

Manifest

Gesundheitssystem

Carl Friedrich Gethmann

Wolfgang Gerok

Hanfried Helmchen

Klaus-Dirk Henke

Jürgen Mittelstraß

Eberhard Schmidt-Abmann

Günter Stock

Jochen Taupitz

Felix Thiele

Manifest *Die Grundlagen eines
dauerhaften
Gesundheitssystems*

**Carl Friedrich Gethmann
Wolfgang Gerok
Hanfried Helmchen
Klaus-Dirk Henke
Jürgen Mittelstraß
Eberhard Schmidt-Aßmann
Günter Stock
Jochen Taupitz
Felix Thiele**

Vorwort

Mit dem vorliegenden Manifest greift die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften in die aktuelle Diskussion um eine Reform des deutschen Gesundheitswesens ein. Sie verschafft damit der Stimme der Wissenschaft gegenüber den sich lautstark zu Wort meldenden Vertretern berufsständischer, kommerzieller und politischer Interessen Gehör. Die Akademie versteht sich hier nicht als Partei neben anderen, sondern beansprucht durch Beteiligung der wichtigsten für die Sache einschlägigen Fachdisziplinen einen Standpunkt, der aufgrund der Orientierung an wissenschaftlichen Rationalitätsstandards die Chance zur Konsensfindung erhöht – freilich in dem Bewusstsein, dass alle Wissensbildung irrtumsgefährdet ist, weil sie von Informationslagen abhängt, die sich schnell ändern können, und weil sie nach Standards erfolgt, die nicht von allen geteilt werden. Insoweit rechnen die Autoren des Manifests durchaus mit Widerspruch. Gleichwohl sind sie der Überzeugung, dass die grundsätzliche Fallibilität wissenschaftlichen Wissens kein Grund ist, der Öffentlichkeit die nach bestem Wissen und Verständnis erarbeiteten Ergebnisse vorzuenthalten.

Die Veröffentlichung des Manifests fällt mit der Diskussion über Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 4. Juli 2006 zusammen. Diese Eckpunkte zeigen deutlich, dass sich die Große Koalition hier in einer Kompromissfalle befindet. In dem entsprechenden Entwurf sind Elemente einer Bürgerversicherung (Verbreiterung der Bemessungsgrundlage, Ausdehnung der Versicherungspflicht) nicht zu finden, hingegen sind Grundzüge einer Prämienlösung auf der Leistungsseite erkennbar. Die Kassen werden stärker als in der Vergangenheit über die Versicherungsprämie in Wettbewerb treten können. Das Manifest dient dazu, in der weiteren gesundheitspolitischen Diskussion um diese Eckpunkte den Gesichtspunkt einer grundsätz-

lichen Umstellung und langfristigen Ausrichtung des Systems gegenüber einer bloßen Weiterentwicklung im Rahmen der politischen Möglichkeiten einer Großen Koalition Geltung zu verschaffen.

Mit der Veröffentlichung von Manifesten erfüllt die Akademie die Aufgabe, der Gesellschaft durch ihre wissenschaftliche Arbeit Argumente bereitzustellen, die im öffentlichen Diskurs gebraucht werden, also Gesellschaftsberatung im besten Sinn zu bieten.

Der Text des Manifests fasst die Ergebnisse des Forschungsberichts einer Interdisziplinären Arbeitsgruppe der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften zusammen, der im Jahre 2004 unter dem Titel *Gesundheit nach Maß?** erschienen ist. Der Text beruht auf dem zusammenfassenden 5. Kapitel dieses Forschungsberichts und wurde für den Zweck der Veröffentlichung als Manifest überarbeitet und aktualisiert.

Günter Stock

*Präsident der Berlin-Brandenburgischen
Akademie der Wissenschaften*

* C. F. Gethmann, W. Gerok, H. Helmchen, K.-D. Henke, J. Mittelstraß, E. Schmidt-Aßmann, G. Stock, J. Taupitz, F. Thiele, *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Berlin: Akademie Verlag 2004.

Inhalt

1. Ausgangslage	06
2. Anthropologische und ethische Grundlagen einer Reform des Gesundheitssystems	14
3. Das Arzt-Patient-Verhältnis und die Reform des Gesundheitswesens	19
4. Das Gesundheitswesen als personalintensive Wachstumsbranche	20
5. Rechtliche Grundlagen für eine Reform des Gesundheitswesens	21
6. Handlungsbedarf und Reformoptionen	29
7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	40
Autoren/Impressum	43

1. Ausgangslage

Das deutsche Gesundheitswesen steht wie die Systeme anderer europäischer Länder vor großen Herausforderungen. Diese Herausforderungen machen eine grundlegende Restrukturierung des gesamten Systems unausweichlich. Systemimmanente Reparaturen können den notwendigen Systemumbau nur noch hinauszögern, aber nicht mehr abwenden.

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Studien zum deutschen Gesundheitswesen vorgelegt, die in ihrer Defizitanalyse zum Teil große Übereinstimmung zeigen. Doch ist es durch die Politisierung dieses Themas bislang nicht gelungen, zu konsensfähigen Vorschlägen zu gelangen. Das Manifest deckt die grundlegenden Fragen hinter der politischen Reformdebatte auf, analysiert sie und formuliert Vorschläge zur Veränderung des Systems. Auf der Basis grundlegender philosophischer, medizinischer, rechtlicher und ökonomischer Überlegungen sollte sich so in Form einer wissenschaftlichen Politik- und Gesellschaftsberatung ein Modell für ein dauerhaftes Gesundheitswesen entwickeln lassen, das geeignet ist, notwendige Reformschritte aus dem gegenwärtigen System heraus zielorientiert einzuleiten.

Das Manifest orientiert sich an einer Analyse des Zustandes des gegenwärtigen deutschen Gesundheitssystems und der derzeitigen Gesundheitssysteme europäischer Nachbarländer, desgleichen an einer Analyse der auf ein Gesundheitssystem zukommenden Herausforderungen. Die folgenden Gesichtspunkte haben die Überlegungen im Sinne einer Bestandsaufnahme unter einer Reformperspektive geleitet.

Demographischer Wandel

Der Wandel der Altersstruktur der Bevölkerung vollzieht sich in Deutschland, wie auch in anderen Ländern der Europäischen

Union, in zweifacher Weise. Zum einen gibt es seit Ende des 19. Jahrhunderts einen anhaltenden Geburtenrückgang; zum anderen steigt die Lebenserwartung in diesen Ländern kontinuierlich. Schätzungen, die die zu erwartende Nettozuwanderung bereits berücksichtigen, gehen für Deutschland von einem Bevölkerungsrückgang bis zum Jahre 2050 auf maximal 50 Millionen aus. Das könnte bedeuten, dass 2050 auf einen Erwerbstätigen (20- bis 59-Jährigen) im Durchschnitt 0,8 nicht-erwerbstätige Alte (über 60-Jährige) kommen, während das Verhältnis heute noch 1 : 0,4 beträgt.

Die Bedeutung des demographischen Wandels für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen wird sehr unterschiedlich interpretiert. So gehen einige Fachleute davon aus, dass, verbunden mit der zunehmenden Lebenserwartung, vermehrt (Multi-)Morbidity und damit erhebliche Ausgabensteigerungen zu verzeichnen sein werden. Andere gehen davon aus, dass die höchsten Ausgaben in den letzten zwei Lebensjahren unabhängig vom absoluten Alter entstehen, womit eine gesteigerte Lebenserwartung nicht notwendig eine Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen bedeuten würde. Die gesteigerte Lebenserwartung wäre demnach kein Grund für eine Kostensteigerung und kein Reformgrund. Beim Abwägen der beiden Argumente hat nach ärztlicher Erfahrung das erstere das größere Gewicht. Mit steigender Lebenserwartung verlängert sich die Lebensspanne des Alterns; dadurch wird die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems verstärkt.

Medizinischer Fortschritt

Der Einfluss des medizinischen Fortschritts auf die Ausgabenentwicklung ist ebenfalls umstritten. Unter der Bezeichnung ‚Sisyphus-Syndrom‘ wird die Auffassung vertreten, dass der medizinische Fortschritt nicht unmittelbar zu höheren Gesundheitsausgaben führe. Er trage allerdings mittelbar durch

seine gesundheitserhaltende und lebensverlängernde Wirkung dazu bei, dass von den zahlreicher werdenden älteren Menschen verstärkt präventive und andere Gesundheitsleistungen nachgefragt und in Anspruch genommen werden und deshalb die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen. Eine andere Auffassung betont, dass der medizinische Fortschritt zwar eine erhöhte Lebenserwartung mit sich bringe, dies aber nicht zugleich bedeute, dass die Bevölkerung gesünder sei. Im Gegenteil würden durch die Multimorbidität vieler älterer Menschen vermehrte, längerfristige und komplexe Behandlungen notwendig. In diesem Falle würden die Ausgaben im Gesundheitswesen also steigen, weil die eingeschränkte Gesundheit und die mangelhafte Lebensqualität vieler älterer Patienten zu einer verstärkten Nachfrage von Gesundheitsleistungen führen.

In den vergangenen vier Jahrzehnten ist die Diagnostik in vielen Bereichen der Medizin differenzierter und die Therapie wirksamer geworden. Auch diese günstige Entwicklung hinsichtlich der Möglichkeiten der Verhütung und der Behandlung von Krankheiten bzw. der Linderung ihrer Beschwerden ist mit höheren Kosten verbunden.

