wesentlichen von den Strukturen des jetzigen Systems aus und verlangt eine ganze Anzahl konkreter Änderungen innerhalb dieses Rahmens. Demgegenüber stellt die Studie des Jahres 1994, aber auch das heute zu diskutierende Papier die Struktur als solche in Frage.

Schwierig war der Grad der Konkretheit, in dem Stellung genommen wurde. Einerseits war die Studie des Jahres 1994 vielleicht doch an einigen Stellen zu allgemein geblieben,

andererseits hielt man es nicht für richtig, detaillierte Einzelvorschläge in einer sehr komplexen Materie zu machen. Auch die sehr konkret erscheinenden Einzelvorschläge des letzten Abschnitts (Ziffer 30) sind noch sehr allgemein gehalten. Sie stellen nicht mehr als Richtungsvorgaben dar. Diese allerdings sind notwendig, wenn Einfluss auf die vor uns liegende Reform genommen werden soll.

Im Vorfeld der Erstellung der Erklärung des Rates der EKD hat es auch Überlegungen gegeben, einen gemeinsamen katholisch-evangelischen Text zu verfassen, so wie das bei der Alterssicherung der Fall war. Dies ist nicht gelungen, wohl weil die Arbeiten auf beiden Seiten in unterschiedlichen Stadien waren. Im Mai 2003 hat nun die katholische Deutsche Bischofskonferenz ihr Papier mit dem Titel »Solidarität braucht Eigenverantwortung – Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem« vorgelegt. Dieser Text nimmt auch die Grundsatzfragen auf, welche auf evangelischer Seite in der Studie des Jahres 1994 »Mündigkeit und Solidarität« behandelt werden. Interessant ist auch die Ähnlichkeit der Hauptschlagwörter: Solidarität findet sich in beiden Überschriften. Dieser wird gegenübergestellt Mündigkeit bzw. Eigenverantwortung. Auch Themen, die in der eben erwähnten Studie der Diakonie behandelt sind, werden hier aufgegriffen. In dem Teil, welcher der Erklärung des Rats entspricht, gibt es eine weitgehende Übereinstimmung in allen wesentlichen Positionen. Selbstverständlich gibt es an einigen Stellen kleinere Nuancierungen. Auch im Grundsätzlichen wird das Spannungsverhältnis von Solidarität und Subsidiarität immer noch etwas unterschiedlich gesehen. Insgesamt zeigt sich aber doch eine große Gemeinsamkeit der beiden Kirchen.

Lassen Sie mich nun einige Sachproblem der Erklärung des Rats der EKD ansprechen.

Alle ernsthaft am Diskussionsprozess Beteiligten sind sich darüber im klaren, dass der Umfang der in der gesetzlichen Krankenversicherung abgesicherten Leistungen immer wieder neu definiert werden muss. Dies erfordert schon der medizinische Fortschritt. Unser Verständnis von Solidarität bedeutet aber, dass auch jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf die medizinisch notwendigen Leistungen haben muss, die ihm ein Leben in Würde erlauben. Das heißt nicht, dass alle medizinischen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, so wie dies ja auch heute nicht der Fall ist. Die Begriffsverwirrung auf diesem Gebiete ist erheblich. Man spricht von Grund- und Wahlleistungen, man spricht von Standardsicherung und Kernsicherung. Wir wollten das Begriffspaar »Grund- und Wahlleistungen« auf jeden Fall vermeiden, weil uns der Begriff Grundsicherung zu eng war und mit dem Begriff Wahlleistung die Gefahr verbunden ist, dass auch medizinisch notwendige Leistungen abgewählt werden. Dies würde die Gesellschaft vor eine Zerreißprobe stellen. Im Wahlkampf hat es eine Interpretation von Kernsicherung gegeben, die unser Auffassung nach bei weitem zu eng ist. Vor diesem Hintergrund hat sich der Rat der EKD für den Begriff »Standardsicherung« entschieden.

