

Hans-Ulrich Deppe
Zur Kommerzialisierung der
Krankenversorgung -
Solidarische Alternativen sind möglich!

Diskussionspapier 2011 – 1

Institut für Medizinische Soziologie
Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main
April 2011

Institut für Medizinische Soziologie

Direktor: N.N.

Zentrum für Gesundheitswissenschaften

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt am Main

Telefon: (0 69) 63 01 – 76 10

Fax: (0 69) 63 01 – 66 21

Website: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz>

ISSN 1861-5732

Zusammenfassung

Das vorliegende Diskussionspapier ist die erweiterte and aktualisierte Fassung des Kapitels „Neoliberalismus und Arzt-Patient-Beziehung“ meines Buches „Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland“ (Frankfurt 2005). Es geht dabei um die Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung eines sozialen Bereiches, der davor lange Zeit verschont wurde. Der Einfluss von Markt und Wettbewerb auf die Arzt-Patient- Beziehung werden beschrieben und analysiert sowie auf daraus folgende wichtige Veränderungen hingewiesen. Dabei zeigt sich, dass der Patient zunehmend zum Kunden wird und der Arzt immer intensiver unternehmerisch zu denken hat. Der Ermessensspielraum für ärztliche Entscheidungen, von Indikationsstellungen und therapeutischen Interventionen, werden davon nicht unerheblich berührt. Daraus ergeben sich ethische Aspekte, die schon vor einigen Jahrzehnten von der „kritischen Medizin“ beklagt wurden. Gesundheit wird hier als Menschenrecht gesehen. Als Gegenmodell zur um sich greifenden Kommerzialisierung gelten neue Formen der Versorgung, die auf der Basis von Solidarität beruhen.

Abstract

This discussion paper is the enlarged and updated version of the chapter „Neoliberalism and Doctors-Patient-Relationship“ in my book "Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland“ (Frankfurt a. M. 2005). It takes a critical look at the process at economising and commercialisation of a social field which was exempted for some time. The impact of market and competition on the relation between physicians and patients is described and analysed. Important changes will be stressed. One is that the patients will be more and more in the position of a customer and the physician has to act and think more and more in categories of an entrepreneur. It touches the discretionary decisions of physicians for medical indications and therapeutic interventions with important ethical aspects. Health is seen as a human right. The alternative to the process of commercialisation of medical institutions are forms of care which are based on the principle of solidarity.

Inhalt

1.	Konkurrenz, Solidarität und Politik – Zur Entstehung des Sozialstaats	7
2.	Wirtschaftlicher Neoliberalismus	10
2.1	Globalisierung und Wirtschaftsstandort.....	10
2.2	Ökonomisierung.....	12
3.	„Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen?	16
4.	Altersentwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt: Einfluss auf die Kostenentwicklung	19
5.	Anstieg des Beitragssatzes in der GKV	22
6.	Verschiebepark	24
7.	Markt, Wettbewerb und Medizin.....	25
7.1	Markt und Krankheit.....	25
7.2	Wirtschaftliche Konkurrenz und Krankheit	30
8.	Zur Kommerzialisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses	39
9.	Zufriedenheit des Patienten als Richtschnur ärztlichen Handelns.....	63
10.	Ethische Aspekte	66
11.	Kritische Medizin	69
12.	Wettbewerb und Menschenrecht „Gesundheit“	71
13	Solidarität	74

1. Konkurrenz, Solidarität und Politik – Zur Entstehung des Sozialstaats

„Die Konkurrenz ist der vollkommenste Ausdruck des in der modernen bürgerlichen Gesellschaft herrschenden Krieges Aller gegen Alle. Dieser Krieg, ein Krieg um das Leben, um die Existenz, um alles, also auch im Notfall ein Krieg auf Leben und Tod, besteht nicht nur zwischen den einzelnen Mitgliedern dieser Klassen; jeder ist dem anderen im Wege, und jeder sucht daher auch alle, die ihm im Wege sind, zu verdrängen und sich an ihre Stelle zu setzen. Die Arbeiter konkurrieren unter sich, wie die Bourgeoisie unter sich konkurriert. Der mechanische Weber konkurriert gegen den Handweber, der unterbeschäftigte oder schlecht bezahlte Handweber gegen den beschäftigten oder besser bezahlten und sucht ihn zu verdrängen. Diese Konkurrenz der Arbeiter gegeneinander ist aber die schlimmste Seite der jetzigen Verhältnisse für den Arbeiter, die schärfste Waffe gegen das Proletariat in den Händen der Bourgeoisie. Daher das Streben der Arbeiter, diese Konkurrenz durch Assoziationen aufzuheben, daher die Wut der Bourgeoisie gegen diese Assoziationen und ihr Triumph über jede diesen beigebrachte Schlappe.“

Diese Sätze über das Verhältnis von Konkurrenz und Solidarität schrieb Friedrich Engels bereits 1845 in seinem berühmten Buch „Die Lage der arbeitenden Klasse in England“.¹ Für ihn war die Konkurrenz das entscheidende soziale Merkmal der bürgerlichen Gesellschaft. Alles laufe hier auf die Konkurrenz² hinaus. Er sah darin das „raffinierte Recht des Stärkeren“.³ Das Interesse des Bourgeois müsse es sein, möglichst alles zu besitzen oder zu kontrollieren, um seine Widersacher ausschalten zu können. Am Ende stehe deshalb das Monopol. Für die Arbeiter sei das Schlimmste ihre Konkurrenz gegeneinander. Das schwäche ihr Widerstandspotenzial. Als wirksame Möglichkeit, aus dieser Situation herauszukommen, nennt Engels Arbeiterassoziationen, die auf dem Prinzip der Solidarität beruhen. Das entsprach auch dem damaligen Streben der Arbeiter. Sie organisierten sich in Vereinen, Gewerkschaften und später Parteien. Es war die Geburtsstunde der Arbeiterbewegung. Und diese war in ihrem über 100-jährigen Kampf keineswegs erfolglos. Ihr ist es nicht zuletzt zu verdanken, dass in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts Gesellschaft prägende Sozialgesetze durchgesetzt wurden, die zwar die

1 F. Engels, Die Lage der arbeitenden Klasse in England, in: Marx/Engels Werke, Bd. 2, Berlin 1962, S. 306f.

2 Damit greift F. Engels auf Arbeiten von Louis Blanc zurück, der in der freien Konkurrenz die Wurzel allen Übels erblickte. Siehe hierzu: A. Rosenberg, Demokratie und Sozialismus, Frankfurt 1962, S. 56.

3 F. Engels, Umriss zu einer Kritik der Nationalökonomie, in: Marx/Engels Werke, Bd. 1, Berlin 1964, S. 512.

sozialen Risiken ⁴ der neuen Gesellschaft nicht systemisch vermieden, aber gegen sie immerhin ein Stückweit absicherten. Das wiederum war der Ausgang des auf der Solidarität der abhängig Beschäftigten basierenden Sozialstaates. Der deutsche Sozialstaat ist die politische Reaktion auf das wirtschaftliche Prinzip der Konkurrenz und die Kapitalakkumulation in der bürgerlichen Gesellschaft. Er ist als sozialer Klassenkompromiss zwischen Lohnarbeit und Kapital eine Kompensation für strukturelle Risiken und Defizite und gilt gleichsam als „Schmieröl“ oder „Sozialkitt“ in der modernen antagonistischen Gesellschaft.⁵ Er dient gleichsam zur Befriedung System bedingter sozialer Widersprüche.

Diese Entwicklung verlief in den europäischen Ländern nicht gleich. In Westeuropa haben sich zwei Konzepte der staatlichen Regulierung sozialer Fragen herausgebildet, die zwar sehr ähnlich, aber keineswegs identisch sind: das Konzept des Sozialstaates und das des Wohlfahrtsstaates. Die Sozialstaatsidee als Reaktion auf die Verteilungsmängel und Risiken des Marktes sowie die polarisierenden gesellschaftlichen Auswirkungen der Konkurrenz entstammt dem Bismarckschen Obrigkeitsstaat und konzentrierte sich politisch auf die soziale Integration der Arbeiter. Die Loyalität der Arbeiterschaft gegenüber dem Staat sollte damit erreicht werden. Darüber hinaus wurden die abhängig Beschäftigten in ihre großen Berufsgruppen gespalten (Arbeiter, Angestellte, Beamte) und in getrennten Einrichtungen zu unterschiedlichen Bedingungen versichert. Der Sozialstaat wurde in Deutschland nicht nur vor der Demokratie - und zwar gegen die Stimmen der seinerzeit noch revolutionären Sozialdemokratie - eingeführt, sondern ihm wird sogar die politische Funktion zugeschrieben, die Realisierung der vollen Demokratie zunächst verhindert und verzögert zu haben.⁶ Im Sozialstaat werden die staatlich kontrollierten Sozialversicherungen aus einkommensbezogenen Beiträgen von Beschäftigten und Unternehmen finanziert. Durch ihre Bindung an die Lohnhöhe besteht ein direkter Bezug zur Dynamik der Produktion und Kapitalakkumulation. Entsprechend dem Solidaritätsprinzip können die Versicherten gleiche Leistungen erwarten. Der Sozialstaat hat darüber hinaus den Gedanken der Selbstverwaltung beibehalten.

Die Vorstellung vom Wohlfahrtsstaat der angelsächsischen und skandinavischen Länder hingegen, die sich zeitlich später entwickelte und bereits die Entstehung der Sowjetunion rezipierte, ist in der Tradition der bürgerlich-demokratischen Emanzipation verwurzelt. Im

4 Zum Begriff des sozialen Risikos siehe: R. Castel, Die Stärkung des Sozialen, Leben im neuen Wohlfahrtsstaat, Hamburg 2005, besonders S. 33, 81-95.

5 W. Abendroth, Antagonistische Gesellschaft und politische Demokratie, Neuwied 1967.

6 H.-U. Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt a.M. 1987, S.14-16; G. Esping-Andersen, The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge 1990, S. 15.

Wohlfahrtsstaat übernimmt der Staat eine aktivere und umfassendere Rolle bei der Steuerung wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Abläufe. Er beansprucht einen beträchtlichen Teil des gesamtwirtschaftlichen Produktionspotenzials für die Sicherung der Chancengleichheit aller Bürger wie Einkommenssicherung, Recht auf Arbeit, Gesundheit, Kindererziehung, Wohnen und Bildung. Damit geht er deutlich über sozialstaatliche Vorstellungen hinaus. Er baute die sozialen Staatsbürgerrechte aus und setzt für deren Finanzierung vor allem steuerliche Mittel ein, über deren Höhe politisch entschieden wird.

Trotz dieser Unterschiede zwischen Sozialstaat und Wohlfahrtsstaat kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der Bevölkerung durch beide Konzepte gegen die sozialen Risiken der bürgerlichen Gesellschaft lange Zeit abgesichert wurde. In beiden findet eine Umverteilung durch die öffentlich regulierte Finanzierung ihrer Institutionen und Leistungen statt. Die Verteilung gesellschaftlich produzierter Werte erfolgt zunächst über den Arbeitsmarkt zwischen Kapital und Arbeit (*Distribution*). Durch staatliche Intervention kommt es dann zu einer Umverteilung innerhalb der Arbeit zwischen höheren und niedrigeren Einkommen (*Redistribution*). Im Sozial- oder Wohlfahrtsstaat haben die abhängig Beschäftigten einen Rechtsanspruch auf demokratisch festgelegte Leistungen, deren Inanspruchnahme öffentlich garantiert ist. Das wiederum impliziert eine *De-Kommodifizierung* des Status der Individuen gegenüber dem Markt. Und dabei steht De-Kommodifizierung für das Maß, in dem Verteilungsfragen vom Marktmechanismus abgekoppelt sind.⁷

Heute konkurriert nun nicht mehr der mechanische Weber mit dem Handwerker. Computer und Roboter haben Einzug in die Produktion gehalten. Es hat sich gezeigt, dass Konkurrenz - zwar nicht von selbst und auch nicht durch Verwaltung oder Wissenschaft, sondern allenfalls durch Politik - auf einzelne Felder bzw. Parameter eingeschränkt und geregelt werden kann, ohne dass dadurch ihr anhaltender Druck versiegt. Seit Mitte der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts sind der Wettbewerb und der Markt unter dem Verdikt der *angebotsorientierten Wirtschaftspolitik* wieder in den Vordergrund der öffentlichen Debatte gerückt. Die keynesianischen Instrumente der Krisenregulation waren in dem erbitterten Konkurrenzkampf zwischen den führenden Industrienationen bzw. Zentren um die Anpassung an die neuen Produktionsbedingungen, die vor allem durch die wissenschaftlich-technische Revolution mit ihrer mikroelektronischen

7 G. Esping-Andersen, Die drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Zur Politischen Ökonomie des Wohlfahrtsstaates, in: St. Lessenich, I. Ostner (Hrsg.), Welten des Wohlfahrtskapitalismus, Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive, Frankfurt a.M. 1998, S. 36.

Hochtechnologie vorgegeben wurden, stumpf geworden. Der nachfrageorientierte Interventionismus mit seinen beschäftigungspolitischen Maßnahmen verlor nicht zuletzt durch die Globalisierung der Finanzströme erheblich an Einflusskraft.⁸ Neoliberale Strategien konnten diese Lücke hegemonial besetzen. Der Wirtschaftsliberalismus feierte eine globale Renaissance. Er wurde sozusagen zum Sachzwang und erlebte einen enormen Aufschwung, der allerdings im Herbst 2008 mit der Finanzmarktkrise jäh gebremst wurde. Die Finanzmarktkrise brach nun auch, nachdem sie zuvor schon in Südostasien, Mexiko und Argentinien mit verheerenden sozialen Folgen aufgetreten war, in den USA offen aus und führte zu weltweiten Eruptionen, die massive staatliche Interventionen erforderte.

2. Wirtschaftlicher Neoliberalismus

2.1 Globalisierung und Wirtschaftsstandort

Ausgegangen ist diese Entwicklung in den 80er Jahren von der Reagan-Administration in den USA. Die Thatcher-Regierung in Großbritannien folgte.⁹ Sie erhielt einen weiteren Schub durch den Zusammenbruch der sozialistischen Staaten in Osteuropa. Hier wurden Wettbewerb und Markt gleichsam zur Zauberformel für ihre Transformationsprozesse. Und diese Entwicklung hat inzwischen die meisten westeuropäischen Sozialstaaten erreicht, in denen heute kollektive Schutzrechte gegen soziale Risiken wie Arbeitslosigkeit, Alter oder Krankheit offen angegriffen und abgebaut werden. *Es findet eine Re-Individualisierung statt.* Davon Betroffene geraten nicht selten an den Rand der Gesellschaft. Ihnen droht eine Ausgliederung. Alternative adäquate Lösungen werden ideologisch bekämpft. Wettbewerb und Markt durchdringen im Gewand des Sachzwangs alle Poren der Gesellschaft, gelten als das Nonplusultra und werden gemeinhin kaum noch hinterfragt. Allerdings hat sich inzwischen auch Nachdenklichkeit und Kritik etabliert. In diesem Prozess zeichnen sich vor allem zwei Gefahren ab:

8 Siehe: E. Hobsbawn, *Zeitalter der Extreme*, München 1995, S. 510ff; K.G. Zinn, *Keynes und kein Ende? Zur Geschichte und zur Zukunft einer ökonomischen Doktrin*, in: *Gewerkschaftliche Monatshefte*, H. 2, 1999, S. 65-76.

