



Ökonomie in der GKV aus Sicht der Versicherten

Weisenfeld, Ursula

Published in:

Ethik contra Planwirtschaft im Gesundheitswesen?

Publication date:

2007

Document Version

Verlags-PDF (auch: Version of Record)

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (APA):

Weisenfeld, U. (2007). Ökonomie in der GKV aus Sicht der Versicherten. in *Ethik contra Planwirtschaft im Gesundheitswesen?: Protokoll der 7. Niedersächsischen Gespräche zwischen Ärztinnen, Juristinnen und Theologinnen; Tagung am 18. November 2006 im Leineschloss in Hannover* (S. 52-58). Niedersächsische Gespräche zwischen Ärztinnen, Juristinnen und Theologinnen .

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Ökonomie in der GKV aus Sicht der Versicherten

Weisenfeld, Ursula

Published in:

Ethik contra Planwirtschaft im Gesundheitswesen?

Publication date:

2007

Document Version

Begutachtete Fassung (Peer reviewed)

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Weisenfeld, U. (2007). Ökonomie in der GKV aus Sicht der Versicherten. in: Ethik contra Planwirtschaft im Gesundheitswesen?: Protokoll der 7. Niedersächsischen Gespräche zwischen Ärztinnen, Juristinnen und Theologinnen; Tagung am 18. November 2006 im Leineschloss in Hannover (S. 52-58). Niedersächsische Gespräche zwischen Ärztinnen, Juristinnen und Theologinnen .

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**Protokoll der
7. Niedersächsischen Gespräche
zwischen
Ärztinnen, Juristinnen und Theologinnen**

**Ethik contra Planwirtschaft
im Gesundheitswesen?**

**Tagung am 18. November 2006
im Leineschloss in Hannover**

Herausgeber:
Niedersächsische Gespräche
zwischen Ärztinnen, Juristinnen und Theologinnen e.V.
Vorsitzende: Ruth Schimmelpfeng-Schütte
Felicitas-Rose-Str. 46, 29229 Celle
1. Auflage, Februar 2007
2. inhaltlich unveränderte Auflage, Juni 2007

Vorwort

Das Thema der 7. Niedersächsischen Gespräche zwischen Ärztinnen, Juristinnen und Theologinnen "Ethik contra Planwirtschaft im Gesundheitswesen?" ist äußerst aktuell und von großer gesellschaftspolitischer Brisanz.

Fast unbemerkt von der Öffentlichkeit vollzieht sich ein grundsätzlicher Strukturwandel in unserem Gesundheitswesen, insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Politik diskutiert seit Jahren nur die Einnahmeseite der GKV, während wesentliche Strukturentscheidungen dem Gemeinsamen Bundesausschuss überlassen werden, der keinerlei demokratische Verantwortung für seine Entscheidungen trägt. Eine Diskussion um das Menschenbild der GKV findet ebenso wenig statt wie eine Diskussion um das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten und die ärztliche Therapiefreiheit. Ziel der Tagung ist es, diese Diskussion anzustoßen. Die Thematik hat in besonderer Weise medizinische, juristische, ethische gesellschaftliche Dimensionen. Sie betrifft nahezu die gesamte bundesdeutsche Bevölkerung. Denn etwa 87 % der Bürgerinnen und Bürger sind in der GKV versichert.

Der Verein Niedersächsische Gespräche zwischen Ärztinnen, Juristinnen und Theologinnen e.V. bietet ein Forum für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Förderung von Wissenschaft und Praxis in gesellschaftspolitischen Fragen auf medizinischem, juristischem und ethischem Gebiet. Der Zweck des Vereins wird insbesondere durch die Veranstaltung von Tagungen und Seminaren verwirklicht. Themen waren bisher z.B. Patientenverfügung, Neugeborenen-Screening, Frauen-Beruf-Gesundheitswesen, Kind als Schaden - Schutz der Menschenwürde durch Gründung eines Pränatalen Hilfsfonds sowie Hospiz für Kinder.

Mitglied des Vereins kann jede Person werden, die den Zweck des Vereins zu fördern bereit und in der Lage ist – unabhängig von Beruf, Geschlecht und Wohnsitz.

Celle, im Januar 2007

Ruth Schimmelpfeng-Schütte

Inhaltsverzeichnis	<i>Seite</i>
Abkürzungen	5
Tagungsprogramm	6
Referentinnen/Referenten	7
Verabschiedete Resolution	8
Struktur der GKV <i>Ruth Schimmelpfeng-Schütte</i>	9
Sparzwang contra Heilauftrag aus ärztlicher Sicht <i>Prof. Dr. med. Anke Lesinski-Schiedat</i>	19
Patientenrechte - Wunsch und Wirklichkeit - <i>Dr. phil. Dr. med. dent. Christian Scherer</i>	29
Ein neues Menschenbild der GKV? <i>PD Dr. theol. Ulrike Kostka</i>	41
Ökonomie in der GKV aus der Sicht der Versicherten <i>Prof. Dr. Ursula Weisenfeld</i>	52
Podiums- und Publikumsdiskussion Medizinischer Fortschritt: ja – aber? <i>Norbert Böhlke</i> <i>Christa Elsner-Solar</i> <i>Gesine Meißner</i>	59

Abkürzungen:

CI	Cochlea-Implantat
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (= Ärztliche Gebührenordnung in der GKV)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GemBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GMG	Gesundheits-Modernisierungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Krankenversicherung

Programm

Moderation

Dr. med. dent. Maria Kaschner

Struktur der GKV

Ruth Schimmelpfeng-Schütte

Sparzwang contra Heilauftrag aus ärztlicher Sicht

Prof. Dr. med. Anke Lesinski-Schiedat

Patientenrechte - Wunsch und Wirklichkeit -

Dr. phil. Dr. med. dent. Christian Scherer

Ein neues Menschenbild der GKV?

PD Dr. theol. Ulrike Kostka

Ökonomie in der GKV aus Sicht der Versicherten

Prof. Dr. Ursula Weisenfeld

Podiums- und Publikumsdiskussion:

Medizinischer Fortschritt: ja - aber?

Norbert Böhlke

Christa Elsner-Solar

Gesine Meißner

Beschlussfassung über eine Resolution

Referentinnen / Referenten

Norbert Böhlke

Mitglied des Niedersächsischen Landtags, Seevetal

Christa Elsner-Solar

Mitglied des Niedersächsischen Landtags, Hannover

PD Dr. theol. Ulrike Kostka

Deutscher Caritasverband, Freiburg

Prof. Dr. med. Anke Lesinski-Schiedat

stellvertretende Vorsitzende

Hartmannbund Landesverband Niedersachsen e.V., Hannover

Gesine Meißner

Mitglied des Niedersächsischen Landtags, Hannover

Dr. med. dent. Maria Kaschner

Zahnärztin, Leer

Dr. phil. Dr. med. dent. Christian Scherer

Wirtschaftswissenschaftler und Zahnarzt, Hildesheim

Ruth Schimmelpfeng-Schütte

Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht

Niedersachsen-Bremen, Celle

Prof. Dr. Ursula Weisenfeld

Universität Lüneburg, Fakultät für Betriebswirtschaftslehre, Lüneburg

Resolution

- 1. Wir fordern die politischen Parteien auf, die öffentliche Diskussion um eine grundlegende Reform der inneren Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. um das Sachleistungsprinzip) zu beginnen.**
- 2. Ziel der Diskussion muss die Transparenz der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Entschlackung von Bürokratie sein.**
- 3. Rationierungsmaßnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung haben Auswirkungen auf das Menschenbild in unserer Gesellschaft. Hier ist eine öffentliche Diskussion unerlässlich.**

Ethik contra Planwirtschaft im Gesundheitswesen?

Im Gesundheitswesen herrscht große Unruhe. Die Zeichen stehen auf Sturm. Die Basis will mehr Selbstbestimmung, mehr Therapiefreiheit. Die Gegenströmung verlangt ein Mehr an staatlicher Steuerung. Was fordern die Grundwerte unseres Staates? Was ist Ethik? Was ist Planwirtschaft? Und was bedeuten beide Begriffe für unser Gesundheitssystem?

1. Ethik

Im Abendland wird seit Jahrhunderten über Ethik diskutiert. Gemeinhin wird angenommen, dass die Debatte mit Platon, also im 4. vorchristlichen Jahrhundert, beginnt. Jedoch kann die Archäologie mit Grabungsfunden belegen, dass es in Ägypten bereits um 3.500 v. Chr. ethische Vorstellungen gab.¹ Ist ethisches Verhalten „angeboren“, oder wird es aus Erfahrung gewonnen? Diese spannenden Fragen müssen wir im Rahmen der heutigen Veranstaltung offen lassen. Entscheidend für unser Thema ist, dass unsere gesamte interaktive Existenz von Ethik geprägt wird. Ja, ich behaupte, dass ohne Ethik ein geordnetes gesellschaftliches Zusammenleben gar nicht möglich ist.

Diese Erkenntnis bezieht sich nicht nur auf das geschriebene Recht, also auf die Gesetze, Rechtsverordnungen, Satzungen etc. Zwar werden im geschriebenen Recht unsere ethischen Überzeugungen in besonderer Weise deutlich, sie werden gewissermaßen „festgeschrieben“. Doch auch im gesellschaftlichen Zusammenleben, das nicht ausdrücklich durch Gesetze geregelt ist, gelten ethische Vorgaben. Sie durchziehen das ganze menschliche Zusammenleben. In allen Bereichen prägen ungeschriebene ethische Vorgaben den Umgang miteinander. Im Sport wird dies besonders deutlich. Hier werden die ethischen Verhaltensregeln mit dem Begriff der Fairness bezeichnet.

Die ungeschriebenen Verhaltensregeln tragen entscheidend dazu bei, dass unser Staat und seine Einrichtungen, einschließlich des Gesundheitswesens, funktionieren. Die

¹ James Henry Breasted „Die Geburt des Gewissens“, Zürich 1950, S. 50 ff.

Missachtung ethischer Vorgaben führt in der Regel zwar nicht zu rechtlichen Sanktionen. Folgenlos bleibt ein Verstoß aber deshalb keinesfalls. Die Reaktionen können gravierend sein und schließen Tadel ebenso ein wie gesellschaftliche Empörung oder Ausgrenzung und Ächtung. So hat etwa die beabsichtigte Anhebung der Vorstandsgehälter bei der Siemens AG bei gleichzeitigem Stellenabbau erheblichen Unmut in der Öffentlichkeit und ethische Missbilligung ausgelöst. Der öffentliche Druck war schließlich so stark, dass der Plan der Gehaltserhöhung aufgegeben wurde.

Es liegt auf der Hand, dass ethisches Verhalten im Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung hat.

Die Basis ärztlicher Tätigkeit ist die eidgebundene Selbstverpflichtung: „Salus aegroti, suprema lex“ („Das Wohl des Kranken ist oberstes Gebot“). Jedes Behandlungsverhältnis gründet auf dieser Verpflichtung. Ja, man kann sagen, dass ohne dieses Gebot ein Behandlungsverhältnis gar nicht funktionieren könnte. Denn es garantiert dem Patienten, dass seine Würde und sein Wille auch in seiner hilflosen Lage als Kranker respektiert werden. Das „Salus aegroti, suprema lex“ schafft Vertrauen. Der Patient kann gewiss sein, dass alles nur zu seinem Besten geschieht und er nicht zum bloßen Objekt der Behandlung wird. Die Ärztin/der Arzt wird alles versuchen, ihm in seiner individuellen Lage zu helfen und die Behandlung an seinen persönlichen Bedürfnissen auszurichten.

2. Planwirtschaft

In einer Planwirtschaft steuert eine zentrale Planungsbehörde die Volkswirtschaft nach abstrakten Zielvorgaben mit Hilfe staatlicher Pläne. Betriebspläne mit Festlegungen über Produktionsziele, Preisgestaltung, Investitionsvorhaben etc. sind verbindlich. Es besteht nur in engstem Rahmen die Möglichkeit, auf veränderte Bedingungen zu reagieren.

Planwirtschaft und das ärztliche „Salus aegroti, suprema lex“ haben damit von vornherein verschiedene Zielsetzungen. Dem planwirtschaftlichen Denken liegen abstrakt-generelle Vorstellungen zugrunde, während die ärztliche Behandlung konkret-individuell auf den einzelnen Menschen gerichtet ist. Planwirtschaft und ärztliche Behandlung passen nicht zusammen. Dort geht es um die Einhaltung eines abstrakten

Planungsziels, hier um einen konkreten einzelnen Menschen. Er erwartet eine individuelle Behandlung, die in vielen Fällen eben gerade keinem abstrakten Plan folgen kann.

Gleichwohl ergeben sich Überschneidungen. Auch bei der individuellen Behandlung ist der Patient zugleich Versicherter. Als Versicherter aber gehört er der Solidargemeinschaft des Krankenversicherungssystems an. Die Solidargemeinschaft tritt für ihn ein und trägt für ihn die Kosten seiner Behandlung. Die Ressourcen sind aber nicht unbegrenzt. Denn die Solidargemeinschaft muss dafür Sorge tragen, dass jeder Versicherte die Chance hat, im Krankheitsfall angemessen behandelt zu werden. Daraus ergibt sich zwangsläufig die Notwendigkeit gewisser Wirtschaftlichkeitsvorgaben auch bei der ärztlichen Behandlung.

Unser Problem ist daher nicht, ob der Gesetzgeber Wirtschaftlichkeitsvorgaben machen darf. Zu fragen ist vielmehr, wie er Wirtschaftlichkeitsvorgaben verwirklicht und in welchem Ausmaß und mit welchen Mitteln er dadurch Einfluss auf das Behandlungsverhältnis nimmt.

3. Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

In der GKV sind etwa 87 % der bundesdeutschen Bevölkerung krankenversichert. Die jährlichen Ausgaben der GKV betragen mehr als 140 Milliarden Euro. Sie müssen - will man eine deutliche Beitragssteigerung vermeiden - also den Bedarf von 70 Millionen Versicherten decken.

a. Sachleistungsprinzip

Mit der Gesundheitsreform 2006/2007 will die Politik im Wesentlichen (lediglich) die Einnahme- und Ausgabenseite der GKV neu regeln. Eine wirkliche Strukturreform ist die Gesundheitsreform 2006/2007 nicht.

Die GKV wird nach wie vor von folgenden Prinzipien geprägt²: Dem Versicherungszwang, dem Solidaritätsprinzip, der Eigenverantwortlichkeit, dem

² Vgl. hierzu im Einzelnen: Schimmelpfeng-Schütte „Zur Reform des ambulanten Leistungsrechts der Gesetzlichen Krankenversicherung“ in *Medizinrecht* 2000, 512 ff.

Präventionsgedanken, dem dynamischen Krankheitsbegriff, den Grundsätzen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit und dem Fehlen eines Verursachungs- und Verschuldensprinzips. Hinzu kommt das Sachleistungsprinzip. Es ist das wesentliche Strukturelement der gesetzlichen Krankenversicherung.

Sachleistung ist das Gegenstück zur Kostenerstattung, die in der Privaten Krankenversicherung gilt. Nach dem Sachleistungsprinzip müssen die Krankenkassen den Versicherten die Sach- und Dienstleistungen in Natur zur Verfügung stellen. Die Versicherten erhalten die Leistungen ohne weiteren Geldtransfer, allein über ihre Chipkarte. Da die Krankenkassen die Versicherten aber nicht selbst behandeln können, bedienen sie sich der sog. Leistungserbringer, insbesondere der Vertragsärzte/ärztinnen. Die Vertragsärzte/ärztinnen haben grundsätzlich keinen Honoraranspruch gegen die Versicherten. Vielmehr zahlen die Krankenkassen eine sog. Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die ihrerseits die Honorarforderungen der Vertragsärzte/ärztinnen begleichen.

Zwischen den Beteiligten besteht also ein sog. Vierecksverhältnis, das hoch differenziert, kompliziert und selbst für Profis schwer zu durchschauen ist. Die GKV produziert in vielen Bereichen Ungereimtheiten und Ungerechtigkeiten. Das führt zu Unmut bei den Beteiligten und schafft insgesamt eine höchst negative Stimmung bei allen Betroffenen.

b. Gemeinsamer Bundesausschuss (GemBA)

Mächtigstes Gremium in diesem Vierecksverhältnis ist ein Ausschuss, nämlich der GemBA. Er ist das Machtzentrum der GKV schlechthin. Das entscheidungsbefugte Plenum des GemBA besteht aus 21 Mitgliedern, die von den Verbänden des Gesundheitswesens „bestellt“ werden oder auf die man sich „einigen“ soll (§ 91 Abs. 2 SGB V³). Die Mitglieder des GemBA werden also weder unmittelbar noch mittelbar gewählt oder von einem gewählten Amtsträger berufen. Sie stehen in keiner politischen Verantwortung gegenüber dem Volk. Sie sind weder abwählbar noch absetzbar. Die Versicherten sind im GemBA nicht stimmberechtigt vertreten.

³ SGB V = Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung.

Gleichwohl hat der Gesetzgeber dem GemBA das Recht zugesprochen, den Leistungskatalog der GKV mit bindender Wirkung gegenüber den Versicherten festzulegen (§ 91 Abs. 9 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Krankenversicherung -SGB V-). Es dürfen somit grundsätzlich nur diejenigen neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewandt werden, die der GemBA anerkannt hat. Alle anderen Methoden scheidern aus, sowohl die, die der GemBA abgelehnt hat, als auch die, die er noch gar nicht geprüft hat.