Letztendlich halten Rat und Kammer eine stärkere Marktorientierung des Gesundheitswesens für notwendig. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen, dass die Probleme unseres Gesundheitswesens planwirtschaftlich nicht zu lösen sind. Erforderlich ist eine Beseitigung der Planwirtschaft im Gesundheitswesen, die sich übrigens nicht an der Planwirtschaft des früheren Ostblocks, sondern an der des dritten Reichs orientiert, die letztlich auf die Kriegswirtschaft des 1. Weltkriegs zurückgeht. Typisch dafür ist die

Mischung aus staatlichen Interventionen und staatlich geschützten Kartellen und Monopolen. Spitzenverbände spielen dabei eine entscheidende Rolle. Das Aufbrechen dieser Monopole und die Reduktion des Staates auf Rahmensetzung ist erforderlich, wenn man die im Gesundheitssystem enthaltenen Reserven erschließen will. Der Entwurf des Gesundheits-Modernisierungs-Gesetzes ist deswegen ein richtiger Schritt in Richtung Marktwirtschaft und keineswegs der Gang in die Staatswirtschaft, wie von interessierter Seite behauptet wird. Allerdings wird in diesem Entwurf den Spitzenverbänden von Krankenkassen und Anbietern immer noch eine zu weitreichende Rolle zugewiesen. Notwendig ist der Wettbewerb zwischen den Anbietern. Aber auch der Wettbewerb zwischen den Kassen, der mit der Seehofer'schen Reform zaghafte begonnen wurde, muss intensiviert werden, wobei insbesondere die Rechte der Patienten zu stärken sind. Auf der Anbieterseite sind insbesondere die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu kappen. Auch hier bleibt der Entwurf weit hinter dem Notwendigen zurück. Den Krankenkassen muss ein Wettbewerb nicht nur auf der Beitrags-, sondern auch auf der Leistungsseite ermöglicht werden. Die Reform des Risikostrukturausgleichs sollte schnell fortgesetzt werden.

Andererseits liegen in einer rein marktlichen Lösung viele Risiken, die für uns sozial nicht akzeptabel sind. Das Beispiel USA macht dies deutlich. Das dortige Gesundheitssystem ist teurer als das unsere, die Gesundheitsversorgung für die Gesamtheit der Bürger sehr viel schlechter. Der Übergang zu einer stärkeren Marktorientierung bedarf daher einer sozial ausgewogenen staatlichen Rahmensetzung.

Im Bereich der ambulanten Versorgung sind wir von wettbewerblichen Strukturen weit entfernt. Wohlmeinend kann man die kassenärztlichen Vereinigungen als Regionalkartelle mit fester Gebietsabgrenzung bezeichnen. In Wirklichkeit haben sie in ihrer jeweiligen Region ein Monopol. Dies alles ist mit einer sozialen Marktwirtschaft nicht vereinbar.

Nun kann kein Zweifel sein, dass die Organisation des Wettbewerbs im Gesundheitswesen eine schwierige Aufgabe ist. Letztlich wird der Patient bei der Bemessung der nachgefragten Menge dem Urteil des Arztes folgen müssen, der zugleich über den Preis entscheidet. Es gehört zu den Lehrbuchweisheiten der Ökonomie, dass ein Markt, bei dem der Anbieter Preise und Menge festsetzt, nicht seine Funktion erfüllen kann. Wichtig ist deshalb die Funktion der Krankenkassen. Sie müssen wirtschaftlich gesehen der Partner der Ärzte sein. Eine Verlagerung der Macht von den kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenkassen würde die Situation aber nicht verbessern. Deswegen haben schon die Seehoferschen Reformen im Grundsatz auf den Wettbewerb zwischen den Kassen gesetzt. Dieser Wettbewerb wiederum kann nur funktionieren, wenn die Kassen auch unterschiedliche Leistungsparameter anbieten können. Der Wettbewerb zwischen den Kassen darf sich nicht alleine auf die Beitragsseite beschränken.

Zu einem solchen System gehört selbstverständlich auch die Festlegung und Überprüfung von Standards. Es ist schwer verständlich, warum sich Ärzte so entschieden gegen Qualitätssicherung wenden, die auch im Papier der EKD vorgeschlagen wird.

Der Weg in die Marktwirtschaft ist immer schwierig. In den letzten 50 Jahren haben viele Branchen diese Erfahrung machen müssen. Es hat sich aber auch gezeigt, dass sie erst mit dem Wettbewerb die Wachstumspotentiale entfalteteten, die in ihnen steckten.

Dies gilt sowohl für die deutschen Banken wie für die Telekommunikation. Auch im Gesundheitswesen stecken erhebliche Wachstums- und Beschäftigungspotentiale, die es zu erschließen gilt.