Nicht stichhaltig ist ferner das Argument, dass es trotz der beschriebenen Entwicklung nicht zu einem Anstieg der Gesamtausgaben in der Krankenversicherung kommen müsse, insofern durch rückläufige Bevölkerungszahlen ein Ausgleich erfolge. Vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Finanzierungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland wird dabei jedoch übersehen, dass bei sinkender Zahl der Erwerbstätigen auch die Einnahmen zurückgehen werden. Zudem hat sich gezeigt, dass durch den medizinischen Fortschritt alte Behandlungsformen oft nicht ersetzt werden, sondern neue, meist relativ teure Verfahren und Produkte zu

den bereits etablierten Leistungen hinzukommen. Insgesamt ist das Ausmaß, in dem der medizinische Fortschritt die Ausgabenlast im Gesundheitswesen beeinflusst, nur schwer prognostizierbar. Die bisherige Entwicklung spricht jedoch für die Annahme, dass der Ausgabendruck im Gesundheitswesen durch den medizinischen Fortschritt weiter zunehmen wird, und dies selbst dann, wenn die Bevölkerung in Fragen der Gesundheit größere Eigenverantwortung übernehmen sollte.

Zunehmende Finanzierungsdefizite

Unumstritten ist, dass Finanzierungsdefizite entstehen werden, wenn die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung konstant bleiben. Allerdings besteht über die Gründe hierfür keine Einigkeit. So wird die Ansicht vertreten, dass neben den bereits genannten Kostenrisiken demographischer Wandel und medizinischer Fortschritt insbesondere die schmalere werdende Finanzierungsbasis für die Beitragszahlung zur Gesetzlichen Krankenversicherung zu einer starken Steigerung der Beitragssätze führen könnte. Bezogen auf die Finanzierungslücke im Umlagesystem der Gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet dies, dass immer weniger junge Beitragszahler immer mehr Rentnern, die derzeit zudem wesentlich geringere Beiträge leisten, gegenüberstehen. Durch die Altersverschiebung entsteht auf der Einnahmenseite eine Finanzierungslücke, die im reinen Umlagesystem über steigende Beiträge ausgeglichen wird. Prognosen über die zu erwartenden Beitragssätze fallen dabei sehr unterschiedlich aus und erreichen je nach Betrachtungszeitraum und getroffenen Annahmen eine Höhe von bis zu 34%, eine enorme Erhöhung zu den heute erhobenen etwa 14%. In jedem Falle handelt es sich um eine erhebliche Steigerung, weshalb auch die sich abzeichnenden Finanzierungsdefizite eine bleibende Herausforderung darstellen werden. Dies zwingt dazu, das Finanzierungssystem auf eine neue Basis zu stellen.

Intransparenz der Finanzströme

Die finanziellen Verhältnisse in der deutschen Sozialversicherung sind äußerst intransparent; Finanzierungsdefizite sind auf den ersten Blick nicht immer offenkundig. Dies liegt vor allem daran, dass in Deutschland Finanzströme zwischen einer Vielzahl staatlicher Akteure – Bund, Länder, Gemeinden, zunehmend die Europäische Union – bestehen.

In dieses Geflecht des Finanzausgleichs sind darüber hinaus die so genannten parafiskalischen Gebilde eingebunden. Die Parafisci – im Gesundheitssystem die Sozialversicherungen: Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Arbeitslosenversicherung und Gesetzliche Pflegeversicherung – stehen von ihrer Aufgabenstellung her zwischen dem privaten und dem öffentlichen Bereich der Volkswirtschaft.

Während der Finanzausgleich zwischen den Gebietskörperschaften in der ökonomischen Theorie ausgiebig thematisiert wurde, fehlt es noch weitgehend an einer entsprechenden Theorie des parafiskalischen Finanzausgleichs. Die wichtigsten Elemente des bestehenden Finanzausgleichs in der gegenwärtigen Situation liegen auf drei Ebenen:

(1) Zwischen den unterschiedlichen Zweigen der Sozialversicherung besteht ein Finanzausgleich. So leistet z.B. die Bundesagentur an die anderen Zweige der Sozialversicherung Beiträge für die arbeitslose Bevölkerung; die Gesetzliche Rentenversicherung entrichtet an die Gesetzliche Krankenversicherung den Arbeitgeberbeitrag, der für die Rentner entfällt. Erwähnt sei, dass etwa im Jahre 1998 das Volumen der Finanzbeziehungen zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und den anderen Zweigen der Sozialversicherung 21,5 Mrd. Euro betrug.

(2) Für die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen der Sozialversicherung werden so genannte Bundeszuschüsse genutzt; sie stellen Finanzbeziehungen zwischen dem Bundeshaushalt und den parafiskalischen Einrichtungen dar. Berechnungen zufolge belaufen sich die so genannten versicherungsfremden Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf ca. 2,8 Mrd. Euro bzw. auf über 20 Mrd. Euro, wenn die Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige hinzugerechnet werden. Bei einer Trennung von Versicherungsaufgaben und Aufgaben der Einkommens- und Familienlastenverteilung würde sich ergeben, dass diese Ausgaben der GKV in der einen oder anderen Form vom Bund übernommen oder zumindest ersetzt werden. Gleichzeitig würden bei einer aufkommensneutralen Finanzierung die Beiträge in der GKV in einer Größenordnung von etwa 1.5 Beitragssatzpunkten sinken.

(3) Innerhalb einzelner Zweige der Sozialversicherung existiert ein Finanzausgleich, etwa in der Renten-, vor allem aber in der Krankenversicherung. Im Rahmen des umstrittenen Risikostrukturausgleichs, dessen Volumen jährlich über 10 Mrd. Euro ausmacht und der noch erweitert werden soll, ist versucht worden, Voraussetzungen für eine faire Wettbewerbsordnung in der GKV zu schaffen.

Die Finanzbeziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern sind äußerst komplex und undurchsichtig. Durch übersichtliche, einheitliche und transparente Zahlungsströme könnte nicht nur die Wirksamkeit eines solchen finanzpolitischen Instrumentes gestärkt, sondern auch die demokratische Kontrolle durch die Bürger verbessert werden. Andernfalls liegt der häufig von den Krankenkassen erhobene Vorwurf nahe, es handele sich beim Finanzausgleich um einen Verschiebepbahnhof, in dem Ausgabenströme unkontrolliert und ineffizient zu Lasten der Steuer- und Beitragszahler hin- und hergeschoben werden.

Es ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert, dass in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 die Transparenz finanzwirksamer Leistungen zu Lasten der GKV eingefordert wird.

Unkoordinierte Versorgungs-, Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen

Eine Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens liegt in der Vielfalt der Leistungserbringer. Die Parzellierung sowohl der Behandlungs- als auch der Kostenverantwortung führt infolge mangelnder sektorenübergreifender Kooperation der Akteure zu einem erheblichen Effizienz- und Effektivitätsverlust. Der Grund dafür ist unter anderem darin zu sehen, dass sich die Versorgungsbereiche – insbesondere der ambulante und der stationäre Bereich – als Konkurrenten sehen. Dadurch werden häufig Entscheidungen aus der Sicht partikulärer Interessen getroffen, ohne die Perspektive der betroffenen Versicherten bzw. einer sektorenübergreifenden Krankenversorgung hinreichend zu beachten. Die Patienten werden unter Umständen nicht aus ärztlichen, sondern aus Kostengründen an andere Einrichtungen überwiesen oder gar mit unnötigen und in Einzelfällen riskanten Maßnahmen belastet. Allerdings ist in den letzten Jahren ein Wandel eingetreten, der auf eine erhöhte Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hinausläuft. Diese Tendenz sollte weiter gefördert werden.

Europäischer Binnenmarkt und europäisches Wettbewerbsrecht

Die Wettbewerbspolitik zur Schaffung eines Binnenmarktes und die ihr zugrundeliegenden Grundfreiheiten bilden das ordnungspolitische Fundament des europäischen Integrationsprozesses. Durch den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr nimmt der Reformdruck auch auf die deutschen Systeme der sozialen Sicherung zu. Sollten künftig auch die Sozialversiche-

Träger konsequent als Unternehmen im Sinne des Art. 81 EU-Vertrag interpretiert werden, und sollten auf diese Träger auch die wirtschaftlichen Vorschriften des EU-Vertrages angewandt werden, insbesondere über die missbräuchliche Ausnutzung einer Monopolstellung, werden die Systeme der sozialen Sicherung nicht nur in Deutschland vor großen Herausforderungen stehen. Da die Versicherung von Kranken und das Vermitteln von Arbeit gleichermaßen eine wirtschaftliche Tätigkeit im engeren Sinne darstellen, sind die zuvor wiedergegebenen Entwicklungsszenarien in keiner Weise spekulativ. Die sinkende Toleranz europäischer Aufsichtsbehörden gegenüber Verstößen gegen die Freiheit des Dienstleistungsverkehrs und die starken Bemühungen um eine europaweite Deregulierung lassen viele Bereiche im deutschen Gesundheitssystem, unter anderem die duale Krankenhausfinanzierung, als Auslaufmodelle erscheinen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss allerdings offenbleiben, ob die europäischen Wettbewerbsregeln in absehbarer Zeit das nationale Sozialrecht reformieren oder gar revolutionieren werden. Weiterer Druck wird vermutlich die Methode der offenen Koordinierung auslösen. Hier werden den Mitgliedsstaaten durch die Union zwar (noch) keine bindenden Vorgaben gemacht, doch wird der Fortschritt bei der Umsetzung nationaler Ziele kontinuierlich auf supranationaler Ebene kontrolliert. Auch der europaweite Systemvergleich zwischen den Mitgliedsländern wird Rückwirkungen auf die Bewertung der jeweiligen nationalen Organisationsformen im Gesundheitswesen haben. Verfehlt ein Staat dauerhaft seine selbstgesteckten Ziele, wird der Druck zunehmen, sich an erfolgreichen europäischen Nachbarstaaten ein Beispiel zu nehmen, womit zumindest längerfristig mit einer Angleichung der nationalen Gesundheitssysteme zu rechnen ist.