9 In beiden Ländern konnte sich der Neoliberalismus durchsetzen, nachdem der Staat den Gewerkschaften (in den USA: Gewerkschaft der Fluglotsen; in Großbritannien: Gewerkschaft der Bergarbeiter) zuvor eine empfindliche und exemplarische Niederlage zugefügt hatte. Zum Begriff des Neoliberalismus siehe: J. Bischoff, F. Deppe, K.P. Kisker (Hrsg.), *Das Ende des Neoliberalismus?* Hamburg 1998, besonders S. 55ff.

Erstens: Gesamtgesellschaftliche Aufgaben und Vorstellungen - also solche, die am Gemeinwohl orientiert sind - geraten aus dem Blickfeld. Sie werden sogar als überholt beiseite geschoben. Flexibilisierung und Deregulierung haben das politische Denken erobert. Es darf dabei keineswegs vergessen werden, dass nicht der Markt, sondern nur die Politik soziale Gerechtigkeit, „sozialen Frieden“ und Öffentlichkeit gewährleisten kann. Sie hat deshalb auch entsprechende Institutionen nicht zufällig mit einem Versorgungsauftrag ausgestattet.¹⁰

Zweitens: Denkmodelle des privaten Wirtschaftens werden mechanistisch auf andere Bereiche des gesellschaftlichen Lebens übertragen und dogmatisch zur Handlungsmaxime erklärt. Zu denken ist dabei an die Krankenversorgung aber auch an die öffentliche Sicherheit, den Bildungssektor¹¹, die Justiz¹² und sogar das Militär¹³.

Im Bereich der öffentlichen Sicherheit und Justiz zeigt sich, dass private Wachfirmen bereits zur Konkurrenz der Polizei geworden sind. Es heißt, nach dem Boom der privaten Sicherheitsunternehmen habe diese Branche bereits ebenso viele Beschäftigte wie die Polizei. Das staatliche Sicherheitsmonopol existiere nicht mehr. Es werde zunehmend zu einem privaten und käuflichen Gut.¹⁴ Oberste Bundesrichter warnen: Die Justiz dürfe sich nicht auf ein Effizienzkonzept festlegen lassen, welches auf eine ökonomische Rationalität verkürzt ist. Ein solches Schema verzerre und trivialisiere die Wirklichkeit der Justiz.¹⁵ In Rheinland-Pfalz und in Hessen sind kommerzielle Gefängnisse geplant. Damit wird Anschluss an die USA und Großbritannien gesucht. In den USA gelten Gefängnisse bereits als lukrative Kapitalanlage. Ganze Industriezweige profitierten von der wachsenden Häftlingszahl¹⁶. Staaten wie Kalifornien geben bereits mehr für Gefängnisse und Strafjustiz als für Bildung aus¹⁷. Auch in Großbritannien wurden bereits unter der Major-Regierung erste private Gefängnisse eingeführt. Und es heißt: Nirgendwo in der

10 H.-U. Deppe, Thesen zur Transformation und zum Sinn des internationalen Vergleichs von Gesundheitssystemen, in: J. Behrens, B. Braun, D. Stone, J. Marone (Hrsg.), Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland, Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs, Baden-Baden 1996, S. 75-77.

11 Vgl. hierzu: Prokla, Heft 9, 1996 (Schwerpunkt).

12 W. Hassemer, Sitzen die Richter auf ihrer Insel und betrachten das Festland?, in: Frankfurter Rundschau vom 28. September 1996 (Dokumentation).

13 R. Uessler, Privatisierung von Sicherheit – Zur Problematik des Outsourcings militärischer Dienstleistungen, in: WSI-Mitteilungen, H. 5, 2007, S. 274-280.

14 Frankfurter Rundschau vom 18. November 1996.

15 W. Hassemer, a.a.O.

16 Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 17. Juli 1998 und 3. Februar 2002, S. 41.

17 N. Birnbaum, Die Vereinigten Staaten heute, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, H. 4, 1999, S. 456.

Europäischen Union werden mehr Menschen eingesperrt als im Vereinten Königreich¹⁸. Weitere Beispiele sind der militärische Einsatz privater Sicherheitskräfte. Hier duldet der Staat die Anwendung bewaffneter Gewalt von Privaten. Dabei werden hoheitliche Aufgaben wie das Gewaltmonopol von privaten Unternehmen Völkerrechts widrig wahrgenommen¹⁹. Ähnliche Prozesse der Umstrukturierung öffentlicher Einrichtungen lassen sich auch für die Krankenversorgung beobachten.

Die neoliberale Vorstellung, Märkte könnten alle öffentlichen Güter bereitstellen und öffentliche Sicherheit garantieren, ist absurd und wird im Fall ihrer realen Umsetzung unverantwortlich riskant. Selbst in ihrem Kernbereich – der Gewinnmaximierung durch die Vergabe von Krediten – hat sie versagt. Das demonstriert nicht zuletzt die gegenwärtige *Finanzmarktkrise* ausgelöst durch das Platzen massenhafter, fauler Immobilienkredite in den USA²⁰.

2.2 Ökonomisierung

Grundlage der Gesundheitspolitik und Krankenversorgung sind immer ökonomische Determinanten. Ohne diesen Zusammenhang in Frage stellen zu wollen, ist allerdings genau darauf zu achten, wo die ökonomischen Grenzen anzusetzen sind und wo politische oder ethische Fragen Gesellschaft bestimmend werden. Die um sich greifende, bruchlose und unkontrollierte Übertragung ökonomischer Gesetze und Instrumente auf außerökonomische Sachverhalte und Probleme wird als *Ökonomisierung* bezeichnet²¹. Eine Ökonomisierung tritt in der Regel ein, wenn das Gewinnkalkül oder der Tauschwert das Übergewicht über seinen Träger, den Gebrauchswert, gewinnt²². Von Ökonomisierung wird auch dann gesprochen, wenn die Eigendynamik der Ökonomie diese aus der Gesellschaft entbettet, um sich ihr dann allerdings wieder wie ein Alb aufzulegen²³. Ökonomisierung bedeutet schließlich die Herstellung von Gütern oder Leistungen für den Markt, ihre Zur-Ware-Werdung (Kommodifizierung). Und einen Schritt weiter geht der Begriff der *Kommerzialisierung*. Er meint nicht nur die Herstellung von Gütern für den Markt, sondern darüber hinaus ihre Herstellung für den Handel zum Zwecke der Profitmaximierung.

18 Süddeutsche Zeitung vom 13. Juni 1998.

19 R. Uessler, a.a.O.; dieses Problem trat offen im Krieg der USA gegen den Irak zutage.

20 E. Altvater, J. Bischoff, R. Hickel, Krisenanalysen, Hamburg 2009.

21 Vgl. hierzu: H.-U. Deppe, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, 3. Aufl., Frankfurt a.M. 2005, S. 163f.

22 Vgl. auch: H. Kühn, Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: G. Elsner, u.a. (Hrsg.), Markt versus Solidarität, Hamburg 2004, S. 25-41, S. 32.

23 E. Altvater, Das Ende des Kapitalismus wie wir ihn kennen, 3. Aufl., Münster 2006, S. 47.

Die Kritik an der Ökonomisierung und vor allem der Kommerzialisierung richtet sich nicht zuletzt auf das Menschenbild, das diesen zu Grunde liegt: das Konstrukt des *homo oeconomicus*, den natürlich egoistischen und Nutzen maximierenden Menschen, der alle Werte wirtschaftlichen Interessen unterordnet. Schon Anfang der 70er Jahre machten sich Gesundheitsökonominnen Gedanken darüber, wie das Verhalten von niedergelassenen Ärzten durch unterschiedliche Honorierungssysteme gesteuert werden könne. Sie entwickelten folgende Tabelle:

Honorierungsform und Arztverhalten

Honorierungsform	Patientenstamm	Zahl der Behandlungsfälle	Zahl der Leistungen
Festes Gehalt	Min	Min	Min
Kopfpauschale	Max	Min	Min
Fallpauschale	Max	Max	Min
Einzelleistungshonorierung	Max	Max	Max

Min = Minimierung

Max = Maximierung

Ein *festes Gehalt* als Honorierungsform wirke dahin, dass Ärzte Patientenzahlen, Behandlungsfälle und Zahl der Leistungen minimieren.

Die *Kopfpauschale* als Honorierungsform wirke dahin, dass die Patientenzahl maximiert, die Behandlungsfälle und die Zahl der Leistungen minimiert werde.

Die *Fallpauschale* als Honorierungsform wirke dahin, dass die Ärzte die Patientenzahl und die Behandlungsfälle maximieren, die Zahl der Leistungen aber minimieren.

Und das *Einzelleistungshonorar* wirke in Richtung auf eine Maximierung der Patientenzahlen, der Behandlungsfälle und der Zahl der Leistungen²⁴.

Das wären in der Tat die typischen Reaktionsweisen des *homo oeconomicus*.

24 WWI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Nr. 20, Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Analyse und Vorschläge zu Reform, Köln 1971, S. 92f.

Bei einer solchen Zuspitzung geht es keineswegs um eine generelle Verurteilung von Ökonomie, sondern um die Kritik ihres Allmachtsanspruchs. Zu fragen ist dabei nicht nur nach dem Zuviel an Ökonomie, also dem Grad der Kommodifizierung, sondern auch danach, ob die eingesetzten Instrumente dem jeweiligen Sachverhalt angemessen sind. Die Ökonomie unterliegt nämlich der Gefahr, ihre Grenzen zu sprengen und zur Norm des menschlichen Zusammenlebens insgesamt zu werden, wenn sie das gesellschaftliche Ganze ihren Imperativen *subsumiert*²⁵. Und unter den hegemonialen Bedingungen der Kapitalakkumulation, des Marktes und der Konkurrenz reduziert sich dann Gesellschaft auf das Konstrukt einer blanken Marktgesellschaft. Zu beachten ist deshalb stets das spezifische Modell von Ökonomie, das den historisch vermittelten Herrschaftsstrukturen zugrunde liegt. Insgesamt besteht stets ein Spannungsfeld zwischen der Ökonomisierung des Sozialen einerseits und der Sozialisierung des Ökonomischen andererseits.

Wir kennen solche Wirkungsprozesse im Gesundheitswesen auch in umgekehrter Richtung. Das Stichwort lautet hier: *Medikalisierung*²⁶, die Amalgamierung der Medizin mit anderen Lebensbereichen unter dem hegemonialen Anspruch der Medizin. Das meint, dass soziales Verhalten, gesellschaftliche Verhältnisse, ihre Entwicklung und Kontrolle medizinisch - durch Arzneimittel, Operationen oder psychotherapeutische Interventionen - geregelt werden. Ähnlich verhält es sich auch mit dem Begriff der *Biologisierung*. Gerade in der Medizin wird niemand ernsthaft bestreiten, dass die Biologie eine notwendige und wichtige Wissenschaft ist. Gleichwohl wird die Lösung sozialpolitischer Probleme mit biologischen Methoden als *Biologisierung* bezeichnet. Eine solche Tendenz hatte sich mit der menschenverachtenden nationalsozialistischen Rassenhygiene durchgesetzt. Grenzüberschreitende wissenschaftliche Expansionen sind keineswegs singulär und auf den hier beschriebenen Sachverhalt begrenzt. Sie überschreiten das Maß der Vermittlung, das zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen real besteht. Zu denken ist dabei auch an eine *Personalisierung* von Geschichte oder die *Psychologisierung* von Politik, bei der es bekanntlich um handfeste Interessen geht.

Innerhalb des heute hegemonialen Modells von Ökonomie ist deutlich zwischen einer *betriebswirtschaftlichen* und einer *gesamtwirtschaftlichen* Rationalität zu unterscheiden. Die Logik der Mikroökonomie und die der Makroökonomie werden allerdings zunehmend einander fremd. Am Ende der betriebswirtschaftlichen Rationalität steht immer die Rentabilität, der Gewinn des einzelnen Betriebs. Und die Gewinnperspektive ist umso günstiger, je schneller sich die Investitionen amortisieren. Was aber für den einzelnen

25 K. Marx bezeichnete diesen Prozess als die reelle Subsumtion unter das Kapital.

26 I. Zola, *Medicine as an Institution of Social Control*, in: *Sociological Review*, 20. Jg., 1972, S. 487-504.

Betrieb von Interesse ist, muss für die Gesamtwirtschaft noch lange nicht zweckmäßig und sinnvoll sein. Nicht selten widerspricht sich sogar die Wirtschaftlichkeit dieser beiden Dimensionen, da die einzelnen Wirtschaftsakteure bei ihren Entscheidungen keine Verantwortung für deren gesellschaftliche Konsequenzen übernehmen müssen. Die Ausweitung der betriebswirtschaftlichen Rationalität bedeutet heute nicht selten eine enorme Vergeudung gesellschaftlicher Ressourcen. Besonders deutlich wurde das beim Umweltschutz. So fehlte beispielsweise den Stahl- und Chemieunternehmen zunächst jeglicher Anreiz, die von ihnen verursachte Umweltverschmutzung zu reduzieren. Die Reinigungs- und Gesundheitskosten, die durch ihre Produktionsverfahren nötig geworden sind, wurden nämlich größtenteils nicht von ihnen selbst, sondern gesamtgesellschaftlich getragen. Noch dramatischer ist es bei den Folgekosten der Atomindustrie. Die so entstehenden *sozialen Kosten* können also von einzelnen Unternehmen solange ausgeklammert und vernachlässigt werden, bis das Gemeinwesen unter gesamtwirtschaftlichen, ökologischen und sozialen Aspekten interveniert. *Die sozialen Kosten der unternehmerischen Freiheit sind bisweilen exorbitant.* Dieser Widerspruch zwischen Mikro- und Makroökonomie, zwischen betriebswirtschaftlichem und gesamtwirtschaftlichem Handeln, wird als ein Teil des *Marktversagens*²⁷ bezeichnet. Denn der Markt ist aus sich heraus nicht in der Lage dieses Problem zu regulieren.

Auch im Gesundheitswesen kennen wir dieses Phänomen. So kann beispielsweise die Verschiebung von Kosten aus dem ambulanten in den stationären Sektor und umgekehrt durchaus für die jeweilige Institution einen Vorteil bedeuten, obwohl sie unter einer Gesamtsicht verteuern wirkt. Mit betriebswirtschaftlichen Verfahren lässt sich in der Beziehung zwischen sozialer Arbeit und ihren Adressaten allenfalls messen, „ob etwas richtig getan wird“, nicht aber, „ob auch das Richtige getan wird“. Und der kanadische Gesundheitsökonom *Robert Evans* stellt für das Gesundheitswesen sarkastisch, aber treffend fest, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht unwirksame oder gar gefährliche gesundheitliche Dienstleistungen den gleichen Gewinn erbringen können, wie wirksame und nützliche²⁸.