Ein Thema, bei dem die Erklärung des Rates eher vorsichtig formuliert ist, betrifft die Versicherungspflicht. Das Dilemma der gesetzlichen Krankenversicherung besteht ja nicht darin, dass die Gesundheitsausgaben stärker als das Sozialprodukt gestiegen sind, sondern darin, dass die Lohn- und Gehaltssumme langsamer gestiegen ist. Dazu kommt, dass die schlechten Risiken in der gesetzlichen Krankenversicherung blieben, während die guten diese verließen. Eine Neubestimmung der Versicherungspflicht ist deswegen unabdingbar. Unter Experten, wie auch im Rat der EKD, gibt es dabei Sympathie für eine allgemeine Gesundheits-Volksversicherung oder Bürgerversicherung, welche die Standardsicherung gewährleistet. Dies würde entweder bedeuten, eine andere Schnittstelle zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung zu finden oder gemeinsame Regeln für private und gesetzliche Krankenversicherung, die den sozialen Ausgleich und die Familiensicherung mit einbeziehen. Hier liegen viele Probleme, die sorgfältig geprüft werden müssen, allerdings muss man sich darüber im klaren sein, dass eine Reform dieses Thema nicht ausklammern darf, so wie dies im Entwurf des GMG geschieht.

Die Erklärung des Rats hält am Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Dies betrifft sowohl den sozialen Ausgleich wie die Familiensicherung.

Demgegenüber sind in der jetzigen Diskussion Ideen einer Kopfpauschale aufgetaucht. Die Kommission Nachhaltige Finanzierung hat sich ausgerechnet bei der Finanzierungsfrage nicht einigen können und zwei Vorschläge unterbreitet, die allerdings noch auszuarbeiten sind.

Einmal wird eine Erwerbstätigenversicherung vorgeschlagen, die im Prinzip der allgemeinen Bürgerversicherung des Rates der EKD entspricht, die allerdings nicht auf Erwerbstätige beschränkt ist.

Als Alternative wird eine einkommens-unabhängige Gesundheitsprämie vorgeschlagen, die man aber doch besser Kopfpauschale nennen sollte. Ökonomisch könnte man sich ja so etwas durchaus vorstellen. Sozial ist die Kopfpauschale die Aufkündigung der Solidarität in der Gesellschaft.

Bezieher niedriger Einkommen hätten mit einer erheblichen Mehrbelastung zu rechnen, Bezieher höherer Einkommen würde deutlich entlastet. Politisch läge hierin eine sehr bedenkliche Entwicklung, da es um beträchtliche Umverteilungsvolumina geht.

Sehr schön klingt die These, dass der soziale Ausgleich im progressiv wirkenden Steuersystem und nicht im regressiv wirkenden Sozialversicherungssystem erfolgen soll. Zunächst einmal kann man darüber streiten, wie progressiv unser Steuersystem in der Praxis wirklich ist. In jedem Fall wird eine Kopfprämie aber eine Entlastung höherer Einkommen und eine Belastung niedriger Einkommen bedeuten. Die Frage, ob im Bereich höherer Einkommen die entsprechenden Beträge durch Erhöhung des Spitzensteuersatzes und eine entsprechende Anhebung des Tarifverlaufs wieder hereinzuholen wären, kann man vor dem Hintergrund der Steuerdiskussion getrost skeptisch beurteilen. Offen ist auch, wie man denn die Ausgleichszahlungen für niedrige Einkommen bei knappen Haushaltsmitteln auf Dauer sichern will.

Noch schwieriger wird dies bei der familienpolitischen Komponente. Schon heute bleiben die Leistungen des Staates für Familien hinter dem zurück, was eigentlich notwendig wäre, worauf der Rat der EKD auch zu Beginn der Legislaturperiode hingewiesen hat. Würde man die Leistungen für die Familien aus der Krankenversicherung herausnehmen, könnte man zwar die Beitragssätze senken, allerdings müssten dann entsprechende Maßnahmen durch den Staat finanziert werden. Und wenn man dazu zum Beispiel die Mehrwertsteuer nimmt, bringen auch die Familien mit Kindern die Mittel auf, aus denen ihre Entlastung bezahlt wird. Wer so etwas vorschlägt, sollte zumindest sagen, wie er sich die Finanzierung vorstellt.

Schließlich wäre in diesem Zusammenhang auch die Pflegeurteile des Bundesverfassungsgerichts zu berücksichtigen, die einen Familienausgleich explizit im System der sozialen Sicherung anfordern.

Insgesamt spricht also viel dafür, die Effizienz des Systems durch eine Stärkung des Wettbewerbs zu verbessern, aber an dem Grundgedanken eines solidarischen Systems festzuhalten. Dies ist auch durchaus möglich, wenn der Wettbewerb zwischen den Kassen so geregelt wird, dass er ohne Diskriminierung erfolgt, dass also die Kassen daran gehindert werden, schlechte Risiken abzuwehren. Auch in einer Bürgerversicherung mit Kontrahierungszwang ist Wettbewerb zwischen den Kassen möglich. Dafür braucht man keine Kopfpauschale.