Mit Blick auf die genannten Herausforderungen besteht wenig Aussicht, das gegenwärtige deutsche Gesundheitssystem durch

systemimmanente Reparaturen weiter ökonomisch und politisch stabil zu halten. Ohne eine tiefgreifende Restrukturierung wird die Dichte von Ad-hoc-Interventionen in Zukunft weiter zunehmen. Deshalb versteht sich das Manifest auch nicht als eine weitere Stellungnahme zu akuten Fragen der Sicherung und Verbesserung der gegenwärtigen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Es sucht vielmehr auf der Basis grundlegender philosophischer, medizinischer, rechtlicher und ökonomischer Überlegungen ein Modell zu entwickeln, das geeignet ist, wirkliche Reformschritte aus dem gegenwärtigen System heraus zielorientiert abzuleiten.

2. Anthropologische und ethische Grundlagen einer Reform des Gesundheitssystems

Untersuchungen zu den Problemen des deutschen Gesundheitssystems und Maßnahmen zu deren Bewältigung haben sich bislang meist an den politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen der bestehenden Strukturen orientiert. Der effektvolle Einsatz von Schlagwörtern wie etwa der ‚Notwendigkeit eines Systemwechsels‘ sollte daher nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich meist um Vorschläge aus dem politischen Raum handelt, die nicht aus Überlegungen zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems hergeleitet sind. Bevor konkrete Alternativen für den Umbau des deutschen Gesundheitssystems entwickelt werden, ist daher zunächst eine Analyse der anthropologischen und ethischen Grundlagen der Gesundheitsversorgung allgemein angezeigt.

In der Regel wird in diesem Zusammenhang gefragt, ob Abstriche vom gegenwärtigen Leistungsniveau, das jedermann zur Verfügung gestellt wird, moralisch zu rechtfertigen sind. Systematisch primär ist allerdings die Frage, inwiefern sich die For-

derung nach einer Gesundheitsversorgung für jedermann überhaupt rechtfertigen lässt. So zu fragen, kommt in Deutschland allerdings einem Tabubruch gleich, gibt es doch einen politisch motivierten, vordergründigen Konsens, dass der derzeit bestehende Umfang an Gesundheitsleistungen nicht verändert werden dürfe. Zwar ist Bewegung in die Diskussion um eine Reform des Gesundheitssystems gekommen, doch sind Pläne für eine grundlegende Reform, die eine deutliche Absenkung der staatlich garantierten Gesundheitsversorgung vorsehen, in der öffentlichen und politischen Diskussion kaum ernsthaft aufgenommen worden. Das gilt auch für den im Vorwort erwähnten Entwurf der Großen Koalition.

Neuere Entwicklungen in der medizinischen Forschung – etwa die Entschlüsselung des menschlichen Genoms und der Aufstieg des Forschungsparadigmas der Molekularen Medizin – haben bei manchen (z.B. den so genannten Transhumanisten) zu der Erwartung geführt, dass durch individualisierte Medizin und kausale Therapien eine Zukunft der Menschheit fast ohne Krankheiten realisierbar ist. Zur *conditio humana* gehört es aber, sich selbst als begrenzt zu erfahren: Bedürftigkeit (z.B. Nahrung), Störanfälligkeit (z.B. Krankheit), Sterblichkeit und Phasenhaftigkeit (Altern) gehören zu den grundlegenden menschlichen Selbsterfahrungen. Sie können auch bei fortschreitender Entwicklung nicht überwunden werden. Zwar kann das Auftreten einiger Krankheiten mehr oder weniger verhindert werden; die Anfälligkeit für Krankheiten bleibt aber bestehen. So hat die Genomforschung gezeigt, dass viele Erkrankungen, selbst wenn sie genetisch bedingt sind, zu einem großen Teil von Umweltfaktoren abhängen. Auch Krankheiten, die etwa durch die individuelle Lebensführung, durch Naturkatastrophen oder Verbrechen bedingt sind, werden sich niemals verhindern lassen. Die Vorstellung einer menschlichen Existenz ohne Krankheiten bleibt also eine Illusion.

Aus der Erfahrung des Krankseins ergeben sich Bedürfnisse, die allerdings eine hohe interindividuelle Variabilität aufweisen. Deshalb können aus ihnen auch nur dann soziale Rechte und Verpflichtungen abgeleitet werden, wenn es gelingt, diese Bedürfnisse zu bewerten. Gesundheitsleistungen lassen sich plausibel als Maßnahmen deuten, die auf die Befriedigung von solchen Bedürfnissen abzielen, d.h., die geeignet sind, die Folgen der Störanfälligkeit durch Vermeidung, Heilung und Linderung von Krankheiten oder durch den Ausgleich von Krankheitsfolgen zu bewältigen. Im Rahmen einer medizinischen Anthropologie lässt sich daher nach denjenigen gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Bedürfnissen fragen, die jedermann hat und die daher zur Grundlage einer Gesundheitsversorgung werden könnten.

Aus der Existenz von Bedürfnissen allein ergibt sich allerdings noch keine moralische Verpflichtung, diese auch zu befriedigen. Der anthropologische Ansatz, wie ihn das Manifest vertritt, geht davon aus, dass Aussagen wie ‚ich habe Hunger‘ oder ‚ich bin krank‘ unter Normalbedingungen keine bloßen Beschreibungen eines (biologischen) Zustandes sind, sondern die Aufforderung enthalten, das geäußerte Bedürfnis zu befriedigen. Es gilt daher mit Blick auf die Formulierung sozialer Verbindlichkeiten, eine normative Vorstellung von solchen Bedürfnissen zu entwickeln, die mindestens erfüllt sein sollten, damit sich von einem ‚menschenwürdigen‘ Leben sprechen lässt.

Allerdings lässt sich auf der Basis einer medizinischen Anthropologie nur ein Mindestumfang von Gesundheitsleistungen – etwa eine Existenzabsicherung – rechtfertigen, weil sich lediglich gewisse Elementarbedürfnisse anthropologisch auszeichnen lassen. Neben der anthropologischen Rechtfertigung einer Gesundheitsversorgung für jedermann kann ferner ethisch

argumentiert werden, dass ein allgemeines Interesse vorhanden ist, jedermann in den Genuss gewisser Gesundheitsleistungen kommen zu lassen. Hintergrund ist die Vorstellung, dass gewisse Sozialstaatsleistungen notwendig sind, damit die soziale Kooperation innerhalb einer Gesellschaft nicht nachhaltig gestört wird. Offenbleiben kann dabei zunächst, ob ein allgemeines Interesse an einer Gesundheitsversorgung lediglich funktional begründet wird – als Voraussetzung für die Ausübung basaler Bürgerrechte – oder ob Gesundheitsleistungen unter anderem als Leistungsrechte als Bedingung der Möglichkeit für soziale Kooperation angesehen werden.

Doch auch der Verweis auf ein allgemeines Interesse an der Existenz eines Gesundheitssystems im Sinne einer Sicherung sozialer Kooperation kann die Forderung nach einer vollumfänglichen Gesundheitsversorgung nicht begründen. Auf diese Weise lässt sich lediglich zeigen, (a) dass eine elementare Gesundheitsversorgung unverzichtbar ist, und (b) dass die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung nicht so groß sein dürfen, dass es zu einer ernsthaften Gefährdung der sozialen Kooperation kommt.

Modelle der sozialen Kooperation – Staaten, Sozialsysteme, Krankenversicherungen – beruhen auf der Annahme eines Gesellschaftsvertrages, der seine Legitimität unter anderem aus der Gleichheit der Vertragspartner gewinnt. Aber auch unter der Annahme von Gleichheit gilt, dass soziale Verhältnisse gerecht sein können, wenn eine gewisse gerechtfertigte Ungleichheit zwischen Gleichen herrscht (Prinzip der differenzierten Gleichheit). Die Forderung nach einer gerechtfertigten Ungleichheit impliziert, dass alle Individuen den gleichen Zugang zu den Rechtfertigungsdiskursen haben. Dies sichert jedoch lediglich den gleichen Zugang zu Verteilungsprozeduren, nicht aber zu Verteilungsergebnissen.

Zur Beantwortung der Frage nach der gerechten Verteilung wichtiger (materieller und immaterieller) Güter in den komplexen Gesellschaften der Gegenwart reichen die klassischen vertragstheoretischen Entwürfe nicht aus. Für die mit dem Prinzip der differenzierten Gleichheit verbundenen Probleme sind in einer komplexen Gesellschaft daher institutionelle Lösungen erforderlich. Für das Gesundheitssystem, d.h. im Wesentlichen für den Gesundheitsanspruch der Bürger und die Hilfeverpflichtung des Staates, ist das System der Krankenversicherung die historisch gewachsene und wohl alternativlose Institution. Es ist eine wesentliche Aufgabe des Staates, ein solches System zu organisieren, wobei allerdings offen ist, ob der Staat diese Aufgabe in Form einer staatlichen Pflichtversicherung oder in Form eines staatlich beaufsichtigten Systems von privaten Versicherungen oder in gemischten Varianten realisiert.