27 F.M. Bator, The anatomy of market failure, in: Quarterly, Journal of Economics, Bd. 72, 1958, S. 351-379.

28 Vgl. N. Schmacke, Konzentration auf die „wirklich wichtigen Leistungen“?, in: Die Ersatzkasse, H. 11, 1997, S. 398.

3. „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen?

Eines der Hauptargumente für die Renaissance von Wettbewerb und Markt war die sich ausweitende *Weltmarktkonkurrenz* und die damit verbundene Debatte um den *Wirtschaftsstandort Deutschland*. Sie galten als Ausgangspunkt, gleichsam als unverrückbarer Sachzwang, dem sich alles unterzuordnen hatte. Das exportorientierte deutsche Kapital - ausgerichtet auf die Eroberung internationaler Marktanteile - sah seine Position als „Exportweltmeister“ bedroht, obwohl dafür angesichts der enormen Exportüberschüsse zu keiner Zeit Anlass bestand. Es forderte deshalb Ruhe und Bescheidenheit an der Heimatfront. Und das betraf nicht nur die Löhne und Gehälter insgesamt, sondern konzentrierte sich zunehmend auf die so genannten Lohnnebenkosten, zu denen auch die Beiträge zur Krankenversicherung zählen. Allerdings sind die „Lohnnebenkosten“ als Standortfaktoren nur von untergeordneter Bedeutung²⁹. Die Gespenster der „Standortfrage“ und der „Europäischen Vereinigung“ hatten zu einer wahren *Sparpanik* geführt, einer unkontrollierten und irrationalen Massenreaktion, obwohl das Ifo-Institut für Wirtschaftsforschung bereits im August 1996 in einem Gutachten dem Bundesministerium für Wirtschaft bestätigte, dass der Standort Deutschland besser als sein Ruf sei. Und „bei Betrachtung des Standortfaktors Löhne hätten Berechnungen ergeben, daß die Lohnstückkosten der deutschen Gesamtwirtschaft ... im internationalen Vergleich nicht zu hoch seien oder sich übermäßig ungünstig entwickelt hätten“³⁰. In die gleiche Richtung argumentierte auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 1996: „Innerhalb der EU deuten Entwicklung und Niveau der deutschen Abgabenquote (Summe aus Steuern und Sozialabgaben) nicht auf Standort- oder Wettbewerbsnachteile hin.“³¹ Inzwischen waren es weniger die internationale Wettbewerbsfähigkeit des deutschen Kapitals und die europäische Integration, als vielmehr die Finanzkrise des Staates. Die angebotsorientierte Wirtschaftspolitik der konservativ-liberalen aber auch der rot-grünen Bundesregierung mit ihren neoliberalen Rezepten sowie der Steuersenkungen für Großunternehmen, die keineswegs neue Arbeitsplätze schufen, sondern die

29 T. Eckert, B. Häusler, M. Schneider, Belastungen der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich, Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse, Berlin 2004; H. Reiners, Lohnnebenkosten – Mythen und Fakten, in: Die Ersatzkasse, H. 11, 2005.

30 Der Standort Deutschland ist besser als sein Ruf, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 1. August 1996.

31 SVRKAiG, Sondergutachten 1996, Tab. 8 (S. 51), Punkt 29, Punkt 46.; ebenso: Ders., Gutachten 2003, Punkt 88. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch C.F. Hofmann, Deutsche Wettbewerbsvorteile, in: Bundesarbeitsblatt 11, 1996, S. 10f.

Massenarbeitslosigkeit noch weiter anheizen, fegten die Kassen des Staates leer. Und die „leeren Kassen“ waren dann das Hauptargument für weitere Restriktionen.

Von den Ausgaben für die Krankenversorgung wird seit nahezu 30 Jahren behauptet, dass sie „explodieren“, dass die Bundesbürger über ihre Verhältnisse lebten oder sie gar missbrauchten und damit selbst ihre Arbeitsplätze gefährdeten. Was liegt auf diesem Hintergrund also näher als zu fordern, dass genau diese Kosten und insbesondere die Ausgaben, die in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, gesenkt werden müssen. Und es wird davon ausgegangen und erwartet, dass die Effizienz der Krankenversorgung deutlich erhöht werden könne, ohne ihre Qualität zu beeinträchtigen³².

Beim näheren Hinschauen zeigt sich jedoch folgendes: Richtig ist, dass die *absoluten Ausgaben* für Gesundheit in den letzten 30 Jahren steil angestiegen sind. Sie haben sich mehr als verfünffacht. Aber auch das Sozialprodukt hat sich entsprechend erhöht. Der *prozentuale Anteil* der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung am *Sozialprodukt* ist von 1975 bis 2006 fast konstant geblieben. Anfang der 90er Jahre kam es zu einem durch die deutsche Vereinigung verursachten geringfügigen Anstieg, der auf die geringere Wirtschaftskraft der neuen Bundesländer zurückgeführt wird. Das bestreiten inzwischen auch die gesundheitspolitisch relevanten Entscheidungszentralen nicht mehr ernsthaft, obwohl das Argument in der gesundheitspolitischen Debatte immer wieder benutzt wird.

Es handelt sich dabei offensichtlich um ein *ideologisches Konstrukt*, ein Gemenge aus Wahrem und Falschem zur Rechtfertigung von Interessen. Der konservativ-neoliberalen Bundesregierung ging es offensichtlich in ihrer letzten Phase nicht um eine rationalere Ressourcenverwendung und einen sozialverträglichen „Umbau“ des Gesundheitswesens, sondern lediglich um die finanzielle Entlastungen der Unternehmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die steigende Belastung der Versicherten wurde bewusst in Kauf genommen. Ihren Gipfel fand diese Politik in Bestrebungen, die Arbeitgeberbeiträge festzuschreiben und zukünftige Beitragserhöhungen allein von den abhängig Beschäftigten tragen zu lassen. Diese Politik wurde von der rot-grünen Regierungskoalition im GKV-Modernisierungsgesetz (2003) – wenn auch unter dem Druck der CDU/CSU mit ihrer Mehrheit im Bundesrat – fortgesetzt. Sie führte zum 1. Juli 2005 im Rahmen der Agenda 2010 einen Sonderbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung von 0,9 Prozent alleine für die Versicherten ein und begründete

32 K. Stegmüller, Wettbewerb im Gesundheitswesen - Konzeptionen zur „dritten Reformstufe“ der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt a.M. 1996.

diese Maßnahme in öffentlichen Anzeigen wie folgt: „Und was ist der Zweck dieser Maßnahme? Diese Regelung entlastet die Betriebe um 4,5 Milliarden Euro jährlich. Der Beitragssatz ist kein Geschenk an die Unternehmen, sondern eine Investition der Solidargemeinschaft in die Zukunft unseres Landes. Dieses Geld sollen die Unternehmen in zukunftssichere Arbeitsplätze investieren und neue Beschäftigte einstellen.“³³ Dieses Geschenk haben die Unternehmen gerne angenommen, ohne allerdings die erbetene Gegenleistung zu erbringen.

Unter dem Gesichtspunkt der Weltmarktkonkurrenz ist festzustellen, dass ausgerechnet die USA mit ihrem wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen mit 16 Prozent (2006)³⁴ die höchsten Ausgabenanteile am Sozialprodukt (BIP) hatten. Überdies verzeichneten sie die höchsten Verwaltungskosten an den gesamten Gesundheitsausgaben (24 Prozent)³⁵. Interessant ist auch, dass der Anstieg der Gesundheitsausgaben in Großbritannien mit seinem kostengünstigen nationalen Gesundheitsdienst genau mit dem Jahr (1991) einsetzte, in dem die neu eingeführten „Internen Märkte“ oder „Quasi-Märkte“, die den Wettbewerb stimulieren sollen, wirksam zu werden begannen³⁶. Auch hier haben sich seit der Einführung des gesteuerten Wettbewerbs im NHS die Verwaltungskosten fast verdoppelt und betragen nun zwischen 11-16 Prozent des NHS-Budgets³⁷. In Deutschland belaufen sich die Ausgaben für Verwaltung auf rund 13 Prozent der Gesundheitsausgaben - in der gesetzlichen Krankenversicherung seit vielen Jahren um 5 Prozent.

33 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, Anzeige in Frankfurter Rundschau vom 30. Juni 2005.

34 I. Hellander, The deepening crisis in U.S. health care: A review of data, spring 2008, in: IJHS, Vol. 38, 2008, No 4, S. 610.

35 D. Himmelstein, S. Woolhandler, Costs without Benefit, New England Journal of Medicine, 314, 1986, S. 441-445; dies., The National Health Program Chartbook, Cambridge 1992, S. 81, ebenso: Ausgabe 1998, S. 117.

36 H. Glennerster, J. Le Grand, The Devepolment of Quasi-Markets in Welfare Provision in the U.K., in: International Journal of Health Services, Vol. 25, Nr. 2, 1995, S. 208f; R. Lawson, Eine konservative Revolution? Thatcher, Major und der britische Wohlfahrtsstaat, in: WSI-Mitteilungen, Jg. 49, H.4, 1996, S. 271. Hier wird darauf verwiesen, dass die Gesundheitsverwaltung und -bürokratie nach den Reformen bedeutend teurer geworden sind.

37 J.T.Hart, Patients as Producers, in: St. Iliffe, H.-U. Deppe (Hrsg.), Health Care in Europe: Competition or Solidarity? Frankfurt a.M. 1996, S. 137; McKinsey-Studie, zitiert nach: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 2. November 1996.

4. Altersentwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt: Einfluss auf die Kostenentwicklung

In diesem Zusammenhang werden immer wieder Argumente vorgetragen, dass vor allem sozialmedizinische Entwicklungen und technologische Neuerungen - also *Altersentwicklung* und *medizinischer Fortschritt* – Kosten treibend wirken. Freilich muss an solche Entwicklungen gedacht werden, weil hier tatsächlich relevante *langfristige* Veränderungen stattfinden. Werden nämlich die Menschen älter, steigt ihre durchschnittliche Lebenserwartung, so können mehr chronische Krankheiten auftreten. Pathologische Verschleißerscheinungen und Krankheiten mit einer langen Entstehungsphase haben dann die erhöhte Chance, zum Ausbruch zu kommen. Aber ihr Stellenwert als *kurzfristiger* Hauptverursacher der Kosten- und Ausgabenentwicklung wird auch vom Sachverständigenrat mit Recht in den Bereich der Mythologie verwiesen. Bereits in seinem Sondergutachten von 1995 formuliert er: „So beträgt die durchschnittliche demographisch verursachte Steigerungsrate der gesamten GKV-Behandlungsausgaben bis zum Jahre 2000 nach der alten Schätzung zur Basis 1991 0,61%, nach der neuen zur Basis 1995 in der unteren Variante 0,74% und in der oberen Variante 0,86%.“³⁸ Das entspricht etwa auch dem Ausgabeneffekt durch demographische Veränderungen, der für Kanada und Schweden geschätzt wird³⁹. Und in seinem Sondergutachten von 1997 heißt es sogar: Rein demographiebedingt liegt die jahresdurchschnittliche Wachstumsrate der gesamten Behandlungsausgaben auf der Basis von 1995 bis zum Jahr 2040 lediglich bei 0,15 Prozent⁴⁰.

Auf ein weiteres Phänomen ist in diesem Zusammenhang zu verweisen: Gemeinhin wird eine steigende Lebenserwartung mit linear steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung gleichgesetzt, da die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Alter zunimmt. Allerdings konnte inzwischen in empirischen Untersuchungen nachgewiesen werden, dass mit zunehmendem Alter die Kosten für Verstorbene im letzten Lebensjahr, dem teuersten Lebensabschnitt, deutlich zurückgehen. Es heißt sogar:

„Der mit einer Sterblichkeitsentwicklung gemäß optimierter Prognose verbundene Anstieg der über 65jährigen um bis zu 20% gegenüber der 8. koordinierten

38 SVRKAiG, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sondergutachten 1995, Baden-Baden 1995, S. 44.

39 R.G. Evans, Tension, Compression, and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Cost Control, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, Bd. 15, Nr. 1, 1990, S. 101-128.

40 SVRKAiG, Gesundheitswesen in Deutschland, Bd. II, Sondergutachten 1997, Punkt 396; siehe auch: Ders., Gutachten 2003, Punkt 79.

Bevölkerungsvorausberechnung wird durch den gleichzeitigen Rückgang der altersspezifischen Verbrauchsziffern an kurativen, insbesondere stationären, Leistungen fast gänzlich kompensiert; bei `komprimierter Morbidität` und damit noch stärker sinkenden altersspezifischem Ressourcenverbrauch ist sogar eine komplette Kompensation möglich.“⁴¹

In die gleiche Richtung gehen auch die Ergebnisse einer Studie, in der Krankenhausdaten von AOK-Patienten in Westfalen-Lippe und Thüringen ausgewertet werden. Hier heißt es: Die teuerste Behandlung erhielten Frauen zwischen 20 und 49 Jahren in westdeutschen Krankenhäusern; ab dem 60. Lebensjahr nahmen die Behandlungsausgaben deutlich ab und ein 90 Jahre alter Patient verursache nur knapp die Hälfte der Klinikkosten eines 65- bis 69-jährigen⁴².

Es kann offensichtlich nicht von einem *linearen* Anstieg der Gesundheitsausgaben bei anhaltendem Anstieg der Lebenserwartungen ausgegangen werden. Vielmehr scheint sich zu bestätigen, dass mit sinkender Mortalität die Morbidität zeitlich auf spätere Lebensjahre verschoben wird und eine *Kompression der Morbidität*⁴³, also eine Verkürzung der Krankheitsphase vor dem Tod stattfindet. In diesem Zusammenhang wird besonders an präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen gedacht. Unter Kostengesichtspunkten kommt das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Ende 2001 zu folgendem Ergebnis:

„Aufgrund der empirischen Befunde, dass in jeder Altersgruppe die Ausgaben für Überlebende weitaus geringer sind als für Versterbende, wurde die plausible These aufgestellt, dass nicht so sehr das Alter, sondern die Nähe zum Tod die Gesundheitsausgaben determinieren. Angesichts dieser Hypothese wird von der Verlagerung des Todes und der ihm vorangehenden Krankheitsphase auf ein höheres Alter oftmals ein `kompensierender Effekt` in Bezug auf die Gesamtausgaben

41 A. Seidler, R. Busse, F.W. Schwartz, Auswirkungen einer weiteren Steigerung der Lebenserwartung auf den medizinischen Versorgungsbedarf, in: Die Ersatzkasse, H.9, 1996, S. 317-322. Im Sondergutachten 1996 des SVRKAiG heißt es dazu: „Die Versorgungskosten für Ältere wurden aufgrund linearer Daten bislang überschätzt. Vielmehr sinken die Kosten für die Versterbenden in ihrem letzten Lebensjahr mit zunehmendem Alter deutlich, da - zumindest für die stationäre Versorgung - sowohl der Kumulationseffekt medizinischer Leistungen als auch die Dauer der Leistungen abnehmen.“ (S. 176)

42 H. Brockmann, Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals, in: Social Science & Medicine, 55, 2002, S. 593-608; H. Kühn, Demographischer Wandel und demographischer Schwindel, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, H. 6, 2004, S. 742-751.