Vergleicht man die Agenda 2010 und den Entwurf des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes mit den Empfehlungen des Rats, bleibt das Urteil gespalten. Viele der in der Ratserklärung angesprochenen Themen finden sich im GMG wieder, mehr als man zu Beginn der Legislaturperiode erwartet hätte. Dies ist sicher auch ein Verdienst der Gesundheitsministerin Schmidt. Aber viele der Regelungen gehen nicht weit genug, dies betrifft insbesondere die Rolle der Spitzenverbände. Insgesamt kann man aber sicher von Schritten in die richtige Richtung sprechen.

Eher problematisch ist die soziale Balance des Unterfangens. Zunächst sei darauf verwiesen, dass es sich bei simplen Verlagerungen von Belastungen nicht um eine Änderung der Finanzierungsstrukturen, sondern um einen staatlichen verteilungspolitischen Eingriff handelt, der eigentlich in unser Wirtschaftsordnung nicht angemessen ist. Wenn zum Beispiel unter dem Vorwand einer veränderten Finanzierung des Krankengeldes sich der Arbeitnehmerbeitrag auf 53% erhöht und der Arbeitgeberbeitrag auf 47% sinkt, ist dieses verteilungspolitisch bedeutsam, aber noch keine Veränderung der Grundproblematik, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass das Problem der Lohnnebenkosten nicht nur ein Problem der Arbeitgeber sondern auch eins der Arbeitnehmer ist. Dies gilt übrigens auch für die meisten anderen konkreten finanziell unmittelbar bedeutsamen Maßnahmen des Gesetzentwurfs. Sie gehen durchgehend zu Lasten der Arbeitnehmer. Kurzfristig sind in der jetzigen konjunkturellen Situation dadurch eher Verschärfungen der wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu erwarten. Kurzfristig ist auch nicht damit zu rechnen, dass die damit verbundenen Entlastungen der Arbeitgeber zu Investitionen und zusätzlicher Beschäftigung führen werden. Ob dies auf lange Sicht der Fall sein wird, ist vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen, aber auch internationaler Vergleiche mehr als unsicher. Auf jeden Fall kann man sich bei dieser einseitigen Lastenverteilung

nicht auf die Erklärung der EKD berufen. Diese geht davon aus, dass Einschnitte notwendig sind, dass die Lasten aber gemeinsam getragen werden.

Das wichtigste Problem besteht aber darin, dass wesentliche Themen ausgeklammert werden. Hier geht es insbesondere um die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Problem des Umfangs der Versicherungspflicht und der Beitragsbasis wird nicht angesprochen.

Die Erklärung des Rats endet mit dem Satz »Die evangelische Kirche in Deutschland sieht es als ihre Aufgabe an, den Diskussionsprozess in Deutschland wieder anzustoßen und die Politik zu mahnen, auf diesem ethisch so wichtigen Feld endlich mit den notwendigen Reformen zu beginnen.« Inzwischen hat die Diskussion begonnen. Zur Zeit ist schwer abzuschätzen, was dabei heraus kommt. Und ob die sicher positiv einzuschätzende Tatsache, dass nun ein Konsens der Parteien gesucht wird, das Ergebnis verbessern wird, bleibt abzuwarten.

Die evangelische Kirche hat es als ihre Aufgabe angesehen, sich zu einem Thema zu äußern, in dem sie selber tätig ist, das aber auch viele ihrer Gemeindeglieder tangiert und bei dem die Gefahr besteht, dass gerade die Schwachen unter die Räder kommen. Eine Position, die in dieser Situation Reform anmahnt, aber zugleich an Solidarität und Schutz der Schwachen erinnert, steht der Kirche gut an. Und es bedarf nach dem bisherigen Verlauf der Reformdiskussion keiner großen prognostischen Fähigkeit, um zu sagen, dass das Votum der Kirche weiter gebraucht wird. Die Themen, in denen die Gefahr ungenügender Reformen besteht, sind in der Überschrift der Erklärung des Rates benannt: »Wettbewerb und Solidarität«

Literatur

- Evangelische Kirche in Deutschland/Kammer für Soziale Ordnung, Mündigkeit und Solidarität: sozialetische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1994
- Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland, Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. EKD-Texte 74, Hannover 2002