Eine Versicherungspflicht bei freier Versicherungswahl gilt in vielen Staaten und für viele Lebensbereiche als die Auflösung des scheinbaren Paradoxes von Freiheit (Eigenverantwortung) und Hilfegebot. Die Eigenverantwortung als *conditio sine qua non* der Solidarität lässt sich in mehrfachen Dimensionen verwirklichen: bei der Wahl der Versicherung, des Tarifprofils und der eigenen Gesundheitsvorsorge. Auf der anderen Seite verwirklicht das Versicherungswesen die Verpflichtung zu kollektiver Solidarität. Eine Sozialversicherung geht man nicht ein, um monetäre Eigeninteressen zu befriedigen. Mitglieder einer Versicherung können nicht einmal die Rückerstattung ihres Prämieeinsatzes erwarten. Im Gegenteil, Mitglieder eines Sozialversicherungssystems müssen im wohlverstandenen Selbstinteresse eine Minimierung ihres Nutzens anstreben, um im Falle der eigenen Erkrankung die optimale Behandlung erhalten zu können. Das Sozialstaatsprinzip ist also mit dem Prinzip der Eigenverantwortung nicht nur verträglich, sondern ihm wesentlich zugeordnet.

3. Das Arzt-Patient-Verhältnis und die Reform des Gesundheitswesens

Das Arzt-Patient-Verhältnis, das hier exemplarisch für die Beratungs- und Betreuungsverhältnisse im Gesundheitswesen dargestellt wird, ist im Wandel begriffen; es ist auf dem Wege von einem paternalistischen zu einem als partnerschaftlich charakterisierten Verhältnis. Dies sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Arzt-Patient-Verhältnis aus strukturellen Gründen asymmetrisch ist: Der Patient ist ‚Experte‘ für seine Krankheit, besonders für sein Kranksein, zumindest bei länger andauernden oder gar chronischen Krankheiten. Dabei kann er über spezifischere und aktuellere Informationen als der Arzt verfügen, diese aber möglicherweise mangels ausreichender Kriterien nur unzureichend oder gar unzutreffend bewerten. Informationen über Krankheiten aufgrund von Wissen und Erfahrung bewerten, fällt hingegen in die Kompetenz des Arztes. Der Arzt ist Experte für medizinisches Wissen über Krankheiten und hat Erfahrung mit vielen Kranken.

Die Asymmetrie der Beziehung zwischen Patient und Arzt bleibt auch erhalten, wenn sich die unterschiedlichen Rollen, Aufgaben und Erwartungen beider Partner verändern. So wandelt sich die Rolle des Kranken in den Institutionen der Medizin von einem Leidenden (der er immer auch bleibt), eben einem Patienten, zu einem Klienten oder gar, in der Sichtweise von ausschließlich betriebswirtschaftlich denkenden Krankenhausverwaltungen, zum Kunden. Auch der Arzt ist nicht mehr nur Partner seines Patienten, wie es das klassische Bild der Arzt-Patient-Dyade suggeriert, sondern als angestellter Mitarbeiter von Institutionen auch Partner von Verwaltungen, mit daraus resultierenden Abhängigkeiten und Belastungen, oder als niedergelassener Arzt auch selbständiger Unternehmer mit allen damit verbundenen ökonomischen Zwängen. Sowohl der Arzt

als auch der Patient sind also in unterschiedliche Handlungszusammenhänge eingebunden.

Es ist offen, wie sich diese Abhängigkeiten in Zukunft auf das Arzt-Patient-Verhältnis auswirken. Die sich abzeichnende ökonomische Verantwortung des Arztes wird allerdings dann zur Gefährdung, wenn dessen Entscheidungen primär aus ökonomischen und nicht aus medizinischen Gründen getroffen werden. Eine solche Entwicklung würde auch den Kern des Arzt-Patient-Verhältnisses – das Vertrauen des Patienten in die medizinische Kompetenz des ihn behandelnden Arztes – gefährden. Die Standardisierung ärztlicher Leistungen, die eben nicht nur der Verbesserung der Qualität medizinischer Leistungen dient, sondern auch der Steigerung ökonomischer Effizienz oder juristischer Nachprüfbarkeit, sollte daher die Suche nach der individuell besten Behandlung für einen Patienten nicht gefährden.

4. Das Gesundheitswesen als personalintensive Wachstumsbranche

Es ist zu erwarten, dass aufgrund des demographischen Wandels die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in den kommenden Jahrzehnten weiter zunehmen wird. Daraus ergeben sich für eine zumindest zum Teil privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitsbranche große Wachstumschancen mit allen positiven volkswirtschaftlichen Effekten. Das Gesundheitswesen ist durch seine Struktur und seine Aufgaben in hohem Maße personalaufwendig. Durch den Einsatz technischer Geräte und durch die zunehmende Automatisierung lässt sich, wenn überhaupt, Personal nur in kleinerem Umfange einsparen. Faktisch hat der Personalaufwand in den letzten Jahren beträchtlich zugenommen. Ferner hat die wissenschaftlich-technische Entwicklung

der Medizin zu neuen Berufsbildern und dementsprechend zu zahlreichen neuen Arbeitsplätzen geführt.

In diesem Lichte sollte auch die Entwicklung von Arzneimitteln – mit geschätzten Entwicklungskosten von 600 bis 800 Mio. Euro für ein neu zugelassenes Arzneimittel –, aber auch die Entwicklung neuer therapeutischer, diagnostischer und präventiver Verfahren einschließlich ihrer klinischen Prüfung gesehen werden. Diese Innovationen sind so teuer geworden, dass sie unter den gegebenen Umständen nur privatwirtschaftlich finanziert werden können.

Durch die Übernahme von Aufgaben in Forschung und Entwicklung trägt die private Gesundheitsbranche wesentlich zum medizinischen Fortschritt bei. Obwohl diese Entwicklung auch Risiken enthält, ist dieser Beitrag für das Gesundheitssystem wünschenswert. Die überzogene Kritik insbesondere an der forschenden pharmazeutischen Industrie vernachlässigt daher nicht nur deren Beitrag zum medizinischen Fortschritt, sondern auch deren Bedeutung für eine auf Wachstum ausgelegte Volkswirtschaft.

5. Rechtliche Grundlagen für eine Reform des Gesundheitswesens

Für eine tiefgreifende Reform des Gesundheitswesens ist die Verfassung als Rahmenordnung maßgebend. Sie legt die Entscheidung der politisch verantwortlichen Instanzen jedoch keineswegs Punkt für Punkt fest. Daher sollte nicht jede politisch kontroverse Entscheidung mit einem verfassungsrechtlichen Verdikt belegt werden. Dem Gesetzgeber verbleibt im Gesundheitssystem ein breiter Gestaltungsspielraum. Das Grundgesetz kann und will kein geschlossenes Gesundheitskonzept fest-

schreiben; als Rahmenordnung ist die Verfassung flexibel und lässt für mehrere Optionen Raum. Das heißt nicht, dass verfassungsrechtlich alles offen ist. Die Vorschriften des Grundgesetzes zu den Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenzen, die Staatszielbestimmungen und die Grundrechte geben durchaus Fixpunkte und Orientierungslinien, aus denen sich systematisch ein Rahmen für die Gesundheitspolitik entwickeln lässt. Soweit entsprechende verfassungsrechtliche Festlegungen bestehen, sind sie für die Politik verbindlich und lassen sich durch Entscheidungen des einfachen Gesetzgebers nicht ändern.

Unter den Verfassungspositionen im Gesundheitsrecht besitzen die Grundrechte des Kranken eine herausragende Stellung. Es geht um den Kranken, die Linderung seiner Leiden und eine mögliche Wiederherstellung seiner Gesundheit. Dies ist das Telos des gesamten Rechtsgebiets. Das Gesundheitssystem ist entscheidend aber auch durch die Rechte weiterer Beteiligter geprägt: Ärzte, Psychotherapeuten, Schwestern, Pfleger, Hebammen, Heilpraktiker, Apotheker. Hier werden Berufe ausgeübt und unternehmerische Aktivitäten entfaltet, die ihre eigene grundrechtliche Basis in Art. 12 und Art. 14 GG haben und beanspruchen können, mit ihren Interessen ernstgenommen zu werden. Zu bedenken sind ferner die Rechtspositionen derjenigen, die für die Ausgaben des Gesundheitssystems aufkommen sollen, d.h. die Beitragszahler engerer oder weiterer Solidargemeinschaften oder letztlich die Steuerzahler. Sie alle können zu bestimmten Zeiten als Patienten auf die Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen sein. Trotzdem wäre es falsch, von einer Interessenidentität von Kranken und Versicherten, Zahlern und potentiellen Empfängern von Gesundheitsleistungen auszugehen. Über Grundrechte im Gesundheitssystem zu sprechen, macht es schließlich erforderlich, auch die medizinische Forschung einzubeziehen. Forschung ist die Grundlage des Fortschritts. Auf sie richten sich die Hoff-

nungen vieler Kranker. Ihre Verfassungsgarantie in Art. 5 Abs. 3 GG muss berücksichtigt werden, soll hier aber nicht eigens behandelt werden.

Verfassungsrechtliche Verteilungsstandards

Angesichts des Befundes, dass die Verfassung in Bezug auf die Ausgestaltung des Gesundheitssystems eine flexible Rahmenordnung ist, erhebt sich die Frage, ob das Grundgesetz wenigstens deutlichere Vorgaben für Verteilungsstandards innerhalb des Gesundheitssystems gibt. Zu Recht wird im Zusammenhang mit der Unterscheidung von Allokationsebenen die Forderung erhoben, die wesentlichen und gravierenden Entscheidungen auf möglichst allgemeiner, politischer Ebene (unter Offenlegung und Übernahme der Verantwortlichkeit für die entsprechenden Folgen) zu treffen. Weithin illusorisch ist allerdings die Hoffnung, allein dadurch (etwa durch allgemeine Richtlinien) werde der unmittelbar ‚vor Ort‘ medizinisch Tätige von eigener Entscheidungs- und insbesondere Verteilungsverantwortung entlastet, weil in der Regel eben nicht von der obersten Ebene auf die unterste Ebene einzelfallbezogen durchgeregelt werden kann, der Einzelfall vielmehr vor Ort entschieden werden muss. Konkret hat der Arzt am Krankenbett über die Verteilung der eben nicht ausreichenden Güter zu entscheiden.