43 Vgl. hierzu auch: SVRBEiG, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, S. 183-186 (bzw. Punkt 154-161)

unterstellt.“⁴⁴ Nach der *Kompressionshypothese* sind die gewonnenen Lebensjahre, die zunehmend in Gesundheit verbracht werden können, nur von geringer gesundheitsökonomischer Bedeutung.

Der *medizinisch-technische Fortschritt* kann die Gesundheitsausgaben in die Höhe treiben, muss dies aber nicht zwangsläufig. Es handelt sich dabei um ein Mengen- und Qualitätsproblem, das sich keineswegs als Naturereignis oder Sachzwang erklären lässt, sondern auf dem Hintergrund handfester Interessen zu sehen ist. So entwickelt sich z.B. die medizintechnische Diagnostik um ein vielfaches schneller als die entsprechenden therapeutischen Möglichkeiten, die solche Verbesserungen für die Patienten erst sinnvoll machen. Außerdem birgt der medizinisch-technische Fortschritt auch erhebliche Kosten senkende Möglichkeiten in sich. Dank der Entwicklung in der mikroinvasiven Chirurgie und der Anästhesie können heute beispielsweise Eingriffe ambulant oder teilstationär durchgeführt werden, die vor Jahren noch mit einem wochenlangen Krankenhausaufenthalt verbunden waren. Neue Behandlungsmethoden sind also nicht a priori teurer als alte. Hier wäre eine kritische Wirkungsforschung, transparente Steuerung und Planung angebracht, anstelle einer unreflektierten Bewunderung neuer Technologien. Deshalb scheint es auch plausibel, wenn der Sachverständigenrat bereits 1991 schrieb: „Für den *medizinisch-technischen Fortschritt* kann ähnlich wie bei der Altersentwicklung von Jahr zu Jahr nur ein marginaler Einfluss auf die Ausgabenentwicklung unterstellt werden.“⁴⁵

Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass die Hauptwirkung des medizinischen Fortschritts in der Entwicklung neuer, zusätzlicher Interventionsmöglichkeiten (Produktinnovationen) besteht und damit die Ausgaben für Gesundheitsleistungen steigert. Weiter ist davon auszugehen, dass diese Form des medizinischen Fortschritts in den vergangenen 25 Jahren wirkte. Angesichts der relativen Konstanz des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP in dieser Zeit kommt das DIW zu folgenden Ergebnissen: *Die Kosten des technischen Fortschritts in der Medizin bewirken einen Anstieg der Gesundheitsausgaben um 1 Prozent pro Jahr. Sie wachsen etwa ebenso stark wie das BIP*⁴⁶.

44 DIW, *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen*, Berlin 2001, S. 78.

45 SVRKAiG, *Stabilität ohne Stagnation? Sondergutachten 1991*, Ziff. 23; siehe auch: SVRKAiG, *Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000*, Baden-Baden 1994, S. 106f.

46 DIW, a.a.O., S. 40, 97, 108.

Die immer wieder vorgetragen Behauptung, dass die *Altersentwicklung* („demographischer Faktor“) und der *medizinisch-technische Fortschritt* die treibenden Elemente einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen seien, lässt sich nicht belegen und ist folglich in der gesundheitspolitischen Debatte nicht aufrechtzuerhalten. Allerdings bedarf es auf diesem Gebiet noch deutlicher Differenzierungen und weiterführender Erkenntnisse.

5. Anstieg des Beitragssatzes in der GKV

Was allerdings in regelmäßigen Abständen angestiegen ist, waren die *Beitragssätze* der GKV. Und das drückte tatsächlich - wenn auch eine andere - krisenhafte Entwicklung aus. Die Beitragssätze der Krankenkassen orientierten sich nämlich nicht am Sozialprodukt bzw. dem Volkseinkommen insgesamt, sondern lediglich an einem Teil des Volkseinkommens - der *Lohnquote*⁴⁷. Diese bezeichnet den Prozentsatz der Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit am Volkseinkommen. Sie ist im Vergleich zur Gewinnquote bei wachsendem Volkseinkommen – nicht zuletzt aufgrund der Schwäche der Gewerkschaften - gesunken. Sie hatte 1982, dem Ende der sozial-liberalen Koalition, mit 77 Prozent ihren Höchststand erreicht, betrug 1994 70 Prozent und ist bis 2007 auf 65 Prozent zurückgegangen. Diese Situation wird sich offensichtlich auch in absehbarer Zukunft nicht wesentlich ändern. Darin spiegeln sich nämlich die anhaltende unfreiwillige Massenarbeitslosigkeit, die Ergebnisse der zurückhaltenden Tarifaueinandersetzungen, die Ausweitung der Leiharbeit, prekäre Arbeitsbedingungen (Ein-Euro-Jobs, Scheinselbständigkeit) etc. wider. Damit ist die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung geschrumpft. Ihr Einnahmepotenzial ist zurückgegangen. Diejenigen, die noch Einkommen aus Erwerbsarbeit erzielten (Beitragszahler), hatten diese Ausfälle zu kompensieren. Sie mussten mehr bezahlen. Also stiegen die Beitragssätze. Mit der Einführung des *Gesundheitsfonds* am 1. Januar 2009 wurde diese Situation neu geregelt: Es galt nun ein einheitlicher Beitragssatz für alle Kassen. Er betrug 15,5 Prozent des Einkommens und wurde vom Bundesministerium für Gesundheit festgesetzt. Seit dem 1. Januar 2011 ist der Arbeitgeberanteil am Beitrag festgeschrieben. Notwendig werdende Einnahmensteigerungen der Kassen sollen in Zukunft durch den Zusatzbeitrag kompensiert werden, der allein von den Versicherten zu tragen ist (GKV-Finanzierungsgesetz 2010/ GKV-FinG)

47 Auf die Bedeutung der Versicherungspflicht- und der Beitragsbemessungsgrenze soll an dieser Stelle verzichtet werden.

Selbst der SVRKAiG konnte sich - wenn auch spät - dieser Erkenntnis in seinem Sondergutachten von 1997 nicht mehr verschließen. Hier hieß es:

„Die zunehmende strukturelle Arbeitslosigkeit, die ungünstige Konjunkturentwicklung und das schwache Wirtschaftswachstum führten in den letzten Jahren zu einem nur geringen Anstieg der Lohnsumme bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen und erneut zu Defiziten der GKV. Bei einem weiterhin nur mäßigen Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen droht ein Einbruch der Finanzierungsbasis. Aus dieser Sicht krankt die GKV derzeit weniger an einem exzessiven Leistungs- und Ausgabegebahren als an einer notleidenden Finanzierungsgrundlage, was jedoch nicht als Leugnung zukünftigen Ausgabendrucks interpretiert werden darf. ...Der sich abzeichnende Trend einer rückläufigen Einnahmehasis rückt den fiskalischen Aspekt in den Mittelpunkt der neu entfachten Diskussionen um eine Finanzierungsreform der GKV, wohingegen distributive und allokativen Aspekte eher den Rang von Nebenbedingungen einzunehmen scheinen.“⁴⁸ Und etwas später heißt es: „Es ist leicht nachvollziehbar, daß wirtschaftspolitische Maßnahmen, die eine prosperierende Wirtschaftsentwicklung und einen Abbau der Arbeitslosigkeit fördern, automatisch zu einem stärkeren Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und damit zu einer Milderung der Finanzierungsprobleme in der GKV führen würden.“⁴⁹

Hagen Kühn hatte in seinem Artikel „Zwanzig Jahre `Kostenexplosion‘“ diesen Sachverhalt schon frühzeitig einleuchtend dargestellt und empirisch belegt. Zusammenfassend schrieb er: „Während der GKV-Anteil am BSP seit 1975/80 unverändert ist, ist der Anteil der Löhne und Gehälter gesunken. Wären also in den achtziger Jahren bis heute die Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz exakt dem des Jahres 1980 entsprechen. Anders ausgedrückt: wäre bei der gegebenen empirischen Ausgangslage (also gegebener „Kostenexplosion“) der Lohnanteil am Sozialprodukt gestiegen, dann wäre der Beitragssatz sogar gefallen.“⁵⁰ Mit anderen Worten: *Eine arbeitnehmerfreundliche Arbeitsmarkt- und Tarifpolitik ist die beste Finanzierungsgrundlage für die gesetzliche Krankenversicherung.*

48 SVRKAiG, Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II, Sondergutachten 1997, Punkt 409.

49 Ebenda, Punkt 417.

50 H. Kühn, Zwanzig Jahre „Kostenexplosion“, in: Jb. für Krit. Medizin, Bd. 24, Hamburg 1995, S. 156f. Vgl. auch: B. Braun, H. Kühn, H. Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion, Populäre Irrtümer der Gesundheitspolitik, Frankfurt a.M. 1998.

6. Verschiebebahnhof

Ergänzt wurde diese Entwicklung durch den seit Jahren anhaltenden *Verschiebebahnhof* innerhalb der Sozialversicherung⁵¹, der der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche finanzielle Lasten aus der Arbeitslosen- und Rentenversicherung aufbürdete. Die Regierung benutzte sogar indirekt die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Sanierung ihres Haushalts. In den Jahren 1995 bis 2003 wurde dadurch die gesetzliche Krankenversicherung mit 30 Mrd. Euro belastet. Ohne diese finanziellen Belastungen hätten die Krankenkassen ihre Beitragssätze stabil halten können⁵². In diese Richtung argumentierte auch der frühere sozialdemokratische Sozialminister *Ehrenberg*:

„Der Anstieg der Beitragssätze in der Krankenversicherung geht zu einem wesentlichen Teil auf den Anstieg der *Arbeitslosenzahl* und der *Sozialhilfeempfänger* zurück. Für Arbeitslosengeld- bzw. Arbeitslosenhilfeempfänger zahlen die Bundesanstalt für Arbeit und der Bund die Krankenkassenbeiträge. Berechnungsgrundlage ist ein um 20 Prozent gemindertem Arbeitseinkommen, berechnet *nur* nach der tariflichen Arbeitszeit. Und die Sozialhilfeträger zahlen einen Mindestbeitrag, der im Regelfall unter 200 DM im Monat liegt. 1980 zahlte die Bundesanstalt für Arbeit für 576 000 Leistungsempfänger *volle* Beiträge an die Krankenversicherung, 1994 für 2,9 Millionen verminderte Beiträge. Die um das Zweieinhalbfache gestiegene Zahl der Sozialhilfeempfänger (im vereinten Deutschland) belastet die Kostenrechnung der Krankenkassen ebenfalls schwer. Sie müssen hier für Millionen Menschen den gleichen Leistungsanspruch wie für Vollbeitragszahler bei drastisch geminderten Beitragseinnahmen erbringen.“⁵³

Ähnlich verhält es sich bei der *Krankenversicherung der Rentner*. Für die Mitglieder der Rentenversicherung wird nämlich ein einheitlicher Beitragssatz zur Krankenversicherung festgelegt. Und dieser liegt deutlich unter dem Geldbetrag, der tatsächlich für die Krankenversorgung der Rentner aufgebracht werden muss. Die Finanzierungslücke betrug bereits 1996 mehr als 50 Mrd. DM. und 2002 fast 30 Mrd. Euro. Deckten 1973 die Beitragszahlungen der Rentner 70 Prozent deren Leistungsaufwendungen, so liegt diese

51 H.-U. Deppe, R. Rosenbrock, Gesundheitssystem und ökonomisches Interesse, in: Jb. f. Krit. Medizin, Bd. 5, Berlin 1980, S. 43-50, bes. S.46ff

52 Verschiebebahnhöfe zu Lasten der GKV, in: Soziale Sicherheit, H. 6, 2002.

53 H. Ehrenberg, Nicht der Sozialstaat, die Arbeitslosigkeit ist teuer!, in: Soziale Sicherheit, Heft 3, 1996, S. 84f; §232a SGB V.

Quote zwischenzeitlich nur noch bei 43 Prozent⁵⁴. Die Finanzierungslücke wird von denjenigen, die einen Arbeitsplatz haben ausgeglichen. Auch das ist freilich unter der Rubrik „Solidarität“ zu betrachten. Der Anstieg der Rentner, Frührentner und Vorruheständler macht sich hier also deutlich bemerkbar. Hätte nämlich die Rentenversicherung das so entstandene Defizit kompensiert, dann hätte allein dadurch der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung 1991(9%) sogar geringfügig unter dem von 1975 (9,3%) gelegen⁵⁵.

Selbst wenn gerade mit kollektiven und öffentlichen Finanzmitteln sparsam und effizient umgegangen werden sollte, so ist die ausschließliche Konzentration darauf lediglich ein Laborieren am Symptom. Das Argument, dass die Einführung von mehr Wettbewerb und Märkten die „Lohnnebenkosten“, die von der gesetzlichen Krankenversicherung verausgabt werden, wesentlich senkt, ist äußerst fragwürdig, zumal die Hauptursachen des Anstiegs der Beitragssätze in Deutschland damit nicht in Verbindung stehen, sondern primär von der Einnahmeseite ausgehen. Gleichwohl hält der Druck nach mehr Effizienz durch Wettbewerb im Gesundheitswesen an - ja scheint sogar noch anzusteigen. Die losgetretene ideologische Lawine ist kaum noch zu bremsen. Welche Auswirkungen das auf die Krankenversorgung haben kann, welche Chancen und Gefahren daraus für die Medizin entstehen können, soll im Folgenden ausgeführt werden.

7. Markt, Wettbewerb und Medizin

7.1 Markt und Krankheit

Der *Markt* ist der Ort, auf dem Waren angeboten und nachgefragt, also getauscht werden. Er reagiert auf Kosten, die sich in Preisen ausdrücken und trägt traditionell zur Verteilung arbeitsteilig hergestellter Güter bei. Die Menschen, die hier tätig werden, gehen spezifische gesellschaftliche Beziehungen ein. Sie treten als Käufer und Verkäufer von Waren auf und verfolgen bestimmte eigene Interessen. Obwohl Märkte per se keine Interessen haben, gibt es aber keine realen Märkte ohne Interessen. Märkte können sich auch nicht selbst konstituieren. Sie sind nicht in der Lage, Rechte – insbesondere Eigentumsrechte – zu setzen. Sie sind nicht in der Lage, eine gerechte Verteilung

54 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 28. Februar 2008 – 1 BvR 2137/06 – Verdoppelung der Beitragslast auf Versorgungsbezüge in der Krankenversicherung der Rentner verfassungsgemäß, Bundesverfassungsgericht, Pressemitteilung, Nr. 47/2008 vom 4. April 2008.