In der Praxis bedeutet das, dass die Ärztin/der Arzt eine neue Methode grundsätzlich solange nicht anwenden darf, bis einer der Antragsberechtigten⁴ ein Prüfverfahren vor dem GemBA beantragt und der GemBA die neue Methode anerkannt hat. Damit ist es der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt vertragsärztlich untersagt, im konkreten Behandlungsfall eine noch nicht anerkannte neue Methode anzuwenden, auch wenn sie medizinisch unbedingt erforderlich wäre.

Es liegt auf der Hand, dass dieses nicht am konkreten Einzelfall, sondern an abstrakt-generellen Vorgaben orientierte Verbot gravierende Folgen für den Versicherten, aber auch für die Ärztin/den Arzt haben kann. Es kann zu erheblichen ethischen Konflikten kommen, weil die Ärztin/der Arzt das „Salus aegroti, suprema lex“ nicht mehr einhalten kann. Die Situation kann sich im individuellen Behandlungsfall dramatisch zuspitzen und von der Ärztin/vom Arzt eine Entscheidung zwischen Strafbarkeit oder vertragsärztlichem Wohlverhalten verlangen.

Einen Ausweg aus dieser Zwickmühle gibt es nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankungen, wenn eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die gewählte Behandlungsmethode besteht.⁵ Im Übrigen bleibt es bei der strikten Bindung an die Entscheidungen des GemBA.

⁴ Antragsberechtigt sind lediglich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen Vereinigungen oder ein Spitzenverband der Krankenkassen und die Patientenvertretungen.

⁵ BVerfG, Beschluss vom 6. 12. 2005 – 1 BvR 347/98 – in Neue Juristische Wochenschrift 2006, 891 ff.

Die Kompetenzen des GemBA stehen mit unserer Verfassung nicht in Einklang.⁶ Denn nach den Prinzipien des Rechtsstaats und der Demokratie bedarf die Ausübung normsetzender Staatsgewalt einer Legitimation, die sich auf das vom Volk gewählte Parlament zurückführen lässt. Das ist beim GemBA nicht der Fall.

Neben der verfassungsrechtlichen Problematik, die hier nicht vertieft werden kann, ist das Verhalten der Politik einer kritischen ethischen Würdigung zu unterziehen.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der GemBA den „diagnostischen und therapeutischen Nutzen“ von neuen Methoden „sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit ... nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung“ prüfen (§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Wie die Vergangenheit gezeigt hat, stellt sich der GemBA aber vor allem als ein Gremium dar, das der Rationierung dient. Unter dem Label „Qualitätssicherung“ ist die Absicht verborgen, die Kosten für medizinischen Fortschritt in der GKV so niedrig wie möglich zu halten. Die langdauernden und beschwerlichen Prüfverfahren vor dem GemBA bewirken, dass medizinischer Fortschritt den Versicherten jedenfalls erst sehr verzögert zugute kommt.

Ein signifikantes Beispiel hierfür ist das Neugeborenen-Hörscreening. Die Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover hat die Aufnahme des Neugeborenen-Hörscreenings in den Leistungskatalog der GKV im Frühjahr 2004 beantragt. Bis heute liegt keine Entscheidung über den Antrag vor. Die Kinderkommission des Deutschen Bundestages hat auf meine Anfrage mitgeteilt, dass mit einer Entscheidung wahrscheinlich im Frühjahr 2007 gerechnet werden könne. Es sind also drei Jahre seit Antragstellung vergangen – drei Jahre, in denen das Neugeborenen-Hörscreening nicht zum Leistungskatalog der GKV gehört hat, in denen also entsprechende Kosten (allerdings nur sehr vordergründig!) gespart wurden und in denen viele Neugeborenen nicht auf Hörschäden gescreent wurden.

Der Gesetzgeber überlässt dem GemBA nicht nur die Entscheidung über die Aufnahme von neuen Methoden in den Leistungskatalog. Er überlässt ihm darüber hinaus auch die Antwort auf die Frage, nach welchen Kriterien die Überprüfung einer neuen Methode

⁶ Vgl. im Einzelnen: Schimmelpfeng-Schütte „Die Entscheidungsbefugnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses“ in Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2006, 567 ff.

denn eigentlich zu erfolgen hat. Was z.B. ist unter dem „Nutzen der neuen Methode“ im Sinne des § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zu verstehen? Der Begriff „Nutzen“ wird im Gesetz nicht definiert. Meint § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V den rein finanziellen Nutzen für die Krankenkassen, oder gehören auch immaterielle Gebrauchsvorteile für den Versicherten zum Nutzen?

Der Gesetzgeber beantwortet die Frage nicht, sondern überlässt es dem GemBA, den Nutzenbegriff rein monetär auszulegen. Damit besteht die Gefahr, dass der Leistungskatalog der GKV durch die Entscheidungen des GemBA auf Grundleistungen reduziert wird und die GKV auf diese Weise – ohne ausdrückliche parlamentarische Entscheidung – zu einer bloßen Grundversicherung wird.

Die Reduzierung der GKV auf eine bloße Grundversicherung ist jedoch von wesentlicher Bedeutung für unseren Staat. Über sie muss deshalb vom Parlament entschieden werden. Das Parlament darf diese wichtige Frage nicht den gesundheitspolitischen Vorstellungen des GemBA überlassen, sondern muss seine politische Verantwortung wahrnehmen. Es gehört zu einer gewissenhaften Amtführung, die Dinge, die zu regeln sind, auch tatsächlich anzugehen und nicht vor sich her zu schieben. Tut man das nicht, reagieren die Bürgerinnen und Bürger mit Wahlverdrossenheit. Das Vertrauen in das Funktionieren der Demokratie schwindet. Das Feld wird denen überlassen, die von Demokratie nichts halten. Ein alarmierender Vorgang!

Angesichts der steigenden Lebenserwartung und dem schnellen medizinischen Fortschritt werden wir uns darauf einstellen müssen, dass auch in der deutschen GKV Rationierungsentscheidungen getroffen werden müssen. Bei dieser Sachlage ist es die ethische Pflicht des Gesetzgebers, diese Wahrheit den Bürgerinnen und Bürgern deutlich und klar zu sagen. Nur dann kann eine allgemeine gesellschaftliche Debatte darüber geführt werden, wo und wie gespart werden soll. Eine solche öffentliche Diskussion ist unerlässlich. Denn die Frage, wie und wo in der GKV gespart werden muss, wird erheblichen Einfluss auf das Menschenbild unserer Gesellschaft haben und unsere Gesellschaft nachhaltig prägen.

Voraussetzung einer offenen allgemeinen Diskussion ist die Transparenz der GKV. Es ist mit ethischen Anforderungen nicht zu vereinbaren, einen wesentlichen

Aufgabenbereich in unserem Staat so undurchsichtig und bürokratisch zu gestalten, dass selbst Eingeweihte das Chaos scheuen. Die GKV muss endlich transparent und von überflüssiger Bürokratie entschlackt werden. Ihre heutigen Strukturen sind überkompliziert und binden Geld und Energie, die für die Behandlung der Versicherten fehlen. Es ist ein Unding, aber traurige Tatsache, dass heute weder der Versicherte noch seine Ärztin/sein Arzt oder seine Krankenkasse weiß, welche Kosten er in einem Abrechnungsquartal tatsächlich verursacht.

Die Defizite der GKV werden seit Jahren intensiv in Rechtsprechung und Rechtswissenschaft diskutiert.⁷ Die Politiker greifen das Thema aber nicht auf. Im Gegenteil. Sie verstecken sich nur allzu gerne hinter dem Vorschriften-Tohuwabohu der GKV und hinter dem GemBA. Er trifft die unpopulären Entscheidungen der GKV, die den Politikern das Mandat kosten könnten. Der GemBA dagegen geht damit kein Risiko ein (jüngstes Beispiel: die Nichtaufnahme der Insulinanaloge in den Leistungskatalog). Er hängt nicht von Wahlen ab, kann daher schalten und walten, wie er will, und die GKV nach seinen Vorstellungen gestalten.

5. Ausblick

Lassen Sie mich, meine Damen und Herren, mit einem Blick auf das „Salus aegroti, suprema lex“ schließen. Wie bereits gezeigt, kann die Bindung an die Entscheidungen des GemBA zu massiven ethischen Konflikten in der ärztlichen Behandlung führen. Es ist in manchen tragischen Fällen das Aus für das „Salus aegroti, suprema lex“.

Das gilt auch für den Umstand, dass den Ärztinnen/Ärzten vor Ort die Aufgabe zugemutet wird, Rationierungsentscheidungen zu treffen. Die Zuweisung eines begrenzten Budgets beinhaltet die Pflicht, einem konkreten Patienten bestimmte Behandlungen vorzuenthalten, weil das Budget erschöpft ist. Die Aufklärung der Bevölkerung darüber, dass nicht jeder Versicherte jede Leistung erhalten kann, ist jedoch nicht Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, sondern Aufgabe der Politiker. Sie haben die Pflicht, unser Krankenversicherungssystem den veränderten gesellschaftlichen Verhältnissen anzupassen, d.h. eine wirkliche Reform durchzuführen, die diesen Namen auch verdient. Solange die Politik stattdessen aber immer noch

⁷ So bereits Schimmelpfeng-Schütte in NZS 1999, 530 ff.; vgl. dieselbe auch in ZRP 2004, 253 ff.

versichert, dass jeder Versicherte jede notwendige Leistung auch tatsächlich erhält, besteht hier wenig Hoffnung.

Ehrlichkeit und Transparenz sind unerlässlich, damit die GKV tatsächlich und zukunftsfähig erneuert werden kann und ethisches Verhalten im Gesundheitswesen möglich bleibt.

Ich danke Ihnen!

- Beitrag aus juristischer Sicht

Ich frage mich, was eine demokratische Legimitation des GemBA im Hinblick auf den Behandlungsauftrag an Verbesserung bringen könnte. Nach meiner Ansicht haben wir keine gute Möglichkeit, die anstehenden Fragen im Parlament offen zu diskutieren. Wir haben keine Diskursethik, die es ermöglichen würde, ein Ergebnis offen zu besprechen. Stattdessen haben wir eine Parteiendiktatur. Das möchte ich ausdrücklich unterstreichen. Bei diesen Voraussetzungen bestehen keine Möglichkeiten, den ärztlichen Behandlungsauftrag zugunsten der Patienten zu stärken.

Da die Diskursethik nicht funktioniert, frage ich mich, welche ethischen Grundsätze, die von allen akzeptiert werden können, hier Abhilfe schaffen können? Es ist eine Frage nach der sozialen Gerechtigkeit, nach der Teilhabegerechtigkeit, die sich hier stellt.

- Beitrag aus ärztlicher Sicht

Ich plädiere nach wie vor für die ärztliche Therapiefreiheit. Denn mit der Therapiefreiheit des Arztes ist die Hoffnung verbunden, dass er sein Handeln am Wohl seines Patienten ausrichtet. Er möchte aus ethischen Erwägungen heraus das Beste für seinen Patienten erreichen. Der ganz praktische Ansatz meines Plädoyers für die Therapiefreiheit des Arztes ist meine Überzeugung, dass es eine Vielzahl von Fehlsteuerungen in der Versorgung kranker Menschen gibt - sowohl Überversorgungen als auch Unterversorgungen. Ein Arzt, der seinen Patienten kennt, kann entscheiden, ob er ein Medikament benötigt, ob er besser in eine Selbsthilfegruppe gehört oder in eine andere Art von Therapie. Ich weiß, dass viele Menschen zur Behandlung kommen und

z.B. über Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen klagen, ohne dass dies somatische Ursachen hätte. Ihnen kann mit Medikamenten nicht geholfen werden. Allein der Arzt, der seinen Patienten und sein Umfeld kennt, kann entscheiden, was tatsächlich hilft.

- Beitrag aus juristischer Sicht

Es mag sein, dass sich für die Versicherten nichts bessert, wenn der Rechtsverordnungsgeber (also das Bundesgesundheitsministerium) anstelle des GemBA tätig wird. Demokratie ist jedoch nicht nur eine Frage des Ergebnisses, sondern vor allem des Weges zu einem Ergebnis. Es widerspricht den Grundsätzen des demokratischen Rechtsstaats, einem beliebigen Gremium den Auftrag zu geben, bestimmte Regelungen von wesentlicher Bedeutung für unsere Gesellschaft zu treffen. Demokratie bedeutet Transparenz und Diskussion. An dieser Diskussionskultur fehlt es in Deutschland. Ohne sie gibt es jedoch keine zukunftsfähigen Lösungen.

- Beitrag aus theologischer Sicht

Ich stimme ihnen zu. Die Diskussion um die aktive Sterbehilfe ist ein gutes Beispiel, das Ihre Ansicht stützt. Durch die offene gesellschaftliche Diskussion dürfte hier ein Weg gefunden werden können, der die Probleme löst, ohne dass ethische Prinzipien verletzt werden. Die Diskussion um die Sterbehilfe ist für mich ein Beleg dafür, wie zukunftsfähige Lösungen auch für die GKV gefunden werden könnten.

- Beitrag aus juristischer Sicht

Für die Legitimation von Entscheidungen innerhalb der GKV ist es nicht erforderlich, dass jede Maßnahme im Parlament diskutiert wird. Es reicht in vielen Fällen aus, wenn der Verordnungsgeber (d.h. das Bundesgesundheitsministerium) die politische Verantwortung für die Entscheidungen trägt und die Fachaufsicht hat und auch ausübt. Derzeit bestehen hier große Unklarheiten. Zum Teil wird gesagt, dass der GemBA nur einer Rechtsaufsicht unterliegt. Auf der anderen Seite richtet der GemBA ganz bewusst inhaltliche Fragen an das Ministerium. Ich erinnere an die Sondennahrung bei Kindern.

Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat

Sparzwang contra Heilauftrag aus ärztlicher Sicht

1. Einleitung

Der Begriff des ärztlichen Heilauftrages – das Gebot des „salum aegroti suprema lex“ – enthält viele offene Fragen:

Kann ich als Ärztin wirklich heilen? Was heißt überhaupt „heilen“? Was heilt den Patienten tatsächlich? Bezieht sich Heilung nur auf den Körper, oder schließt sie notwendiger Weise Seele und Geist ein? Kenne ich als Ärztin überhaupt alle in Betracht kommenden Krankheiten? Kann ich beauftragt werden zu heilen? Wer kann mir einen solchen Auftrag erteilen? Ist ein Heilauftrag mit der Erwartung eines bestimmten Ergebnisses verbunden? Oder muss das Ergebnis eines Auftrages zum Heilen notwendiger Weise offen bleiben? Widersprechen sich Heilen und Auftrag? Kann es den Befehl geben „Nun heile mich mal“?

In Kombination mit dem ärztlichen Heilauftrag ist auch der Begriff des Sparens, des Sparzwangs, schillernd:

An was soll gespart werden? An Zeit? An finanziellen und/oder materiellen Ressourcen im ärztlichen Bereich? Sollen wir Ärzte sparen, oder sollen wir mit den Mitteln der Patienten haushalten? Warum müssen wir Ärzte eigentlich sparen? Muss nicht eigentlich der Versicherte sparen? Wenn ich den Auftrag vergebe, einen Tisch zu bauen, muss dann der Tischler am Holz sparen und ich am Geld? Muss dem Arzt, der spart, nicht eigentlich unterstellt werden, dass er falsch behandelt?

2. Ärztliche Behandlung heute

Die Medizin folgt den Bedürfnissen der Patienten. Sie hat keine Eigengesetzlichkeit, sondern ist ein Produkt unserer Kultur. Medizin ist zwar Reaktion auf Krankheit, aber auch immer verknüpft mit ärztlichem Wissen und mit der Fähigkeit, Dienstleistungen am Patienten zu erbringen. Der erhebliche Wissensschatz des studierten Arztes wird um seine täglichen Erfahrungen aus individuellen Genesungs- und Krankheitsverläufen

bereichert. Außerdem nehmen die ärztlichen Möglichkeiten durch Wissenschaft und Forschung ständig zu.

Die wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen beeinflussen nicht nur den Medizinbereich, sondern auch die gesellschaftlichen Realitäten, die ihrerseits die ethischen Wertvorstellungen prägen. Die Wertebegriffe unterliegen auf diese Weise einer ständigen Veränderung ebenso wie das Verständnis für Krankheit. Aus meiner Sicht kann man heute zu Recht behaupten, dass wir in Deutschland keine wirklich kranke Bevölkerung haben. Aber sicher haben wir eine Bevölkerung, die sich oft in ihrer Befindlichkeit gestört fühlt. Mit der Veränderung der Wertvorstellungen hat sich auch die Forderung der Gesellschaft und des einzelnen Patienten an den ärztlichen Heilbefehl gewandelt. Damit haben sich auch die ärztlichen Pflichten verändert. So gibt es heute für viele Krankheiten unterschiedliche Therapiealternativen, die berücksichtigt oder ausgeschlossen werden müssen. Welche Alternative die richtige ist, kann in vielen Fällen nicht der Arzt allein entscheiden. Er muss heute den Patienten aktiv in seine Überlegungen und in die Entscheidung einbeziehen.