Damit geht einher, dass verstärkt gerade auf den unteren Verteilungsebenen nach Kriterien zur Entscheidungs erleichterung auch und gerade im juristischen Bereich gesucht wird. Es knüpfen sich jedoch in diesem Zusammenhang an die Arbeit des Juristen oft unerfüllbare Erwartungen. Juristische Verteilungsgerechtigkeit stellt kein System dar, mittels dessen etwa in der konkreten Situation am Krankenbett ‚abgefragt‘ werden könnte, ob einem Patienten zu Lasten eines anderen eine besonders aufwendige Behandlung ‚zusteht‘ oder nicht. Der Schwer-

punkt juristischer Tätigkeit liegt vielmehr in der Entwicklung von Verfahrensweisen und Verfahrensabläufen, mittels deren Entscheidungsprozesse vorbereitet, strukturiert, dokumentiert und kontrolliert werden können. Grenzen dieser differenzierten Standardisierung liegen dort, wo die Differenzierung nicht zu mehr Transparenz, sondern zu mehr Unübersichtlichkeit und demotivierender Bürokratie führt.

Welche Kriterien im durch das Willkürverbot geprägten ärztlichen Entscheidungsprozess bei Bewältigung der Ressourcenknappheit zum Tragen kommen, ist durch die Rechtsordnung innerhalb eines weiten Bereichs nicht festgelegt. Soweit fachliche Kriterien des jeweiligen Sachbereichs, in concreto also medizinische Kriterien, eine Differenzierung ermöglichen, akzeptiert die Rechtsordnung diese Differenzierung, also einen Vergleich zwischen zwei Behandlungsbedürftigen. Das bedeutet, dass das Recht, bezogen auf die Verteilung knapper Ressourcen, die Entscheidungsverantwortung in weitem Umfange an den Arzt zurückgibt, der aus medizinischer Sicht die gegebenen Alternativen möglichst umfassend gegeneinander abzuwägen und dabei alle ihm zugänglichen medizinischen Entscheidungskriterien (unter anderem Dringlichkeit, Erfolgsaussichten) heranzuziehen hat.

Problematischer wird die Lage dann, wenn solche vergleichsweise leicht objektivierbaren medizinischen Differenzierungskriterien nicht vorliegen. Aus verfassungsrechtlicher Sicht sind unbedenklich dabei nur solche Kriterien, die als objektive Kriterien allen Betroffenen prinzipiell gleiche Chancen geben, z.B. Zufallsentscheidung, Wartelisten, aber nicht die Quantifizierung von Lebensqualität oder der sozialen Bedeutung eines Menschen.

Verfassungsposition der Ärzte

Unter den Verfassungspositionen im Gesundheitsrecht besitzen die Grundrechte des Kranken eine herausragende Stellung.

Das Gesundheitssystem ist aber auch durch die Rechte weiterer Beteiligter geprägt: Ärzte, Psychotherapeuten, Schwestern und anderer. Unter den Rechtspositionen der im Gesundheitssystem Tätigen sei hier paradigmatisch der Schutz der ärztlichen Berufsfreiheit hervorgehoben. Das Berufsethos des Arztes, in dem der Heil- bzw. Linderungsauftrag an erster Stelle steht, ist ein Kernelement des Arztberufs und folglich der wichtigste Bezugspunkt, wenn es um die Definition des Schutzbereichs des Art. 12 GG (Freiheit der Berufswahl) geht.

Gefährdungen der ärztlichen Berufsfreiheit sind in einem Phänomen auszumachen, das man als Inpflichtnahme für verkappte Verteilungsentscheidungen bezeichnen kann – ein prozedurales Phänomen also, bei dem die gesetzlichen Entscheidungsverfahren so konstruiert sind, dass letztlich der Arzt damit belastet wird, explizit politisch nicht getroffene Allokationsentscheidungen implizit im Gewande medizinischer Entscheidungen zu verantworten. Die meisten Fälle dieser Art finden sich im Bereich der GKV und sind eine Folge der zunehmenden Ökonomisierung dieses Rechtsgebiets.

Verfassungsposition der Beitragszahler

Die Interessenpositionen von Patienten und Versicherten sind nicht identisch. Auch als potentieller Patient definiert der Versicherte eigenständige Positionen, die auch grundrechtlich unterscheidbar abgesichert sind. Mag der Patient in einer konkreten Behandlungssituation an möglichst umfangreichen und aufwendigen Versorgungsleistungen interessiert sein, stellt sich die Situation des Versicherten deutlich anders dar. Auch derjenige, der für sich ein hohes Versorgungsniveau wünscht, wird unterschiedliche Ausgestaltungsvarianten nach Maßgabe von Kosten und Ertrag gegeneinander abwägen. Als Rahmenordnung kann und will die Verfassung dieses Interessenspiel im einzelnen nicht determinieren. Es muss aber daran erinnert

werden, dass dort, wo gesetzliche Versicherungspflichten und Pflichtmitgliedschaften begründet werden, dies als Einschränkung der allgemeinen Handlungsfreiheit begründungsbedürftig ist und den Anforderungen des Verhältnismäßigkeitsprinzips, d.h. den Kriterien der Geeignetheit, der Erforderlichkeit und der Kosten-Nutzen-Bilanz, genügen muss.

Die Bedeutung des Sozialstaatsprinzips

Neben seinen grundrechtlichen Fundierungen wird das öffentliche Gesundheitssystem verfassungsrechtlich durch das Sozialstaatsprinzip geprägt. Auf gesetzlicher Ebene, bei der Ausgestaltung von Sozialleistungen, hat sich gerade dieses Prinzip in der Nachkriegszeit als kräftiger Entwicklungsmotor erwiesen. Verfassungsrechtlich ist freilich vor Überforderungen zu warnen. Die rechtliche Substanz des sozialen Staatsziels liegt keineswegs in allen Punkten fest, sondern ist begrifflich unbestimmt und entwicklungs offen. Das Grundgesetz legt sich weder auf ein bestimmtes Sozialprogramm fest, noch verbrieft es feste Forderungskataloge. Es verlangt einen ‚sozialen Rechtsstaat‘, dem es auch im Sozialen um Maß und Mäßigung gehen muss.

Wegen seiner Unbestimmtheit ist das Sozialstaatsprinzip in besonderem Maße auf eine Konkretisierung durch den Gesetzgeber angewiesen. Einer der häufig zitierten Formeln entsprechend gehört die Fürsorge für Hilfsbedürftige zu den selbstverständlichen Pflichten des Sozialstaates. Die staatliche Gemeinschaft müsse diesen Personen jedenfalls die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein (Existenzminimum) sichern und sich darüber hinaus bemühen, sie soweit wie möglich in die Gesellschaft einzugliedern. Im Grunde ist das jener Kernbestand, der, soweit es um Leistungen im Gesundheitssystem geht, grundrechtlich bereits durch Art. 2 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) gesichert ist.

Mit der Aufgabe der Schaffung sozialer Sicherungssysteme greift das Sozialstaatsgebot über die Gewährleistung eines Existenzminimums für konkret Hilfsbedürftige erheblich hinaus. Dabei ist das Sozialstaatsprinzip ein offenes Prinzip. Dies zeigt sich auch daran, dass es keinen Anspruch des Einzelnen auf ein in bestimmter Weise ausgestaltetes Sozialversicherungssystem und keinen Bestandsschutz für das überkommene System verbrieft. Sozialstaatliche Leistungspflichten des Staates stehen insoweit unter einem ‚Vorbehalt des Möglichen‘. Die Finanzierbarkeit des GKV-Systems ist ein wichtiges Gemeinschaftsgut, das Einschränkungen nicht nur bei den Leistungserbringern, sondern auch bei den Leistungsempfängern rechtfertigen kann.

In der Politik spielt gelegentlich der Gedanke eines Rückschrittsverbots eine Rolle, um den Gesetzgeber an Änderungen einmal erreichter Standards zu hindern. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist festzuhalten, dass das Sozialstaatsprinzip einem Verbot sozialen Rückschritts keine besonderen Konturen verleiht. Aus dem Gedanken der ‚Verantwortungssubsidarität des Staates‘ dürften sich heute eher umgekehrt Änderungen des traditionellen Modells ableiten lassen.

Das Konzept des Gewährleistungsstaates

Der Gedanke der Gewährleistungsverantwortung zielt darauf ab, den Staat nicht mit daseinsvorsorgenden Aufgaben zu überlasten. Er beinhaltet aber auch, dass sich der Staat seiner Verantwortung für die Förderung des Gemeinwohls nicht entzieht. Gemäß diesem Gedanken werden neue Formen staatlich-gesellschaftlicher Kooperation gesucht, durch die die Erbringung notwendiger Leistungen unter stärkerer Einschaltung privatwirtschaftlicher, im Grundsatz marktbezogener Mechanismen sichergestellt wird.