55 D.G. v. Stillfried, Die Ausgaben für medizinische Versorgung im Alter: Solidarität oder Eigenverantwortung?, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 3-4, 1994, S. 64f.

sicherzustellen und sie sind nicht imstande, notwendige kollektive Güter bereitzustellen. Erst auf dem Hintergrund spezifischer Interessen entwickeln Märkte ihre gesellschaftliche Funktion. Bezogen auf die Krankenversorgung heißt das: Märkte beziehen die Kranken in das Wirtschaftsgeschehen ein und schließen sie zugleich in mehr oder minder großem Umfang von den ökonomischen Chancen aus. Unter solchen Bedingungen werden öffentliche Aufgaben mit non-profit Charakter, die das gesellschaftliche Risiko krank zu sein absichern sollen, kommodifiziert. Der Markt als Distributionsinstrument sollte deshalb auch nur dort eingesetzt werden, wo gesellschaftliche Steuerung nicht mehr möglich oder unsinnig ist. Darüber hinaus sind Märkte insbesondere hinsichtlich ihrer Transparenz sehr unterschiedlich. Zu denken ist dabei beispielsweise an einen qualitäts- und preistransparenten Gemüsemarkt, auf dem der Wechsel von Händler zu Händler sich problemlos gestaltet, den industriellen Markt mit wenigen Anbietern, streng vertraulichen Preisabsprachen und längerfristigen Kooperationen oder gar einen Waffenmarkt mit seinen konspirativen Regeln. Solche Märkte haben ihre eigenen unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und werden von dem Charakter der jeweiligen Waren und Interessen geprägt. Darüber hinaus sind Märkte, sowie davon abhängige Institutionen und Interessen, ohne einen sozialen und ethischen Rahmen sowie eine geregelte Öffentlichkeit nicht funktionsfähig. Auch diese können sie selbst nicht schaffen.

Weltweit gibt es deshalb kein Gesundheitswesen, das rein marktwirtschaftlich organisiert ist. Es geht hier allenfalls um ein Mehr oder Weniger. Der *Staat*, das politische Gemeinwesen, hat überall bei der Gestaltung und Organisation des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit letztlich die Verantwortung, selbst bei der Entscheidung darüber, welche Teile des Gesundheitswesens dem Markt preisgegeben werden. Warum? Es hat sich herausgestellt, dass der Kern von *Gesundheit oder Krankheit keinen Warencharakter*⁵⁶ annehmen kann. *Waren* sind nämlich Arbeitsprodukte, die für den Markt und damit den Verkauf hergestellt werden. Das hängt u.a. mit folgenden *Besonderheiten* zusammen:

- Gesundheit ist sowohl Voraussetzung als auch Resultat menschlichen Lebens. Gesundheit und Krankheit prägen die Art und Weise wie Menschen ihr Leben gestalten. Gesundheit ist ein *lebensnotwendiges Gut*. Es hat den Charakter eines *Gebrauchswerts* zur Befriedigung individueller existenzieller Bedürfnisse ähnlich wie Atemluft, Trinkwasser, Bildung oder Verkehrs- und Rechtssicherheit. Der daraus entstehende gesellschaftliche Bedarf wird in allen europäischen Ländern als öffentliche Aufgabe anerkannt und sozial

56 Vgl. hierzu auch: SVRKAIg, Sondergutachten 1997, Ziffer 25ff.

abgesichert. Deshalb sollte bei der Förderung der Gesundheit und der Versorgung von Krankheit niemand von der Nutzung der dafür durch politische Entscheidungen bereitgestellten Leistungen ausgeschlossen werden.

- Die Herstellung von Gesundheit oder ihr Verbrauch erzeugt überdies einen Nutzen, der über den unmittelbaren Konsumnutzen des Einzelnen hinausgeht und einen *kollektiven Nutzen* erbringt⁵⁷. Letzterer lässt sich nur gesellschaftlich und nicht betriebswirtschaftlich regulieren. Es geht dabei in der bürgerlichen Gesellschaft wesentlich um die Qualifikation der *Ware Arbeitskraft*. Diese besteht nicht allein in dem, was dem jeweiligen Individuum persönlich hilft und nützt, sondern auch und vor allem in einer Qualifizierung, die die Verwertung der Ware Arbeitskraft im Prozess der Kapitalakkumulation verbessert⁵⁸.
- Auf Krankheit kann nicht wie auf bestimmte Konsumgüter oder Dienstleistungen verzichtet werden.
- Krankheit ist oft nicht zeitlich befristet. Insbesondere im Alter ist sie häufig Leben begleitend. Zudem können Spätfolgen auftreten.
- Der Patient weiß nicht, wann er krank wird, an welcher Krankheit er leiden wird. Er hat in der Regel nicht die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst bestimmen zu können. Krankheit ist ein von den Individuen kaum steuerbares Ereignis. Es ist ein *allgemeines Lebensrisiko (soziales Risiko)*, das mit einem hohen Grad an *Unsicherheit*⁵⁹ verbunden ist.
- Der Patient befindet sich durch sein Kranksein in einer Position der *Schwäche, Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit*. Dies ist nicht selten verbunden mit *Angst, Schmerz und Scham*. Der Patient bedarf deshalb eines besonderen Schutzes⁶⁰.
- Das *Arzt-Patient-Verhältnis* ist keine gewöhnliche Produzenten-Konsumenten-Beziehung. Es gibt kein Gleichgewicht von Anbietern und Nachfragern. Der nachfragende Patient wird mit dem „Monopol“ des ärztlichen Wissens konfrontiert. Er weiß nicht, durch welche Zielsetzungen die Handlungen seines Arztes motiviert sind. Es besteht *Anbieterdominanz*.

57 Vgl. F.-X. Kaufmann, Herausforderungen des Sozialstaates, Frankfurt a.M. 1997, S. 37; H. Schui, St. Blankenburg, Neoliberalismus: Theorie, Gegner, Praxis, Hamburg 2002, S.159-161.

58 Vgl. H.-U. Deppe (Hrsg.), Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S. 111 und passim.

59 K. J. Arrow, Uncertainty and the welfare economics of medical care, in: The American Economic Review, Vol. 53, No.5, 1963, S. 941-973.

60 SVRKAiG, Jahresgutachten 1992, Ziffer 352.

- Die *Nachfrage* ist in vielen Fällen *angebotsinduziert*. Sie erfolgt zunächst unspezifisch und wird erst durch die Kompetenz eines medizinischen Experten spezifiziert und definiert. Der Arzt diagnostiziert, berät über Art und Umfang der Leistung und führt diese in vielen Fällen selbst durch. Dabei können Anreize bestehen, die Behandlungsleistungen anhand anderer Parameter zu optimieren. Aufgrund der begrenzten Wissenschaftlichkeit der praktischen Medizin hat der Arzt überdies einen breiten *Ermessensspielraum* bei seinen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen (Indikationsstellung). Evidence-based Medicine, die strikte Anwendung wissenschaftlich gesicherter Forschungsergebnisse, könnte hier Richtung weisend sein.
- Die *Konsumentensouveränität*⁶¹ ist im Gesundheitswesen deutlich eingeschränkt. Der Patient ist nämlich in der Regel nicht in der Lage, die ärztliche Tätigkeit fachkundig beurteilen oder kontrollieren zu können. Es besteht ein erhebliches Informations- und Kompetenzgefälle zwischen ihm und dem sachverständigen Arzt. Entscheidungen von Patienten sind deshalb von Defiziten, „sachfremden“ Kriterien und Unsicherheiten geprägt. Informationen über die Qualität eines Arztes sind unzureichend und resultieren in der Regel aus informellen Hinweisen von Laien.
- Der Patient befindet sich im Augenblick der Nachfrage häufig bis regelmäßig in einer Situation, in der ihm die Beobachtung des Marktes nach geeigneten Leistungen und Anbietern sowie das Aushandeln von Leistungen und Preisen nicht zugemutet werden kann. Insbesondere bei ernsthaften akuten Erkrankungen, bei psychiatrischen Krankheiten oder im hohen Alter ist er in einem Zustand, der rationale Entscheidungen reduziert. Auch ist umgekehrt der rationale Zugang zum Patienten nicht immer gewährleistet.
- Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist darüber hinaus nicht *preiselastisch*, d.h. dass sie mit sinkenden Preisen steigt bzw. mit steigenden Preisen sinkt. Entscheidungen über Innovationen, Produktion, Versorgungsstrukturen, Mengen und Preise in der Krankenversorgung können nicht wie auf Gütermärkten im Wege individuell konkurrierender Suchprozesse nach dem jeweiligen ökonomischen Nutzenprinzip getroffen werden. Geht es doch bei einem großen Teil der Nachfrage - und gerade bei lebenswichtigen - um *ärztlich verordnete bzw. veranlasste Leistungen*. In der therapeutischen Situation wird das medizinisch Notwendige nicht *verkauft*, sondern *verordnet*.

61 H. Reiners, Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, WIDO-Materialien, Bd. 30, Bonn 1987, S. 91.

- Und schließlich: In der Regel haben diejenigen Patienten den größten Bedarf an Gesundheitsleistungen, die aus den *unteren Sozialschichten* kommen und über die geringsten finanziellen Ressourcen verfügen⁶². Sie haben übrigens auch die niedrigsten Lebenserwartungen.

Schon die Beschreibung des Verhältnisses von Markt und Patient macht deutlich, dass hier *öffentliche Schutz- und Sicherungsfunktionen* wahrgenommen werden müssen. Und die meisten der aufgeführten Argumente gelten nicht nur für den Patienten, also den bereits Kranken in medizinischer Behandlung, sondern auch für den noch gesunden Versicherten. Die subjektive Einschätzung von Krankheit und Gesundheit hängt nicht selten von dem jeweiligen Zustand eines Menschen ab. Ist er gesund, so überschätzt er gerne seine Gesundheit und unterschätzt das Krankheitsrisiko. Im Krankheitsfall ist es umgekehrt. Es muss damit gerechnet werden, dass Menschen negative Zukunftserwartungen verdrängen und optimistisch in der Gegenwart leben. Durch die Minderschätzung künftiger Lebensereignisse wird vielfach die richtige Zukunftsentscheidung verhindert.

Es spricht viel dafür, dass die Versorgung von Krankheit sich nicht dem Mechanismus von Angebot und Nachfrage unterwerfen lässt, denn Märkte reagieren nur auf Kosten, die sich in Preisen ausdrücken. Reflexive Konzepte, die davon ausgehen, dass marktwirtschaftlich erzeugte Defizite sich auch durch marktwirtschaftliche Steuerung im Sinne einer „Selbstheilung“ beheben lassen, können offensichtlich nicht auf die Krankenversorgung, ohne Schaden zu erzeugen, übertragen werden. Dagegen spricht auch die Geschichte ihrer Institutionalisierung. Das Gesundheitswesen gilt deshalb als ein Beispiel für die Theorie des *Marktversagens*⁶³. In jüngster Zeit schrieben dazu *Schwartz* und *Janus*:

„Die Allokation von Dienstleistungen unter reiner Zuhilfenahme des Marktmechanismus führt im Gesundheitswesen jedoch zu Marktversagen, wie *Arrow* bereits 1963 ausführt. Dies liegt nicht nur begründet in der permanent vorherrschenden Unsicherheit in Form asymmetrischer Informationen zwischen den Teilnehmern am Gesundheitsmarkt

62 A. Mielck (Hrsg.) Krankheit und soziale Ungleichheit, Opladen 1994; ders. Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern 2000; .U. Helmert, Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken, Augsburg 2003; H.-U. Deppe, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, a.a.O., S. 151-158.

63 Weltbank, Weltentwicklungsbericht 1993, Investitionen in die Gesundheit, Washington 1993, S. 5ff. siehe hierzu auch: F.M. Bator, The anatomy of market failure, in: Quarterly, Journal of Economics, Bd. 72, 1958, S. 351-379; H.-U. Deppe, Die gesellschaftspolitische Rolle des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland, in: Hauptvorstand der Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.), Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Referate, Diskussionen, Arbeitskreise der gesundheitspolitischen Arbeitstagung der Gewerkschaft ÖTV, 27.-30. Mai 1974 in Berlin, Stuttgart 1974, S. 5-14, besonders S. 10.

(insbesondere Konsument und Arzt), sondern im statistischen Krankheitsrisiko, das je nach Versicherungsform und Vergütungssystem die Wirksamkeit des Marktmechanismus maßgeblich beeinflusst. *Ursache für Marktversagen im Gesundheitsmarkt ist die Besonderheit der Gesundheitsgüter*, die Möglichkeit zu angebotsinduzierter Nachfrage, die Existenz von Prinzipal-Agent-Beziehungen sowie das Vorhandensein von Externalitäten.“⁶⁴

Die Ergebnisse, die die Verteilungskräfte des Marktes, die „invisible hands“ (*Adam Smith*), hervorbringen können, sind also hier offensichtlich insuffizient. Sie werden allerdings nicht selten von interessierter Seite zur Befriedigung kommerzieller Ziele genutzt. Der Staat, das Gemeinwesen, hat deshalb wichtige Aufgaben wahrzunehmen. Er hat strukturbedingte Widersprüche zu kompensieren. Richtungweisende Entscheidungen und Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen müssen in einer Demokratie politisch gefällt, im Vertrags- und Leistungsrecht formuliert und finanziell gefördert werden. Gleichwohl kennen wir Gesundheitssysteme, in denen Märkte - Teilmärkte und Quasi-Märkte - existieren, die die Grundlage für Wettbewerb bilden. Es macht deshalb Sinn sich einmal anzuschauen, wie sich wirtschaftliche Konkurrenz im Gesundheitswesen auf die Art der Krankenversorgung bis in die intimen Beziehungen zwischen Arzt und Patient hinein auswirkt.

7.2 Wirtschaftliche Konkurrenz und Krankheit

Der Markt ist also die Voraussetzung für die Ausübung von Konkurrenz. Erst dann kann um das günstigste Angebot gehandelt werden. Gemeinhin heißt es: „Konkurrenz belebt das Geschäft“. Angst vor dem Verlust der materiellen Existenzgrundlage oder das Streben nach Gewinn als Triebkraft individuellen Handels erzwingt persönliche Initiative und Kreativität. Selbstbestimmte Lebensformen entstehen zwar so nicht, aber für die Nachfrager und Konsumenten wird eine Vielfalt von Wahlmöglichkeiten geschaffen. Diese können jedoch nur sinnvoll genutzt werden, wenn der Markt transparent ist und ständig beobachtet wird. Dabei kommt es nicht selten zu erheblichen Unübersichtlichkeiten. Die Konkurrenz ist freilich kein Naturphänomen, sondern entspringt Beziehungen, die Menschen bewusst unter spezifischen Bedingungen miteinander eingehen. Sie ist historisch vermittelt und folglich veränderbar. Sie ist die Grundlage des Zwangs zur Akkumulation in der kapitalistischen Gesellschaft. *Konkurrenz ist ein Gesellschaftsprinzip.*

64 F. W. Schwartz, K. Janus, Das Gesundheitssystem als interdisziplinäres Forschungsfeld, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft „Soziologie der Gesundheit“, Nr. 46, 2006, S. 80f. (Hervorhebung d. Verf.)

