

Peter Hensen
Christian Kölzer (Hrsg.)

Die gesunde Gesellschaft

Sozioökonomische Perspektiven
und sozialethische Herausforderungen

ARBEIT GRENZEN POLITIK HANDLUNG METHODEN GEWALT SPRACHE WISSEN
SCHAFT DISKURS SCHICHT MOBILITÄT SYSTEM INDIVIDUUM KONTROLLE
ZEIT ELITE KOMMUNIKATION WIRTSCHAFT GERECHTIGKEIT STADT WERTE
RISIKO ERZIEHUNG GESELLSCHAFT RELIGION UMWELT SOZIALISATION
RATIONALITÄT VERANTWORTUNG MACHT PROZESS LEBENSSTIL DELIN



VS VERLAG

Peter Hensen · Christian Kölzer (Hrsg.)

Die gesunde Gesellschaft

Peter Hensen
Christian Kölzer (Hrsg.)

Die gesunde Gesellschaft

Sozioökonomische Perspektiven
und sozialethische Heraus-
forderungen



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

1. Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011

Lektorat: Frank Engelhardt

VS Verlag für Sozialwissenschaften ist eine Marke von Springer Fachmedien.

Springer Fachmedien ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

www.vs-verlag.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-531-17258-3

Inhalt

Vorwort	7
---------------	---

I. Sozioökonomische Perspektiven

Peter Hensen

Die gesunde Gesellschaft und ihre Ökonomie. Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft	11
---	----

Daniel Strech

Priorisierung und Rationierung im Gesundheitswesen. Status quo und Perspektiven.....	51
---	----

Marcel Lucas Müller

Zur Nutzenbewertung im Gesundheitswesen	63
---	----

Julia Schäfer

Ressourcenallokation im Krankenhaus. Akteure zwischen Medizin und Ökonomie.	79
---	----

Tobias Ehrhard, Dennis A. Ostwald, Peter Franz

Neue Berufe und Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen. Stand und Perspektiven	105
--	-----

Susanne Sünderkamp

Häusliche Pflege zwischen Ökonomie und Menschenwürde	121
--	-----

Christiane Fischer

Advocacy und Lobby im Gesundheitswesen.....	149
---	-----

Günter Bartsch

Lobbyismus in der Gesundheitspolitik.....	161
---	-----

II. Sozialethische Herausforderungen

Linus Hauser

Gesundheit und Krankheit im Kontext einer philosophisch-theologischen Anthropologie 169

Florian Jeserich

Antonovskys Religionsverständnis und dessen Verhältnis zu Konzepten von Spiritualität. Eine gesundheitswissenschaftliche und sozialethische Herausforderung 181

Gregor Hensen

Gesundheitsverhalten und Ungleichheit zwischen individueller Freiheit und gesellschaftlichen Implikationen..... 207

Ingrid Mühlhauser

Vorsorge und Früherkennung. Präventionshandeln zwischen gesellschaftlicher Verpflichtung und individueller Selbstbestimmung .. 229

Marlies Ahlert, Hartmut Kliemt

Allokationsentscheidungen in der Transplantationsmedizin. Vergabekriterien gestern, heute und morgen..... 249

Stephan Ernst

Schwierige Entscheidungen in der Frühgeborenenmedizin. Kriteriensuche aus theologisch-ethischer Sicht..... 265

Anna Flögel

Aktuelle Ernährungstrends in der westlichen Gesellschaft. Zwischen Wissenschaft und Volksglaube 281

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 299

Vorwort

Gesundheit ist von je her keine rein private Angelegenheit eines jeden Einzelnen. Unabhängig von politischen und gesellschaftlichen Systemen steht sie immerzu auch in einem besonderen Verhältnis zum Staat und zur Allgemeinheit. Besonders vor dem Hintergrund staatlich regulierter und solidarisch angelegter Sozialversicherungssysteme, muss eine ständige gesellschaftliche Auseinandersetzung über das ‚was‘ und ‚wieviel‘ und das ‚wer‘ und ‚womit‘ in Bezug auf die Bereitstellung und Verfügbarkeit gesundheitlicher Leistungen erfolgen.

Die Betrachtung von Gesundheit vor dem Hintergrund ökonomischer Prinzipien erscheint für viele auf den ersten Blick paradox, weil dies bedeutet, einem ideell geprägten Begriff einen Geld- bzw. Warenwert beizumessen. Und tatsächlich erschiene es beispielsweise unter einem rein ökonomischen Primat wenig sinnvoll, horrende Summen in die Erforschung und Bekämpfung von Krankheiten zu investieren, an denen nur verhältnismäßig wenig Menschen erkrankt sind – und dazu vielleicht (könnte man provozierend sagen) auch noch solche, die selbst dem System nur wenig Leistung werden zurückgeben können. Widersprüche ein solcher Primat der Ökonomie nicht unserem Gleichheits- und Gerechtigkeitsempfinden? Darüber hinaus bieten auch Stellenabbau, Unterbezahlung von Personal und steigende Leistungsdichte in Gesundheitseinrichtungen – zumindest auf den ersten Blick – attraktive Potenziale zur Ausschöpfung von „Wirtschaftlichkeitsreserven“. Prinzipien dieser Art werfen wiederum brennende ethische Fragestellungen auf, die oftmals an einen Punkt gelangen, an dem das Wohl der Patienten dem Wohl des medizinischen Personals gegenüber zu stehen scheint.

Aber auch die gegenseitige Betrachtung, nämlich die einer grenzenlosen Fürsorge und Leistungsbereitstellung kann kritisch hinterfragt werden: Muss der Staat bzw. müssen die sozialen Sicherungssysteme tatsächlich und umfänglich dafür sorgen, dass die Bürgerinnen und Bürger gesund sind und bleiben? Wie viel Gesundheit ist dann ausreichend? Und – wenn der Staat bzw. die Allgemeinheit für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger aufkommen soll – wie sehr darf dieser Staat dann eben diese Bürgerinnen und Bürger auch präventiv, also etwa durch Anti-Rauchergesetze und andere Vorsorgemaßnahmen, davon abhalten, überhaupt erst krank zu werden? Sollte es Gesetze zur Begrenzung des Sonnenbadens deutscher Urlauber auf Mallorca geben? Pflichtsport, Pflichtdiät, Pflichtabstinenz? Die Spannung zwischen staatlicher Fürsorge und individueller Selbstverantwortung durchdringt alle Diskussionen zu aktuellen gesundheitspolitischen Maßnahmen und bedarf einer eingehenden Betrachtung.

Weiterhin stehen dem ökonomischen Referenzsystem mit seinen marktwirtschaftlichen Prinzipien die jeweilige Fachwissenschaft und der Professionscharakter der Fachberufe im Gesundheitswesen gegenüber, die eigentlich ganz anderen Maßstäben folgen. Die Frage, die sich z.B. Ärztinnen und Ärzte bei einer Behandlung stellen wollen, ist ja nicht, was Spritze und Wirkstoff kosten, sondern welche Therapiemaßnahme die am besten geeignete für die jeweilige Krankheit ist. Dass diese Haltung unter Umständen auch zu einer nahezu sportlichen Besessenheit werden kann, bei der der Patient *um jeden Preis* behandelt werden muss und Tod in diesem Zusammenhang immer als Niederlage der Wissenschaft verstanden wird, soll als mögliche Extremposition in diesem Problemfeld allerdings auch nicht unerwähnt bleiben. Die Unterordnung und Ausrichtung fachwissenschaftlicher Prinzipien an ökonomischen Maßstäben bedeutet eine Krise für die Fachwissenschaften im Gesundheitswesen. *Mens sana in corpore sano*, der gesunde Geist im gesunden Körper – bald ein Luxusartikel?

Aus diesen ersten Überlegungen heraus zeigt sich ein Dreiklang aus Solidarprinzip (Gleichheit, ferner Ethik), Fachwissenschaft und Ökonomie, dessen unterschiedliche Handlungslogiken mit verschiedenen Steuerungsansätzen und Stellschrauben im Gleichgewicht gehalten werden müssen. Grundsätzlich wiederum stehen hinter allen politischen Programmen und gesellschaftlichen Entscheidungen im Gesundheitsbereich unterschiedliche Auffassungen darüber, wie die aus der Gesamtheit der Individuen einer Gesellschaft ausgelagerte Gemeinversorgung im Gesundheitsbereich sich wiederum zu dem einzelnen Menschen verhalten sollte und wie dieser Mensch beschaffen ist. Innerhalb dieses Kontextes sollen die nachfolgenden Aufsätze einen breiten Bogen aufspannen.