Eine Schlüsselfunktion nimmt in diesem Zusammenhang der Gedanke der Verantwortungsteilung ein. Zwar ist dieser Gedanke keineswegs neu – gerade das Sozialrecht bietet traditionell eine Vielzahl staatlich-gesellschaftlicher Kooperationsformen an –, doch hat die Entwicklung der zurückliegenden Jahrzehnte zu einer starken Überformung mit staatlichen Regelungszugriffen geführt, die den Staat immer stärker in die Verantwortung nehmen und die beteiligten gesellschaftlichen Gruppen immer stärker in die Rolle von bloßen Verwaltungshelfern einrücken lassen. Hier kann der Gedanke, der Staat habe nicht mehr und nicht weniger als eine Gewährleistungsfunktion, eine notwendige Umorientierung einleiten.

Speziell für das Krankenversicherungsrecht hat die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes einige Anstöße zu einer stärkeren Liberalisierung gegeben, denen allerdings – wie es der Rechtslage in den anderen Bereichen entspricht – ebenfalls keine einheitliche Tendenz zu einer radikalen Veränderung unterstellt werden darf. Festhalten lässt sich aber, dass in dem Maße, in dem sich die Gesundheitssysteme marktwirtschaftlichen Prinzipien unterwerfen, auch die Legitimationen einer rechtlichen Sonderbehandlung – bezogen auf die europäischen Marktfreiheiten – schwinden.

Das deutsche Recht hat die Entwicklungsanstöße in einer Reihe von Politikbereichen aufgenommen. Die Neuregelungen lassen ein Modell erkennen, das dem Staat einen Regulierungsauftrag zuweist, die Leistungserbringung aber privaten Anbietern überlässt. Die gesetzliche Krankenversicherung ist zwar von anderen Traditionen und anderen Leistungsstrukturen bestimmt, als es die genannten Rechtsbereiche sind, doch könnten auch Gestaltungsformen aus dem Regulierungsrecht zu übernehmen sein, um eine größere Anbieterpluralität zuzulassen und die Gewährleistungsverantwortung des Staates aufrechtzuerhalten. Der Ge-

danke der Gewährleistungsaufsicht – wahrgenommen etwa von einer mit besonderem Sachverstand ausgestatteten verantwortlichen Behörde – könnte die heute korporatistisch überladenen, hybriden Steuerungsversuche der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung auf ein überschaubares Maß zurückführen.

6. Handlungsbedarf und Reformoptionen

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich – allen Mängeln zum Trotz – durch einen hohen Leistungsstand und vor allem durch eine umfassende Absicherung, die jedermann den Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung ermöglicht, aus. Dennoch werden weitreichende Reformen des Gesundheitssystems unausweichlich sein. Diese Reformen sollten sowohl zu einer Stärkung der Eigenverantwortung von Patienten als auch zu mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern etc.) und Kostenträgern (Krankenkassen) führen. Es lässt sich nämlich zeigen, dass eine Stärkung von Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitssystem weder aus ethischer noch aus verfassungsrechtlicher Sicht abzulehnen ist, ja zu einem gewissen Grade sogar geboten erscheint. Die häufig vorgebrachte Behauptung, dass Eigenverantwortung und Wettbewerb lediglich ökonomische Ziele seien, die aus moralischen und rechtlichen Gründen abgelehnt werden müssten, kann damit als widerlegt gelten. Auch aus medizinischer Sicht können Eigenverantwortung und Wettbewerb durchaus wünschenswert sein, wenn sie dem Ziel der Sicherung bzw. Verbesserung der Qualität von medizinischen Maßnahmen dienen.

Auf der Grundlage ethischer, medizinischer und juristischer Prinzipien, die jede Gesundheitsreform leiten sollten, stellt sich abschließend die Frage nach praktischen Empfehlungen zur Reform des deutschen Gesundheitssystems. Hier wird ein sol-

ches Reformmodell entwickelt, dessen Ziel es ist, das theoretisch Gebotene mit dem praktisch Machbaren in Einklang zu bringen. Leitender Gedanke ist dabei, auch im Gesundheitssystem vermehrt Wettbewerb zu ermöglichen.

Ein freier Wettbewerb ist aus ökonomischer Sicht erstrebenswert, weil er unter anderem die folgenden Funktionen besser erfüllt, als dies im derzeit bestehenden Gesundheitssystem der Fall ist. Allokations- und Steuerungsfunktion: Es werden Güter bereitgestellt (und nur solche), die den Präferenzen der Bevölkerung entsprechen; bei der Produktion dieser Güter werden die Ressourcen effizient eingesetzt. Innovations- und Anpassungsfunktion: Wettbewerb fördert technischen Fortschritt in Form von Produkt- und Prozessinnovation; bei Veränderungen in einer Volkswirtschaft werden durch den Wettbewerb auch die notwendigen strukturellen Anpassungsprozesse gefördert. Verteilungsfunktion: Wettbewerb führt zu einer leistungsgerechten Einkommensverteilung. Kontrollfunktion: Wettbewerb kontrolliert und begrenzt die wirtschaftliche Macht.

Regelungen, die den freien Wettbewerb fördern, können unter Umständen nicht verhindern, dass ein Markt versagt oder dass die gesteckten gesellschaftspolitischen Ziele nicht erreicht werden. Ein staatlicher Ordnungsrahmen bleibt daher nicht nur aus moralischer und juristischer, sondern auch aus ökonomischer Sicht unverzichtbar. Mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem hat also keinen Eigenwert; Wettbewerb ist hier ein Mittel, Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren und gesundheitspolitische Ziele zu verwirklichen.

Das deutsche Gesundheitssystem ist dadurch gekennzeichnet, dass Nachfrageentscheidung und Kostenverantwortung auseinanderfallen, d.h., die Inanspruchnahme von Leistungen wird nicht durch einen Kosten-Nutzen-Kalkül gesteuert. Jede Leistung, von

der sich der Patient einen – womöglich auch noch so geringen – Nutzen verspricht, wird losgelöst von den Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft in Anspruch genommen. Regelungen wie § 12 des Sozialgesetzbuches (SGB) V (Wirtschaftlichkeitsgebot) haben hier bestenfalls Appellcharakter. Auch fehlt weitgehend die Notwendigkeit, Verantwortung für eine einigermaßen gesundheitsförderliche Lebensführung zu übernehmen (§ 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung). Hier bietet die bisherige Ausgestaltung des Systems keine praxistauglichen Anreize, diese ‚Mitverantwortung‘ wahrzunehmen, denn eine Missachtung dieser Verpflichtung wird nicht sanktioniert. Das gleiche Problem entsteht, wenn der Patient die Nachfrageentscheidung überwiegend dem Arzt anvertraut, der wiederum nur eine unzureichende Kostenverantwortung übernimmt. Im Ergebnis führt dies dazu, dass die langfristigen Präferenzen der Versicherten missachtet werden, weil die Kostenentwicklung den Versicherten zwar bei seiner akuten Nachfrageentscheidung nicht tangiert, er langfristig jedoch die Kosten zu tragen hat. In dieser langfristigen Perspektive erscheint das Gesundheitssystem vielen Versicherten bereits heute als ‚zu teuer‘. Auch auf der Seite der Leistungserbringer besteht nach wie vor zu wenig Anreiz, sparsam mit den vorhandenen Ressourcen umzugehen.

Reformvorbereitende Maßnahmen

Zunächst werden Maßnahmen formuliert, die zu einer Entlastung des Gesundheitssystems führen werden, ohne dass in den bestehenden Ordnungsrahmen erheblich eingegriffen werden müsste. Es sollte allerdings Klarheit darüber herrschen, dass diese Maßnahmen höchstens mittelfristig zu einer Verbesserung der finanziellen Situation im Gesundheitssystem führen. Langfristig sind tiefgreifende Reformen im Gesundheitssystem unvermeidlich.

Der stationären Versorgung mit ihren im internationalen Vergleich sehr hohen Kapazitäten kommt bei der Mobilisierung

von Wirtschaftlichkeitsreserven eine besondere Bedeutung zu, weil sie innerhalb der GKV den größten Ausgabenblock darstellt. Um das vorhandene Einsparpotential in der stationären Versorgung zu mobilisieren, steht eine Vielzahl von betriebswirtschaftlichen Instrumenten zur Verfügung. Entscheidend ist, dass nicht nur das Krankenhausmanagement verbessert wird, sondern auch, dass sich der Staat auf seine Kernaufgaben beschränkt.

Die Einführung pauschalierter Entgelte (Diagnosis Related Groups – DRGs) für alle Leistungsbereiche fördert den wünschenswerten Leistungswettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Kostensenkungen kommen dem Krankenhaus in voller Höhe zugute und müssen nicht automatisch an die Kassen weitergegeben werden. Dabei müssen auch sektorenübergreifende Vergütungsformen eingeführt werden, um der bei der derzeitigen Partikularisierung der Versorgungskette drohenden Gefahr zu begegnen, dass einzelne Träger ‚kostengünstige‘ Patienten bevorzugen und ‚kostenträchtige‘ Patienten in andere Sektoren ‚verschieben‘. Sektorenübergreifende Vergütungsformen müssen den Akteuren Anreize bieten, auch sektorenübergreifend zu kooperieren. Sie können dazu beitragen, die mangelnde Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, aber auch der Rehabilitation zu verbessern.

Die Investitionsfinanzierung im Krankenhaus sollte neu geregelt werden. Die gemischte Finanzierung von Investitionen aus Landesmitteln und den Entgelten der Nutzer bzw. der Krankenkassen hat zur Folge, dass die Nutzer der Investitionen nur zum Teil mit deren Kosten belastet werden. Dies bringt in aller Regel suboptimale Investitionsentscheidungen mit sich. Investitionen sollten daher im Wege der ‚monistischen Krankenhausfinanzierung‘ in die Leistungsentgelte einkalkuliert werden. Damit sollte eine Reform der Krankenhausbedarfsplanung einhergehen.