Mit Recht heißt es deshalb: „Wettbewerb ist in der Marktwirtschaft das Wettstreiten der einzelnen am Wirtschaftsprozess beteiligten Subjekte mit dem Ziel des größten Gewinns. Einen `solidarischen Wettbewerb` wird es nicht geben“.⁶⁵ Bei Strafe des Untergangs ist das einzelne Wirtschaftssubjekt auf dem glatten Parkett des Wettbewerbs dazu gezwungen, den Eigennutz zur handlungsleitenden Maxime zu machen - bis hin zum sozialdarwinistischen Prinzip des „*Survival of the fittest*“ (*Herbert Spencer*).

Mit welchen Auswirkungen ist also infolge einer um sich greifenden Konkurrenz zu rechnen?

- Wettbewerb individualisiert und stellt den Eigennutz über das Gemeinwohl. Er kann Gesellschaft zerstörende Potenziale entfalten.
- Mit der Expansion und Intensivierung des Neoliberalismus hat sich Wettbewerb sogar zur „hypercompetition“ entwickelt⁶⁶. Sie zeichnet sich durch die ständige Initiative aus, Vorsprung und Vorteil zu verteidigen. Was in diesem Umfeld zählt, ist der Bruch mit dem status quo durch permanente Aggressivität. Und die Unternehmen wissen, wenn sie es nicht tun, machen es ihre Konkurrenten. Die Kassenärzte haben dieses Phänomen bereits 1996 und in den Jahren danach als „Hamsterradefekt“ erfahren müssen.
- Wettbewerb korrespondiert generell - aber insbesondere in der gegenwärtigen Phase der Umgestaltung des öffentlichen Sektors - mit der Metapher vom „Rosinenpicken“ oder „Absahnen“. Als Steuerungsinstrument wirkt Wettbewerb deshalb sozial selektiv und polarisierend. Er ist damit gegen Solidarität gerichtet und zerstört soziale Kohäsionen. Das Resultat von Konkurrenz ist immer: Gewinner und Verlierer. Und die Verlierer sind die Schwachen.
- Wettbewerbsbedingte Risikoselektion ist immer auf die guten Risiken gerichtet. Bedenkt man, dass in westlichen Gesellschaften etwa 30 Prozent aller Leistungsausgaben auf die teuersten 1 Prozent der Versicherten und etwa 80 Prozent aller Leistungsausgaben auf 10 Prozent der Versicherten entfallen⁶⁷, so wird deutlich, welchen finanziellen Nutzen eine Krankenkasse daraus ziehen kann, wenn es ihr gelingt,

65 R. Rosenbrock, Leistungssteuerung durch die Gesetzliche Krankenversicherung, Probleme und Optionen, in: IKK-Bundesverband (Hrsg.), 3. IKK-Forum, Soziale Krankenversicherung: Erfolgs- oder Auslaufmodell? Bergisch Gladbach, Mai 1994, S. 47.

66 R.A. D'Aveni, R. Gunther, Hypercompetition, Managing the Dynamics of Strategic Manoeuvring, London 1994; E. Altvater, F. Haug, O. Negt u.a., Turbo-Kapitalismus, Gesellschaft im Übergang ins 21. Jahrhundert, Hamburg 1997. Ein Shareholder-Value-Denken hat sich durchgesetzt: Die Zeitspannen für den Kapitalrückfluss werden erheblich verkürzt. Investitionen sind nur noch dann attraktiv, wenn sie schon nach kurzer Zeit einen wirtschaftlichen Nutzen versprechen.

67 O. Winkelhage u.a., Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der GKV 1998 und 1999, in: Sozialer Fortschritt, H. 3, 2002, S. 61.

den Anteil dieser Gruppe an ihrem Versichertenkreis möglichst niedrig zu halten. Auf diesem Weg können viel wirksamer Kostenvorteile gegenüber den Konkurrenten erzielt werden als etwa über die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen. Daher behindert der Kassenwettbewerb eher notwendige Innovationen, als dass er sie fördert. Insbesondere gilt das für die erforderlichen Verbesserungen bei der Versorgung chronisch Kranker. Nach dieser Logik können nämlich Krankenkassen kein Interesse daran haben, kostenintensive Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke aufzubauen und dafür zu werben, weil sie damit Gefahr laufen, die teuren Versicherten anderer Kassen anzulocken. Besonders deutlich wird das bei der Umsetzung von Modellen der Prävention und Gesundheitsförderung. Diese Erkenntnis führte 2002 zur Änderung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Kassen.

- Unter einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive - und dabei denke ich auch an das Gesundheitswesen - wirkt Konkurrenz vertuernd und ist unwirtschaftlich. Am offensichtlichsten treibt sie die Verwaltungs- und Werbungskosten in die Höhe (siehe USA). Auch das ist nicht neu. Dazu schrieb schon *Karl Marx* 1867: „Während die kapitalistische Produktionsweise in jedem individuellen Geschäft Ökonomie erzwingt, erzeugt ihr anarchisches System der Konkurrenz die maßloseste Verschwendung der gesellschaftlichen Produktionsmittel und Arbeitskräfte, neben einer Unzahl jetzt unentbehrlicher, aber an und für sich überflüssiger Funktionen.“⁶⁸

- Wettbewerb ist auf Expansion angelegt. Das Sozialgesetzbuch spricht indessen für die Leistungen der Krankenversicherung von einem „Wirtschaftlichkeitsgebot“⁶⁹. Dieses widerspricht im Grunde einer Wettbewerbsorientierung. Wirtschaftlichkeit erfordert nämlich Beschränkung auf das Notwendige⁷⁰. Die Herstellung von Gesundheitsgütern soll nicht maximiert werden, sondern zweckmäßig und ausreichend sein. Hier provoziert existentieller Wettbewerb die Überschreitung des medizinisch Notwendigen. Und im Gesundheitswesen sind Innovationen auch nicht um jeden Preis gefragt, sondern nur solche, die die Qualität der Versorgung verbessern oder die Kosten ohne Qualitätsverlust senken.

Wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen um den Versicherten (aus der Sicht der Krankenkassen) und den Patienten (aus der Sicht der Leistungsanbieter) ist keine abstrakte Konkurrenz, sondern ist immer konkreter Wettbewerb um den rentablen

68 K. Marx, *Das Kapital*, Bd. 1, Berlin 1962, S. 552.

69 §12 SGB V.

70 K. Redeker, *Hemmnisse und Perspektiven für ein wettbewerbsorientiertes Krankenhaus aus rechtlicher Sicht*, in: *das Krankenhaus*, Heft 7, 1997, S. 394.

Versicherten oder Patienten. Und das, was rentabel ist, bemisst sich zuerst an dem einzelwirtschaftlichen Interesse der jeweiligen Institution:

So sind die *Leistungserbringer* an der Zahlungsfähigkeit des Patienten interessiert, also dem Umfang seines Versicherungsschutzes, weiter an der Art (Pauschale, Einzelleistung etc.) und Höhe ihrer Honorierung und nicht zuletzt auch daran, wie stark die von ihnen erbrachten Leistungen fachlich kontrolliert werden. – Welcher Logik muss beispielsweise der kaufmännische Direktor eines Krankenhauses folgen, wenn er feststellt, dass 10 Prozent der Patienten 40 Prozent der Kosten verursachen, während auf 50 Prozent der Patienten nur 15 Prozent der Ausgaben entfallen?⁷¹

Die *Krankenversicherungen* sind unter dem Gesichtspunkt der Rentabilität daran interessiert, Erwerbstätige mit hohem Einkommen und einem möglichst geringen Krankheitsrisiko zu versichern. - Wie muss demnach der leitende Betriebswirt handeln, wenn er weiß, dass 10 Prozent der Versicherten für 80 Prozent der Leistungsausgaben verantwortlich sind?

Resultat: Der ideale Versicherte bzw. Patient ist derjenige, der die höchste Rentabilität verspricht, das geringste Krankheitsrisiko mit sich bringt und die großzügigste Versicherung hat. Trotz des Versuchs, solche Zielorientierungen in der deutschen Gesundheitspolitik abzuschwächen (Risikostrukturausgleich, Härtefallregelungen), hält der Druck an, alte und chronisch kranke Patienten aus den unteren Sozialschichten oder auch „Härtefälle“ auszugrenzen oder sie mit unwürdigen Mitteln abzuwimmeln. Es sind also gerade jene großen Gruppen, die medizinischer Hilfe am dringendsten bedürfen. Und das ist nicht eine Frage „bösen Willens“ oder fehlender ethischer Grundsätze, sondern das ist Ausdruck des Prinzips des wirtschaftlichen Wettbewerbs. Denn dieser bedeutet per se *Selektion*. Dieser Zusammenhang ist inzwischen – leider sehr spät - auch in der deutschen Ärzteschaft angekommen. So heißt es in ihren Leitsätzen aus dem Jahr 2007: „Konsequenz dieser wettbewerblichen Struktur wird implizite Rationierung sein, weil die Marktteilnehmer sich im wesentlichen um die lukrativen Prozeduren werden kümmern müssen und die verlustbringenden Prozeduren entsprechend nicht vorhalten werden. Risikoselektion wird das Ergebnis sein.“⁷²

71 H. Brockmann, Why is less money spent for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals, in: Social Science & Medicine, H. 55, 2002, S. 595

72 Bundesärztekammer, Gesundheitspolitische Leitsätze der deutschen Ärzteschaft, Diskussionsentwurf, Ulmer Papier – Version 4.0, vom 19. November 2007, S. 12.

Um derartige Reaktionen zu unterbinden oder zu begrenzen, müssen verbindliche Regelungen erlassen werden (z.B. RSA). Die Erfahrung zeigt indessen, dass solche Regelungen häufig umgangen werden. Damit setzt sich eine Bürokratisierungsspirale aus immer neuen Ausweichreaktionen und immer neuen Regelungen und Kontrollen in Gang. Wer also vom Wettbewerb im Gesundheitswesen redet, sollte von der Bürokratisierung nicht schweigen.

Gemeinhin heißt es Konkurrenz mache billiger, besser und senke die Verwaltungskosten. Diese These scheint sich im Gesundheitswesen nicht zu bestätigen. US-amerikanische Erfahrungen mit dem Neoliberalismus sprechen dagegen: Wir haben in den USA das weltweit teuerste Gesundheitssystem mit den höchsten Verwaltungskosten. Hinzu kommt die große soziale Ungleichheit. Auch bei der Qualität zeigen sich inzwischen erhebliche Probleme. Als ein Beispiel sei hier nur auf die unterschiedliche Sterberate in US-amerikanischen Krankenhäusern verwiesen: „Auf Gewinn ausgerichtete Kliniken scheinen ihre Patienten weniger gut zu versorgen als solche, die keine Aktionäre oder Investoren zufrieden stellen müssen. In den Vereinigten Staaten ist die Sterblichkeit der an profitorientierten Hospitälern behandelten Kranken jedenfalls vergleichsweise höher.“⁷³ Also die These, dass Konkurrenz die Kosten senkt und gleichzeitig die Qualität verbessert ist äußerst fragwürdig.

Wie soll also der keineswegs geringe Anteil der Patienten versorgt werden, deren Behandlung nicht wirtschaftlich rentabel ist? Von der Beantwortung dieser Frage bleibt freilich auch die *Moral einer Gesellschaft* nicht unberührt. *Len Doyal* sieht gerade in der Art und Weise, wie mit jener Krankengruppe - also jenen, die am leichtesten verwundbar sind - umgegangen wird, einen Maßstab für den moralischen Wert einer Gesellschaft: „The moral worth of any society can be measured by the way in which it treats its most vulnerable members. If we do not understand what it means to take rights seriously of the ill and disease then it is unlikely that we will do so for others who lack the strength or ability to defend themselves. This is what good politics and good social medicine are all about. It is also what good clinical medicine and good medical ethics ought to be about.“⁷⁴ Man könnte es auch so formulieren: Sage mir, wie Du mit den chronisch Kranken aus den unteren Sozialschichten umgehst, und ich sage Dir, wie es um die Moral Deiner Gesellschaft bestellt ist. Und durch Kommerzialisierung wird moralischen Werten ihre verpflichtende Geltung entzogen, die sie erst zu moralischen Werten macht.

73 N.v.Lutterotti, Patienten in der Profitfalle? In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 10. April 2003

74 L. Doyal, Medical Ethics and Good Health Care: The Ideology of Individualism, in: F.J. Mercado Martinez, L. Robles Silva (Hrsg.), La medicina al final del milenio, Guadalajara 1995, S. 62.

Wettbewerb bestimmt die Qualität der Medizin: Mit der Konkurrenz um das wirtschaftlich günstigste Leistungsangebot ist notwendig das Problem der Einhaltung von verbindlichen Qualitätsstandards verknüpft. Unter dem Druck der Preiskonkurrenz wächst nämlich die Neigung, den Preis von Leistungen gegebenenfalls auf Kosten der Qualität zu senken⁷⁵. So kann die kurzfristige Orientierung der Kassen auf Mitgliedergewinnung über Beitragssätze zu einer Qualitätsminderung führen. Trotz vielfältiger Anstrengungen sind die vorliegenden Instrumente öffentlicher Qualitätskontrolle noch unzureichend. Da Qualitätssicherung zunächst mit Kosten verbunden ist, haben die einzelnen Kassen aus Gründen der Konkurrenz kaum ein Interesse daran, ihre Erfahrungen, die sie mit innovativen, qualitativ hoch stehenden Versorgungsformen machen, in einen gesamtgesellschaftlichen Erfahrungsaustausch einzubringen und damit zu generalisieren noch immer vernachlässigten Feld wie der Qualitätssicherung von eminenter Bedeutung. Die Patienten selbst sind vielfach nicht in der Lage, Notwendigkeit und Qualität medizinischer Leistungen einschätzen zu können oder nehmen diese allenfalls lange nach der ersten Inanspruchnahme wahr. Sie vertrauen sich deshalb dem fachlichen Urteil von Ärzten an, das auf einem breiten Ermessensspielraum beruht. Lohnt es sich überhaupt, einen hohen medizinischen Qualitätsstandard zu offerieren, wenn die Patienten nur sehr begrenzt in der Lage sind, diesen adäquat erkennen und honorieren zu können? Nicht zu vergessen ist, dass die Ärzte selbst insbesondere, wenn sie unternehmerisch arbeiten, Interessenten sind. Ein wettbewerbsbedingter Qualitätsverlust lässt sich nur durch den Ausbau bürokratischer Kontrollmechanismen verhindern. Diese verursachen allerdings erhebliche Kosten. Qualität kann auch zu einem Marketing-Faktor werden und orientiert sich dann an dem, was Versicherte aus Laiensicht unter Qualität verstehen. Die Verallgemeinerung der These, dass Wettbewerb die Kosten senkt und gleichzeitig die Qualität erhöht, ist äußerst fragwürdig. In Anlehnung an US-amerikanische Erfahrungen wird sogar davon ausgegangen, dass die Forcierung des Wettbewerbs bestehende Fehlentwicklungen in der Leistungsstruktur und der Qualität der Medizin noch verstärkt wie: zuviel Technik und Medikamente bei zuwenig Kommunikation und zuwenig zeitaufwendiger psychosozialer Betreuung, zuviel Diagnose, aber zuwenig bzw. schlechte Therapie, zuviel Medizin und zuwenig bzw. zu schlechte Pflege⁷⁶.