Unverändert geblieben ist allerdings der Umstand, dass der Arzt keine Garantie für den therapeutischen Erfolg geben kann. Diese forensisch wichtige Überlegung mag der Grund dafür sein, dass der Arzt in den letzten fünfzehn Jahren einem immer stringenteren normierten Handlungsgebot unterliegt. Es ist geprägt durch Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Leitlinien, Satzungen, Budgets, Fallpauschalen, Versorgungsmodellen, Statistik etc. Ärztliche Tätigkeit bedeutet heute auch einen undurchschaubaren Wust an Pflichten und Obliegenheiten.

Wie kam es zu dieser Entwicklung?

3. Beschränkung des ärztlichen Heilbefehls

Meines Erachtens ist ein Teil des überbordenden Regelwerkes einem vorausschauendem Gehorsam geschuldet. Sicherlich sollen wir Ärzte – wie jeder andere Berufsstand auch – selbstkritisch sein. Doch wir haben auch Grund, mit unserem erfolgreichen ärztlichen Handeln zufrieden zu sein. Statt jedoch positiv und selbstbewusst gegenüber Politik und Kontrollorganen aufzutreten, erwecken wir den

Anschein, als erwarteten wir hinter jeder Ecke einen Kritiker. Offensichtlich wollen wir ihm zuvor kommen und schaffen deshalb immer neue interne Regularien.

Ärztliches Handeln wird heute außerdem wesentlich durch das Honorierungssystem mit geprägt. Regulierend ist hier nicht die Beziehung zwischen Arzt und Patient, sondern das Honorierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die GKV stellt die Bedingungen, zu denen die ärztliche Selbstverwaltung, die Kassenärztlichen Vereinigungen, ihre Verträge letztlich abschließen müssen.

Die ärztliche Therapiefreiheit wird auf diese Weise durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM = die ärztliche „Gebührenordnung“ der GKV) eingeschränkt, und zwar in unangemessener Weise. Denn nur die Leistungen, die im EBM aufgeführt sind, dürfen abgerechnet und können bezahlt werden. De facto bedeutet das, dass in der Regel auch nur diese Leistungen angeboten werden können. Im „normalen“ Krankheitsfall mag das ausreichen. Aber was ist bei komplexen Fällen? Was ist mit der ärztlichen Pflicht, den Patienten lege artis zu behandeln?

Ein Beispiel soll dies belegen: Den Verlauf einer Nasenebenhöhlenerkrankung kann man von außen schlecht beurteilen. Eine einfache sog. A-Sonographie ist ein sehr gutes und den Patienten nicht belastendes Verfahren, um Therapieerfolge zu kontrollieren und die Therapie zu steuern, damit eine Operation vermieden wird. Nachdem die Leistungsziffer für die A-Sonographie im EBM abgeschafft wurde, haben die Hals-, Nasen-, Ohrenärzte die Sonographiegeräte noch solange benutzt, solange sie funktionierten (allerdings ohne ihre Anwendungen für Papier, für Strom und Zeit abrechnen zu können). Eine Neuanschaffung eines defekten Gerätes war nicht mehr finanzierbar, auch nicht für die Medizinische Hochschule Hannover. Kollegen, die ihre Ausbildung in den letzten fünf Jahren an der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Medizinischen Hochschule Hannover begonnen haben, werden nun also das Sonographieverfahren nie erlernen können.

Eine weitere Einschränkung der freien ärztlichen Heilkunst ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Da der Sachbearbeiter einer Krankenkasse medizinische Maßnahmen mangels Sachkunde nicht beurteilen kann, die GKV andererseits nur „notwendige“ und „wirtschaftliche“ Leistungen finanziert, werden Gutachtenaufträge an die Ärzte des MDK erteilt. Sie sollen die geplanten individuellen

Therapien beurteilen und einschätzen. Die Realität zeigt, dass die Krankenkassen den MDK flächendeckend einsetzen und die behandelnden Ärzte vor Ort mit MDK-Gutachten bombardieren. Dabei müssen die MDK-Gutachter nicht einmal Fachärzte sein, um eine Behandlung beurteilen zu dürfen. Die Folge ist, dass viele innovative Therapieverfahren abgelehnt werden, weil die vorhandene Versorgung nach der unzureichenden Kenntnis des MDK ausreichend und die Wirtschaftlichkeit des neuen Verfahrens nicht nachgewiesen sei.

Welche Folgen das haben kann, wird durch die Versorgung mit einer elektrischen Hörprothese, dem sog. Cochlea-Implantat (CI), anschaulich belegt. Die Versorgung mit einem CI ist eine Therapie für hochgradig schwerhörige Menschen. Seit Jahrzehnten ist es medizinisches Standardwissen, dass die Hörnervenzellen bei tauben Kindern ohne Versorgung mit einem CI nicht „reifen“ und somit nutzlos werden. Eine Möglichkeit zur Nachreifung existiert ohne CI nicht. Trotz dieser Kenntnis und trotz vielfachen Nachweises, dass eine beidseitige CI-Versorgung die einzige Möglichkeit für eine beidseitige Reifung der Hörnerven darstellt, wird aus vermeintlich wirtschaftlichen Gründen (das CI ist eine teure Maßnahme) das beidseitige CI vom MDK abgelehnt. Der Arzt wird hier gegen sein Wissen und gegen seinen Willen zum Sparen gezwungen. Der Patient unterliegt also – wenn man es scharf, aber korrekt formuliert - eindeutig einem Behandlungsfehler.

Selbstverständlich kann jeder individueller ärztlicher Therapievorschlag kritisiert werden. Die Frage ist jedoch, wer ist hierzu berufen? Wer kann und wer darf Kritik üben?

4. Das Sachleistungsprinzip ist überholt

Im 21. Jahrhundert darf die Therapieentscheidung im individuellen Fall nicht mehr der GKV überlassen werden. Die gesetzlichen Krankenkassen können und dürfen die Versicherten nicht mehr bevormunden. Die Versicherten müssen nicht vor den Ärzten geschützt werden. Sie sind mündig und können Verantwortung für sich übernehmen, die ihnen der Gesetzgeber bei der Zuweisung der Eigenverantwortung (§ 1 Satz 2 SGB V) ja auch selbst zumutet. Die Versicherten von heute sind grundsätzlich mündig in Gesundheitsfragen. Unmündig und ahnungslos sind sie allerdings in Bezug auf die Abläufe und Mechanismen der GKV. Sie werden in diesem Bereich bewusst unmündig

gehalten. Die Verantwortlichkeit für den eigenen Körper und die eigene Gesundheit im direkten Arzt-Patienten-Kontakt wird den Versicherten durch das Sachleistungsprinzip mit der abstrakten Chipkarte verwehrt bzw. abgenommen.

Die ursprüngliche Idee des Sachleistungsprinzips geht auf die Realität des 19. Jahrhunderts zurück. Während der Industrialisierung stand die körperliche Belastung des einzelnen Arbeiters seiner geringen Bildungsmöglichkeit gegenüber. Die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung führte mit dem „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 15. 6. 1883 zur Zwangskrankenversicherung für Arbeiter. In der damaligen Zeit entsprach es der Forderung nach sozialer Gerechtigkeit und diente dem Schutz des einzelnen Versicherten. Das hat sich inzwischen gewandelt.

Nach dem Beschluss des BVerfG vom 6. 12. 2005 (1 BvR 347/98) bedeutet soziale Gerechtigkeit heute, dass die Interessen der Solidargemeinschaft mit den Interessen der Einzelnen verknüpft sind. Soziale Gerechtigkeit ist erst erreicht, wenn die Grundrechte des einzelnen Versicherten gewahrt sind.

Dem entspricht die Realität im Gesundheitswesen nicht. Das Recht auf Selbstbestimmung und freie Arztwahl ist aus meiner ärztlichen Sicht in der jetzigen gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Situation nicht gewährleistet. Der Versicherte kann nicht frei über seine Therapie entscheiden und damit die Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen. Er wird durch das Sachleistungsprinzip bevormundet. Das Sachleistungsprinzip behindert die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit.

Mit dem Festhalten am Sachleistungsprinzip wird der Ärzteschaft ein tiefes Misstrauen signalisiert. Es wird ihnen indirekt unterstellt, dass die Einführung der Kostenerstattung zu einer unkontrollierten Mengenausweitung führen würde. Es drohe die Gefahr – so wird signalisiert -, dass die Ärzte die Beiträge der Versicherten verschwenden würden. Sie würden bei Einführung des Kostenerstattungsprinzips ihren Heilauftrag vernachlässigen, ihre Patienten nicht *lege artis* beraten und behandeln und ihnen unsinnige, eventuell sogar schädliche Medizin anbieten, um die eigenen pekuniären Interessen zu verfolgen.

Zusammengefasst lässt sich die heutige Situation so beschreiben: Ein handlungsbeschränkter Arzt steht einem entscheidungswilligen, aber nicht entscheidungsbefugten Patienten gegenüber. Verpflichtet durch den hippokratischen Eid wäre der Arzt in vielen Fällen gezwungen, gegen die Einschränkungen der GKV zu handeln. Damit jedoch ist ein erhebliches Finanzierungsrisiko verbunden. Denn das Risiko eines Abweichens von den Handlungsgeboten der GKV liegt in vollem Umfange beim Arzt. Immer öfters hört man daher die kurze und prägnante Bemerkung: „Das Morbiditätsrisiko liegt im derzeitigen System beim Arzt und nicht bei der Versicherung“.

5. Ein neues Arzt-Patienten-Verhältnis

Es ist unbestritten, dass das Gesundheitssystem marktwirtschaftlichen Gesetzen nur bedingt unterliegt. Kein anderes Ordnungssystem in unserer Gesellschaft wird von einem so hohen Respekt vor dem einzelnen Menschen geprägt. Durch die veränderte Anspruchshaltung in der Gesellschaft in Verbindung mit dem medizinischen Fortschritt werden jedoch auch im Gesundheitssystem die wirtschaftlichen Potentiale entdeckt. Sie kehren den Sparzwang um in Ideen zu wirtschaftlicher Ausweitung für alle. So neigen die Versicherten in ihrer jetzigen Situation vermehrt dazu, ihre „Beitragsinvestition“ in das System mit einem vermeintlich entsprechenden Outcome zu verbinden. Das führt zu einer unkritischen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.

Die Forderung muss also sein, das Arzt-Patienten-Verhältnis neu aufzustellen. Sicherlich wird es niemals, gerade auch angesichts der rasanten medizinischen Entwicklung, ein Verhältnis zwischen Arzt und Patient auf gleicher Augenhöhe geben können. Trotzdem ist der Versicherte aus der Sicht des Arztes nicht nur der Kranke, der geheilt werden will. Er ist zugleich der an seiner Gesundheit interessierte Partner. Beide – Arzt und Versicherter - haben in gemeinsamer Verantwortung eine abwägende Entscheidung zu treffen.

Beim Sachleistungsprinzip ist das nicht möglich, weil der Patient keine Verantwortung übernehmen kann. Er muss für die Kosten der Behandlung keine Verantwortung übernehmen, obwohl er heute sehr wohl in der Lage ist, Rechnungen mit empfangenen Leistungen zu vergleichen und zu kontrollieren, und zwar mit den aktuellen technischen Informationssystemen. Hätte er außerdem die Möglichkeit, die Leistungen der

anbietenden Ärzte untereinander zu vergleichen, wäre eine doppelte Kontrolle möglich: die Kontrolle durch den kritischen Versicherten, der sorgsam mit seinen finanziellen Ressourcen umgeht, und die Kontrolle durch den mitanbietenden Arzt. Hierzu müssen dem Versicherten Preis- und Leistungsvergleiche ermöglicht werden, d.h. die ärztliche Angebotspalette muss offen gelegt werden. Das Argument, damit werde der ärztlichen Werbung Tür und Tor geöffnet, überzeugt nicht. Die Offenlegung ärztlicher Möglichkeiten und Kompetenzen ist auch keine öffentliche „Kollegenschelte“, sondern eine Möglichkeit, eine breite Öffentlichkeit zu informieren und zu sensibilisieren. Der Patient hätte die Chance, eine Entscheidung treffen, die für ihn in seiner Situation ausreichend und zweckmäßig wäre.

Unter der derzeitigen Geltung des Sachleistungsprinzips ist er zu einer derartigen Entscheidung nicht in der Lage. Tatsächlich trifft heute weder der behandelnde Arzt noch der Patient die Behandlungsentscheidung. Sie wird vielmehr von dem Sachbearbeiter der Krankenkasse getroffen oder – falls er inkompetent und entschlossenlos ist – vom MDK.

Mit der Einbeziehung des Patienten in die Verantwortung verändert sich notwendiger Weise auch das Bild des Arztes als eines samariterhaften Heilers. Das zukünftige Arztbild wird geprägt sein von der Erkenntnis, dass der Arzt, der sich ausschließlich aus humanitären Gründen dem Menschen zuwendet, keine ökonomische Überlebenschance hat. Die gesellschaftliche Reputation des Arztes wird sich wandeln. Die ökonomischen Zwänge und die Möglichkeiten der zeitgemäßen (nicht der „modernen“) Medizin, die alle nutzen wollen, zwingen zu ökonomischem Behandeln. Fallpauschalen haben bereits die Nüchternheit einer solchen Perspektive auf eine Gesundheits„industrie“ projiziert. Der Begriff „Industrie“ im Zusammenhang mit unserem Gesundheitswesen mag viele erschrecken. Schaut man jedoch der Realität ins Gesicht, so zwingen uns bereits heute die Qualitätsanforderungen zu einer systematischen Handlungsweise. Sie muss nicht per se schlecht sein. Vielmehr kann eine systematische Leistungserbringung wirtschaftliche Reserven erarbeiten und damit sinnvoll sparen. Sie ermöglicht die Finanzierung auch unwirtschaftlicher Vorgänge und führt somit zu einer klassischen Mischfinanzierung, die in der sozialen Marktwirtschaft üblich ist.

Diese Zukunftsaussichten stellen die ärztliche Kunst durchaus nicht in Frage. So wird heute in der Bevölkerung beispielsweise ein völlig falsches Bild vom Facharzt für

Radiologie gezeichnet. Er wird als eine Person dargestellt, die mittels einer teuren Maschine ein Bild zu überhöhten Preisen herstellt, was eigentlich jeder könnte. Das Gegenteil ist der Fall. Die Erstellung des Bildes ist hoch diffizil. Die Interpretation der sehr komplexen Bilddaten benötigt ein immenses Spezialwissen. Die zunehmende Spezialisierung der Radiologen auf einzelne Körperregionen oder auf einzelne Verfahren belegt das nachdrücklich.

6. Ausblick

Akzeptieren die Patienten ihre Verantwortlichkeit für die finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens? Die Patienten spüren, dass die Proteste der Ärzte nicht auf Geldschneiderei basieren. Sie realisieren, dass ärztliche Leistungen in der bisherigen Art und Weise und unter den heutigen Bedingungen nicht mehr geleistet werden können. Ärzte und Patienten haben eine gemeinsame Erfahrung gemacht: Beiden wurden ihre Freiheiten genommen unter dem Vorwand, das Gesundheitssystem bezahlbar zu erhalten und zu diesem Zwecke zu sparen. Die Auslobung von Prämien, wenn Ärzte ihre Patienten kurz halten, mag in diesem Zusammenhang nur eines von vielen Beispielen sein.

Die Patienten erwarten eine aktuelle Medizin unter Berücksichtigung der Menschlichkeit und der Respektierung ihres Wunsches nach Beratung. Sie wollen nicht nur Apparatedizin. Kann das Gesundheitssystem diesen Wunsch nicht (mehr) erfüllen, suchen sich die Menschen eine Alternative – die sie offensichtlich auch finden. Denn neben der Schulmedizin existiert ein weiterer Gesundheitsmarkt, der die gleiche Geldmenge jährlich in Anspruch nimmt. Dieser alternative Markt funktioniert. Er orientiert sich ausschließlich am Wettbewerb!

Auch in scheinbar unbelehrbaren politischen Kreisen verändert sich der Erkenntnisgrad über die Zukunft unseres Gesundheitssystems. So äußerte Heide Simonis kürzlich: Bisher haben wir den Gesundheitssektor eher als Kostenfaktor und damit als Last für die Gesellschaft angesehen; dies gilt ab sofort nicht mehr! Völlig zu Recht stellen die Wirtschaftsweisen fest, dass steigende Ausgaben im Gesundheitswesen nicht grundsätzlich falsch oder schlecht sind. Den demographischen Wandel kann man als Last sehen. Man kann ihn aber auch als Entwicklungspotential betrachten. Das setzt voraus, dass wir Ärzte die Chancen entdecken, unsere Leistungen anzubieten. Es ist

unsere ureigene Aufgabe gegenüber der Gesellschaft und der Politik, die Vorteile einer guten medizinischen Versorgung darzustellen. Positive ökonomische Aspekte müssen der allgemeinen negativen Kommentierung des demographischen Wandels gegenübergestellt werden. Es muss öfter betont werden, dass durch die Medizin auch die körperlichen Möglichkeiten für eine längere Lebensarbeitszeit zur Verfügung gestellt werden.