Der Staat ist heute in der stationären Versorgung zugleich als Planungs- und Aufsichtsbehörde und als Investitionsfinanzierer involviert. Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist eine öffentliche Aufgabe; die konkrete Leistungserbringung ist es nicht. Um den Wettbewerb und die unternehmerische Verantwortung zu stärken, sollte sich der Staat durch die Entstaatlichung kommunaler Krankenhäuser weiter aus der Leistungserbringung zurückziehen.

Die kurzfristige Orientierung der Gesundheitspolitik vernachlässigt die Prävention und die Gesundheitsförderung zugunsten der kurativen Medizin. Derzeit stellen Prävention und Gesundheitsförderung nur einen Anteil von etwa 4% an den öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben dar. Stärkere Anreize, Informations- und Beratungsangebote zu nutzen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, können durch wohl-dosierte Eigenbeteiligungen, aber auch durch differenzierte Versicherungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Das Arzt-Patient-Verhältnis bzw. das Arzt-Patient-Kostenträger-Verhältnis ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient sehr unterschiedliche Interessen als Kranker, Verbraucher, mündiger Bürger und Versicherter bzw. Beitragszahler hat. Diese müssen berücksichtigt werden, wenn der Patient eine (ökonomisch) rationale Entscheidung treffen soll. Wenn auch die Mündigkeit und die Eigenverantwortlichkeit des Patienten zu Recht betont werden, bleibt dieser doch in bestimmten Bereichen schutzbedürftig. Dabei handelt es sich um Fragen des Verbraucherschutzes, der Produktsicherheit und des Datenschutzes. Die hier berührten Patientenrechte sind in Deutschland (abgesehen vom Datenschutz) nur indirekt über das Haftungsrecht und das ärztliche Berufsrecht geregelt. Ob eine spezialgesetzliche Regelung der Patientenrechte auch zu mehr Substanz im Patientenschutz führen würde, ist allerdings fraglich.

Ein Reformmodell für mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung

Soll das deutsche Gesundheitssystem nicht nur kurzfristig stabilisiert, sondern auf eine dauerhafte Grundlage gestellt werden, sind weitreichende Eingriffe in den bestehenden Ordnungsrahmen unausweichlich. Vorrangig sollten dabei solche Eingriffe vorgenommen werden, die eine Verbesserung der medizinischen Versorgung erwarten lassen und gleichzeitig im Einklang mit den ein Gesundheitssystem fundierenden moralischen und juristischen Prinzipien stehen.

Von überragender praktischer Bedeutung ist die Art und Weise, in der ein derart reformiertes Gesundheitssystem dauerhaft finanziert werden kann. Hier werden zunächst die ordnungspolitischen Empfehlungen kurz erläutert, daran anschließend die Empfehlungen zur Finanzierung eines solchen Reformmodells. Hintergrund dieser Gliederung ist die Auffassung, dass die ordnungspolitischen Empfehlungen auch dann Bestand haben werden, wenn die weitere Entwicklung der gesundheitsökonomischen Debatte andere Finanzierungsinstrumente zur Erreichung derselben ordnungspolitischen Ziele favorisieren sollte.

Mindestversicherungspflicht für alle bei weitgehender Wahlfreiheit

Es sollte eine Mindestversicherungspflicht für jedermann festgeschrieben werden, wobei die Grundleistungen deutlich unterhalb des bestehenden status quo der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung liegen sollten. Nach Ausschluss von versicherungsfremden Leistungen, d.h. Leistungen, die nicht direkt auf Krankheiten und ihre Folgen bezogen sind, sollten weitere Rand- und Wahlleistungen (wie z.B. in der Arzneimittelversorgung, beim Zahnersatz, bei Sehhilfen und Hörhilfen) im Rahmen einer neuen Versicherten- und Patientenmündigkeit nicht mehr in der Grundversorgung enthalten

sein und daher individuell nachgefragt werden. Die Absicherung von Zusatzleistungen sollte dem Versicherten überlassen werden, wodurch weitgehende Wahlfreiheit bei der Gestaltung der individuellen Krankheitsvorsorge entsteht. Als eine mögliche Form wäre eine Gestaltung ähnlich dem heutigen IGEL-System bzw. aus den laufenden Konsumausgaben der privaten Haushalte, aber auch eine Absicherung über zusätzliche Versicherungen vorstellbar.

Eine neue Anbieterpluralität bei Kontrahierungszwang

An die Stelle der heutigen GKV und PKV sollte eine neue Anbieterpluralität von Versicherungsunternehmen treten, die eine dynamische Grundversorgung der Bevölkerung auf relativ hohem Niveau ermöglicht. Ein Kontrahierungszwang, bezogen auf alle Versicherten, sollte eine Risikoselektion vermeiden. Zugleich sollten die monopolistischen Strukturen, die zum Teil erst durch staatliche Eingriffe entstanden sind, auf der Leistungsanbieterseite aufgebrochen werden, insbesondere das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen. Um den Kassenärztlichen Vereinigungen einen gleichgewichtigen Partner gegenüberzustellen, müsste andernfalls ein regionales Kassenmonopol geschaffen werden. Im Ergebnis wäre auf regionaler Ebene ein zweiseitiges Monopol entstanden, das jede Bemühung um Differenzierung und Wettbewerb zunichtemachen würde. Um den Wettbewerb zu fördern, ist eine Oligopollösung anzustreben. Für die Ärzte bedeutet dies, dass die Zwangsmitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung aufgehoben wird und verschiedene Ärzteverbände zur Vertretung der Ärzteschaft zugelassen werden. In einem bilateralen Oligopol können flexible Vertragslösungen bei gleichzeitiger Sicherung einer ausreichenden Grundversorgung entstehen. Wenn die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigung als obligatorische Vertretung der Ärzteschaft aufgelöst wird, muss allerdings auch die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung überdacht werden.

Ein institutioneller Rahmen für gesundheitspolitische Verteilungsentscheidungen: Gesetzgebung und Gewährleistungsaufsicht

Gesundheitsrechtliche Entscheidungen sind in hohem Maße Verteilungsentscheidungen. Obwohl gerade hier Transparenz und eine ausgewogene Interessenrepräsentation herrschen sollten, sind die Entscheidungsorgane im Gesundheitssystem oft wenig bekannt, die Verfahren kompliziert und die Rechtsfolgen unübersichtlich. Zudem wirkt manches eher historisch zufällig als rational gestaltet.

Die Rolle des parlamentarischen Gesetzgebers: Für den demokratischen Rechtsstaat und damit unabweislich auch für das Gesundheitssystem ist das parlamentarische Gesetz das wichtigste Gestaltungsmittel. Fragen etwa nach den ethischen, rechtlichen, ökonomischen und politischen Prinzipien der Verteilung von Gesundheitsleistungen oder nach den Aufgaben und Zielen des Gesundheitssystems sollten in Zukunft wieder verstärkt durch das Parlament beantwortet werden. Allerdings gibt es viele Entscheidungen, die wesentlich auf medizinische Expertise zurückgreifen müssen und daher außerhalb des Parlamentes getroffen werden sollten. In diesen Fällen ist es die vorrangige Aufgabe des Gesetzgebers, die Kompetenzen, die Zusammensetzung und das Verfahren der beteiligten sachverständigen Gremien zu regeln und gegebenenfalls für eine Unabhängigkeit der Mitglieder Sorge zu tragen.

Modelle staatlicher Gewährleistungsverantwortung: Wird das Gesundheitssystem, wie hier empfohlen, zunehmend privatwirtschaftlich organisiert, genügt grundsätzlich die Wettbewerbsaufsicht, um dem Missbrauch wirtschaftlicher Macht aus öffentlicher Verantwortung gegenzusteuern. In einem so stark von sozialen Komponenten durchsetzten Gebiet wie dem Gesundheitssystem kann es jedoch verfassungsrechtlich notwendig werden, eine weiterreichende staatliche Gewährleistungsver-

antwortung zugrunde zu legen. Bislang wird diese im Gesundheitssystem von den Trägern der so genannten ‚gemeinsamen Selbstverwaltung‘ wahrgenommen. So gelten etwa die Bundesausschüsse der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen als ‚kleiner Gesetzgeber‘, der die Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten beschließt.

Immer deutlicher zeigt sich, dass die Träger der sozialen Selbstverwaltung nicht ausreichend legitimiert sind, eine allseitig interessengerechte Entscheidungsfindung zu gewährleisten. Der Begriff der gemeinsamen Selbstverwaltung verdeckt, dass der Sachbereich wesentlich stärker durch Interessengegensätze als durch Interessenhomogenität geprägt wird. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist daher unklar, ob die Bundesausschüsse eine Zukunft haben sollten. Stattdessen sollten andere Formen einer staatlichen Gewährleistungsaufsicht entwickelt werden. Die existierende Aufsicht wäre auszubauen, während Gremien nach Art der Bundesausschüsse auf die Funktion von Beratungsgremien beschränkt werden sollten.

Der Staat erfüllt mit dieser Aufsicht eine über die reine Gefahrenabwehr hinausreichende Verantwortung dafür, dass bestimmte notwendige Leistungen der Infrastruktur und der Daseinsvorsorge durch den Markt in ausreichendem Umfang und zu angemessenen Preisen vorgehalten werden. Gewährleistungsaufsicht ist allerdings nicht auf diejenigen Bereiche begrenzt, die vollständig privatisiert werden. Sie lässt sich auch dort organisieren, wo öffentliche und private Anbieter tätig sind. Es sollte also darüber nachgedacht werden, die Aufgaben der Versicherungsaufsicht über den privaten Sektor mit der Rechts- und Fachaufsicht in der GKV zusammenzuführen und eine dafür zuständige obere Bundesbehörde mit Regulierungsaufgaben zu betrauen.