Im Folgenden werden neben aktuellen Gestaltungs- und Entwicklungsansätzen im Gesundheitswesen und deren Auswirkungen auf den Einzelnen und die Allgemeinheit anhand von ausgewählten Themenbereichen sozioethische Fragestellungen und interdisziplinäre Ansätze im Umgang mit Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Herausforderung erörtert. Allen Autorinnen und Autoren aus den unterschiedlichen Bereichen der Wirtschafts- und Politikwissenschaften, Theologie, Erziehungswissenschaft, Gesundheits-, Ernährungs- und Pflegewissenschaften, Philosophie sowie der Medizin sei an dieser Stelle für die interdisziplinär-konstruktive Zusammenarbeit an diesem Sammelband gedankt.

Wir hoffen, mit dem hier verfolgten Ansatz dazu beizutragen, dass wir im Diskurs über Qualitätsmanagement, Gesundheitsfonds und Ressourcenallokation im Gesundheitswesen den Blick für den Menschen selbst, das *Wesen-tliche*, nicht verlieren.

Bonn, Berlin, im November 2010

Christian Kölzer, Peter Hensen

I Sozioökonomische Perspektiven

Die gesunde Gesellschaft und ihre Ökonomie – vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

Peter Hensen

„Citizens must also share responsibility for their own health“
(WHO, Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996)

Das Gesundheitswesen¹ berührt unzählige Bereiche unseres gesellschaftlichen Lebens und politischen Handelns. Die Auseinandersetzung mit der Frage, wie ein bedarfs- und auch leistungsgerecht gestaltetes Gesundheitswesen auszusehen hat, beschäftigt alle gesellschaftlichen Ebenen gleichermaßen. Im Mittelpunkt steht dabei, was wir rechtlich und moralisch unstreitig als schutzwürdige immaterielle Güter verstehen: die Gesundheit und das Leben des Einzelnen und der Bevölkerung. Konsensfähig ist hier jedoch allenfalls die Zielbestimmung. Die Verwirklichung der abstrakten Vorstellung von „Gesundheit für alle“ ist ungleich schwerer in Einklang mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Positionen zu bringen, die nicht nur um programmatische Deutungshoheiten ringen, sondern auch hinsichtlich Herkunft und Verwendung der dazu notwendigen Mittel verschiedene Auffassungen vertreten. Gleichwohl ist das, was wir heute entweder als schützenswert oder aber als verbesserungswürdig am deutschen Gesundheitssystem erleben, keinesfalls selbstverständlich und schon gar nicht unabänderbar. Die zahlreichen Reformen der letzten Jahrzehnte im Umfeld der Gesundheits- und Sozialpolitik illustrieren ebenso wie bereits der Blick ins nahe gelegene Ausland die Vielgestaltigkeit gesundheitlicher Versorgung und die Wandlungsfähigkeit gesundheitspolitischer Programmatik. Das Gesundheitswesen ist vielmehr ein Umfeld, in dem viele Vorstellungen und Gestaltungsprinzipien ihren Platz finden und das konstitutiv durch Wandel und gesellschaftliche Anpassung geprägt ist.

Ein wichtiges Merkmal bei der Beurteilung von Gesundheitssystemen ist die Gestaltung der Beziehung zwischen Staat und Markt. Das deutsche Gesundheitswesen konstituiert sich von je her als wesentliches Element sozialstaatlicher Tätigkeit und zentralstaatlicher Daseinsvorsorge. Jedoch rücken in den letzten Jahren zunehmend marktwirtschaftliche Denk- und Verhaltensweisen und der Import betriebswirtschaftlicher Organisationsprinzipien auf allen Ebenen des Gesundheitswesens in den Vordergrund. Staatliche Einflussnahme und zentralis-

¹ Die Begriffe Gesundheitswesen und Gesundheitssystem werden im Weiteren synonym verwandt.

tische Planung werden nach und nach ersetzt durch ein Mehr an Verantwortung und neuen Steuerungsanforderungen auf den nachgeordneten Ebenen (siehe Abb. 1).

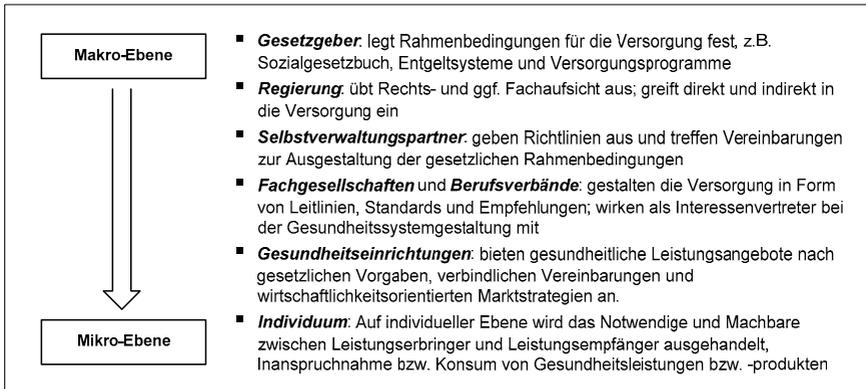


Abbildung 1: Ebenen-Modell des Gesundheitswesens und seiner Akteure.

Auch wenn der zu beobachtende Strukturwandel im Gesundheitswesen noch nicht so radikal ausgefallen ist wie dies in anderen Bereichen staatlicher Daseinsvorsorge, die schrittweise aus der öffentlichen Hand in die Privatisierung geführt wurden, man denke an Telekommunikation, Post, Energie usw., zu beobachten ist, spielen Begriffe wie Deregulierung, Marktorientierung und Wettbewerb im Gesundheitssystem eine zunehmend wichtigere Rolle (vgl. Bruckenberger 2009: 201). Die zahlreichen Finanzierungs- und Budgetierungsstrategien der letzten Jahre, die zu mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen sollen, schlagen auf sämtliche Bereiche der gesundheitlichen Versorgung durch. Der organisatorische Wandel unter dem Primat von Effizienz und Effektivität wird unter anderem durch die sichtbare Betriebswirtschaftlichung von Funktionseinheiten im Gesundheitswesen, wie z.B. Krankenhäuser, Krankenversicherungen usw., deutlich. Neben notwendigen Ökonomisierungsprozessen in Gesundheitsinstitutionen ist in vielen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung, national wie international (vgl. McGregor 2001), gleichzeitig eine liberale Wettbewerbslogik erkennbar, die Gesundheitsleistungen zu Produkten mit Marktwert wandelt, zu denen der individuelle Zugang (auch) von den wirtschaftlichen Ressourcen der Zielgruppe abhängt. Marktwirtschaftliche Elemente erlangen zweifellos auch in Zukunft eine immer größer werdende Relevanz bei der Mittelallokation und der Gestaltung der Organisationsstrukturen in der

Gesundheitsversorgung (vgl. Mörsch 2002). In diesem einführenden Beitrag sollen neben einer Standortbestimmung des deutschen Gesundheitswesens auch Entwicklungslinien aufgezeigt werden, die neben den strukturellen Wandlungsprozessen zu einer Art Neudefinition des Gesundheitswesens beitragen.

1 Sozialstaat und Eigenverantwortung

Nach Artikel 20 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) ist die Bundesrepublik Deutschland „ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“. Sozialstaatlichkeit bildet neben der Rechtsstaatlichkeit einen wichtigen Grundsatz unseres republikanisch und föderalistisch geprägten Demokratiemodells. Mit dem Grundgesetz ist der soziale Auftrag des Staates nicht nur rechtlich verfasst, sondern nach Artikel 79 Abs. 3 GG auch nicht änderbar. Jedoch ist das Sozialstaatsprinzip im GG ohne jegliche inhaltliche Konkretisierung normiert, so dass es keine verwertbaren Aussagen zur Realisierung zulässt. Der Sozialstaat ist nicht als eine gesonderte Institution angelegt, „Sozialstaatlichkeit ist vielmehr ein Charakteristikum des Staates neben anderen, welche nach kontroverser Debatte von Staatsrechtlern heute als *Staatsziel* interpretiert wird“ (Kaufmann 1997: 22). Dieses Staatsziel geht einher mit der Konstituierung sozialstaatlicher Prinzipien, die im Wesentlichen auf die Schaffung und Sicherung sozialer Sicherheit, sozialer Gerechtigkeit und sozialen Ausgleichs ausgerichtet sind (akutell hierzu Lessenich 2008). Die Zielrichtung wird somit zwar einigermaßen deutlich, die Zieldefinition insbesondere die Frage nach der Ausgestaltung der sozialen Gerechtigkeit bleibt unbestimmt. Je nach gesellschaftlicher Herkunft, politischem Standpunkt oder individueller Auffassung sind unterschiedliche Deutungen und Strategien denkbar. Über den „gar nicht so selbstverständlichen Begriff der Sozialen Gerechtigkeit“ äußert sich beispielsweise der ehemalige Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz folgendermaßen:

Sozial gerecht ist ein Gemeinwesen, wenn es allen Bürgerinnen und Bürgern hilft bzw. ermöglicht, durch ihr eigenes Handeln ihr Wohl zu erreichen. (...) Soziale Gerechtigkeit ist nichts Statisches, eine Gesellschaft muss sich immer wieder vergewissern, was hier und jetzt gerecht ist. In diesem Sinne muss man das Soziale immer wieder neu denken. (Lehmann 2006)

Mit diesen Worten werden zwei Wesenszüge des Begriffs „soziale Gerechtigkeit“ deutlich: Zum einen ist das Grundverständnis dessen, was wir als Gesellschaft und jeder für sich alleine als sozial gerecht empfinden, etwas grundsätzlich Wandelbares. Dieses Wandelbare, das obendrein nicht „selbstverständlich“ ist, müssen wir uns immer wieder neu vergegenwärtigen und mit Leben füllen. Ste-

tiger Deutungswandel ist also kein bestimmtes Phänomen, sondern inhärentes Merkmal sozialstaatlichen Handelns. Zum anderen macht Lehmann mit seinen Worten unmissverständlich klar, dass Sozialstaatlichkeit nicht ohne das Mitwirken der darin lebenden Bürgerinnen und Bürger funktioniert. Soziale Gerechtigkeit ist keine „Einbahnstraße“, die den Bürger zu einem passiven Empfänger wohlfahrtsstaatlicher Leistungen degradiert und ihn gleichzeitig durch eine Fülle von Leistungsansprüchen gegenüber dem Staat wieder aufwertet. Soziale Gerechtigkeit kann nur im Ausgleich und im Zusammenwirken aller gesellschaftlicher Instanzen und Institutionen entstehen und schließt die individuelle Eigenverantwortung² mit ein. Eigenverantwortung ist aber kein Appell oder eine Bitte des Staates an seine Bürger zur Mitwirkung. Vielmehr fußt sie auf einem anderen grundgesetzlich geschützten Wert, dem Wert der Freiheitlichkeit und der Selbstbestimmtheit³. Sie ist quasi die Kehrseite einer Medaille, die auf der einen Seite den Bürger und dessen Rechte gegenüber dem Staat beschützt, die auf der anderen Seite aber jedem Einzelnen ein genauso hohes Maß an Verantwortung für das eigene Wohlergehen und dem der Gesellschaft abverlangt. Zwischen diesen beiden Prinzipien – Sozialstaatlichkeit und Freiheitlichkeit – markiert sich ein permanentes Spannungsfeld, in dem stets um Ausgleich gerungen wird (siehe Abb. 2).

Die Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems ist eng mit den Fragen zur sozialen Gerechtigkeit verknüpft. Wichtige Ausgleich schaffende Instrumente sind die sozialen Sicherungssysteme. Den Sozialstaat und auch das Gesundheitswesen in Deutschland dominiert das Versicherungsprinzip. Der Anteil der auf dem Versicherungsprinzip basierenden Systeme (z.B. Kranken-, Renten-, Unfall-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) liegt bei ca. 60 Prozent des Sozialbudgets⁴. Ältester Zweig der Sozialversicherung ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die im Jahr 2008 bereits 125 alt geworden ist (vgl. Rau 2008). Der soziale Auftrag der GKV besteht auch heute noch darin, vollen Versicherungsschutz im Krankheitsfall grundsätzlich paritätisch (d.h. von Versicherten und Arbeitgebern finanziert) und unabhängig von der finanziellen Leistungs-

² Unter Eigenverantwortlichkeit versteht Lehmann mit Blick auf das Gesundheitssystem, vor allem auch hinsichtlich vorangegangener Texte der Deutschen Bischofskonferenz, die eine Stärkung der Eigenverantwortung betonen, „Eigenverantwortung nicht im Sinne von Eigenleistung, also höherer Zuzahlungen und höherem Selbstbehalt“, „sondern Eigenverantwortung in dem Sinne, dass man das eigene Leben stärker selbst in die Hand nimmt.“ Siehe auch den Beitrag „Den Sozialstaat zukunftsfest machen“ von Tobias Blum in den Mainzer Bistumsnachrichten Nr. 35, 27. September 2006.

³ Als Beispiel sei die Allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG genannt: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“.

⁴ Das Sozialbudget umfasst alle Leistungen der sozialen Sicherungssysteme. In Form eines regelmäßigen Berichts der Bundesregierung schafft es so einen Überblick über das Leistungsspektrum und die Finanzierung der Sozialen Sicherung.

fähigkeit des einzelnen Versicherten zu gewährleisten (GKV 2010). Die Mittel dafür werden solidarisch aufgebracht und die Beitragsfinanzierung erfolgt im Umlageverfahren. Einschränkend ist zu sagen, dass die aktuellen Entwicklungen rund um die ab dem Jahr 2010 erheblichen Zusatzbeiträge⁵ allerdings auch als eine schrittweise Ablösung vom Prinzip der paritätischen Finanzierung in der GKV gedeutet werden können. Im Kern bietet das System der GKV allen Versicherten einen gesetzlich festgelegten Leistungskatalog, der Leistungen der Krankheitsverhütung, Krankheitsfrüherkennung, Behandlung im Krankheitsfall, medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation sowie Lohnersatzleistungen umfasst. Die funktionalen Kernaufgaben der GKV werden in § 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) unter der Überschrift „Solidarität und Eigenverantwortlichkeit“ deutlich:

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Mit diesem ersten Paragraphen weist auch der Gesetzgeber an prominenter Stelle nicht nur auf das notwendige Zusammenwirken von solidarisch geprägter Sozialstaatlichkeit und individueller Eigenverantwortung hin. Auf programmatischer Ebene wird es vielmehr zu einer Grundbedingung für sozial gerechtes Handeln innerhalb der gesundheitlichen Versorgungssysteme erklärt. Offen – und damit wiederum der Deutungshoheit gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Strömungen unterworfen – bleibt die Frage nach den Ausführungen auf der technologischen bzw. operativen Ebene. Eigenverantwortung im augenblicklich erlebten Sinne beschränkt sich vor allem auf finanzielle Eigenbeteiligungen bei gesundheitlichen Leistungen und die Pflicht zur gesunden Lebensführung (vgl. Ahrens 2004; Schmidt 2010). Eine Zunahme von Eigenleistungen ist in vielen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung sichtbar, sei es durch Leistungsan-

⁵ Mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009, der sich aus einheitlich festgelegten Beitragssätzen und Steuermitteln speist und die Finanzmittel nach festgelegten Kriterien an die Krankenkassen verteilt, haben diese ab dem Jahr 2010 die Möglichkeit, erzielte Überschüsse in Form von Prämien an ihre Mitglieder auszahlen, soweit sie über eine ausreichende Finanzreserve verfügen, oder aber Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern zu erheben, wenn sie mit den aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Geldern nicht auskommen (vgl. BMG 2010).

gebote, die nicht (mehr) die Leistungspflicht der GKV berühren, z.B. in Form von medizinischen Wahlleistungen im stationären Sektor (vgl. Trefz 2003), individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) oder bestimmten Wahlleistungen im ambulanten Sektor (vgl. Abholz 2005; Wagener et al. 2005), oder durch verschiedene Selbstbehalte, die das Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Leistungen ökonomisch motiviert steuern sollen, z.B. die sog. „Praxisgebühr“ oder die Zuzahlungspflicht bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Je restriktiver sich die Maßstäbe an das Versorgungsniveau und damit die Leistungsverpflichtungen der GKV entwickeln, desto mehr wird Eigenverantwortung zu einer Form der Privatisierung des individuellen Krankheitsrisikos mit der Folge, dass Gesundheits- und Krankheitskosten immer mehr auf den Einzelnen verlagert werden (vgl. Holst/Laser 2000; Dabrock 2003; Rakowitz 2004).