75 Th. Gerlinger, K. Stegmüller, „Ideenwettbewerb“ um Wettbewerbsideen - Die Diskussion um die „dritte Stufe“ der Gesundheitsreform, in: H. Schmitthenner (Hrsg.), Der „schlanke Staat“. Zukunft des Sozialstaates - Sozialstaat der Zukunft, Hamburg 1995, S. 170f.

76 H. Kühn, Gesundheitspolitik ohne Ziel: Zum sozialen Gehalt der Wettbewerbskonzepte in der Reformdebatte, in: H.-U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.), Qualität und Qualifikation im

Wettbewerb erhöht den Druck nach Ausweitung der Leistungsmenge. Das verschiebt medizinische Eingriffe in frühe Krankheitsstadien. Damit reduziert sich zwar in der Regel das Risiko des Eingriffs, aber die Gewähr für einen anhaltenden Erfolg ist damit nicht in jedem Fall gegeben. So kann die frühe Diagnose und der rechtzeitige operative Eingriff bei einer bösartigen Geschwulst lebensrettend sein, während die Herz-Katheder-Diagnostik zeigt, dass immer mehr Untersuchungen ohne therapeutische Konsequenzen bleiben. Es muss somit nach der Notwendigkeit für zahlreiche diagnostische Untersuchungen gefragt werden⁷⁷. Und es hat sich gezeigt, wenn kostengünstigere und schonendere Verfahren zur Anwendung kommen, die Gefahr besteht, dass Indikationsgebiete ausgedehnt werden⁷⁸. Oder in der Laboratoriumsmedizin: Aufgrund des Wettbewerbs ist es zu einer merkantilen Mengenausweitung mit einer häufig indikationslosen Massenproduktion von Laborwerten gekommen. Über die damit verbundene Kostenproblematik hinaus hat diese Entwicklung zu einer hohen Rate „falsch positiver“ Ergebnisse mit negativen klinischen Konsequenzen geführt⁷⁹.

Wettbewerb bestimmt nicht nur die Qualität einzelner medizinischer Leistungen, sondern auch *den Charakter der Medizin*. Als wesentliches Strukturmerkmal der Medizin in internationalen Vergleichsstudien gilt, ob und wie weit sie präventiv und/oder kurativ ausgerichtet ist. Wie weit z.B. Prävention und Gesundheitsförderung in die Gesellschaft eindringen. Da Wettbewerb zunächst und vor allem auf den kurzfristigen Vorteil abzielt, denn investierte Ausgaben stehen unter dem Druck der schnellen Amortisierung, müssen Leistungen, die sich erst langfristig rentieren, aber gleichwohl gesundheitlich notwendig sind, aufgeschoben oder gar vernachlässigt werden. Besonders davon betroffen ist das mit viel Mühe in den 80er Jahren in die gesundheitspolitische Debatte gebrachte Paradigma der *Prävention und Gesundheitsförderung*, dessen Erfolge sich freilich nur langfristig realisieren lassen. Richten also einige Kassen im Gegensatz zu anderen aufwendige Präventionsprogramme ein, um später gesündere Versicherte zu haben, so kann es ihnen passieren, dass ihre Versicherten zwar die Präventionsprogramme in Anspruch nehmen, aber nach einigen Jahren die Kasse wechseln und damit der erwünschte Effekt den Konkurrenten begünstigt. Hinzu kommt, dass gerade die unteren Sozialschichten, also die Einkommensschwachen, einer gezielten Gesundheitsförderung

Gesundheitswesen, Frankfurt a.M. 1995, S. 31. Vgl. auch: D.W. Light, Cost containment and the backdraft of competition policies, in: Intern. J. of Health Services, Vol. 31, H. 4, 2001, S. 681-708.

77 J.v. Dahl, A. Sasse, P. Hanrath, Leistungsentwicklung im stationären Bereich: Innere Medizin, in: M. Arnold, D. Paffrath (Hrsg.), Krankenhaus-Report '97, Stuttgart 1997, S. 61.

78 SVRKAiG, Sondergutachten 1996, Punkt 257.

79 M. Krieg, Laboratoriumsmedizin - Im Sog der Kommerzialisierung, in: Deutsches Ärzteblatt, H.14, 1997, S. 902-906.

bedürfen. *Hartmut Reiners* formulierte dazu für den Wettbewerb der Krankenkassen schon frühzeitig treffend:

„1. Die gegliederte Krankenversicherung bedeutet automatisch Wettbewerb. Prävention und Gesundheitsförderung werden dadurch zu Wettbewerbsinstrumenten; es besteht kein Anreiz zu gemeinschaftlichem Handeln.

2. Krankenkassen haben kein ökonomisches Interesse an der Prävention im Sinne von Einsparen bei Leistungsausgaben; vielmehr sind die entsprechenden Aktivitäten auf Mitgliedergewinnung ausgerichtet.

3. Krankenkassen sind strukturell nur bedingt in der Lage, in der *Verhältnisprävention* Verantwortung zu übernehmen; ihre Domäne liegt in der individuellen Gesundheitsförderung.

Ohne staatliche Initiative und Koordinierung sind die Erfolge der Krankenkassen in der Prävention auf vergleichsweise nachgeordnete, zumeist nach sozialer Schichtung stark eingegrenzte Gebiete der *Verhaltensprävention* beschränkt.“⁸⁰

Unter Bedingungen des wirtschaftlichen Wettbewerbs gerinnt also Gesundheitsförderung nicht selten zum Marketing für exklusive Versichertenkreise, verkommt zur Formel vom individuellen Fehlverhalten und vertut die Chance, zur Veränderung des Charakters der Medizin paradigmatisch beizutragen.

Da es sich bei der Gesundheitsförderung und primären Prävention um ein strukturelles Element eines Gesundheitssystems handelt, wird deren gesundheitspolitischem Stellenwert auch immer wieder zum Gegenstand parteipolitischer Auseinandersetzungen. So waren im Beitragsentlastungsgesetz von 1996 Entscheidungen gefallen, diesen zaghaften Ansatz wieder aus der paritätischen Beitragsfinanzierung herauszunehmen und auf ein Minimalprogramm zu reduzieren. Ersatzlos gestrichen wurden u.a. in §20 SGB V:

„1. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und darüber zu beraten, wie Gesundheitsgefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können. Sie sollen den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken.

(...)

80 H. Reiners, Zuständigkeiten und Kompetenzen in der gesundheitlichen Prävention: eine organisierte Verantwortungslosigkeit? In: R. Rosenbrock, H. Kühn, B.M. Köhler, Präventionspolitik, Berlin 1994, S. 105f (Hervorhebung d. Verf.).

4. Die Krankenkasse kann in der Satzung Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheit vorsehen. Sie kann in der Satzung Art und Umfang dieser Leistungen bestimmen und dabei auch Leistungen in Form von Zuschüssen vorsehen.“

Diese Entscheidung wurde unmittelbar nach dem Regierungswechsel 1998 rückgängig gemacht.

Im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde unter der Gesundheitsministerin *Andrea Fischer* der §20 SGB V sogar noch erweitert. Danach sollen nun Krankenkassen in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen. Solche Leistungen sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur *Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen* erbringen. Darüber hinaus können Krankenkassen den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Seit 2004 werden in den parlamentarischen Gremien Eckpunkte und Gesetzentwürfe für ein *Präventionsgesetz* diskutiert⁸¹. 2005 scheiterte die Vorlage eines Präventionsgesetzes im Bundesrat an der CDU/CSU-Mehrheit. Der zweite Anlauf in der Großen Koalition wurde im Oktober 2007 angehalten. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Gesundheitsministerin ein Eckpunktepapier vorgelegt, das nicht auf die Zustimmung der CDU/CSU-Bundestagsfraktion stieß. Grund für das Scheitern war der Streit über die Organisation und Finanzierung kassenübergreifender Projekte zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Nach dem Willen der Ministerin sollten Kranken-, Rente-, Unfall- und Pflegekassen sowie die private Krankenversicherung zwischen 280 und 350 Millionen Euro in einen gemeinsamen Finanztopf abführen, der u. a. Projekte zur Verbesserung der „Lebenswelten“ finanziert⁸².

Inzwischen hat die Konkurrenz unter den Krankenkassen deutliche Spuren hinterlassen. Unübersehbar vollzieht sich eine tief greifende *Veränderung im Sozialcharakter der gesetzlichen Krankenversicherung*. Die Kassen wandeln sich in ihrem Selbstverständnis immer stärker zu Versicherungsunternehmen. Das gemeinsame Interesse am Erhalt der GKV als eines am Solidaritätsprinzip orientierten Gesamtsystems tritt hinter den individuellen Wettbewerbsinteressen zurück. Positionen zur Zukunft dieses Systems werden ausschließlich nach der eigenen Interessenlage formuliert. Mit der unternehmerischen Ausrichtung der Krankenkassen verändert sich auch die Beziehung

81 G. Eberle, Konsens auf Kassen-Kosten? In: *Gesundheit und Gesellschaft*, H. 11, 2004, S. 14f; dies., Mehr als ein zweiter Aufguss? In: *Gesundheit und Gesellschaft*, H. 11, 2007, S. 38-41.

82 Koalition gibt Präventionsgesetz auf, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 7. März 2008

zwischen Krankenkassen und Versicherten. So werden Krankenkassen – ehemals Anwälte der Sozialversicherten gegenüber den Leistungserbringern – im Krankheitsfall immer mehr zu Gegnern der Versicherten. Sie versuchen nämlich ihre Ausgaben unter betriebswirtschaftlichen Aspekten zu reduzieren – auch dadurch, indem sie nicht oder schlecht informierten Versicherten Leistungen vorenthalten.

Als neuestes Wettbewerbsinstrument wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds durch die Gesundheitsministerin Schmidt (SPD) 2007 ein „Zusatzbeitrag“ eingeführt, den die Kassen im Bedarfsfall erheben können. Im GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) von 2010 wurde er dann von dem Gesundheitsminister der Regierungskoalition aus CDU/CSU/FDP Rösler (FDP) in eine „kleine Kopfpauschale“ umgewandelt, die alleine von den Versicherten zu zahlen ist.

8. Zur Kommerzialisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses

Der primäre Ort von Krankheit ist die Intimsphäre

Beim *Arzt-Patient-Verhältnis* handelt es sich um spezifische soziale Beziehungen, die Menschen miteinander eingehen, welche nicht in der Öffentlichkeitssphäre der bürgerlichen Gesellschaft liegen. Sie befinden sich vielmehr in der *Intimsphäre*, die als abgeschirmter Kern des Privaten beschrieben wird⁸³. Und die Merkmale des Intimen widersprechen der geforderten Transparenz des Marktes konstitutiv. Gleichwohl können wir feststellen, dass sich die traditionellen Zuordnungen zu den einzelnen Sphären der Gesellschaft seit Anfang der 70er Jahre verändern. Das Intime ist stärker öffentlich geworden. Zu denken ist dabei vor allem an den Umgang mit sexuellen Fragen, psychischen Problemen und der persönlichen Betroffenheit durch Krankheit. Man spricht darüber - auch öffentlich. Die Selbsthilfebewegung hat dabei eine nicht unbedeutende Rolle gespielt. Parallel zu dieser Entwicklung kommt es auch zu einer Veränderung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Seiner Herkunft nach ist es paternalistisch und autoritär strukturiert. Hier gilt der Arzt als *Anwalt* eines unmündigen Patienten. Die Veränderung dieses Verhältnisses geht langsam in eine Richtung, die mehr *partnerschaftlich* orientiert ist. Dabei bekommen Mitbestimmung und Mitverantwortung, aber auch Information und

83 J. Habermas, *Strukturwandel der Öffentlichkeit*, Neuwied 1962.

Kontrolle zunehmend Bedeutung. Der Arzt als „Anwalt“ wird immer mehr zum „Treuhandler“⁸⁴.

Zum Wandel des Morbiditätsspektrums

Diese Entwicklung wird unterstützt durch eine Veränderung des *Morbiditätsspektrums*: Seit einigen Jahrzehnten findet nämlich eine Verlagerung von den akut lebensbedrohlichen zu den chronisch lebensbegleitenden Erkrankungen statt. Auch dieser Prozess führt zu einer Machtverschiebung im Arzt-Patient-Verhältnis. Noch zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts war der *Arzt* vor allem *Helfer* und *Retter* in akuten bedrohlichen Situationen meist junger Patienten ausgestattet mit erheblicher Entscheidungsmacht und nahezu unangreifbarer Autorität („Halbgott in Weiß“). Der Arzt jedoch, der heute einem alten Patienten mit seinen chronischen Erkrankungen gegenübertritt, muss dagegen eine erhebliche Einschränkung seiner Interventionsmöglichkeiten erkennen. Er heilt nicht mehr, sondern lindert allenfalls die Beschwerden, verbessert damit die Lebensqualität und hilft über akute Krisensituationen hinweg, ohne allerdings das Grundproblem der dauerhaft gestörten Funktion lösen zu können. Der Arzt tritt also nicht mehr als derjenige auf, der den Patienten von seiner Krankheit befreit. Er ist zunehmend *Berater* bei der Bewältigung langfristiger gesundheitlicher Probleme und *Vermittler* für die medizinische und soziale Unterstützung durch andere. Damit korrespondiert auf der anderen Seite der Zweierbeziehung ein informierterer und mündiger werdender Patient, der nicht mehr abzuwendende Krankheitsfolgen *akzeptiert* und sein Leben mit Krankheit fortsetzt⁸⁵.

Der Patient ist nicht nur „Konsument“, sondern auch „Ko-Produzent“

An dieser Stelle macht es Sinn, eine grundsätzliche Bemerkung zum Patienten als „Konsumenten“ zu machen. Er wird als solcher evident, wenn es um den Verbrauch medizinischer Leistungen geht. Sie zählen gemeinhin zu den *personenbezogenen Dienstleistungen*. Ärztliche Leistungen haben einen spezifischen Charakter: sie sind immaterieller Natur, ihre Erbringung und Nutzung ist zeitgleich, sie haben eine begrenzte oder keine Lagerfähigkeit und sind nicht übertragbar. Sie beruhen immer auf einer Beziehung mit einer anderen Person oder wirtschaftlichen Einheiten (Institution) und

84 T.C. James, The Patient-Physician Relationship: Covenant or Contract? In: Mayo Clin. Proc., Vol. 71, 1996, S. 917-918.

85 C. Herzlich, J. Pierret, Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden, München 1991.

erfordern Zusammenarbeit. Darüber hinaus haben sie im Gegensatz zur industriellen Produktion eine niedrigere Produktivität. Sie sind nur sehr begrenzt und langsam rationalisierbar. Rationalisierungen mit Personalabbau in der Krankenversorgung haben nicht selten einen Qualitätsverlust zur Folge und nehmen in der Regel einen Verzicht auf menschliche Zuwendung in Kauf.