Eine staatliche gelenkte Verteilung der Gelder innerhalb des Gesundheitssystems ist kontraproduktiv. Auch eine Ausgliederung von Leistungen aus einem Gesundheitskatalog ist nicht die Lösung. Stattdessen muss gesellschaftspolitisch unter der mutigen Einbeziehung des ärztlichen Sachverständes ein Katalog (oder eine Definition) der Grundleistungen für alle entwickelt werden, der ergänzt wird durch individuell definierte ärztliche Zusatzleistungen.

58% von 132 befragten europäischen Patientenvereinigungen denken, dass sich im Jahre 2020 die Eigenverantwortung des Patienten als entscheidende Rolle im Gesundheitswesen durchgesetzt haben wird. Interessant ist, dass das Bundesgesundheitsministerium dies offensichtlich auch schon ahnt: Es förderte in den Jahren 2002 bis 2004 diverse Projekte zum Thema „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“, und zwar mit stolzen 3,3 Millionen Euro.

In 20 Jahren – so sagte ich voraus – werden die Menschen zum Arzt gehen, nicht um dort ihre Eigenverantwortung abzugeben, sondern um Gesundheitsdienstleistungen zu konsumieren.

Ich danke Ihnen!

- *Beitrag aus juristischer Sicht*

Mir dängt sich die Frage auf, ob wir nicht eigentlich am Ende des Solidaritätsprinzips angelangt sind. Ist es noch vertretbar, dass ein Versicherter für die Zahlung eines Krankenversicherungsbeitrages von 14 % oder 15 % jede Behandlung kostenlos bekommt, während wir in allen anderen Lebensbereichen (Bildung, Ferien, Auto etc.) sehr wohl differenzieren? Gesundheit wird bei uns aufgrund des Solidarprinzips auf

einem dramatisch hohen Niveau geschaffen im Vergleich zu allen anderen Ländern. Es liegt auf der Hand, dass das nicht mehr zu bezahlen ist. Wir sollten die Luxusmedizin, die Wohlfühlmedizin, die Zusatzmedizin - d.h. die Medizin des zweiten Gesundheitsmarktes - einer Zusatzversicherung übertragen. Meines Erachtens sollten die Politiker offen und ehrlich sagen, dass wir über das Solidaritätsprinzip den medizinischen Fortschritt nicht mehr finanzieren können.

- *Beitrag aus ärztlicher Sicht*

Ich glaube, dass die Politiker oft einfach nicht wissen, wie das Gesundheitssystem auf Patientenebene funktioniert, weil sie hier keine eigenen Erfahrungen haben. Ich denke nicht, dass die Politiker die Bevölkerung in Bezug auf unser Gesundheitssystem bewusst belügen. Sie lügen nicht, sondern sie wissen häufig nicht, was sie sagen, weil sie schlecht informiert sind. Das ist kein Vorwurf, sondern einfach eine Tatsachenbeschreibung. Es kann nicht jeder über das Gesundheitssystem Bescheid wissen.

Wenn wir einen Grundleistungskatalog definieren, werden wir mit einem geringeren Betrag für die Versicherten auskommen. Anspruch besteht dann aber auch nur auf die Grundleistung. Hierzu gehören aus meiner Sicht drei Erkrankungen: der Herzinfarkt, die bösartige Erkrankung (also Krebs) und die Ganzkörperinfektion, unter der man dramatisch schnell sterben kann. Alles andere, selbst die Mittelohrentzündung, ist für mich eine Zusatzleistung, bei der jeder Patient selbst entscheiden sollte, in welcher Form er behandelt werden möchte. Das sind zwei Versicherungsmodelle, die diskutiert werden müssen, um zu einer echten Strukturreform zu kommen.

Dr. phil. Dr. med. dent. Christian Scherer

Patientenrechte – Wunsch und Wirklichkeit –

„Ich bin Wirtschaftswissenschaftler und Mediziner, niedergelassen in eigener Praxis. Lassen Sie mich zunächst an die Bemerkung meiner Vorrednerin anknüpfen, die lautete: „Politiker lügen nicht“. Zahlreiche Äußerungen von Politikern erschweren es mir, mich dieser Auffassung vorbehaltlos anzuschließen. Wohlwollend formuliert muss ich sagen: Viele Beteiligte reden hier wider ihr eigenes besseres Wissen.

Es gibt viele politische Konzepte, die eine Mogelpackung sind. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist eines der prägnantesten sozialpolitischen Ziele der jüngeren Reformansätze in der Gesundheitsgesetzgebung, nämlich die Forderung nach einer Realisierung von Patientensouveränität. Diese Forderung wird meistens verbunden mit dem Postulat nach der Verbesserung der Stellung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Forderung ist als reine Deklaration unumstritten und parteiübergreifend Konsens. Sie ist meistens verbunden mit der Forderung nach Abschaffung einer Zwei-Klassen-Medizin. Den Forderungen liegt das Bemühen zugrunde, den Patienten aus seiner in vielen Aspekten nachteiligen Position als Nachfrager von Gesundheitsleistungen zu befreien. Man möchte ihn stattdessen in der Rolle eines mündigen Konsumenten von Gesundheitsleistungen sehen. Der Patient soll zum Kunden werden mit den Rechten des Kunden und mit den Interaktionsmöglichkeiten des Kunden. Diese Zielformulierung stellt die Patientensouveränität mit der Kundensouveränität eines mündigen Bürgers/Konsumenten gleich. Der souveräne Konsument ist Wirtschaftsteilnehmer und steuert die Wirtschaft durch sein Einkommen nach seinen Präferenzen. Er steuert damit die Angebote und Dienstleistungen des Marktes - eine klassische wirtschaftswissenschaftliche Definition. An dieser Stelle docken dann noch aktuelle Modebegriffe an: Partizipative Entscheidungsfindung, Empowerment, Shared Decision Making.

Der Kunde ist Marktteilnehmer. Der Markt für einen souveränen Kunden ist im Idealfall ein vollkommener Markt - soweit die Theorie. Der vollkommene Markt existiert realiter jedoch nicht. In vollkommenen Märkten herrscht eine völlige Informationstransparenz. Es gibt u.a. keine Zugangsbarrieren, alle Transaktionen

erfolgen mit unendlicher Geschwindigkeit, es existieren keine Anbieterpräferenzen, und vor allem gibt es keine externen Eingriffe.

In der Realität können Sie also den souveränen Kunden in einem vollkommenen Markt nicht antreffen - und schon gar nicht im Gesundheitsmarkt. Was Sie aber sehr wohl vielfältig erleben können, ist der Versuch einer Annäherung an dieses Ideal. Der Kunde trifft Entscheidungen. Er kann diese Entscheidungen in voller Kenntnis über das Produkt treffen. Er kann aber auch Entscheidungen treffen in Ungewissheit oder in Unsicherheit. Die Güter, zwischen denen der Kunde sich entscheiden kann, können Verbrauchsgüter, Sachgüter oder Erfahrungsgüter sein. Lassen Sie mich die Unterschiede an einem vereinfachten Beispiel illustrieren. Der Kunde betritt die Apotheke und kauft ein Heftpflaster. Dieses wird er eher nach dem Preis als der Qualität selektieren, weil er einfach davon ausgeht, dass alle Heftpflaster kleben. Es handelt sich um ein Verbrauchsgut. Die Eigenschaft des Gutes gilt als vorgegeben. Wenn der Kunde dagegen Kopfschmerztabletten kauft, wählt er vielleicht die aus, mit denen er gute Erfahrungen gemacht hat. Greift der Kunde zu Knoblauchpillen, um seine Arteriosklerose zu behandeln, dann gehört dazu schon Vertrauen.

In der Regel herrscht ein Gefälle zwischen der Information, die dem Kunden zur Verfügung steht, und dem Informationsstand derjenigen, deren Heimat dieser Markt oder das Marktsegment ist, also den Experten. Dieses Gefälle kann als Vorteil der besser informierten Seite gesehen werden. Hierzu ebenfalls ein Beispiel: Der Kunde kommt in die Autowerkstatt. Ihm wird vorgetragen, die Inspektion seines Autos habe ergeben, dass am Motor eine Kolbenrückholfeder gebrochen und die Vergaserinnenbeleuchtung defekt sind. In einem anderen Szenario wird dem Kunden in seiner Rolle als Patient von seinem Kardiologen ein Angiogramm gezeigt und ihm verschiedene Therapieoptionen zur Mitentscheidung vorgeschlagen. Der Kunde wird in beiden Fällen bestrebt sein, das Informationsgefälle zu seinen Gunsten auszugleichen und versuchen, sein Wissensdefizit zu verringern. Er wird dann möglicherweise erkennen, dass es keine Kolbenrückholfeder gibt und dass Vergaser nicht beleuchtet sind und schon gar nicht von innen. Der besser informierte Marktteilnehmer im Werkstattbeispiel sucht aus der asymmetrisch verteilten Information einen Vorteil zu ziehen. Im medizinischen Beispiel ist die Interessenlage anders, weil dort der Ausgleich des Informationsdefizits von beiden Seiten erwünscht ist. Der Mediziner benötigt den aufgeklärten Kunden, weil der Therapieerfolg in hohem Masse auch vom Wissensstand

des Patienten abhängig ist sowie von dessen Mitarbeit, der Compliance. So stellen sich Rehabilitationserfolge z.B. immer dort ein, wo der Patient weiß, wie er sich ernähren und bewegen muss und entsprechend mitarbeitet. Rehabilitationsversager finden sich vermehrt in den Fällen, in denen der Patient entweder uninformiert, desinteressiert oder nicht kooperativ ist.

Die Frage ist nun, wie der Patient an die Informationen gelangt, die ihn zum souveräneren Patienten machen können. In den letzten Jahrzehnten hat es hier große Fortschritte gegeben. Das Analphabetentum ist in Westeuropa fast beseitigt. Im Zeitalter der Informationstechnologie und des Internets sind die Zugänge zu Wissensbasen unproblematisch geworden. Der interessierte Kunde ist in der Regel auch in der Lage, sich zu informieren. Der Kunde im medizinischen Bereich kann sich zusätzlich an Selbsthilfegruppen wenden, er kann mehr oder weniger unabhängige Callcenter anrufen, er kann Betreuungsstellen aufsuchen. Was er meistens jedoch nicht kann, ist umfassende eigene Erfahrungen zu sammeln. Er kann sich nicht einer Probeoperation „zum Schnuppern“ unterziehen. Sicherlich können Patienten Erfahrungen mit wiederkehrenden Betreuungssituationen wie Schwangerschaften und Entbindungen sammeln. Vergleiche von Eingriffen an den paarigen Organen wie dem rechten Ohr mit dem linken Ohr oder dem Meniskus des rechten Knies mit dem linken Knie liefern aufgrund der zu kleinen Grundgesamtheit jedoch keine ausreichenden und lediglich ex post verwertbare Erkenntnisse.

Der Kunde kann sich in den Formaten der People Magazine informieren. Er kann nachlesen, was und wen die Klinik-Hitparade in „FOCUS“ aktuell für Hüftimplantate empfiehlt. Er kann sich umhören bei Gleichbetroffenen, die das identische medizinische Problem hatten, dies bewältigt und aus welchen Gründen sie es gemeistert haben. Hier ist der Ratsuchende auf subjektive Angaben angewiesen. Hier ist bereits die Messung der Qualität eines Eingriffes für sich schwierig. Noch schwieriger ist es, eine Qualitätseinschätzung portiert aus Empfehlungen zur eigenen Entscheidungsfindung heranzuziehen. Empfehlungen basieren auf Äußerungen der Zufriedenheit. Die Zufriedenheit von Patienten nach einem Eingriff ist häufig eine Funktion der Zeit und beginnt im Aufwachraum. Wenn Sie einen Patienten unmittelbar postoperativ fragen, wie zufrieden er mit dem Eingriff ist, dann wird er wahrscheinlich wenig enthusiastisch sein. Fragen Sie den gleichen Patienten zwei Monate später, sieht es schon besser aus.

Sind zwei Jahre vergangen, ist es wieder anders. Fragt man fünf Jahre später, deutet die Antwort möglicherweise in die andere Richtung.

In vielen Situationen kann Zufriedenheit subjektiv kaum beurteilt werden. Ein Operateur kann große Sorgfalt entfalten. Seine chirurgische Maßnahme kann dadurch umfassender werden und deutlich länger dauern. Die postoperativen Beschwerden des Patienten sind dadurch möglicherweise größer und möglicherweise steht der Operateur im Bild des Laien als minder kompetent da, „weil er so unnötig lange braucht“. Erfahrungsberichte sind problematisch zu sehen. In der Tumorchirurgie hat der Operateur möglicherweise die Option, einen Eingriff auf verschiedene Arten durchzuführen. Er kann sich für ein schonendes oder für ein radikaleres Verfahren entscheiden, das ein sehr viel größeres Resektionsvolumen und auch mehr Operationszeit erfordert, um durch Entfernung von mehr Gewebe eine günstigere Langfristprognose zu erhalten. Möglicherweise ist eine höhere Überlebensrate bei dem radikaleren Verfahren wissenschaftlich sogar umstritten. Der Patient wird vom Operateur in die Entscheidungsfindung einbezogen. Ihm liegen Erfahrungsschilderungen von Patienten beider Verfahren vor. Die Belastungen werden in ihrer Unterschiedlichkeit zutreffend geschildert, der radikale Eingriff als große Belastung, der andere als deutlich geringer. Ist der Patient als Laie in der Lage, die Entscheidung zu treffen?

Eine Studie von Leimkühler legt dar, dass selbst die Reflektionen der Patienten über die eigene Zufriedenheit unzuverlässig sind. So sind die Befragten unter Umständen nicht einmal dann zufrieden, wenn sie die Frage, ob sie zufrieden sind, bejahen.

Porzsolt beschreibt den Faktor der „Gefühlten Sicherheit“. Der Begriff „Gefühlte Sicherheit“ kommt aus der Passagierluftfahrt. Es gibt kein wesentliches Flugzeugunglück über Wasser, bei dem Passagiere gerettet worden wären, weil sie über eine Schwimmweste verfügten. Bei einem Flugzeugunglück über Wasser endet das Schicksal der Beteiligten gewöhnlich zwischen dem Auseinanderbrechen des Flugzeuges und dem Aufschlag auf dem Wasser. Ob die Passagiere in diesen Momenten eine Schwimmweste hatten oder nicht, ist für die Frage des Überlebens völlig egal. Trotzdem werden Sie keine Luftfahrtgesellschaft finden, die auf Schwimmwesten verzichtet. Schwimmwesten sind „Gefühlte Sicherheit“. Ein Verzicht auf Schwimmwesten wäre keine Marketingunterstützung für eine Flugesellschaft,

obwohl die Westen energiepolitisch gesehen zu den unnützlichsten Gewichtsteilen gehören, die hin- und hergeflogen werden. Die gleiche „Gefühlte Sicherheit“ trifft auf bestimmte Arten von Vorsorgeuntersuchungen zu. Um hier Missverständnissen vorzubeugen: Vorsorgeuntersuchungen sind sicherlich sinnvoll, aber die „Gefühlte Sicherheit“ mag für den Einen oder Anderen möglicherweise darin bestehen, diese Vorsorgeuntersuchungen in engeren Frequenzen durchzuführen zu lassen als notwendig.

Wir haben gesehen, dass vollständige Patientensouveränität nicht existiert. Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass sie in bestimmten Bereichen auch nicht begrüßenswert wäre. Der Begriff des Paternalismus ist im vorigen Vortrag angesprochen worden. Paternalismus kann den Grad der Konsumentensouveränität und der Patientensouveränität stark einschränken. Paternalismus kann sich restriktiv auswirken, kann aber auch im Sinne eines benevolenten Paternalismus sinnvoll sein. Paternalismus kann jedoch auch restriktiver Paternalismus sein, der sich lediglich mit dem Mantel eines benevolenten Paternalismus umhüllt.

Was sind Beispiele für benevolenten Paternalismus? Die Tageszeitungen berichten regelmäßig über konkrete Fälle von Mangelernährung von Kindern in Deutschland aufgrund von Vernachlässigung. Offensichtlich ist in einer Anzahl von Familien kein funktionierender Verantwortlicher vorhanden, der über die Erkenntnis verfügt oder sicherstellen kann, dass Kinder regelmäßig oder überhaupt ernährt werden müssen, geschweige denn ausgewogen. Auf einer weniger gefährlichen, aber dafür häufiger anzutreffenden Stufe sozialen Kompetenzmangels wird die Notwendigkeit eines regelmäßigen Schulbesuches nicht gesehen oder nicht sichergestellt. Wir können davon ausgehen, dass z.B. die Polioimpfung auch nicht annähernd oben auf der Prioritätenliste dieser Familien steht. Hier ist es sicherlich sinnvoll, wenn der Staat paternalistisch eingreift, indem er die Impfung vorschreibt und durchführen lässt und praktischerweise auch bezahlt.