Der andere Aspekt, Eigenverantwortung im Sinne einer Verantwortung für die eigene Lebensführung zu verstehen, erscheint auf den ersten Blick unbedenklich. Jedoch ist wissenschaftlich mittlerweile gut nachweisbar, dass die Hauptdeterminanten für Gesundheit und Krankheit nicht (allein) auf Seiten der Individuen liegen, sondern dass vielmehr struktur- und verhaltensbezogene Merkmale bzw. sozial ungleich verteilte Belastungen, Beanspruchungen und Ressourcen in hohem Maße Morbidität und Mortalität mitbestimmen (vgl. Richter/Mielck 2000; Ahrens 2004, Siegrist 2003). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit ist mittlerweile ein komplexer Forschungszweig geworden, der sich um die Aufklärung ihrer Determinanten und Mechanismen bemüht. Eine umfassende Übersicht über den aktuellen Forschungsstand zu den verschiedenen sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen sowie verhaltens-, biografie- und lebenslaufbezogenen Ursachen und Einflüssen auf gesundheitliche Ungleichheit geben Bauer et al. 2008.

Wenn der Einzelne also nur bedingt für seine Gesundheit und Krankheit verantwortlich sein kann, kann diese Verantwortung auch nur bedingt wahrgenommen und ausgeübt werden. Andererseits kann jeder Einzelne in den meisten Fällen durch aktives Zutun oder Unterlassen etwas zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsbeeinflussung beitragen. Hierbei muss unterschieden werden in Ereignisse und Zustände, auf die Individuen keinerlei Einfluss haben, wie beispielsweise angeborene Tumoren, und jene, die durch die Wahl des Verhaltens der Betroffenen hervorgerufen werden, wie beispielsweise eine Fraktur durch einen Skiunfall (vgl. Buyx 2005; Alber et al. 2009). Diese Unterscheidung spielt in der Debatte um Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen eine große Rolle. Ein wichtiger Aspekt ist aber, dass bei jeder Überbetonung der Eigenverantwortung reflexartig ein Schuldparadigma anwendbar wird, das jeden Einzelnen verdächtig macht, nicht genügend Anstrengungen in Richtung einer gesundheitsorientierten Lebensführung angestellt zu haben. In einer Analyse zur Eigenverantwortung im Gesundheitswesen fordert daher Schmidt nach einer kritischen

Bestandsaufnahme der ungelösten Fragen der Verantwortungsübernahme und -zuweisung eine paradigmatische Umstellung von der Individualverantwortung zur kooperativen Verantwortung, d.h. zu einem Ansatz, der *Verantwortung* auf alle Akteure im Gesundheitswesen verteilt. Ein solcher Ansatz sollte weniger an den Ursachen für Krankheit und Gesundheit gelehrt sein, sondern einen lösungsorientierten Betrachtungswinkel einnehmen (Schmidt 2010). Verantwortungsübernahme auf allen Ebenen solle sich dabei stärker an der Leistungsfähigkeit und nicht am Verursacherprinzip messen lassen. Letztendlich wird mit einem solchen Denkansatz jenes konkretisiert, was das Zusammenspiel von Solidarität und Subsidiarität in unserem Sozialgefüge ausmacht: Eigenverantwortung ist die Verantwortung jedes Einzelnen und jeder gesellschaftlichen Instanz, den Beitrag in Art und Umfang zu leisten, der ihm mit seinen Mitteln und Voraussetzungen und im Rahmen seines Umfelds und seiner Handlungsräume möglich ist. Die Rolle des Sozialstaats ist nicht die der alleinigen „nährenden Mutter“, sondern sie übernimmt als stärkste Kraft auf der Makroebene eine Lenkungs- und Steuerungsfunktion. Ein Mehr an Eigenverantwortung auf Seiten der unterschiedlichen Akteure führt nicht zu weniger Staatsaufgaben, sondern bedeutet im Gegenteil eher neue und erhöhte Anforderungen an die sozialstaatlichen Tätigkeiten (vgl. Buyx 2005: 279). Je größer der Handlungs- und Möglichkeitenraum auf individueller Ebene, desto mehr Aufwand und Anstrengungen werden erforderlich, soziale Gerechtigkeit in der Balance zu halten (vgl. Abb. 2).

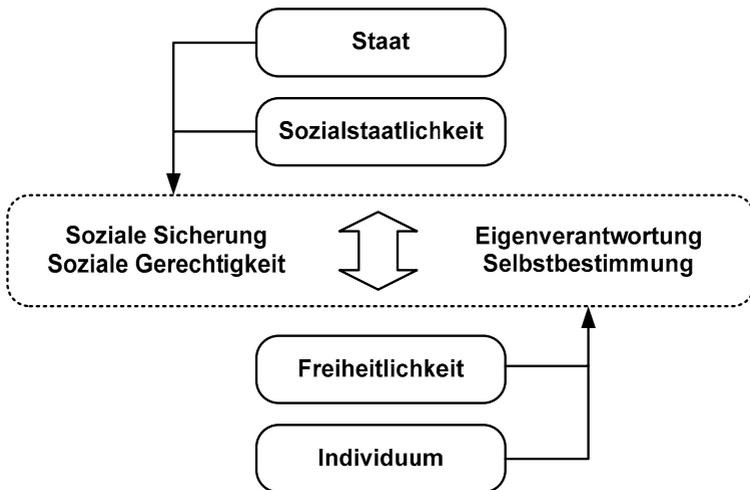


Abbildung 2: Spannungsfeld sozialstaatlichen Handelns.

2 Ökonomie und Martwirtschaft

Bei der Diskussion um die gesellschaftliche und damit auch ökonomische Bedeutung von Gesundheit ist es zunächst sinnvoll, eine Unterscheidung zwischen dem immateriellen bzw. transzendentalen Gut *Gesundheit* und solchen Gütern vorzunehmen, die darauf gerichtet sind, ein Bedürfnis nach Gesundheit zu befriedigen, nämlich *Gesundheitsleistungen* (Oberender et al. 2002: 14ff.). Als Gesundheitsleistungen können sowohl materielle Wirtschaftsgüter, d.h. Waren wie z.B. Arzneimittel oder medizintechnische Geräte, als auch immaterielle Wirtschaftsgütern in Gestalt von Dienstleistungen bzw. Gesundheitsdienstleistungen, z.B. Arztbesuch oder häusliche Krankenpflege, verstanden werden. Gesundheitsleistungen stellen aus ökonomischer Sichtweise die eigentlichen Tauschobjekte dar und das Gut *Gesundheit* übt in diesem Verständnis eine Legitimationsfunktion für das Angebot und die Erbringung dieser Leistungen aus.

Ein wichtiges Merkmal gesundheitlicher Leistungen ist die Besonderheit der Kunden-Lieferanten-Beziehungen. Die Austauschprozesse zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger erfolgen nicht wie im privatwirtschaftlichen Konsumgütermarkt bilateral. Vielmehr werden die Erbringung und das Angebot durch eine dritte Instanz, den Leistungsfinanzierern, maßgeblich mitbestimmt. Auf dem *Gesundheitsmarkt* spannt sich eine Dreiecksbeziehung zwischen Anbietern, Nachfragern und Finanzierern auf, die durch mehr oder weniger stark ausgebildete wettbewerbliche Strukturen einerseits und staatlichen Regulationen andererseits charakterisiert ist (siehe Abb. 3).

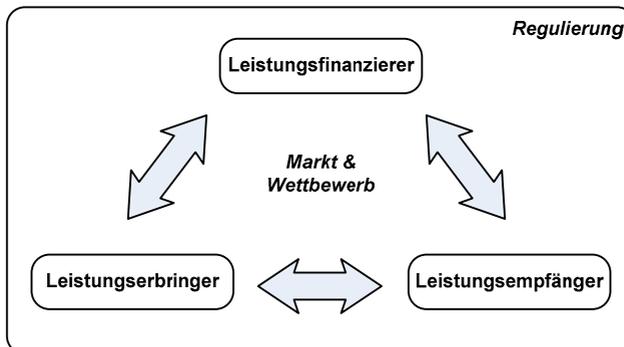


Abbildung 3: Das „sozialrechtliche Leistungsdreieck“ zwischen staatlicher Regulierung und Markt und Wettbewerb.