Finanzierung des Reformmodells

Die ordnungspolitischen Ziele der Mindestversicherungspflicht, Anbieterpluralität und Gewährleistungsaufsicht sind, wie gezeigt, durchaus mit den moralischen und juristischen Vorgaben für das deutsche Gesundheitssystem vereinbar. Über diese Kompatibilität hinaus muss aber auch gezeigt werden, in welcher Form ein solches Reformmodell nachhaltiger finanzierbar ist als das bestehende System. Als im gegenwärtigen System besonders problematisch können die paritätische Finanzierung der Krankenkassenbeiträge und die Umlagefinanzierung gelten.

Bürgerprämien

Die paritätische Finanzierung der Krankenkassenbeiträge durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber ‚halbiert‘ das Interesse eines Versicherten, sich für eine Kasse mit günstigerem Beitragssatz zu entscheiden, weil die Hälfte des Vorteils dem Arbeitgeber zufließt. Gleichzeitig erhält der Arbeitgeber ein wesentliches Interesse an der Kassenwahlentscheidung seines Arbeitnehmers. Um diese Einschränkung zu beseitigen, ist der Arbeitgeberbeitrag an einem durchschnittlichen Beitragssatz auszurichten oder, besser noch, vollständig an den Arbeitnehmer auszuzahlen. Der Versicherte würde seine Beiträge dann als individuelle Prämie entrichten.

Sozialer Ausgleich

Ein sozialer Ausgleich sollte sicherstellen, dass Versicherte mit niedrigem Einkommen sowie Kinder und Jugendliche vor dem Erwerbstätigkeitsalter durch eine Belastungsobergrenze (z.B. 15% des Einkommens) geschützt werden. Der soziale Ausgleich muss jedoch klar strukturiert und transparent geregelt sein. Insbesondere ist zu vermeiden, dass Ausgleichspflichten in unübersichtlichen Finanzströmen enden.

Verstärkte Kapitaldeckung

Angesichts der Prognosen zur künftigen Beitragssatzentwicklung scheint es unausweichlich, die gesetzliche Krankenversicherung auf der Finanzierungsseite neu auszurichten, da anderenfalls die Quote der gesamten Sozialversicherungsbeiträge nicht mehr konstant zu halten ist – es sei denn, man griffe auf weitere Finanzierungsalternativen, ähnlich der heutigen Ökosteuer, zurück. Zudem reagiert das Umlageverfahren stark und unmittelbar auf Veränderungen der wirtschaftlichen Entwicklung. Bei einer Rezession mit steigender Arbeitslosigkeit und geringeren Beschäftigtenzahlen nimmt der finanzielle Druck auf die GKV weiter zu. Diese Nachteile der Umlagefinanzierung werden durch eine Kapitalfinanzierung vermindert.

Grundsätzlich sind verschiedene Szenarien eines Übergangs in die Kapitaldeckung denkbar. Eine sofortige Umstellung vom Umlageverfahren auf ein Kapitaldeckungsverfahren scheidet aus, weil erhebliche praktische und finanzielle Probleme zu überwinden wären, und dies politisch nicht durchsetzbar ist. Stattdessen ist ein allmählicher Übergang zu einer teilweise kapitalgedeckten Krankenversicherung anzustreben. In der Übergangsphase sind allerdings erhebliche Transferzahlungen für die älteren Versicherten notwendig, die noch im Umlageverfahren versichert sind.

7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Eine grundlegende Reform des Gesundheitssystems ist unumgänglich. Sie sollte die anthropologischen, ethischen, medizinischen, rechtlichen und ökonomischen Grundlagen eines dauerhaft leistungsfähigen und gesellschaftlich akzeptablen Gesundheitssystems berücksichtigen. Der derzeitige, nur politisch erklärbare Reformstau bietet dafür so wenig den richtigen Ansatz wie ein kurzfristiger gesetzgeberischer Aktivismus.

Aus moralischer Sicht ist eine jedermann gewährte Grundversorgung zu fordern. Hingegen ist eine vollumfängliche Gesundheitsversorgung moralisch nicht geboten und nur eingeschränkt wünschenswert. Es geht dabei auch um eine Stärkung der Eigenverantwortung.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist der Staat verpflichtet sicherzustellen, dass jedermann das Existenzminimum zur Verfügung steht. Dies gilt auch für Leistungen im Gesundheitssystem. Aus dem Sozialstaatsprinzip folgt keine Status-quo-Garantie bestehender Leistungen und Leistungsträger.

Neben dem Recht des Kranken, versorgt zu werden, sollte das Recht des Bürgers, nicht unverhältnismäßig mit Abgaben belastet zu werden, wieder stärker betont werden. In einer freiheitlichen Ordnung muss Freiheit auch bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems ein Orientierungspunkt sein.

Der charakteristische Kern des Arzt-Patient-Verhältnisses – das Vertrauen des Patienten in die Behandlungskompetenz des Arztes – darf auch in Zukunft nicht dadurch gefährdet werden, dass der Arzt zum Sachwalter der Kostenträger im Gesundheitssystem gemacht wird.

Das Arzt-Patient-Verhältnis ist der zentrale ‚Ort‘ für die Umsetzung gesicherten Wissens über die jeweilige Krankheit in den Kontext individuellen Krankseins. Die Qualität dieser Umsetzung kann durch die Standardisierung ärztlichen Handelns verbessert werden.

Eine ordnungspolitische Erneuerung des Gesundheitssystems soll mehr Wettbewerb in der Krankheitsversorgung, insbesondere zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern,

ermöglichen. Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern das entscheidende Mittel, um das gesundheitspolitische Ziel einer medizinisch hervorragenden, kosteneffizienten Gesundheitsversorgung für die Gesamtbevölkerung sicherzustellen.

Eckpunkte einer Erneuerung des Gesundheitssystems und empfohlene Maßnahmen:

1. Ersetzung der Mittelaufbringung über lohnbezogene Beiträge durch Prämienzahlungen
2. Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge, zumindest Festschreibung bei floatenden Gesundheitsprämien
3. Ausgliederung des Kinderlastenausgleichs in das Steuer- und Transfersystem bei Stärkung des Versicherungscharakters der Krankenkassen
4. Gesetzliche Krankenpflichtversicherung
5. Neue Anbieterpluralität von GKV und PKV mit Teilkapitalbildung bei Privatisierung der GKV
6. Stärkung der Transparenz aller Behandlungsabläufe, insbesondere der Vergütung von Gesundheitsleistungen
7. Verbesserung der Qualität der Gesundheitsleistungen durch Zertifizierung, best practice etc.
8. Förderung der Eigenverantwortung durch Eigenvorsorge
9. Der Staat als Gewährleistungsstaat; er setzt die Spielregeln, bestimmt aber nicht die Spielzüge
10. Regelmäßige und regelhafte Anpassung der Grundversicherung für die gesamte Bevölkerung

Autoren

Gethmann, Carl Friedrich, Prof. Dr. Dr. h.c., Philosophie, Professor für Philosophie an der Universität Duisburg-Essen und Direktor der Europäischen Akademie zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen Bad Neuenahr-Ahrweiler GmbH, Akademiemitglied seit 1998

Gerok, Wolfgang, Prof. Dr. Dr. h.c., Innere Medizin, Professor emeritus für Innere Medizin der Universität Freiburg i. B., Akademiemitglied seit 1994

Helmchen, Hanfried, Prof. Dr., Humanmedizin/Psychiatrie, Professor emeritus, Geschäftsführender Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin von 1971–1999, Akademiemitglied seit 1995

Henke, Klaus-Dirk, Prof. Dr., Volkswirtschaftslehre, Professor für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie am Fachbereich Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen seit 1986, Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Göttingen seit 1993

Mittelstraß, Jürgen, Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Dr.-Ing. E.h., Philosophie, Ordinarius der Philosophie (1970–2005) an der Universität Konstanz, Direktor des Zentrums Philosophie und Wissenschaftstheorie, Präsident der Academia Europaea, Akademiemitglied seit 1993

Schmidt-Aßmann, Eberhard, Prof. Dr. Dr. h.c., Staats- und Verwaltungsrecht, Professor für Öffentliches Recht an der Uni-

versität Heidelberg, Direktor des Instituts für Deutsches und Europäisches Verwaltungsrecht, Akademiemitglied seit 1995

Stock, Günter, Prof. Dr. Dr. h.c., Physiologie, Präsident der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Akademiemitglied seit 1995

Taupitz, Jochen, Prof. Dr., Rechtswissenschaften/Zivilrecht, Professor für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung an der Universität Mannheim, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim

Thiele, Felix, Dr., Philosophie/Medizinethik, Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Stellvertretender Direktor der Europäischen Akademie zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen Bad Neuenahr-Ahrweiler GmbH, Mitglied der Jungen Akademie an der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften und der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina seit 2002

Impressum

Herausgeber: Präsident der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften

Redaktion: Gisela Lerch, Dr. Heidi Strobel

Umschlag und Satz: Maria Herrlich, Berlin

Druck: Elch-Graphics, Berlin 2006

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Berlin-Brandenburgische
Akademie der Wissenschaften

Jägerstraße 22/23 · 10117 Berlin
bbaw@bbaw.de · www.bbaw.de
Telefon +49 (0)30 | 203 70 -0 · Fax -600

ISBN-10: 3-939818-06-2
ISBN-13: 978-3-939818-06-9