Andere Beispiele für benevolenten Paternalismus finden sich im Schutz vor übertriebenen medizinischen Eingriffen. Hier ist meist nicht der Staat gefragt, wie er es etwa bei einem Verbot von Zwangsbeschneidungen ist, sondern die Ärzteschaft selbst. Wenn Deutschland in Casting Shows den Superstar sucht und plastische Chirurgen übereinstimmend berichten, dass es keine Seltenheit ist, dass 15-Jährige sich zum

nächsten Geburtstag die ersten Brustimplantate wünschen, besteht benevolenter Paternalismus darin, dass die Ärzte Zurückhaltung vermitteln und sich Operationswünschen verweigern. Umgekehrt ist auf Angehörige einer Glaubensgemeinschaft, welche keine Bluttransfusionen duldet, im medizinischen Notfall bei Blutverlust paternalistisch einzuwirken.

Die Förderung des souveränen Patienten ist gerade hier in Hannover aktuell besonders ausgeprägt. In Angliederung an die Medizinische Hochschule wird in diesem Jahr das erste Semester einer Patientenuniversität gestartet. D.h. man kann sich hier mit den Grundlagen der Medizin und der Sozialversicherung vertraut machen und diplomierter potentieller Patient werden. Dieses Angebot wird wahrscheinlich stark von Teilnehmern belegt werden, die auch irgendwo eine Mitwirkung in den Gremien des Sozialversicherungswesens anstreben. Auch wenn der augenblickliche Referentenentwurf der Reformgesetzgebung im Gesundheitswesen nicht so aussieht, als ob die Patientenbank des GemBA künftig noch existierte, verbleiben für die Kursteilnehmer sicherlich andere Tätigkeitsbereiche, wie etwa im Beirat oder Verwaltungsrat einer Krankenkasse. In der Theorie findet auch dort eine Mitbestimmung der Patienten statt. Praktisch sind diese Einflussmöglichkeiten jedoch zu vernachlässigen. Das System der Friedenswahlen im Ersatzkassenbereich ist weder basisdemokratisch noch haben die Patientenvertreter nennenswerte Einflussmöglichkeiten auf die Geschehnisse. Die Institution hat vorwiegend Feigenblattcharakter und wird über kurz oder lang verschwinden.

Wir haben nun gesehen, dass der vollkommen souveräne Patient nicht existiert und auch nicht in jeder Situation existieren soll. Wir sehen aber auch, dass der Patient sich weiterbilden kann, zu eigenen Entscheidungen kommen kann und dass diese Entscheidungen auch solide fachliche Fundierungen haben können. Allerdings werden wir nachfolgend ebenfalls sehen, dass dem erfolgreich weitergebildeten Patienten schwer überwindliche Hürden entgegengestellt werden können, wenn er seine Wahlentscheidungen realisieren möchte.

Grundsätzlich haben Versicherte der GKV Anspruch auf Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip. Hier weist der Versicherte dem Arzt oder Krankenhaus gegenüber seine Berechtigung zum Leistungsempfang durch Vorlage seiner Versichertenkarte nach. Er erhält eine vorab rahmenvertraglich zwischen Ärztevertretung -

Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung - und Kassenverbänden (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) umrissene Leistung. Die Leistung muss „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. Der Patient löst sozusagen einen Behandlungsgutschein ein, dessen inhaltliche Ausgestaltung er weder kennt noch darauf Einfluss hat.

Eine Honorierung der Leistungen des Arztes erfolgt nicht durch den Patienten, sondern indirekt über die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung durch die Krankenkasse. Eine Rechtsbeziehung im Sinne eines Behandlungsvertrages besteht nicht zwischen Arzt und Patient, sondern in Form des Rahmenvertrages zwischen Krankenkasse und Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigung. Der Beitritt des Arztes zum Rahmenvertrag vollzieht sich auf Grundlage der Regelungen des SGB V. Für die Krankenkassen bedeutet die Regelung faktisch einen Kontrahierungszwang mit allen Mitgliedern der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung.

Das Sachleistungsprinzip beinhaltet also genau das Gegenteil einer souveränen Konsumentenentscheidung. Der Patient ist lediglich Anspruchsberechtigter einer vordefinierten, nicht variierbaren Leistung. Möchte er von dieser von dritter Seite getroffenen Vorauswahl abweichen, so stellt sich für ihn die Frage nach Existenz und Höhe einer zumindest anteiligen Leistungspflicht seiner gesetzlichen Krankenkasse.

Hierzu wird zunächst geprüft, ob es sich bei der alternativen Wahlentscheidung des GKV-Kunden um eine Leistung handelt, welche sich in der medizinischen Indikation gänzlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV befindet, oder ob der Patient sich nur für ein alternatives Therapieverfahren entschieden hat, die zu Grunde liegende Indikation jedoch im GKV-Bereich liegt. Im ersten Fall wird meist keine Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung der GKV an der alternativen Wahl erfolgen. Im zweiten Fall strebt der Kunde lediglich ein „Upgrade“ der GKV-Leistung an und wird eine Kostenbeteiligung der GKV in Höhe der GKV-Leistung erwarten. Damit hat der Kunde den Bereich der Sachleistung verlassen und befindet sich im Bereich der Kostenerstattung. Nach diesem Verfahren sind in Deutschland die Mitglieder der Privaten Krankenversicherung versichert. Im Kostenerstattungsverfahren nimmt der Kunde die ärztliche Leistung als selbständiger Vertragspartner von Arzt oder Krankenhaus in Anspruch, wählt den Leistungsumfang und legt die daraus resultierenden Rechnungen seiner Krankenversicherung zur Erstattung vor. Das

Verfahren der Kostenerstattung entspricht sehr viel eher der Vorstellung souveränen Konsumentenhandelns.

Für den GKV-Patienten bedeutet die Möglichkeit, statt Sachleistung Kostenerstattung wählen zu können vor allem, dass er für sich auf der Leistungsempfängerseite das Problem der Zwei-Klassen-Medizin gelöst hat. Der Patient kann sich, sofern er unterschiedliche Leistungen erkennen kann, für den Verbleib in der einen oder für den Wechsel in eine andere Klasse entscheiden. Da privatärztliche Leistungen jedoch häufig umfangreicher und auch teurer sind als Kassenleistungen und eine Wahl der Kostenerstattung meist nur eine anteilige Erstattung der entstandenen Kosten seitens der GKV beinhaltet, wird die Entscheidung für die Kostenerstattung meist einer individuellen Kosten-Nutzen-Überlegung folgen. Hierbei wird der Kunde abwägen zwischen dem Nutzen der unterschiedlichen Behandlungen und der Höhe des von ihm als verbleibende Erstattungsdifferenz zu entrichtenden Aufpreises für die Privatbehandlung. Die gesetzlichen Krankenkassen leisten dem Versicherten gegen Vorlage der privatärztlichen Rechnung Erstattungen in Höhe der den privatärztlichen Rechnungspositionen entsprechenden Kassenleistungen.

Der Patient wird sich nicht für die Wahl der Kostenerstattung entscheiden, wenn die privatärztliche Leistung mit der Kassenleistung identisch ist. Er wird dagegen sehr wohl einen Mehrnutzen beispielsweise in alternativen Operationsverfahren, besserer Unterbringung oder zusätzlichen Nachsorgeleistungen erkennen können. Die Entscheidung zwischen Sachleistung und Kostenerstattung muss also von Fall zu Fall mit einer neuen Kosten-Nutzen-Analyse individuell neu getroffen werden.

Wenn nun also das Verfahren der Kostenerstattung sehr viel eher dem von der Politik postulierten Ziel der Patientensouveränität entspricht, stellt sich neben der grundsätzlichen Frage, warum nicht ein generelles Verlassen des Sachleistungssystems angestrebt wird, zunächst die Frage, wie der in einer aktuellen Wahlentscheidungsproblematik befindliche Patient die notwendige Transformation vom Sachleistungsempfänger zum Kostenerstattungsberechtigten vollziehen kann, um seine gewünschte Therapieform zumindest anteilig von der GKV erstattet zu erhalten.

Die Kernvorschrift, welche die Rahmenbedingungen regelt, unter denen GKV-Versicherte Kostenerstattung statt Sachleistung wählen können, ist der § 13 SGB V.

Diese Vorschrift ist in den vergangenen 20 Jahren mehrfach grundlegend und gegenläufig verändert worden, so dass hier eine historische Betrachtung der vollzogenen Richtungswechsel von Interesse ist.

Bis 1997 konnte der freiwillig versicherte Ersatzkassenpatient eine bestimmte Therapie seiner Wahl verlangen. Er konnte die Option zur Kostenerstattung in Anspruch nehmen, sich den Kassenanteil erstatten lassen und die Differenz zur Wahlleistung selbst tragen. Die Vorschrift war wenig bekannt und wurde somit wenig genutzt. Mitte 1997 wurde das Privileg der Kostenerstattung allen gesetzlich Krankenversicherten eröffnet. Dies war sozusagen das goldene Zeitalter Patientensouveränität in Bezug auf die Wahlfreiheit. Die Zwei-Klassen-Medizin war aufgehoben, und jeder GKV-Versicherte konnte erklären: „Ich bin hier und heute mit diesem und jenem Eingriff Privatpatient und entscheide mich für diese oder jene Therapie.“ Die Wahl konnte von Arztbesuch zu Arztbesuch neu getroffen werden. Die Wahl für Kostenerstattung erfolgte jedoch in der Regel nur dort, wo Unterschiede in der Therapie deutlich und erwünscht waren.

Die Periode der Freiheit und Selbstbestimmung dauerte ganze 18 Monate. Unmittelbar nach Regierungsantritt von Rot-Grün wurde eiligst mit einem Vorschaltgesetz zum 1.1.1999 das Recht auf Kostenerstattung für pflichtversicherte GKV-Mitglieder abgeschafft. Das Privileg der Kostenerstattung wurde allen Pflichtversicherten gestrichen und war nur noch den freiwillig Versicherten vorbehalten. Diese Differenzierung geschah nicht deshalb, weil man überzeugt war, dass die freiwillig Versicherten mit ihren höheren Beitragszahlungen zur GKV einen Bonus verdient hätten. Vielmehr wurde das Recht den freiwillig Versicherten deshalb nicht entzogen, weil diese immer noch das Recht zum Gehen hatten. D.h. hätte man den freiwillig Versicherten das Privileg genommen, Kostenerstattung wahrzunehmen, wären sie möglicher Weise in die private Krankenversicherung gewechselt. Da die freiwillig versicherten GKV-Mitglieder fast ausnahmslos Höchstbeiträge entrichteten, und dabei auch noch die niedrigste Leistungsanspruchnahme aufweisen, hätte die bekanntlich nicht auf einer risikoäquivalenten Kalkulation ruhende GKV ihre besten Beitragszahler und Risiken verloren. Der pragmatische Ansatz war, den 10 % freiwillig Versicherten in der GKV weiterhin das Recht auf Kostenerstattung zuzubilligen. Das führte dann dazu, dass es eine Zwei-Klassen-Medizin innerhalb der GKV gab. Es gab nämlich die Patienten, die pflichtversichert waren, die mit ihrer Privatrechnung zum Kassenschalter

kamen und denen eine Erstattung verweigert wurde, und die anderen, die freiwillig Versicherten, die nach wie vor den Kassenanteil erstattet bekamen.

Dieses Problem wurde mit Inkrafttreten des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1.1.2004 vermeintlich so gelöst, dass nun wieder alle GKV-Versicherten Kostenerstattung in Anspruch nehmen konnten - nur vermeintlich, weil das Wahlrecht bewusst derart ausgestattet wurde, dass letztlich die Kostenerstattung verhindert wurde. Die Bestimmungen sehen nämlich vor, dass derjenige, der sich heute für die Kostenerstattung entscheidet, diese Entscheidung für das gesamte medizinische Spektrum im gesamten ambulanten Bereich für ein ganzes Jahr treffen muss. Zusätzlich ist auch noch eine Zwangsberatung durch die Krankenkassen vorgeschrieben. Ich muss Ihnen nicht erläutern, dass es ökonomisch unsinnig ist, das ganze medizinische Spektrum durch Kostenerstattung abzudecken. Der Kunde will ja nur dort die Kostenerstattung wählen, wo eben auch ein Unterschied im Leistungsangebot erkennbar ist. Die Verhinderungsstrategie des GMG war offensichtlich. Gesundheitspolitische Kommentierungen haben die Neugestaltung des § 13 Abs. 2 SGB V mit einem DDR-Ausreisantrag verglichen. Die praktische Handhabung stand in krassem Gegensatz zur offiziellen Gesetzesbegründung des GMG. Die Gesetzesbegründung erweckt den Eindruck, dass die Patientensouveränität gefördert werden solle. Tatsächlich jedoch wird die Stellung des Patienten verschlechtert. Der Patient, der sich kundig gemacht, der sich über Therapieverfahren informiert hat und der partizipative Entscheidungsfindung realisieren möchte, trifft auf eine Gesetzeslage, die ihn gezielt unselbständig macht. Der Patient kann in allen übrigen Lebensbereichen frei entscheiden. Er darf jedoch nicht selbst bestimmen, wenn es um seine Gesundheit, seine Behandlung, seine Heilung geht. Hier muss er passiv hinnehmen, was das Sachleistungsprinzip ihm bietet. Will er etwas anderes, geht er leer aus.

Inzwischen wurde die Institution einer Patientenbeauftragten geschaffen. Auch diese Institution hat den Entzug der Wahlfreiheit gebilligt. Die neue Kostenerstattungsregelung wurde mit der Begründung begrüßt, dass sie nun nicht mehr auf die freiwillig Versicherten beschränkt sei. Kassennahe Verbraucherberatungen haben sich dieser Meinung angeschlossen. Sie warnten vor den ökonomischen Unwägbarkeiten einer einjährigen Festlegung. Entzogene Verbraucherrechte wurden demgegenüber nicht eingefordert.

Heute liegt die Inanspruchnahme der Kostenerstattung unter 1 %. Weil diese Thematik sehr speziell ist und sich die Zusammenhänge schlecht in der Breite vermitteln lassen, nehmen sich die Massenmedien des Themas leider nicht an.

Bundespräsident Rau hat im Jahr 2001 in Braunschweig einen Ehrenpreis für Zivilcourage an eine Bürgervereinigung verliehen. Lassen Sie mich zum Abschluss diese Geschichte berichten: Die kommunalen Sozialbehörden in Niedersachsen sind in der Bekämpfung von Missbrauch bei Transferzahlungen im Bereich von Migranten und Asylbewerbern unterschiedlich aktiv. Einige Kommunen haben den Zuzug von Migranten und Asylbewerbern in niedersächsische Gemeinden, um in den missbräuchlichen Genuss von Mehrfachbezug, zu kommen, dadurch gebremst, dass sie die Leistungen nicht mehr bar zahlten, sondern in Form von Sachleistungs-Gutscheinen. Sachleistungs-Gutscheine sind verwendbar für den Einkauf von Lebensmitteln und anderen Gegenständen des täglichen Bedarfs. Sie können aber nicht verwendet werden z.B. für Alkohol und Elektronikartikel. Das Konzept war erfolgreich. Die Bedürftigen konnten ihren Bedarf nach wie vor decken. Mehrfachtatgeber mussten in andere Bundesländer ausweichen. Eine Vereinigung von deutschen Bürgern in Braunschweig, jedoch fand die Gutscheivergabe ethisch völlig inakzeptabel. Sie sah es als entwürdigend für die Empfänger an, mit Gutscheinen ausgestattet zu werden. Die Vereinigung kaufte deshalb den Migranten und Asylbewerbern die Gutscheine ab und tauschte ihrerseits die Gutscheine gegen Ware ein. Dafür erhielt die Vereinigung aus der Hand des Bundespräsidenten den Preis für Zivilcourage.

Es ist erschreckend, dass in der Öffentlichkeit die Parallele zum Sachleistungsprinzip der GKV nicht gesehen wird. Ein Großteil der Bevölkerung befindet sich in einer ähnlich schlimmen Lage wie die Migranten und Asylbewerber mit den Sachleistungs-Gutscheinen. In Braunschweig bekamen die Gutscheineempfänger alle Waren des normalen Lebensbedarfs. Sie erhielten sozusagen die „Sachleistung light“. Die Versicherten in der GKV dagegen zahlen einen Zwangsbeitrag, haben kein Wahlrecht, ja noch nicht einmal die Möglichkeit eines Upgrades, obwohl sie ihre Chipkarte mit ihren eigenen Beiträgen bezahlt haben. Es mag an der Komplexität der GKV liegen, dass diese Zusammenhänge noch nicht in das Bewusstsein der Bevölkerung gedrungen sind. Vielleicht hilft diese Veranstaltung heute, das Problembewusstsein endlich weiter zu tragen.

Ich danke Ihnen!

- Beitrag aus ärztlicher Sicht

Ich biete meinen Patienten sehr häufig die Kostenerstattung an, allerdings fällt dann seitens der Krankenkassen eine hohe Verwaltungsgebühr für diese separate Abrechnung der Leistung an. Nach meinen Erfahrungen raten die Krankenkasse den Versicherten meistens von der Kostenerstattung ab. Die Versicherten müssen also wirklich insistieren, um eine Kostenerstattung zu bekommen. Trotzdem ist das Interesse sehr groß.