Leistungen der gesundheitlichen Versorgung sind nach ökonomischem Verständnis in hohem Maße sog. „private Güter“⁶, d.h. sie sind grundsätzlich einer Koordination über Märkte zugänglich (Oberender/Zerth 2008). Jedoch tragen vielfältige Besonderheiten zwischen Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen zu zahlreichen Störungen dieses Marktes bei. Leistungen der gesundheitlichen Versorgung sind zwar grundsätzlich marktfähig, sie können aber nur begrenzt in typischen Marktprozessen koordiniert werden. Einerseits produziert Gesundheit grundsätzlich sog. „externe Effekte“, z.B. erhöhen erfolgreiche durchgeführte Impfmaßnahmen die öffentliche Gesundheit. Weiterhin werden Umfang und Ausmaß künftiger Erkrankungen systematisch unterschätzt, woraus sich aus Gründen der finanziellen Unterdeckung automatisch ein Regulierungsbedarf ergibt (vgl. Neubauer 1988; Oberender/Zerth 2005). Eine Regulierung des Gesundheitsmarktes ist aber auch aufgrund der erheblich eingeschränkten Kundensouveränität und der bestehenden Informationsasymmetrien zwischen Anbietern von Gesundheitsleistungen und Nachfragern notwendig. Im Bereich der Gesundheitsversorgung sind die Funktionsbedingungen eines freien Wettbewerbs nicht oder nur sehr eingeschränkt gegeben (Dettling 2009): Anbieter und Nachfrager verhalten sich nicht nach dem Leitbild des homo oeconomicus (Nutzenmaximierung); es besteht kein freier Marktzugang für Anbieter und Nachfrager; es liegt keine hinreichende Homogenität der Leistungen und hinreichende Austauschbarkeit der Anbieter vor; es besteht keine hinreichende Flexibilität der Wettbewerbsparameter Qualität, Service, Preis und Werbung; es herrscht keine hinreichende Markttransparenz; es liegt keine hinreichende Anzahl von Anbietern und hinreichende Größe der Märkte vor; es herrscht keine gleiche Verhandlungsmacht zwischen Anbietern und Nachfragern; es kann kein hinreichender Ausschluss eines Handelns von Anbietern und Nachfragern auf Kosten Dritter, d.h. Ausschluss der sog. „externen Effekte“, gewährleistet werden.

Aufgrund der zahlreichen Unterschiede bzw. der gegenüber der Privatwirtschaft geringeren Marktfähigkeit von Gesundheitsleistungen entsteht für die Gesundheitsversorgung per se ein hoher Regulierungsbedarf. Daraus lässt sich jedoch kein grundsätzliches Marktversagen⁷ ableiten, da z.B. nicht eindeutig

⁶ Im Gegensatz zu privaten Gütern gilt für sog. „kollektive“ oder „öffentliche Güter“, dass diese sich Marktmechanismen entziehen, z.B. durch die Nicht-Anwendbarkeit des Ausschlussprinzips, d.h. Nicht-Zahlungswilligen kann der Nutzen nicht entzogen werden, die sog. Nicht-Rivalität im Konsum, d.h. dass eine Nutzung von beliebig vielen Nutzern erfolgen kann, ohne dass Nutzeneinbußen erfolgen oder durch das Fehlen des Koordinationsmediums „Preis“. In einzelnen Fällen lassen sich auch für bestimmte Gesundheitsleistungen die Kriterien für öffentliche Güter anwenden, z.B. Infektionsschutz durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

⁷ Mit „Marktversagen“ wird in den Wirtschaftswissenschaften der Sachverhalt beschrieben, wenn der Markt nicht zu einer optimalen Aufteilung knapper Ressourcen fähig ist bzw. volkswirtschaftlich nicht wünschenswerte Ergebnisse entstehen. Das „Staatsversagen“ beschreibt dagegen den Sachver-

bestimmbar ist, ob die fehlende Internalisierung des externen Effektes ein Problem des Marktprozesses ist oder vielleicht Spielregeln und Institutionen für den Marktprozess verändert werden müssten (vgl. Oberender/Zerth 2008). Andererseits ist auch festzustellen, dass die fehlenden Voraussetzungen eines freien Marktes und vollständiger Konkurrenzsituation auch in anderen Gütermärkten niemals vollständig realisiert sind. Hinzu kommt aber auch ein wichtiges ethisches Argument für staatlichen Regulierungsbedarf. Wenn der Zugang zur Gesundheitsversorgung von der individuellen Zahlungsfähigkeit abhängig ist, würde dies aufgrund der sehr ungleichen Einkommensvoraussetzungen zu einer ungerechten Verteilung von gesundheitlichen Leistungen führen. Ein gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung ist allerdings eine Grundbedingung für Chancengleichheit in dieser Gesellschaft, quasi eine Basisvoraussetzung für die Verwirklichung von Lebenszielen. Umgekehrt sind die Reduzierung und der Abbau von sozialen Ungleichheiten und Benachteiligungen mit nachweislich besseren Gesundheitschancen verbunden (vgl. Marckmann 2008).

Insgesamt ist das Gesundheitswesen ein Finanzierungs- und Leistungssystem, das einerseits hochgradig staatlich reguliert ist, andererseits auch wettbewerblichen Kräften unterworfen ist, ohne einen tatsächlichen (freien) Markt anbieten zu können. Erkennbar wird aktuell ein Quasi-Markt, auf dem zunehmend marktwirtschaftliche Instrumentarien bedient und eingesetzt werden. Die zahlreichen Gesundheitsreformen der letzten Jahre rückten marktwirtschaftliche Denk- und Handlungswesen zunehmend ins programmatische Zentrum, allerdings weniger aus Gründen der staatlichen Entlastung von Allokationsentscheidungen, sondern vielmehr zur systemimmanenten Effizienzsteigerung. Ziel hierbei war es, durch wettbewerbsgeleitete Marktprinzipien das Verhältnis von Angebot bzw. Anbieter und Nachfrage zu optimieren, Synergien zwischen diversen Anbietern besser zu nutzen und durch Ausschöpfung der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven die knapper werdenden Finanzmittel sinnvoller, d.h. bedarfs- und leistungsgerechter, zu verteilen. Die Qualität der gesundheitlichen Leistungen soll langfristig nicht mehr durch zentral zur Verfügung gestellter Mittel, die in der Vergangenheit durch die Selbstkostenorientierung nahezu unbegrenzt erschienen, erreicht und sichergestellt werden. Sie soll vielmehr in Form eines Wettbewerbsfaktors bzw. als Ergebnis unternehmerischer und wirtschaftlichkeitsorientierter Tätigkeit die Akteure und Gesundheitseinrichtungen zur mehr eigenverantwortlichen Handeln auffordern. Markt und Wettbewerb werden zunehmend zu einer gesundheitspolitischen Antwort auf die Grenzen der finanziellen Leistungsfähigkeit des Sozialstaats.

halt, dass eine unternehmerische Tätigkeit des Staates (hier der Sozialstaat) bzw. Staatsinterventionismus zu schlechteren volkswirtschaftlichen Ergebnissen oder ineffizienteren Lösungen führt, als eine Organisation über den Markt unter Wettbewerbsbedingungen (vgl. Pollert et al. 2004: 150).

Bei aller aufkommenden und zum Teil berechtigten Kritik an diesen Entwicklungen muss aber auch berücksichtigt werden, dass die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems bzw. die Qualität und Quantität gesundheitlicher Leistungen in hohem Maße vom Leistungsvermögen unserer Gesellschaft und vom Ergebnis ihrer Volkswirtschaft bestimmt werden, unabhängig davon, ob das Pendel mehr in Richtung Staat oder Markt schlägt. Es können nur Mittel verteilt werden, die zuvor in einem bestimmten Zeitraum auch erwirtschaftet worden sind. Dieser Zusammenhang kann soweit zugespitzt werden, dass eine erfolgreiche Sozialpolitik letztendlich nur auf Basis einer erfolgreichen wachstumsorientierten Wirtschaftspolitik gestaltet werden kann (Schlander/Schwarz 2005: 186). Die Grenzen des Sozialstaats werden also immer auch von den Grenzen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, also von den Einnahmen zumindest mitbestimmt. Ein Krankenversicherungssystem, dessen Einnahmen sowohl von der Anzahl als auch von der Höhe der leistungsorientierten Beitragszahlung seiner Versicherten abhängig ist und das obendrein seine Leistungen umlageorientiert im Bedarfsfall zur Verfügung stellt, ist in hohem Maße von einem prosperierenden Wirtschaftssystem abhängig. Die stete Steigerung der Krankenkassenbeiträge hängt auch mit den Einnahmeverlusten durch eine hohe Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen sinkenden Lohnquote zusammen (Reiners 2002: 43). Da ist es kein Wunder, wenn Arbeitsmarktpolitik bzw. die Senkung von Lohnnebenkosten auch zu einem Nebenschauplatz gesundheitspolitischer Gesetzesreformen werden (vgl. Tretter 2008).

Zu der Einnahmeproblematik gesellt sich aber grundsätzlich auch ein Ausgabenproblem. Insgesamt sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1995 bis 2007 stark gestiegen (Tab. 1). Als größte Ausgabenpositionen tragen vor allem die Krankenhausversorgung und der vertragsärztliche Sektor inklusive der Arzneimittelversorgung massiv zur Ausgabensteigerung bei.

Trotz unzähliger Kostendämpfungsmaßnahmen in den letzten Jahren und Jahrzehnte konnte die Ausgabensteigerung nicht nennenswert gebremst werden. Hinsichtlich des absoluten Anstiegs der Gesundheitsausgaben sind primär keine Kausalzusammenhänge ersichtlich. Die Gründe für die Ausgabensteigerungen werden aber überwiegend in den gestiegenen Kosten für medizinische Forschung, den technologischen Fortschritten in den Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten, dem demographischen Wandel sowie Mengenausweitungen und Preiserhöhungen bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen gesehen (RKI 2006: 197). Auch im internationalen Vergleich sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland signifikant hoch. Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) entsprechen die Gesundheitsausgaben bzw. der Umsatz im Gesundheitswesen der letzten Jahre ungefähr einem Zehntel der gesamtwirtschaftlichen Leistung. Lediglich die USA (2007: 15,3% am BIP), die Schweiz (2004: 11,3% am BIP) und

in jüngster Zeit auch Frankreich (11,0% am BIP) liegen mit ihren Ausgaben für Gesundheit deutlich darüber (Tab. 2). Grundsätzlich ist in den dargestellten OECD-Ländern seit Mitte der 1990er Jahre ein Trend zu einem generellen Anstieg der Gesundheitsausgaben erkennbar (OECD 2003).

Gesundheitsausgaben [in Mio. €]	Jahr 1995	Jahr 2000	Jahr 2007
Ambulante Einrichtungen	86.970	100.798	124.440
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	70.939	78.821	91.772
Rettungsdienste	1.731	2.057	2.676
Gesundheitsschutz	1.782	1.806	1.883
Verwaltung	11.032	12.583	14.673
Sonstige Einr. und private Haushalte	6.204	7.429	7.424
Ausland	568	634	1.112
Investitionen	7.248	8.295	8.771
Gesamt	186.474	212.423	252.751

Tabelle 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben 1995 bis 2007 nach Einrichtungen; Gesundheitsausgaben in Mio. Euro; Quelle: Statistisches Bundesamt 2009.

Anteil am Bruttoinlandsprodukt in %	Jahr 1995	Jahr 2000	Jahr 2006
Deutschland	10,1	10,3	10,5
Frankreich	10,4	10,1	11,0
Italien	7,3	8,1	9,0
Japan	6,9	7,7	8,1
Schweden	8,0	8,2	9,2
Schweiz	9,7	10,3	11,3
Vereinigte Staaten	13,3	13,2	15,3
Vereinigtes Königreich	6,9	7,2	8,4

Tabelle 2: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent am Bruttoinlandsprodukt (BIP) am Beispiel ausgewählter OECD-Länder; Quelle: Statistisches Bundesamt 2009, OECD Gesundheitsdaten.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben in Deutschland am BIP präsentiert sich zwar auffällig hoch, er ist im OECD-Ländervergleich jedoch in den letzten Jahren nur geringfügig gestiegen bzw. insgesamt relativ stabil geblieben. Ein deutlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben am BIP wurde allerdings nach der Wiedervereinigung beobachtet, allerdings war auch dies begleitet von einem relativen Zurückbleiben des gesamtdeutschen BIPs nach der Wiedervereinigung (vgl. Schölkopf/Stapf-Finé 2004).

Das Paradigma eines überteuerten Gesundheitswesens ist mittlerweile fester Bestandteil wiederkehrender Politikämpfe um die Wirksamkeit sozialstaatlicher Errungenschaften und ihrer Leistungstiefe. In Deutschland werden hohe Anteile des BIPs für das Gesundheitswesen aufgebracht, jedoch ist schwer vorhersehbar, ob und in welchem Ausmaß diese die Grenzen der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens in Zukunft erreichen bzw. überschreiten. Die relative Ausgabenstabilität gemessen am BIP legt eher eine zurückhaltende Interpretation nahe. Dies wird ebenso bestätigt bei Betrachtung der GKV-Ausgabenanteile am BIP, bei denen in den letzten Jahren eine ähnliche Entwicklung und relative Ausgabenstabilität zu verzeichnen war wie bei den Gesundheitsgesamtausgaben.

Trotz der Effizienzgewinne, die teilweise auf die eingangs dargestellten Veränderungen im Gesundheitswesen zurückzuführen sind, ist bei allgemein relativer Stabilität der Gesundheitsausgaben doch ein geringer Anstieg der Gesundheitskosten am BIP in den letzten Jahren nicht zu verleugnen (vgl. Hensen/Hensen). Dies hängt nach Einschätzung des Robert Koch-Instituts (2006) ähnlich wie in der Situation nach der Wiedervereinigung u.a. mit der – im Vergleich zu anderen OECD-Ländern – ungünstigeren wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland in den letzten Jahren zusammen. Auch bei Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgabenentwicklung, wird deutlich, dass die durchschnittliche Steigerung in Deutschland am geringsten ausfällt. Nichtsdestotrotz muss vor dem Hintergrund zukünftiger gesellschaftlicher Entwicklungen und Herausforderungen geprüft werden, wie die Finanzierung und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens langfristig gesichert werden kann, auch wenn angesichts differenzierter Betrachtungen hinsichtlich der Ausgabenentwicklung nicht wirklich von der viel beschworenen „Kostenexplosion“^{8c} im Gesundheitswesen gesprochen werden kann.

⁸ Der Begriff „Kostenexplosion“ entstand Mitte der 1970er Jahre als die Ausgaben für das Gesundheitswesen öffentlich mit der Krise des Sozialstaats in Verbindung gebracht wurde. Gegen das spezielle Argument einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen argumentieren überzeugend Braun et al. 1998 und Reiners 2009.

3 Mittelknappheit und Allokationsstrategien

Der Grund, warum die Ausgabenentwicklung sozialstaatlicher Leistungen insbesondere im Gesundheitswesen seit mehr als dreißig Jahren misstrauisch von der Öffentlichkeit und der Politik verfolgt wird und Kostendämpfungs- und Strukturreformen zum Gegenstand nahezu jeder Legislaturperiode geworden sind, ist zum einen im Bewusstsein der Begrenztheit verfügbarer Ressourcen, vor allem aber in der Sorge um die zukünftige und nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens begründet. Die neben der Ausgabensteigerung zu verzeichnende Einnahmeproblematik der solidarisch finanzierten sozialen Sicherungssysteme verleiht dieser Sorge zusätzlichen An Schub. Grundproblem der Auseinandersetzung mit knapper werdenden Mitteln ist die Frage nach deren Verteilung (Allokationsproblem). Würde die Verteilung von Gesundheitsressourcen vollständig dem freien Markt überlassen werden, würden viele schwierige Entscheidungen über Kriterien und Verfahren der Verteilung vermieden werden. Die unterschiedliche Einkommenssituation und Zahlungsfähigkeit würde zwar soziale und gesundheitliche Ungleichheiten produzieren, Patienten bzw. Nachfrager könnten ihren individuellen gesundheitsbezogenen Präferenzen aber Ausdruck verleihen (vgl. Markmann 2008). Aufgrund der eingeschränkten Marktbedingungen und der solidarischen Grundausrichtung des Gesundheitswesens ist für den Erhalt der sozialen Sicherung und sozialen Gerechtigkeit ein hoher Grad an staatlicher Regulierung unabdingbar. Dadurch ergibt sich notwendigerweise aber das Problem, bei knapper werdenden Ressourcen über die Mittelverteilung von staatlicher oder staatsnaher Seite befinden zu müssen und steuernd einzugreifen.