- Beitrag aus politischer Sicht

Nach meinen Erfahrungen ist die Kostenerstattung für die Versicherten nicht wegen des anderen Abrechnungsweges attraktiv. Kostenerstattung bedeutet für sie vielmehr ein Ticket in die Privatbehandlung. Denn mit der Kostenerstattung steht ihnen ein ganz anderer Leistungskatalog zur Verfügung als der der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für sie öffnet sich eine Welt jenseits ihrer Chipkarte. Alles, was die Medizin kann, steht ihnen offen, wenn sie Kostenerstattung wählen. Natürlich müssen die Versicherten dabei auch in die eigene Tasche greifen. Deshalb überlegen sie es sich dreimal, ob die Kostenerstattung sinnvoll und effektiv ist.

- Beitrag ärztlicher Sicht

Viele Versicherte haben auch ganz einfach Angst vor der Kostenerstattung. Sie wissen nicht, ob und in welchem Umfang sie krank werden und ob und welches finanzielle Risiko sie dabei eingehen.

PD Dr. theol. Ulrike Kostka

Ein neues Menschenbild der GKV?

Gesundheitspolitische Debatten zur Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind häufig von einer hohen Emotionalität und Lagerbildung geprägt. Positionen etwa für oder gegen eine verstärkte Einführung des Kostenerstattungsprinzips werden auch von bestimmten Bildern von den Patienten bzw. den Versicherten beeinflusst. Ein häufiges Bild, das von Vertreterinnen und Vertretern einer eher liberal geprägten Position vertreten wird, ist die Vorstellung von einem relativ mündigen, souveränen Patienten, der seine Entscheidungen im Gesundheitswesen trifft. Sicherlich ist diese Vorstellung nicht unberechtigt. In Analogie zu dem Gerechtigkeitstheoretiker John Rawls ist ein System, das der Verteilung von Gütern dient, jedoch auch stets aus der Perspektive des am schlechtesten Gestellten zu betrachten. Für das Gesundheitswesen bedeutet dies, dass wir die Prinzipien der GKV auch stets aus der Perspektive von Menschen mit geringem Einkommen, z.B. Hartz-IV-Empfängern, Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, sowie Menschen mit Demenz oder anderen Einschränkungen betrachten müssen. Im Folgenden werde ich mich mit der Frage auseinandersetzen, welches Menschenbild die GKV prägt.⁸ Dieses Menschenbild hat eine entscheidende ethische Relevanz, weil es letztendlich auch die Verteilungsentscheidungen und Zugangschancen zu gesundheitlichen Leistungen für die Versicherten beeinflusst. Zunächst erfolgt ein historischer Rückblick.

1. Das Menschenbild in der GKV – ein historischer Rückblick

Vor 125 Jahren wurde die kaiserliche Botschaft von Kaiser Wilhelm I. zur Einrichtung der späteren GKV durch Reichskanzler Otto von Bismarck verkündet. Kaiser Wilhelm I. schreibt: *„Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, dass die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf*

⁸ Vgl. Kostka, U., *Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion*, Münster 2000.

dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen wäre.“⁹ Später heißt es dann: „Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zuteil werden können“. Folge der Kaiserlichen Botschaft waren dann zwei Jahre später die gesetzliche Einrichtung der Krankenversicherung, der Unfallversicherung und Erwerbsunfähigkeitsversicherung. Die Integration einzelner Gruppen erfolgte jedoch erst allmählich. Mittlerweile sind mehr als 90 Prozent der Bevölkerung in Deutschland in der GKV versichert.

Interessant sind die Reaktionen auf die Verkündigung der Kaiserlichen Botschaft. Verschiedene Bewertungen erinnern an heutige Argumentationen. So schreibt 1882 „Die Tribüne“, eine Berliner Tagungszeitung, die sich im Eigentum liberaler Abgeordneter, Industrieller und Bankiers befand: „Der Reichskanzler will durchgängig eine Zwangsversicherung, während wir uns im allgemeinen von der Versicherung nur einen Nutzen versprechen, wenn sie eine freie sittliche Tat bleibt.“ Das wäre also das Modell einer individuellen Versicherung, bei der ich selber entscheiden kann, ob ich sie abschließe oder nicht. Ganz anders sieht die Reaktion von einem Reichstagsabgeordneten, Adolf Stöcker, von der Christlich Sozialen Partei aus. Er kommentiert: „Die Gedanken der sozialen Reformen, welche darin [in der Kaiserlichen Botschaft] stehen, sind Leuchtsterne für die Zukunft“.

Diese ganz unterschiedlichen Bewertungen einer GKV sind heutzutage nicht mehr vorhanden. Auch Vertreter einer eher liberalen Position sehen in Deutschland einen hohen Gewinn durch das System der GKV. Gleichwohl ist die Diskussion auch heute von der Frage geprägt, wie umfangreich das System der Gesundheitsleistungen sein muss, das die Gesellschaft solidarisch zu finanzieren und sicherzustellen hat.

2. Die GKV als Fortschritt der sozialen Gerechtigkeit

Die GKV wird vielfach kritisiert. Sicherlich gibt es viele berechtigte Kritikpunkte. Jedoch muss klargestellt werden, dass die GKV an sich ein wichtiges Instrument zur

⁹ Die historischen Zitate wurden zitiert nach: Niemann, Hans-Werner, Glückwunsch, es ist ein Sozialstaat! 125 Jahre Kaiserliche Botschaft, in: Gesundheit und Gesellschaft 11 (2006), 34-39.

Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit ist. Warum hat die Gesellschaft eine Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen? Wie lässt sich dies aus der Perspektive des Personenwohls und des Prinzips Gerechtigkeit begründen?

In meinem gerechtigkeits-theoretischen Konzept orientiere ich mich insbesondere am Ansatz der Befähigungsgerechtigkeit von Nussbaum.¹⁰ In ihrer Analyse bzw. Beschreibung der menschlichen Natur entwirft Nussbaum eine Liste der Fähigkeiten des Menschen (capabilities), die ihn als Menschen charakterisieren. Im Anschluss daran formuliert sie eine Liste mit Fähigkeiten des Menschen, die ein gutes menschliches Leben kennzeichnen. Die Liste der Fähigkeiten umfasst u.a.: „Die Fähigkeit, ein volles Menschenleben bis zum Ende zu führen [...]. Die Fähigkeit, sich guter Gesundheit zu erfreuen; sich angemessen zu ernähren [...]. Die Fähigkeit, sich eine Vorstellung vom Guten zu machen und kritisch über die eigene Lebensplanung nachzudenken.“¹¹ Nussbaum versteht die Liste „als eine Liste von miteinander zusammenhängenden Fähigkeiten (capabilities) und nicht von tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten (functioning), da [...] Fähigkeiten und nicht tatsächlich ausgeübte Tätigkeiten das Ziel des Gesetzgebers sein sollten.“¹²

Gerechtigkeit wird insofern als Gewährleistung der Bedingungen verstanden, die es allen Menschen ermöglichen, diese Fähigkeiten zu entfalten. Der Staat hat die Aufgabe, die zur Verfügung stehenden Ressourcen so zu verteilen und die Voraussetzungen zu schaffen, dass eine Entfaltung der Fähigkeiten für jedes Individuum möglich ist.¹³ Nussbaum argumentiert auf der Basis ihres Ansatzes auch für eine staatlich garantierte Gesundheitsversorgung, die diese zentralen Grundfähigkeiten absichert.¹⁴

¹⁰ Vgl. u.a. Nussbaum, M. C., *Gerechtigkeit oder das gute Leben*, hg. von Pauer-Studer, H., Frankfurt a. M. 1999. Es können hier nur einige Aspekte dieses Ansatzes dargestellt werden. Ausführlich: Kostka, U., *Das Gesundheitswesen und die Transplantationsmedizin unter der Knappheitsbedingung und Gerechtigkeitsforderung. Mehrdimensionale Handlungsfelder als systematische und methodologische Herausforderung für die Bioethik und die Theologische Ethik*, Habil., Uni. Münster 2005, (erscheint demnächst).

¹¹ Nussbaum, *Gerechtigkeit*, 57–58.

¹² Ebd., 57.

¹³ Vgl. Nussbaum, M. C.; Sen, A., Introduction, in: Dies.; Sen, A.(Hg.), *The quality of life, a study prepared for the World Institute for Development Economics Research (WIDER) of United Nations University*, Oxford 1993, 1–6.

¹⁴ Vgl. Nussbaum, *Gerechtigkeit*, 65.

Zentral für Nussbaums Ansatz ist, dass sie den Umfang, in dem notwendige Güter und Bedingungen zur Realisation der Fähigkeiten der Bürger vorzuhalten sind, an die Ressourcenlage der jeweiligen Gesellschaft bindet. Ein notwendiges Maß konditionaler Güter muss so gestaltet sein, dass es in der jeweiligen Gesellschaft Fähigkeiten „zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung (functioning) ermöglicht.“¹⁵ Zu diesen konditionalen Gütern zählt auch die Gesundheitsversorgung. Das Gut Gesundheitsversorgung korreliert mit der Fähigkeit, ein Leben in Gesundheit führen zu können.

Kersting qualifiziert das Gut Gesundheit/Gesundheitsversorgung als „ein transzendentes oder ein konditionales Gut. Von derartigen Gütern gilt allgemein, dass sie nicht alles sind, alles aber ohne sie nichts ist. Sie besitzen einen Ermöglichungscharakter; ihr Besitz muss vorausgesetzt werden, damit die Individuen ihre Lebensprojekte überhaupt mit einer Aussicht auf Minimalerfolg angehen, verfolgen und ausbauen können.“¹⁶ Weiter postuliert er: „Eine Gesellschaft, in der eine selektive Unterversorgung mit transzendentalen Gütern anzutreffen ist, die also keine egalitaristische Grundversorgung mit transzendentalen Gütern ermöglicht, verdient sicherlich nicht das Prädikat einer wohlgeordneten Gesellschaft. Eine gerechte Gesellschaft wird daher auch nicht die Versorgung mit sozialen Grundgütern dem Markt überlassen können, denn der Markt ist ungerecht und wird eine Gleichverteilung der sozialen Grundgüter nicht garantieren können.“¹⁷

Die These von Kersting über die Ungerechtigkeit des Marktes und das bedingte Marktversagen im Blick auf die Gesundheitsversorgung wird sehr kontrovers diskutiert. Diese Debatte kann in diesem Rahmen nicht nachgezeichnet werden. Ich schließe mich grundsätzlich der These von Kersting an und möchte dafür nur kurz einige Argumente anführen. Bei einer Marktorientierung des Gesundheitswesens, die sich allein an der Kaufkraft der Bürger ausrichtet, wären Bürger mit unzureichenden oder keinen finanziellen Mitteln massiv benachteiligt. Sie würden unter Umständen keinen Zugang

¹⁵ Dabrock, P., Capability-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für evangelische Ethik 46 (2001), 205.

¹⁶ Kersting, W., Über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 4 (1999), 152.

¹⁷ Kersting, Gerechtigkeit, 152–153.

zur Gesundheitsversorgung erhalten bzw. wären allein auf karitative Initiativen angewiesen. Zudem ist die Kundensouveränität des Bürgers in Gesundheits- und Krankheitsbelangen deutlich eingeschränkt (Wissensasymmetrie, Vulnerabilität in Krankheitssituationen). Das Beispiel des US-Amerikanischen Gesundheitssystems zeigt, dass die Nicht- und Unterversicherung ein hohes Armutsrisiko darstellt.

Jedoch schließen diese Beobachtungen bzw. Argumente nicht aus, dass sich einzelne Bereiche des Gesundheitswesens an der Kaufkraft der Bürger orientieren können (privater Gesundheitsmarkt für bestimmte Leistungen wie z.B. Wellness-Angebote, Schönheitschirurgie). Für diesen privaten Gesundheitsmarkt müssen allerdings Instrumente der Verbraucherberatung und des Verbraucherschutzes eingerichtet und gestärkt werden. Auch sind Wettbewerbselemente innerhalb des solidarischen Gesundheitswesens sinnvoll (Wettbewerb zwischen Leistungserbringern oder Kassen).

Im nächsten Schritt soll die Frage diskutiert werden, ob und in welchem Umfang die Gesellschaft verpflichtet ist, eine solidarische Krankenversicherung zu organisieren und den Gesellschaftsmitgliedern den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Ebenfalls ist zu diskutieren, in welchem Maß sich der Einzelne an der Finanzierung des solidarischen Systems zu beteiligen hat.

3. Die Fähigkeit ein Leben in Gesundheit zu führen und der gesellschaftlich zu sichernde Anspruch auf das Gut Gesundheit

Ein Leben in Gesundheit zu führen, gehört zu den elementaren Fähigkeiten des Menschen. Diese Fähigkeit ist wiederum in vielen Fällen die Voraussetzung, um verschiedene andere Fähigkeiten entfalten zu können. Gesundheit ist u.a. eine Basisvoraussetzung zur Teilhabe an der Gesellschaft und zur sozialen Kommunikation.¹⁸ Sie ist ein wesentliches Element zur eigenverantwortlichen Lebensführung. Dies bedeutet natürlich nicht, dass Menschen mit chronischen Krankheiten nicht kommunizieren und autonom handeln können. Ihre Autonomie, ihre Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen und an Kommunikation kann jedoch aufgrund ihrer eingeschränkten Gesundheit und der damit sozialen verbundenen Folgen beeinträchtigt sein. Der Mensch ist auf Gesundheitsversorgung und andere gesundheitserhaltende Lebensbedingungen angewiesen, damit er diese Fähigkeiten

¹⁸ Vgl. Dabrock, Capability-Approach.

sowie weitere Fähigkeiten verwirklichen kann. Das Individuum hat Anspruch auf die Gesundheitsleistungen, die er für die Verwirklichung dieser Fähigkeiten braucht. Er selber kann sie nicht sicherstellen. Demzufolge ist die Gesellschaft verpflichtet, dem Einzelnen das Maß an Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, das er persönlich für die Verwirklichung dieser Fähigkeiten braucht. Es handelt sich dabei um eine Rechtspflicht, die geschuldet ist.

Zwischen der Gesellschaft und dem Individuum besteht dabei ein Solidaritäts- und Reziprozitätsverhältnis. Das einzelne Gesellschaftsmitglied muss demnach auch seinen Beitrag dafür leisten, dass die Gesellschaft die Gesundheitsversorgung für alle in dem zu beschreibenden Maße sicherstellen kann und die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung hat. Ebenso ist der Einzelne verpflichtet, an der Erhaltung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen mitzuwirken und die Gesundheit anderer zu schützen bzw. nicht zu gefährden, soweit dies im Handlungsspielraum des Individuums möglich ist. Die Sicherung des Gutes Gesundheitsversorgung orientiert sich dabei am Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit. Jeder hat Anspruch auf die Leistungen, die er persönlich zur Verwirklichung der Fähigkeit eines Lebens in Gesundheit braucht. Ein Instrument zur Verwirklichung des individuellen Anspruches auf das Gut Gesundheitsversorgung sind solidarische Krankenversicherungsmodelle. Eine andere Variante sind steuerfinanzierte Gesundheitssysteme.

Die Pflicht der Gesellschaft zur Befähigung des Menschen zu einem Leben in Gesundheit impliziert nicht, dass sie die vollständige Verantwortung für die Gesundheit seiner Mitglieder übernehmen muss. Die Befähigungsgerechtigkeit beinhaltet nur die Unterstützung des Einzelnen und die Schaffung der Voraussetzungen, damit ihm die Verwirklichung dieser Fähigkeit möglich ist. Dabrock zieht das Fazit: „Das Maß des decent minimum einer gerechten Gesundheitsversorgung muss sich orientieren an der Befähigung zu einer längerfristig integral-eigenverantwortlichen Lebensführung zum Zwecke der Teilnahme an sozialer Kommunikation.“¹⁹ Welche Leistungen dieses Maß umfasst, muss u.a. über gesellschaftliche Konsultationsprozesse bzw. partizipative Verfahren festgelegt werden. Sicherlich gehört diese Frage zu den schwierigsten ethisch, rechtlich und praktisch zu lösenden Grundsatzproblemen der zukünftigen Gestaltung des Gesundheitswesens, die in diesem Rahmen nicht tiefer behandelt werden können.

¹⁹ Dabrock, Capability-Approach, 206.

Es liegt in der Autonomie des Individuums, wie und in welchem Maß er seine Fähigkeit, ein Leben in Gesundheit zu führen, realisiert. Ethische Kriterien dafür sind die Pflichten und Verantwortlichkeiten, die sich aus seinen verschiedenen Relationen zu anderen Menschen und zu sich selbst ergeben.²⁰

Angesichts der besonderen Bedeutung der Fähigkeit, ein Leben in Gesundheit führen zu können, und für die Verwirklichung anderer Fähigkeiten, ist das Gut Gesundheitsversorgung als hochrangiges Gut sowohl für die Gesellschaft als auch für den Einzelnen zu qualifizieren. Im gesellschaftlichen Handeln und in den entsprechenden Entscheidungen muss diesem Gut ein hoher Rang eingeräumt werden.