Grundsätzlich bieten sich drei Möglichkeiten der Intervention: Die Erhöhung der Einnahmeseite bzw. der Mittel im Gesundheitswesen, die Begrenzung der Ausgabenseite bzw. Reduzierung der Kosten und die Begrenzung der Leistungsseite. Die Politik ist der Ausgabenentwicklung in der Vergangenheit vor allem mit der Begrenzung von Vergütungen, der Einführung von Budgets, anbieterseitigen Zulassungsbeschränkungen und der Schaffung ökonomischer und wettbewerblicher Anreize zur Kosteneinsparung und Effizienzsteigerung begegnet. Obwohl politisch höchst unpopulär, konnte trotz des Grundsatzes der Beitragsstabilität ebenso wenig auf regelmäßige Steigerungen der Versichertenbeiträge und damit auf Erhöhung der Einnahmen verzichtet werden, die mit den jüngsten Entwicklungen bisweilen Züge einer Entsolidarisierung in Form einer Abkopplung der Beitragsleistungen von der einkommensabhängigen Leistungsfähigkeit und der Aufkündigung der paritätischen Finanzierung annimmt. Vom Instrument der Leistungskürzung bzw. Begrenzung und Zuteilung gesundheitlicher Leistungen wurde in der Vergangenheit dagegen nur sehr vorsichtig Gebrauch gemacht (vgl. Dannecker et al. 2009). Gegenwärtig zeichnet sich aber

hinsichtlich der Leistungsbereitstellung im Gesundheitswesen ein Umdenken ab. Nach Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven durch Strukturierung der Leistungserstellung und Regulierung des Anbietermarktes sowie Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens gesundheitlicher Leistungen und Ausreizung der Beitragsgestaltung bis zur Belastungsgrenze überwiegt mehr und mehr die Annahme, dass in Zukunft nicht alle Leistungen für alle gesetzlich Versicherten finanziert werden können. Verteilungsentscheidungen, die nicht mehr ausschließlich dem Primat der medizinischen Notwendigkeit folgen, würden eine Abkehr vom konstitutiven Element der Solidarität bedeuten (Fuchs et al. 2009). Im Mittelpunkt steht zunehmend die Frage nach dem medizinisch Notwendigen vor dem Hintergrund des finanziell Machbaren (vgl. Ulsenheimer 2004). Über Art und Umfang des „medizinisch Notwendigen“ schweigt sich allerdings das Sozialgesetzbuch (SGB) aus und überlässt die Deutungshoheit den nachgeordneten Ebenen. In § 12 Abs. 1 SGB V heißt es lediglich:

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Mit diesem sog. Wirtschaftlichkeitsgebot wird bereits an zentraler Stelle der Sozialgesetzgebung deutlich darauf hingewiesen, dass das medizinisch Notwendige nicht mit dem medizinisch Möglichen zu verwechseln ist. Danach gibt es einen Leistungsspielraum, der sich nach unten hin an einem unbestimmten Mindestmaß orientiert, der jedoch nach oben hin stets auf Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen ist. Nach Markmann ist dies ein wichtiger Gerechtigkeitsaspekt eines solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitswesens: „Es ist gerechter, allen Bürgern einen begrenzten Zugang zu wichtigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen als nur einem Teil der Bevölkerung unbegrenzten Zugang zu allen verfügbaren Leistungen“ (Marckmann 2008: 889). Offen bleibt, mit welchen Kriterien und Verfahren und auf welcher Ebene dieses notwendige Versorgungsmaß bestimmt werden soll.

Die Politik hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) auf Ebene der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verschiedene Gremien und Strukturen mit Wirkung zum 01.01.2004 unter dem Dach des Gemeinsamen Bundesausschuss⁹ (G-BA) zusammengefasst. Dieser G-BA wurde mit weitreichenden

⁹ Die Grundstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechen derjenigen einer Körperschaft des Öffentlichen Rechts, da er von den Selbstverwaltungskörperschaften bzw. -verbänden mitgliedschaftsähnlich getragen wird. Mitglieder im G-BA sind Vertreter der Krankenkassen, der Leistungserbringer und unparteiische Mitglieder sowie mit beratender Funktion auch sog. „sachkundige Personen“ wie z.B. Patientenvertretungsorganisationen (vgl. Hess 2008).

Kompetenzen ausgestattet. Zu seinen wesentlichen Aufgaben mit Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen gehören:

- Veränderungen im Leistungsrecht inklusive der Kompetenz zu unmittelbaren Einschränkungen von Leistungsansprüchen,
- Konkretisierung des Leistungskataloges auf Basis von Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit,
- Einführung sektorübergreifender Maßnahmen der Qualitätssicherung inklusive Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität von durchgeführten Leistungen zu Abrechnungszwecken,
- Steuerungsinstrumente der Arznei-/Heilmittelversorgung inklusive Einschränkung der Verordnungsfähigkeit aufgrund von Nutzenbewertungen,
- Bedarfsplanung als Grundlage für Zulassungsbeschränkungen zur vertragsärztlichen Versorgung bei Über- oder Unterversorgung.

Mit diesen weitreichenden Aufgaben nimmt der G-BA aus Selbstverwaltungsebene eine besondere Stellung quasi als „kleiner Gesetzgeber“ ein. Danach sollen Entscheidungen der Mittelverteilung konkret durch die Akteure im Gesundheitswesen getroffen, die unmittelbar an der Leistungserbringung beteiligt sind. Um seiner Aufgabe der Bereinigung und Weiterentwicklung des gesetzlichen Leistungskataloges der GKV gewissenhaft nachzukommen bzw. bei der Methoden- und Nutzenbewertung rechtssichere Entscheidungen treffen zu können, muss sich der G-BA methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin bedienen. Die Durchführung dieser Methodenbewertung erfolgt aber nicht unmittelbar durch den G-BA, sondern durch das im selben Jahr gegründete und fachlich unabhängige rechtsfähige wissenschaftliche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen¹⁰ (IQWiG). Wichtig ist eine klare Abgrenzung zwischen der wissenschaftlichen Kompetenz und Beratungs- und Empfehlungsfunktion des Instituts und der rechtlichen Verantwortung des G-BA für die ausschließlich von ihm zu verantwortende Normsetzung. Nach dem Methodenpapier des Instituts erfolgt die Abgabe von Empfehlungen in einem weitgehend öffentlichen Diskurs mit Betroffenen, Sachverständigen und Patientenvertretung. Mit diesen relativ neuartigen Strukturen sollen erstmals konkrete und über die normsetzende Kraft der Richtlinien des G-BA auch für alle Beteiligten verbindliche Aussagen zu Art und Umfang des Leistungsrahmens der GKV gemacht werden.

¹⁰ Das IQWiG ist durch Errichtung einer rechtlich eigenständigen Stiftung des privaten Rechts gegründet. Die wissenschaftliche Unabhängigkeit des Instituts ist in der Satzung durch Gewährleistung einer Weisungsfreiheit der Institutsleitung vom Vorstand in wissenschaftlichen Fragen und einen mit Beschluss des G-BA vom 21.12.2004 erteilten Generalauftrag gewährleistet.

Die Gründung und Tätigkeitsaufnahme des G-BA ist eingebettet in die Diskussion um eine sachgerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Fast schon inflationär fallen in diesem Zusammenhang die Begriffe Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung als grundsätzliche Strategien für Allokationsentscheidungen (vgl. Bahro et al. 2001; Marckmann 2007), die sich inhaltlich nicht überlappungsfrei im Beziehungsfeld von Nutzen und Kosten gesundheitlicher Leistungen unterschiedlich aufspannen:

- *Rationierung* meint zunächst Leistungsbegrenzungen. Unter anderem wird als Rationierung die Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen aus ökonomischen Gründen verstanden, die einen unbestrittenen Nutzen haben. Es kann aber auch die Erschwerung des Zugangs zu diesen Leistungen damit gemeint sein (Mack 2001). Eine weitere Definition ist die Reduktionsdefinition, die einer Drosselung der Zufuhr gesundheitlicher Leistungen entspricht (ebd.; Schöne-Seifert 1997). Über den Begriff des Vorenthaltes hinaus beinhaltet dieser auch die Perspektive des Aus- und Zuteilens (Fuchs et al. 2009). Die Verwendung dieser normativ neutralen Begriffsdefinition ist allerdings weniger gebräuchlich. Mack empfiehlt folgende Definition als Standardbegriff: „Rationierung im Gesundheitswesen ist die Zuteilung bzw. die Verteilung von knappen und begrenzt vorhandenen Gesundheitsgütern ebenso wie pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen unter der Bedingung, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot“ (Mack 2001).
- *Rationalisierung* bzw. Rationalisierungsmaßnahmen sollen Effizienz- und Produktivitätssteigerungen im Rahmen der Leistungserstellung ermöglichen. Dies kann durch Verbesserung der Ablaufgestaltung in Gesundheitseinrichtungen oder durch Eliminierung von nicht-notwendigen Maßnahmen und Randaktivitäten innerhalb der Leistungserstellungsprozesse geschehen. Nach einer Empfehlung des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen¹¹ kann auf medizinische Leistungen verzichtet werden, wenn sie keine Wirksamkeit besitzen, sie eine geringere Wirksamkeit als alternative Maßnahmen aufweisen, die identische Kosten verursachen oder sie kostengünstigere Alternativen nicht an Wirksamkeit übertreffen (SVR 1995). Rationalisierung ermöglicht Einsparungen, ohne dass den Patienten Notwendiges oder Nützliches vorenthalten werden muss (ZEKO 2007). Rationalisierungsmaßnahmen sind durch die Vernunft begründete

¹¹ Der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ wurde 1985 mit der Aufgabe ins Leben gerufen, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Seit 2003 trägt der Rat die Bezeichnung „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“.

sinnvolle Handlungen, deren Ziel es ist, bei gleichbleibendem finanziellen Aufwand das Versorgungsniveau zu erhöhen oder bei geringerem finanziellen Aufwand das Versorgungsniveau zu halten (Fuchs et al 2009). Zur Begrifflichkeit ist aber auch zu sagen, dass der Verzicht auf überflüssige Leistungen ebenso auch als eine Art der Ausgrenzung bzw. der Einschränkung des medizinischen Leistungsspektrums verstanden werden kann und damit einer Form der Rationierung („legitimierte Rationierung“) entspricht (vgl. Mack 2001; Uhlenbruck 1995).

- *Priorisierung* zielt auf die Bildung von Rangreihen als Kriterium der Mittelverteilung. Sie kann als die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen definiert werden (ZEKO 2000). Dabei entstehen Rangreihen, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und auch Indikationen, d.h. Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Probleme mit zu ihrer Lösung geeigneten Maßnahmen, in einer Rangfolge abgebildet werden können (Fuchs et al 2009). Diesem Verständnis nach würden an oberster Stelle solcher Rangfolgen jene Verfahren stehen, die aus wissenschaftlicher Perspektive als unverzichtbar und hilfreich eingestuft werden. Am Ende einer solchen Rangfolge ließen sich Verfahren finden, die keine nachweisbare Wirkung haben. Dabei meint „vertikale Priorisierung“, dass eine Rangreihenbildung innerhalb eines definierten Versorgungsbereichs erfolgt. Dagen wird unter „horizontaler Priorisierung“ verstanden, dass verschiedene Krankheitsgruppen oder Versorgungsziele in Rangfolgen abgebildet werden (ebd.; ZEKO 2007). Prioritätensetzung im Gesundheitswesen ist kein Ziel aus sich heraus, sondern Mittel, bei einem gegebenen Wertgefüge die begrenzten Ressourcen mit dem höchsten Outcome einzusetzen (Fozouni/Güntert 2000). Diesem Verständnis nach kann Priorisierung als eine Form der Rationierung verstanden werden, da die zur Verfügung stehenden Ressourcen unter den teilweise rivalisierenden Interessenlagen letztendlich verteilt und zugeteilt werden. Prioritätensetzung geht über die bloße Reduktion des Leistungskataloges hinaus, wenn die Kriterien der Rangbildung transparent und nachvollziehbar sind und nur weitgehend unwirksame Leistungen aus Ressourcengründen zurückgestellt werden. Aus dieser Argumentation heraus kann Priorisierung wiederum auch als eine Art der Rationalisierung betrachtet werden, welche auf einen sinnhaften, den höchsten gesundheitlichen Nutzen erzielenden Einsatz der vorhandenen Ressourcen zielt (vgl. ebd.; Fuchs et al. 2009).

Jenseits dieser Begrifflichkeiten haben Modelle und Instrumente einer rationalen Allokation im europäischen Ausland eine viel längere Tradition und finden dort

direkt Eingang in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse zur Gestaltung der gesundheitlichen Leistungsangebote (vgl. Fozouni/Güntert 2000). Die Gründung des G-BA und des IQWiG ist als ein erster Schritt in Richtung einer Institutionalisierung einer rationalen Mittelallokation im deutschen Gesundheitssystem anzusehen. Auf der oberen Mesoebene werden unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden und in einem öffentlichen Diskurs Rationierungs- und Rationalisierungsentscheidungen getroffen bzw. vorbereitet, die unmittelbare Wirkungen auf die Leistungserbringung und die Leistungsansprüche der Versicherten entfalten. Nichtsdestotrotz sind Konflikte zwischen ökonomischem Verhalten und medizinischer Ethik vorprogrammiert, da mit jeder Form der Intervention die Gerechtigkeitsprinzipien des Sozialstaats auf dem Spiel stehen. Hier kann nur eine öffentliche und sachlich geführte Diskussion zu einem größt möglichen gesellschaftlichen Konsens in diesen Fragen beitragen. Aus Gerechtigkeitsüberlegungen heraus dürfen diese Fragen nicht allein der Mikroebene, also den Aushandlungsprozessen zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger überlassen werden. Dort, wo auf formaler Ebene Auseinandersetzungen fehlen, breiten sich informelle Lösungen, z.B. in Form von informeller oder stiller Rationierung aus. Trotz aller Rationalisierungsbemühungen werden sich Leistungsbegrenzungen wahrscheinlich nicht vermeiden lassen. Maßnahmen der expliziten Rationierung oder Priorisierungsmaßnahmen weisen gegenüber impliziten Steuerungsmodellen einen erheblichen Vorteil auf: Sie sind transparenter, konsistenter und damit auch gerechter (vgl. Marckmann 2008). Darüber hinaus entlasten sie die Handelnden auf der Mikroebene. Auch wenn die Verantwortung in den Händen staatlicher oder staatsnaher Instanzen liegen muss, sind alle Ebenen gleichermaßen gefragt, sich an diesem Prozess der Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen und sozialpolitisch kritischen Fragen der Mittelverteilung im Gesundheitswesen zu beteiligen.

4 Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft

Wenn heute vom Gesundheitswesen und der Zukunft der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen gesprochen wird, fällt zunehmend häufiger der Begriff *Gesundheitswirtschaft*. Darin findet die eingangs geschilderte zunehmende Markt- und Wettbewerbsorientierung von Gesundheitsleistungen aber auch die Schaffung und Etablierung neuer Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen in den vielfältigen Wirtschaftsbranchen ihren sprachlichen Ausdruck. Mittlerweile ist der Begriff zu einem fest etablierten Ausdruck in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft geworden. Auf der ersten Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft wurde 2005 der Begriff wie folgt definiert: „Gesundheitswirtschaft

umfasst die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen“ (Kuratorium Gesundheitswirtschaft 2005). Trotz dieser sehr allgemein gehaltenen Definition klingt mit der (neuen) Begrifflichkeit aber an, dass das Gesundheitswesen nicht mehr nur als notwendig im Rahmen einer Solidaritätsverpflichtung wahrgenommen und von Befürchtungen begleitet wird, dass die wachsenden Aufwendungen für den Gesundheitssektor nicht mit der Leistungsfähigkeit der Gesellschaft Schritt halten können. Vielmehr wird mit der Bezeichnung *Gesundheitswirtschaft* deutlich, dass das Gesundheitswesen als ein Wirtschaftszweig betrachtet werden muss, der konsequenterweise nicht mehr nur allein durch staatliche Steuerung und sozialstaatliche Prinzipien bestimmt sein kann und der eine wichtige Rolle als Wachstumsmarkt mit steigenden Beschäftigtenzahlen spielen wird. Dies ist nicht allein einer besonderen Eigendynamik oder neueren Erkenntnisgewinns geschuldet. Bereits durch ein Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahr 1996 wurden die wirtschaftlichen Chancen der Gesundheitswirtschaft und deren Beitrag zur gesellschaftlichen Wertschöpfung thematisiert (SVR 1996). Mit einem derartigen Paradigmenwechsel vom *Kostenfaktor* „Gesundheitswesen“ zur *Wachstumsbranche* „Gesundheitswirtschaft“ wurde die vormals vorrangig sozialpolitische Ausrichtung durch eine wirtschafts- und beschäftigungspolitische Perspektive ergänzt (vgl. Fretschner et al. 2002; Oberender et al. 2002). Im Folgenden sollen einige wichtige Entwicklungen nachgezeichnet werden, um ein Bild des heutigen Gesundheitswesens und dessen neuere gesundheitswirtschaftliche Prägung zu entwerfen.

4.1 Makroökonomische Entwicklungen

Das Gesundheitswesen ist in seiner sozialstaatlichen Verankerung nicht isoliert, sondern in seiner Bandbreite von der gesundheitlichen Kernversorgung bis zum wachsenden Angebot privater gesundheitsfördernder Dienstleistungen und Produkte auch in die Wirtschaftspolitik eingebettet. Daher sind auch allgemein volkswirtschaftliche und konjunkturelle Aspekte bei der Betrachtung der umweltlichen Komplexität des Gesundheitswesens von Bedeutung. Dazu soll der Blick von den „tagesaktuellen“ politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen auf übergeordnete Vorgänge der Volks- und Weltwirtschaft gehoben werden.

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts entdeckte der russische Ökonom Nikolai Kondratieff (1892-1938), dass neben den überschaubaren konjunkturellen Schwankungen der Wirtschaft auch lang andauernde Konjunkturzyklen existieren. Kondratieff untersuchte damals die Zusammenhänge von Kohleverbrauch