Eine Priorität gesellschaftlichen Handelns hat vor dem Hintergrund der Befähigungsgerechtigkeit und der vorrangigen Option für Benachteiligte darin zu liegen, Menschen, die in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind, zu stärken und zu unterstützen. Denn eine mangelnde Gesundheitsversorgung und gesellschaftliche Unterstützung können für sie besonders weit reichende Folgen haben, da sie die Verwirklichung weiterer Fähigkeiten massiv einschränken können. Neben der sozialen Teilhabe zählt dazu insbesondere auch die Teilhabe am Erwerbsleben oder die Mobilität. Daraus ergibt sich auch die Pflicht für die Gesellschaft, diesen Personen einen besonderen Schutz zukommen zu lassen, wenn sie durch eingeschränkte soziale Teilhabe nicht für ihre Ansprüche bezüglich der Gesundheit eintreten können. Dies gilt insbesondere für vulnerable Gruppen wie Kinder, Menschen mit Behinderungen oder chronisch Kranke, wenn ihnen der Einsatz für eigene Ansprüche selbst nicht möglich ist (Anwaltschaftlichkeit). Menschen im unteren Einkommens- und Vermögensdrittel, die kurz- oder langfristig von Armut bedroht sind, müssen mit Blick auf das Gleichheitsprinzip und die Befähigungsgerechtigkeit den gleichen Zugang zu einer ausreichenden Gesundheitsversorgung haben wie Menschen anderer Einkommens- und Vermögensgruppen. Die GKV versucht, diese Gerechtigkeitskriterien zu erfüllen.

²⁰ Der Umgang mit seiner eigenen Gesundheit kann sich auf die Situation anderer Menschen in seinem sozialen Umfeld auswirken und sie in der Verwirklichung ihrer eigenen Fähigkeiten einschränken (Rauchen am Arbeitsplatz, negative Vorbildfunktion für Kinder). Im Sinne der relationalen Autonomie hat der Einzelne diese Bezüge und Ansprüche der anderen im Umgang mit der Gesundheit zu berücksichtigen.

4. Einkommens- und Risikosolidarität als Grundprinzipien der GKV

Ein Grundprinzip der GKV ist das Sachleistungsprinzip. Weitere Prinzipien sind die Risikosolidarität und die Einkommenssolidarität. Die Risikosolidarität setzt voraus, dass eine Risikogemeinschaft besteht, in der sich gute und schlechte Risiken vereinigen und ein Ausgleich stattfindet. Ein Moral-hazard-Verhalten von Versicherten widerspricht dieser Risikosolidarität. Denn diese Solidarität funktioniert nur, wenn nur das in Anspruch genommen wird, was wirklich gebraucht wird, was notwendig ist. Entsprechend definiert das SGB V, dass nur Leistungen finanziert werden, die ausreichend, notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind. Die Vermittlung dieser Grundprinzipien in der Versicherungsgemeinschaft ist von entscheidender Bedeutung für die Bewusstseinsbildung der Versicherten.

Auf der anderen Seite basiert die GKV auf der Einkommenssolidarität. Dieses Prinzip basiert auf der Leistungsgerechtigkeit und bedeutet, dass die Beitragshöhe für die GKV vom Einkommen abhängt. Es findet also ein sozialer Ausgleich statt. Jeder Versicherte erhält unabhängig von seinem Betrag bei Bedarf die gleiche Leistung. Dieses System hat über viele Jahrzehnte eine hohe Funktionsfähigkeit erwiesen. Es ist aufgrund der Einnahmenkrise der GKV und anderer Faktoren jedoch instabil geworden.

5. Prägung des Menschenbildes der GKV durch die gesetzliche Rahmenordnung

Gesundheitspolitische Reformen verändern auch das Menschenbild der GKV. Das Menschenbild der GKV ist kein Menschenbild, das die GKV selber entwickelt hat. Ihr Menschenbild und damit ihr Gesundheits- und Krankheitsverständnis sind gesellschaftlich vorgegeben. Denn die GKV handelt im gesetzlichen Auftrag. Sie basiert auf gesetzlichen Rahmenbedingungen, die natürlich auch implizierte Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen enthalten und das GKV-System bestimmen. Der Leistungskatalog der einzelnen Krankenkasse ist weitestgehend festgeschrieben. Es bleiben nur gewisse sehr kleine Spielräume der Leistungsgestaltung, z.B. bei Präventionsangeboten. Teilweise hängt die Gestaltung dieser Spielräume von den Traditionen und der Geschichte der Krankenkasse ab (z.B. im Handwerksbereich). Jedoch sind diese Unterschiede in der Leistungsgestaltung nicht so groß, dass von unterschiedlichen Menschenbildern der verschiedenen Kassen gesprochen werden kann.

Wäre es aber nicht denkbar, dass man den Spielraum größer definiert und auch gesetzliche Krankenkassen eine weltanschauliche Ausrichtung bekommen bzw. sich an bestimmten Krankheits-, Gesundheits- und Medizinkonzepten orientieren könnten? Denkbar wäre damit eine Akzentsetzung einzelner Krankenkassen, in dem sie z.B. besonders naturheilkundliche Ansätze ihrem Leistungsspektrum zugrunde legen. Gesetzlich ist dies zurzeit nicht möglich. Eine solche Ausgestaltung würde es jedoch ermöglichen, dass auch Menschen mit geringem Einkommen Zugang zu den Gesundheitsleistungen finden, die sonst zumeist nur über einen zweiten privatwirtschaftlichen Gesundheitsmarkt erhältlich sind. Natürlich müsste sichergestellt sein, dass die Kassen nur Verfahren finanzieren, die auch wissenschaftlich geprüft sind. Eine solche Vielfalt in der Leistungsgestaltung würde die Wahlfreiheit der Versicherten erhöhen.

6. Neue Akzente durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz

Gesundheitsreformen basieren teilweise auch auf bestimmten Leitvorstellungen von Krankheit und Gesundheit bzw. einer notwendigen Gesundheitsversorgung. Dieses gilt auch für den jüngsten Gesetzesentwurf der Bundesregierung, das Wettbewerbsstärkungsgesetz. Dieser Gesetzesentwurf stärkt z.B. die Palliativversorgung. Er berücksichtigt damit, dass Menschen auch am Lebensende eine gute Versorgung brauchen und dass Palliativversorgung kein Luxusgut, sondern allgemein zugänglich sein sollte. Ein weiterer positiver Aspekt ist, dass jetzt Mutter-Kind-Kuren zur Pflichtleistung gehören und nicht mehr Ermessensleistung sind. Damit wird die Belastungssituation von Eltern mit Kindern wahrgenommen.

Auf der anderen Seite sehe ich auch sehr problematische Entwicklungen, die sich durch neue Finanzierungsstrategien ergeben. Dies betrifft insbesondere den geplanten Gesundheitsfonds. Die Beitragshöhe soll gesetzlich festgelegt werden und sich nicht an der Bedarfslage orientieren. Es besteht damit letztlich die Gefahr von impliziter Rationierung, wenn in einer Krankenkasse vorwiegend schlechte Risiken vorhanden sind. Diese Rationierung würde intransparent erfolgen und ohne gesellschaftliche Legitimation. Opfer einer solchen Rationierung wären vermutlich insbesondere kostenintensive Patienten. Daraus könnte eine Benachteiligung von bestimmten Patientengruppen erfolgen. Hier besteht dringender Nachbesserungsbedarf. Ein Fortschritt des Gesetzes ist, dass der stets wachsenden Zahl von Nichtversicherten der

Zugang zur Krankenversicherung eröffnet werden soll. Dadurch kann für alle Mitglieder der Gesellschaft der Zugang zu dem existentiellen Gut Gesundheit gewährleistet werden.

7. Gesellschaftlicher Diskurs über die Zukunft der GKV

Ein großes Problem in der Weiterentwicklung der GKV ist ihre Abhängigkeit von Parteiinteressen bzw. vom Kalkül von Interessensgruppen. Notwendig wäre ein umfassender gesellschaftlicher Diskussionsprozess über die Zukunft der GKV. Anregungen dazu finden sich in verschiedenen skandinavischen Ländern oder in den Niederlanden. In diesen Diskursen wurde versucht, auf breiter gesellschaftlicher Basis (ethische) Kriterien für die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen zu entwickeln und zu begründen. Die Prozesse sind zwar politisch oftmals letztendlich gescheitert, aber sie haben sehr viel Bewusstseinsbildung bewirkt.

In Deutschland handelt es sich vorwiegend um eine Expertendiskussion. Wünschenswert wäre eine breite gesellschaftliche Diskussion, in der wir darüber nachdenken, wie viel Gesundheit wir uns leisten wollen, und zwar für alle, auch für den am schlechtesten Gestellten, also auch den finanziell oder gesundheitlich am schlechtesten Gestellten.

Für eine solche breite Diskussion würde ich gerne eine Denkfigur von John Rawls aufgreifen. Er konstruiert den so genannten Schleier des Nichtwissens in der Situation des Urzustandes. Das bedeutet, dass wir in einer Situation des Urzustandes hinter einen Schleier des Nichtwissens treten in der Art, dass „niemand seinen Platz in der Gesellschaft, seine Klasse oder seinen Status; ebenso wenig seine natürlichen Gaben, seine Intelligenz, Körperkraft usw. [...] kennt [...] Die Menschen im Urzustand wissen auch nicht, zu welcher Generation sie gehören.“²¹ Rawls stellt mit dem Urzustand also einen Zustand der Gleichheit her, wo niemand weiß, ob er jetzt oder in Zukunft vermögend, gesund oder krank oder jung oder alt sein wird. Er geht davon aus, dass sich die Betroffenen hinter dem Schleier des Nichtwissens auf bestimmte Grundsätze der Gerechtigkeit und der gerechten Güterverteilung verständigen (Freiheitsgrundsatz und Differenzprinzip). Sicherlich können wir nicht mehr vollständig hinter den Schleier des Nichtwissens zurücktreten. Jedoch ist es für unsere Diskussion über die Zukunft der

²¹ Rawls, J., Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt a. M. ⁸1994, 160.

GKV und des Gesundheitswesens entscheidend, dass wir alle Reformstrategien aus der Perspektive verschiedener Personengruppen anschauen. Im Sinne einer vorrangigen Option für Benachteiligte sind wir als Gesellschaft verpflichtet, Veränderungen im Gesundheitswesen stets auch aus der Sicht derjenigen zu bewerten, die wenig oder kein Einkommen haben, die krank sind oder sich nicht selber vertreten können bzw. in Zukunft benachteiligt sein könnten. Jeder von uns könnte irgendwann zu dieser Gruppe gehören. Schon in unserem eigenen Interesse sollten wir uns für einen solchen Diskurs einsetzen.

Ich danke Ihnen!

- Verständnisfrage

Ich würde gerne ein Bisschen mehr wissen von dem von Ihnen angesprochenen ethischen Filter in Skandinavien.

- Beitrag aus theologischer Sicht

Die Diskussion wurde insbesondere zwischen 1993 und 1998 geführt. Man hat so genannte Prioritätensetzungsprozesse durchgeführt, um zu klären, welche Leistungen allen zukommen sollten. Entsprechende Diskussionen wurden u.a. in Neuseeland, in Schweden und in den Niederlanden geführt. Einigkeit bestand darüber, dass ärztliche Behandlung jedenfalls bei lebensbedrohlichen Zuständen gewährt werden müsse. In Schweden zeichnet sich eine Tendenz ab, die gesellschaftliche Solidarität auf den klassischen Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erstrecken. In den USA gibt es die so genannte Dis- und Minimumdiskussion. Hier geht es um das angemessene Maß, wobei allerdings aber eher von einer Minimalversorgung ausgegangen wird. Hierzu gehören z.B. die Geburtshilfe, die frühkindliche Versorgung und die Notfallmedizin.

Das Spannende ist die Grenzziehung zwischen der Ebene der Minimalversorgung und der Optimalversorgung. Die Grenze zwischen beiden darf nicht scharf gezogen werden, weil jede Krankheit ein anderes Gesicht hat.

Die Autonomie des Patienten hat eine hohe Funktion. Aber sie kann auch eingeschränkt sein. Neben vielen gut informierten Patienten gibt viele, die sich nicht gut informieren können. Wir können daher nicht nur vom Idealbild des mündigen Patienten ausgehen, sondern müssen Mechanismen haben, die z.B. auch den Demenzpatienten oder den finanziell benachteiligten Patienten schützt. Zunächst hat man auch bei uns die Patientenautonomie relativ gering geschätzt. Dann ging die ethische Diskussion sehr stark auf die angloamerikanische Vorstellung eines rationalen Vertragspartners ein. Mir geht es jetzt darum, die Situation der so genannten vulnerablen Personengruppen zu stärken, die aufgrund ihrer sozialen, physischen oder psychischen Situation ihre Ansprüche nicht selber geltend machen können.

- Beitrag aus juristischer Sicht

Ich denke, dass in der jetzigen Diskussion in Deutschland keiner die Abschaffung der Zwangsversicherung für den Fall der Krankheit befürwortet. Wir wollen keine amerikanischen Verhältnisse. Insoweit sind wir in Deutschland und in Europa anders sozialisiert als in den USA. Zur Diskussion steht insoweit lediglich die Frage, ob wir eine Zwangsversicherung wollen oder Pflicht zur Versicherung (ähnlich also wie bei der Kfz-Haftpflichtversicherung).

Prof. Dr. Ursula Weisenfeld

Ökonomie in der GKV aus Sicht der Versicherten

Einführung

Der Staat ist verpflichtet, ein System zur Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung zu schaffen. Es gibt im internationalen Vergleich recht unterschiedliche Systeme, die häufig in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit und ihre Wirtschaftlichkeit miteinander verglichen werden. Hier soll nicht ein Systemvergleich z.B. zu einem steuerfinanzierten System, wie es in England vorzufinden ist, und einer breiten privaten Absicherung wie

in den USA durchgeführt werden – gleichwohl: solche Vergleiche bieten Einsichten und Anstöße bezüglich Vorzügen und Schwächen des eigenen Systems.

Angesichts der international verbreiteten Problematik der Finanzierung einer Versorgung rückt die ökonomische Betrachtung des Gesundheitswesens immer mehr in das Zentrum von Diskussionen über das Gesundheitswesen. Gesundheitsökonomie ist eine Wissenschaft, die sich mit der Produktion, der Verteilung und dem Konsum von knappen Gesundheitsgütern, also mit der ökonomischen Seite der Gesundheitsversorgung, beschäftigt.

In Deutschland ist der überwiegende Teil der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert, weshalb gerade die Ökonomie in der GKV von hoher Bedeutung für eine ökonomische Betrachtung des Gesundheitswesens ist.

Was aber heißt ‚ökonomisch‘ auf dem ‚Markt für Gesundheitsgüter‘, insbesondere aus Sicht der Versicherten, die zum einen ja Gegenstand der Versorgungspflicht sind, zum anderen Nachfrager der Gesundheitsleistungen? Sind die Versicherten (a) souveräne Patienten, die frei wählen können und sollen und dadurch das Angebot lenken, oder (b) unwissend und begeben sich in die Fürsorge des Staates bzw. der Anbieter der Gesundheitsleistungen?

Hier stehen sich zwei konträre Menschenbilder gegenüber.

Effizienz auf dem Gesundheitsmarkt

Effizienz

Das Ökonomische Prinzip ist ein formaler Grundsatz des Wirtschaftens, nach dem gegebene Ziele mit möglichst geringem Mitteleinsatz (Minimierung) **oder** mit einem gegebenen Budget ein möglichst hoher Output (Maximierung) erreicht werden sollen. (Die gleichzeitige Verfolgung beider Ausrichtungen ist nicht zielführend).

In Bezug auf eine Volkswirtschaft sollen die im Prinzip unbegrenzten Bedürfnisse bei grundsätzlich begrenzten Mitteln optimal befriedigt werden (Allokation von

Ressourcen). Neben Bedürfnissen nach Gesundheit gibt es eine Vielzahl weiterer Bedürfnisse, etwa nach Sicherheit, Bildung etc. (hier gibt es also ‚Trade-offs‘, die im gesellschaftlichen Diskurs vollzogen werden müssen). In Bezug auf eine Organisation oder ein Individuum stehen die jeweiligen Ziele oder Budgets im Vordergrund.

Dieser Grundsatz der Effizienz gilt unabhängig von der Art der Ziele, macht also keine Aussagen über Ziele des Wirtschaftens wie etwa Gewinnmaximierung, optimale Versorgung etc.

Der Markt

In den Wirtschaftswissenschaften stellten das Modell der vollkommenen Konkurrenz und das Menschenbild des homo oeconomicus lange Zeit die Basis für die Beschreibung und Analyse wirtschaftlichen Handelns dar.

Dem Ordnungsleitbild ‚vollkommene Konkurrenz‘ liegen die folgenden Annahmen zugrunde:

- atomistische Angebots- und Nachfragestruktur
 - Güter sind beweglich, substituierbar und beliebig teilbar
 - Marktzutritt ist frei
 - Volkswirtschaft ist statisch
- Nach dem Menschenleitbild ‚homo oeconomicus‘ ist der Mensch
- umfassend informiert,
 - sich seiner Bedürfnisse bewusst,
 - autonom handelnd,
 - rational mit dem Ziel, den maximalen Nutzen für sich zu erreichen.

Die Erfüllung aller Annahmen ist generell unrealistisch. So herrscht zum Beispiel weder irgendwo vollkommene Information, noch kann grundsätzlich rationales Handeln angenommen werden. Die vorhandene Information ist asymmetrisch verteilt, Information wird selektiv und verzerrt wahrgenommen, Menschen werden bewusst manipuliert:

Das Verbraucherverhalten kann „ durch systematische Ausnutzung der ererbten Reaktionen eines Menschen und durch systematische Anwendung lerntheoretischer

Prinzipien ... in beträchtlichem Maße so geformt werden ..., wie es den Marketingzielen entspricht“ (Kroeber-Riel 1990, 682).

Damit ist auch die von Adam Smith konstatierte Konsumentensouveränität, d.h. der Verbraucher steuert durch sein Nachfrageverhalten die Güterproduktion, eine Utopie. Vielmehr ist von einer Konsumentenfreiheit auszugehen, nach der das Angebot nur ungefähr den geäußerten Präferenzen entspricht und sich Beschränkungen u.a. durch Eigeninteressen der Anbieter und begrenzte Fähigkeiten der Nachfrager ergeben. D.h. das Bild, wie Menschen sich verhalten und entscheiden, ist weitaus komplexer, als es die Vorstellungen vom souveränen Bürger einerseits und dem unmündigen Bürger andererseits suggerieren.

Es gilt festzuhalten: Märkte sind nicht vollkommen, Konsumenten sind nicht vollständig souverän.

Der Markt für Gesundheitsleistungen

Die schon oben aufgeführten Probleme der asymmetrischen Information und der fehlenden Konsumentensouveränität stellen auf dem Markt für Gesundheitsleistungen große Herausforderungen dar.

Gesundheit ist ein besonderes und ein besonders wertvolles Gut:

- Gesundheitsgüter weisen den Charakter gemischt privat-öffentlicher Güter auf;
- der Konsum von Gesundheitsgütern ist mit externen Effekten verbunden (z.B. Impfungen);
- es besteht keine Konsumentensouveränität;
- es besteht keine vollkommene Markttransparenz;
- Gesundheitsgüter werden mit zunehmenden Skalenerträgen und/oder Verbundvorteilen erstellt (vgl. Breyer/Zweifel (1999): S. 151 f).

Darüber hinaus wird die Berücksichtigung sozialer Gerechtigkeit gefordert.

Gesundheit gilt als meritorisches Gut:

„Ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik ist, der gesamten Bevölkerung den Zugang zu Gesundheitsgütern zu ermöglichen, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit.“

Sozialbedingte Unterschiede sollen im Hinblick auf Morbidität und Sterblichkeit verringert werden“ (Breyer/Zweifel (1999), S.151).

Außerdem ist von sehr unterschiedlichen Zuständen der Informiertheit und der Möglichkeit, rationale Entscheidungen zu treffen, auszugehen. So sind chronisch Erkrankte häufig sehr gut informiert und können sich mit Therapiemöglichkeiten intensiv auseinandersetzen. In anderen Fällen haben Patienten ein so hohes Informationsdefizit und sind von der Krankheit ‚überrollt‘, so dass sie sich vertrauensvoll in die Obhut des Arztes begeben.

Aufgrund der Besonderheiten des Gesundheitsmarktes ist eine staatliche Regulierung erforderlich.

Das Gesundheitswesen ist in einen bestimmten Kontext eingebunden. Wichtige Faktoren sind:

- Ziele: Grundversorgung, optimale Versorgung, Patientensouveränität...
- Institutionen: GKV/PKV, Gesetze...
- Mittel: Technologie, Budget.

Die Institutionen wiederum haben ihre eigenen Ziele.

So sind die Ziele der GKV, „bei steigenden Gesundheitsausgaben ein hohes Leistungsniveau für die Versicherten weiterhin solidarisch zu finanzieren, ohne die Lohnzusatzkosten beschäftigungsfeindlich zu steigern“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2005). Dabei werden ausdrücklich die Strukturprinzipien „Solidarität, Sachleistung, ehrenamtliche Selbstverwaltung, Wahlfreiheit der Versicherten und Pluralität“ als Fundament für eine Weiterentwicklung genannt (ebenda).

Dabei führten und führen Finanzierungsprobleme zu Rationalisierung medizinischer Leistung und Rationierung medizinischer Leistung wie Ausschluss bestimmter Leistungen aus dem Leistungskatalog und Beschränkung von Leistungen der Anbieter. Die Situation wird durch sinkende Einnahmen, wachsende Belastungen und den technischen Fortschritt weiter verschärft.

Sicht der Versicherten

Wenngleich Konsumentensouveränität (und damit auch Patientensouveränität) im eigentlichen Sinne kaum zu verwirklichen ist, stellt zumindest ‚Konsumentenfreiheit‘ ein realistisches Modell dar.

Gesundheitsgüter sind weitgehend Erfahrungs- und Vertrauensgüter, d.h. die Asymmetrie von Information ist besonders stark ausgeprägt, aber auch schwierig zu überwinden. Gleichwohl hat sich in den letzten Jahrzehnten ein Wandel vollzogen: Diagnose- und Therapiemöglichkeiten werden in den Medien beschrieben und im Internet diskutiert; die Möglichkeiten der Patienten, sich zu informieren, sind gestiegen und werden genutzt.

In Bezug auf die GKV ist festzustellen, dass sowohl Beitritt (Pflichtversicherung) als auch Inanspruchnahme (Leistungskatalog) keine Wahl anbieten („Patientenfreiheit“?). Wegen des Sachleistungsprinzips ist das Wissen über Preise bzw. Kosten kaum vorhanden. Aus Versicherten-Sicht ist also entgegen der proklamierten Wahlfreiheit eine starke Beschränkung festzustellen. Es besteht gerade keine Wahl zwischen Leistungen, und die Voraussetzungen für eine echte Wahl, nämlich informiert zu sein, sind nicht gegeben: es gibt nur unzureichende Information über Richtigkeit und Qualität von Diagnose und Therapie in Art und Umfang der Versorgung (asymmetrische Information). Die Gesetzgebung zu Kostenerstattung (§ 13 SGB V) vermindert Transparenz und Wahlmöglichkeiten.

Fazit

- Effizienz, d.h. der wirtschaftliche Einsatz von Mitteln zur Erreichung von Zielen, tut auch dem Gesundheitswesen gut. Zentrale Voraussetzung ist eine Einigung auf Ziele (z.B. Umfang der Versorgung) oder Budget (Trade-off). Zentrale Frage ist: Wie kann für eine alternde Gesellschaft, der immer mehr medizinische Möglichkeiten zur Verfügung stehen, eine Gesundheitsversorgung sichergestellt werden?
- Der Patient (genau wie ein Konsument) ist nicht voll informiert und rational handelnd, kann also nicht souverän entscheiden, ist aber auch nicht unwissend und vollkommen abhängig von der Fürsorge des Staates.

- Informationsasymmetrie kann durch gezielte Information abgebaut werden (Information über Behandlungsmöglichkeiten –Leistungskatalog-, über Kosten – Kostenerstattung- etc.).
- Dementsprechend sollten Wahlmöglichkeiten existieren.

Ich danke Ihnen!

Zitierte Literatur:

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2005: Für eine leistungsstarke gesetzliche Krankenversicherung (GKV): Eckpunkte für die Gesundheitspolitik aus Sicht der GKV,

http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitssystem/reformkonzepte/reformvorschlaege2005/Eckpunkte-Gespolitik_kurz.pdf

Breyer, F, / Zweifel, P. (1999): Gesundheitsökonomie, 3. überarb. Aufl., Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Kroeber-Riel, W. (1990): Konsumentenverhalten.

- *Beitrag aus juristischer Sicht*

Kosten-Nutzen-Bewertungen erfolgen heute bereits für Arzneimittel. Wir haben Entsprechendes für Medizinprodukte und für ärztliche Behandlungen zu erwarten. Es steht zu befürchten, dass politische und auch juristisch-medizinische Beurteilung durch ökonomische Bewertungen überlagert werden. Wie ist dieser Ansatz insbesondere bei der Frage zu bewerten, mit welchem Wert ein bestimmtes Lebensjahr eines bestimmten Patienten, mit welchem Wert z.B. die Hüfte einer 90-jährigen Versicherten ökonomisch zu bewerten ist? Wie ist Lebensqualität zu messen?

- *Beitrag aus ökonomischer Sicht*

Den Preis für ein Menschenleben kann ich nicht nennen. Die Frage, welche Ziele die Gesellschaft in Bezug auf die Gesundheitsversorgung hat, muss in der Gesellschaft diskutiert werden. Hier müssen die Entscheidungen fallen. Denn eine Gesellschaft kann nicht mehr Geld ausgeben, als vorhanden ist. Es sind nicht die Ökonomen, die die

Entscheidungen treffen. Es ist ein gesellschaftlicher Prozess und kein ökonomischer Prozess. Die ökonomische Frage ist die Verteilung der Mittel. Hier kann man entweder ein gegebenes Budget möglichst gut ausnutzen oder ein Ziel mit möglichst geringen Mitteln erreichen.

Podiums- und Publikumsdiskussion: Medizinischer Fortschritt: Ja – aber?

- Politisches Statement

Alle in Deutschland wollen medizinischen Fortschritt. Deutschland ist ein Forschungsstandort. Forschung ist teuer. Wenn man sie macht, müsste man sie konsequenter Weise auch anwenden. Doch kann sich unser Gesundheitssystem das leisten? Falls ja, für alle oder nur für einige wenige?

Die Forderung ist, dass aus unserem Krankenversicherungssystem heraus mehr für die Erhaltung der Gesundheit getan werden muss. So muss wirksame Prävention von Kindheit an erfolgen, damit die Bevölkerung von vornherein gesünder wird. Jedes Kind muss das Recht auf optimale Versorgung haben, um gute Entwicklungschancen und alle Möglichkeiten zu einem vernünftigen Leben zu haben.

Die FDP will keine Pflichtversicherung, sondern die Einführung einer Pflicht zur Versicherung mit einem abzustimmenden Katalog einer Grundversorgung. Ziel ist es, dass alle eine Grundversicherung haben, die bestimmte Leistungen erbringt und die die Möglichkeit eröffnet, sich zusätzlich weiter zu versichern, auch für teurere Behandlungen. Es erscheint mir wichtig, dass jeder Patient über seine Behandlung eine Rechnung erhält. So weiß er, was die ärztliche Leistung kostet. Nur so ist es möglich, aus der heute vielfach bestehenden Konsumentenhaltung heraus zu kommen und mehr Verantwortungsgefühl für sich selber und die eigene Gesundheit zu entwickeln. Das stärkt zugleich die Solidargemeinschaft der Versicherten, deren Behandlung ja ebenfalls aus dem gemeinsamen Beitragsaufkommen finanziert werden muss.

Ich halte die Versicherten von heute durchaus für mündig. Es gibt viele Menschen, die durchaus in der Lage sind, mündiger Patient zu sein und Verantwortung für sich zu übernehmen. Was sie brauchen, sind Informationen, und zwar mehr als ihnen heute zugänglich sind. Man muss die Versicherten in die Lage versetzen, Verantwortung für sich zu übernehmen.

Im Übrigen gibt es noch viele Stellen, an denen gespart werden könnte. Ein Beispiel ist das ambulante Operieren, das wesentlich billiger ist als ein stationärer chirurgischer Eingriff.

- Politisches Statement

Entgegen der hier vielfach geäußerten Ansicht können wir im Gesundheitswesen nicht unterstellen, dass die Versicherten generell mündig sind. Es gibt viele Bürger in Deutschland, die nicht mit einem Kostenerstattungswesen zu Recht kämen, wenn sie krank sind. Eine große Gruppe sind z.B. die Nicht-Sesshaften. Eine weitere große Gruppe sind alle diejenigen, die nicht über das Bildungsniveau verfügen, um mit dem Kostenerstattungsprinzip zu Recht zu kommen.

Zu den ethischen Werten des Gesundheitswesens gehört vor allem die Solidarität - Solidarität mit denen, die nicht so viel Geld haben, sich keine Zusatzleistungen kaufen können und die trotzdem eine ordentliche medizinische Versorgung haben wollen. Gerechtigkeit im Gesundheitswesen darf nicht von Bildung und Status abhängen. Jeder Mensch in unserer Gesellschaft muss frei sein können von der Angst vor dem Armutrisiko, wenn man krank wird.

- Beitrag aus ärztlicher Sicht

Ich möchte betonen, dass die erwähnten Gruppen (die Gruppe der Nicht-Sesshaften, die Gruppe der Chroniker etc.) im Verhältnis zu den 87 % unserer Bevölkerung, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, relativ klein sind. Der überwiegende Teil der Bevölkerung kann mit einer Pflicht zur Versicherung und der im Gesundheitswesen befindlichen Dynamik wirtschaftliche Reserven aus dem Gesundheitssystem herauslösen. Auf diese Weise können Arbeitsplätze geschaffen werden, und es besteht die Chance, die benachteiligten Gruppen unserer Gesellschaft

besser zu versorgen. Aus der Dynamik des Gesamtprozesses heraus können wir die Chancen für alle verbessern. Es ist falsch zu fordern, dass sich die Umgestaltung unseres Gesundheitswesens an den sozial Benachteiligten orientieren muss. Ihnen kann nur geholfen werden, wenn die Solidarität aller gestärkt wird.

Um einem Missverständnis vorzubeugen: Kostenerstattung soll nicht die Regel werden, sondern es soll eine Option sein für die, die es möchten. Man sollte nicht 90 % der Bevölkerung in ihrer Wahlfreiheit und ihrer Souveränität behindern, nur weil 10 % jetzt nicht in der Lage sind, diese auszuüben und daher einer paternalistischen Leitung bedürfen.

- Beitrag aus zahnärztlicher Sicht

In meine Praxis kommen regelmäßig auch soziale Problemfälle. Sie kommen meistens als Schmerzfälle. Ich sehe dann katastrophale Gebisse. Die Patienten haben zwar einen Anspruch auf 100 % Zahnersatz. Sie haben aber nicht die Energie, Zahnarzttermine einzuhalten und brechen die Behandlung einfach ab. Das ist ein großes Problem, um das wir uns gesondert kümmern müssen. An diesen Fällen können wir aber nicht unser gesamtes gesetzliches Krankenversicherungssystem ausrichten.

- Beitrag aus theologischer Sicht

Ich halte das Thema Grundleistungskatalog für das Hauptthema einer echten Gesundheitsreform. In der Gesundheitsreform 2007 sind schon Elemente enthalten, diesen Grundleistungskatalog zu konkretisieren. Das Stichwort Kosten-Nutzen-Bewertung wird in den nächsten Jahren noch viel deutlicher hervortreten. Angesichts der Enge der finanziellen Ressourcen muss die Diskussion um die Konkretisierung des Grundleistungskatalogs sehr früh beginnen. In den nächsten Jahren werden wir in den Zeitungen Schlagzeilen finden mit dem Titel „40.000 € für ein Lebensjahr“. Denn das ist die Konsequenz dieser Kosten-Nutzen-Bewertung. Mit solchen Schlagzeilen und mit solchen Unruhe stiftenden Dingen müssen wir umgehen. Wir müssen rechtzeitig darauf eingehen. Deshalb geht es in unserer Tagung auch und vor allem um das zukünftige Menschenbild unserer Gesellschaft.

- Beitrag aus politischer Sicht

Unsere Schwierigkeiten resultieren aus der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Nach meiner Ansicht sind wir hier noch längst nicht an ein Ende gekommen. Man rechnet pro Jahr mit Zuwächsen um 5 Milliarden Euro, die allein durch den medizinischen Fortschritt verursacht werden.

Auf der anderen Seite haben wir im Gesundheitswesen 220.000 Ärzte, 21.000 Apotheken, 2.200 Krankenhäuser und 300 Krankenversicherungen. Das sind alles Arbeitsplätze, die durch den Abbau von Gesundheitsleistungen gefährdet wären. Es ist daher sehr schwierig, zu einer schnellen, einfachen und übersichtlichen Lösung zu kommen. Deshalb wird aus meiner Sicht das Thema Kostenerstattung nichts Wesentliches zur Verbesserung dieser Situation beitragen können. War ich krank, so galt ich überall als schwieriger Krankheitsfall und hatte keinerlei Möglichkeit, zu dem einfachen Satz abgerechnet zu werden. Das macht mich misstrauisch gegenüber einem System der Optionen.

- Beitrag aus politischer Sicht

Wir hatten als Politikerinnen und Politiker kürzlich Gelegenheit, uns in Schweden mit dem dortigen Sozial- und Gesundausschuss zu unterhalten. Dabei wurde deutlich, dass es in der Tat unumgänglich ist, eine breite gesellschaftliche Diskussion zu führen, wenn man das Gesundheitswesen reformieren will. Die Diskussion muss frei von egoistischen Interessen sein und sachorientiert geführt werden. Das setzt die Mündigkeit der Bürgerinnen und Bürger voraus. Sie müssen besser informiert werden, d.h. die GKV muss transparenter und unbürokratischer werden.

Ich teile die Auffassung, dass die breite Masse unserer Bevölkerung sehr wohl in der Lage ist, mehr Verantwortung für sich und für die Solidargemeinschaft zu übernehmen. Gruppen, die hierzu nicht in der Lage sind, müssen entsprechend unterstützt werden. Das ist selbstverständlicher Teil unseres sozialen Systems. Der Großteil der Bevölkerung jedoch, der in der Lage ist, sich einzubringen und Verantwortung zu tragen, ist hierzu aufgerufen und in der Pflicht.