Seit über 20 Jahren wird in der englischen Literatur⁸⁶ diskutiert, dass der Patient bei der Wiederherstellung seiner Gesundheit oder der Linderung von Beschwerden eher „Ko-Produzent“ als Konsument ist. Das gilt insbesondere für die Erhebung der Anamnese als entscheidender Grundlage für die Diagnose. Nach Hampton machten 1975 die Anamnese 85%, die klinische Untersuchung 7% und das Labor sowie andere technische Tests 8% bei der Findung einer endgültigen Diagnose aus. Die Leistung des Arztes und der Einsatz von Technik allein genügt also nicht. Die Stellung des Patienten als Ko-Produzent korrespondiert auch mit anderen gesellschaftlichen Bereichen wie der Erziehung und Ausbildung, dem Sport oder dem Strafvollzug. Die Reduktion des Patienten auf einen Konsumenten oder Klienten entspricht allerdings einer zunehmenden Ökonomisierung mit dem sich ausbreitenden Konsumverhalten in alle gesellschaftlichen Bereiche. Dieses Denkmuster macht den Patienten zum Adressaten eines verführbaren Objekts⁸⁷. Das geht freilich in die falsche Richtung, denn der Patient sollte - dort, wo es möglich ist - als betroffenes Subjekt in die Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit einbezogen werden, so wie es dem realen Prozess der Krankenversorgung entspricht.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist asymmetrisch

In der Medizinsoziologie gilt die *Arzt-Patient-Beziehung* nach wie vor als eine strukturell *asymmetrische*. Unterschiedliche Wissensverteilung und instrumentelle Fähigkeiten, einseitige fachliche und soziale Kompetenzen bis zur Verordnung von Sanktionen statten die soziale Position des Arztes mit der Macht des Experten aus. Nur - ob und wie der Arzt diese professionelle Macht einsetzt und ausspielt - oder gar missbraucht, hängt wesentlich von der Struktur und der Machtverteilung im Gesundheitswesen⁸⁸ sowie von „externen Einflüssen“ ab. Dabei spielt eine nicht unerhebliche Rolle, welchen Stellenwert z.B. die professionelle Macht bei der Gestaltung des eigenen Einkommens hat, nach

86 J.T. Hart, Patients as Producers, in: St. Iliffe, H.-U. Deppe (Hrsg.), Health Care in Europe: Competition or Solidarity? Frankfurt a.M. 1996, S. 136-149.

87 H.-U. Deppe, Zum `Objekt´ der Medizin, in: Das Argument, 50/3, 1969, S. 284-298.

88 V. Wanek, Machtverteilung im Gesundheitswesen - Struktur und Auswirkungen, Frankfurt a.M. 1994, S. 91ff.

welchen Kriterien Überweisungen und Verordnungen vorgenommen werden oder was die ausgesprochenen und unausgesprochenen Richtlinien der Indikationsstellung sind. In der ambulanten Versorgung ist die Konkurrenz seit langem ein nicht zu unterschätzender externer Faktor. Es ist bekannt, dass die „Klientenzentrierung“ der Ärzte steigt, je stärker die Konkurrenz um Patienten einkommenswirksam wird. Die Anpassungsbereitschaft der Kassenärzte ist dabei nahezu grenzenlos, ob es sich um die Standortwahl ihrer Praxis, Sprechzeiten, die Anzahl der behandelten Patienten, Arzneimittelverordnungen, Verschreibungen bis hin zu therapeutischen Anwendungen handelt, von denen bekannt ist, dass sie nicht nur unwirksam - sondern gelegentlich sogar schädlich - sind.

Ermessensspielraum

Woher kommt es also, dass Ärzte in ihren Entscheidungen so flexibel sein können? Es ist nicht nur ihre Stellung in der ambulanten Versorgung als Unternehmer, die über praktische Erfahrungen mit der Marktwirtschaft verfügen. Auch im Krankenhaus mit seinen abhängig Beschäftigten ist das Spektrum medizinischer Entscheidungen breit. Ein wesentlicher Grund dafür ist offenbar die *begrenzte Wissenschaftlichkeit der angewandten Medizin* mit ihrer notwendigen Orientierung auf den „*Einzelfall*“. Letzterer zeichnet sich durch unterschiedliche Merkmale und Symptome bei gleicher Krankheit aus. Ein weiterer Grund ist der *Zwang zur Praxis*. Und Praxis verlangt nicht selten Entscheidungen im Augenblick. Die Schwierigkeit, Gesundheit eingrenzen zu können, konfrontiert die Medizin konstitutiv mit den Unwägbarkeiten der menschlichen Wirklichkeit, die sich auch mit mathematischer Zuverlässigkeit nur bedingt erfassen und in standardisierte Handlungsbezüge integrieren lassen. Dadurch entsteht ein großer *Ermessensspielraum*, der bis an die Grenze der Beliebigkeit gehen kann. Er begünstigt gegensätzliche Handlungsweisen: Entweder, dass zu viel - oder, dass zu wenig gemacht werden kann. Das betrifft nicht nur die Indikationsstellung, also die Begründung für die angemessene Anwendung eines bestimmten Heilverfahrens, sondern auch die unterschiedlichen Methoden von Heilbehandlungen selbst. Die Variabilität medizinischer Begründungen ist groß. Juristisch ist der Arzt in dem Rahmen, den Gesetz und Richtlinien ihm gewähren, in seinen Entscheidungen frei⁸⁹. Aber: Ein nicht-indizierter Eingriff kann den rechtswidrigen Tatbestand der *Körperverletzung* erfüllen.

89 SVRKAiG, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Bd. III, Ausführliche Zusammenfassung, S. 29.

Das *Institute of Medicine* der *National Academy of Science* in Washington kommt auf diesem Hintergrund – in einer allerdings nicht mehr ganz aktuellen Übersicht - zu weitreichenden Ergebnissen. Es geht davon aus, dass nur etwa 4 Prozent aller ambulant und stationär erbrachten medizinischen Dienstleistungen dem Anspruch auf *wissenschaftliche Nachweisbarkeit* (Evidence) genügen. 45 Prozent der Gesundheitsleistungen bewegten sich im Mittelfeld (einfachere Evidenzkriterien) und für 51 Prozent gebe es überhaupt keinen wissenschaftlichen Nachweis im engeren Sinn⁹⁰. Eine andere Schätzung vertritt, dass lediglich 10 bis 20 Prozent aller Therapieempfehlungen auf „harten“ wissenschaftlichen Daten beruhen⁹¹. Und ein Expertengremium der WHO kam 1996 zu dem Ergebnis, „daß nur im Fall von etwa 20 Prozent aller medizinischen Leistungen eine gute empirische Evidenz für den Nutzen erbracht werden kann, während im Bereich der übrigen 80 Prozent ein stufenloser Übergang von mehr oder weniger stark plausibler Evidenz bis hin zu gar keiner Evidenz zu konstatieren sei“.⁹² Die Internistenzeitschrift *Medizinische Klinik* ließ die in ihr zwischen 1979 und 1996 publizierten 132 Originalarbeiten, in denen die Ergebnisse kontrollierter Studien mitgeteilt wurden, überprüfen. Alle untersuchten Arbeiten erfüllten die Anforderungen an methodisch hochwertige kontrollierte Studien „nicht oder nicht befriedigend“. Nur in sechs von 132 Arbeiten gab es beispielsweise Angaben über Fallzahlplanungen, eine Voraussetzung, um überhaupt statistisch bedeutsame Aussagen machen zu können.⁹³

Fehler in der Medizin

Dabei handelt sich um ein heikles Thema, da die Konsequenzen von Fehlern in der Medizin schwerwiegend sein können. Oft sind die Ursachen nicht eindeutig belegbar. Ihre Zuordnung ist bisweilen schwierig. Über Ursachen, Ausmaß und Folgen von Fehlern liegen nur unzureichende Daten vor. Die offene Diskussion darüber ist bis heute weitgehend tabuisiert. Noch ist die Einstellung verbreitet: „Fehler dürfen nicht passieren. Diagnostik, Therapie und Pflege haben perfekt zu sein. Im Alltag des Berufs gelten Fehler als nicht akzeptabel“. Bei ihrem Auftreten werden sie primär unter juristischen Konsequenzen diskutiert und nicht selten allein als persönliche Schwäche interpretiert. In

90 Nach: M.J. Field, K. N. Lohr (Hrsg.), *Guidelines for clinical practice: from development to use*, Washington 1992.

91 R. Volkert, *Der lange Weg in die Praxis*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, H. 27, 1998, S. 1368.

92 Bericht des Workshops des AOK-Bundesvorstandes, a.a.O., S. 79, 101; ebenso: *Die Ortskrankenkasse*, H. 17-18, 1997, S. 563.

93 *Deutsches Ärzteblatt*, H. 13, 1999, S. 639.

den letzten Jahren hat sich allerdings auf dem Hintergrund der Debatte um die Qualitätssicherung eine wissenschaftliche Diskussion entwickelt, in deren Diskurs eine „neue Kultur des offenen Umgangs mit Behandlungsfehlern“ gefordert wird. Aus Fehlern könne nämlich für ihre Vermeidung gelernt werden. Und da wirksame Strategien zur *Fehlervermeidung* bisher kaum systematisch implementiert seien, könne damit eine Qualitätsverbesserung erreicht werden.

Grundsätzlich ist jede medizinische Maßnahme mit unerwünschten Wirkungen und Gefahren verbunden. Das gilt sowohl für ihre Durchführung als auch für ihre Unterlassung. Fehler und Schadensfolgen aus medizinischen Behandlungen können nicht völlig ausgeschlossen werden, sondern sind Bestandteil ärztlichen Handelns. Sie sind ein stets gegenwärtiges Risiko im Alltag der medizinischen Versorgung und gehören damit zum *spezifischen Charakter der praktischen Medizin*. Fehler in der Medizin sind personenbezogen, entstehen in einer besonderen Beziehung zwischen Experten und Laien und tangieren menschliche Grundrechte. Ursachen dafür lassen sich auf der Ebene individuellen Verhaltens, institutioneller Strukturen (Organisation) und gesellschaftlicher Verhältnisse (Gesundheitssystem) lokalisieren. Fehler können nicht nur schnell oder zeitlich verzögert sowie bemerkt oder unbemerkt zur Beeinträchtigung von Gesundheit sondern auch zum Tod führen. Deshalb gehört die hohe Priorität der Vermeidung von Risiken und Schäden bei Behandlungsentscheidungen zu den ethischen und professionellen Prinzipien der Medizin („*primum nil nocere*“).

Gleichwohl fehlen bislang unmissverständliche und allgemein akzeptierte Definitionen von Behandlungsfehlern und -schäden. Erst langsam beginnt sich hier eine Diskussion auch auf internationaler Ebene zu entwickeln⁹⁴. Ein Behandlungsfehler im Sinne des Zivilrechts liegt vor, wenn medizinische Standards nicht beachtet werden (Sorgfaltsverletzung) und dadurch ein (vorhersehbarer und vermeidbarer) Gesundheitsschaden beim Patienten entsteht. Diese Vorgehensweise zielt auf einzelne Schadensereignisse und individuelle Verantwortlichkeit ab. Eine andere Sichtweise, in deren Mittelpunkt die *Feststellung von Fehlversorgung* steht, zielt auf die institutionellen und systemspezifischen Bedingungen von Fehlern und Schäden sowie deren Ursachen ab⁹⁵.

Daten zur Anzahl vermuteter und festgestellter Behandlungsfehler und -schäden sind derzeit nur partiell verfügbar. Versucht man sich trotzdem ein Bild davon auf empirischer

94 SVRBEiG, Gutachten 2007, S. 458ff (Punkte 595.-603.); EU-Kommission will Klagen gegen Ärzte erleichtern, in: *Ärztliche Praxis* vom 16. Dezember 2008; P. Spielberg, Auch die EU-Kommission will Standards für mehr Patientensicherheit setzen, in: *Ärzte Zeitung* vom 16. Dezember 2008.

95 SVRKAiG, Gutachten 2003, S. 288f (Punkt 365.f).

Grundlage zu verschaffen, das sicher nicht mehr als die Spitze eines Eisbergs darstellt, so ist auf die Daten folgender Institutionen zurückzugreifen: Die Schlichtungsstellen bzw. Gutachterkommissionen der Landesärztekammern, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, zivilgerichtliche Arzthaftungsprozesse und Daten einzelner Versicherungen:

- Bei den Schlichtungsstellen bzw. Gutachterkommissionen der Landesärztekammern gingen im Jahr 2000 bundesweit etwa 9 700 Anträge auf Einleitung eines Überprüfungsverfahrens wegen der Vermutung eines Behandlungsfehlers ein. In ca. einem Drittel der Fälle wurde ein Behandlungs- und / oder Aufklärungsfehler festgestellt.
- Der Medizinische Dienst der Krankenkassen begutachtete 1999 ca. 9 700 Fälle wegen Verdacht auf einen Behandlungsfehler. Die Rate festgestellter Behandlungsfehler lag bei 24 Prozent.
- Die Anzahl zivilgerichtlicher Arzthaftungsprozesse bewegt sich jährlich um 15 000. Davon wurden zwischen 4 und 10 Prozent der Klagen Schadensersatz zuerkannt.
- Auf der Basis von Versicherungsdaten wird die Zahl der vermuteten und angezeigten Behandlungsfehler in Deutschland gegenwärtig auf ca. 40 000 pro Jahr und die anerkannten Schadensansprüche auf rund 12 000 geschätzt⁹⁶.

Es wird davon ausgegangen, dass die anerkannten und verfolgten Schäden nur den sichtbaren Teil eines Geschehens mit hoher Dunkelziffer darstellen. Nach den vorliegenden Daten werden *Ärzte in stationären Einrichtungen* etwa doppelt so häufig mit Fehlervorwürfen konfrontiert wie niedergelassene – am häufigsten in der Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe. Untersuchungen in den USA wiesen bei 2,9 bis 3,7 Prozent aller im Krankenhaus behandelten Patienten unerwünschte Ereignisse nach. Diese führten in 6,6 Prozent bzw. 13,6 Prozent zu Todesfällen⁹⁷. Überträgt man diese Untersuchungsergebnisse auf die Verhältnisse in Deutschland, da hier zu diesem Thema keine empirischen Daten vorliegen, so könnte man zu folgenden Ergebnissen kommen: Bei ca. 16,5 Mio. *Krankenhausbehandlungsfällen*⁹⁸ ergeben sich im Jahr 2001 zwischen 31 600 und 83 000 Todesfälle aufgrund unerwünschter Folgen medizinischer Intervention. Damit würden mehr Menschen an den Konsequenzen medizinischer Diagnostik und Therapie bzw. an Behandlungsfehlern versterben als beispielsweise an Dickdarmkrebs (20 200), Brustkrebs (18 000), Lungenentzündung (17 800) oder

96 Ebenda, S. 295ff (Punkte 375., 376., 379.).

97 Ebenda, S. 304 (Punkt 386.f).

98 Siehe hierzu auch: SVRBEiG, Gutachten 2007, S. 468 (Punkt 610)

Verkehrsunfällen (7 700)⁹⁹. 1997 wandten die Haftpflichtversicherer über 300 Mio. DM für Schadensersatzzahlungen im stationären Versorgungsbereich auf.

Differenziertere Daten für Deutschland, die als zuverlässige Schätzungen gewertet werden, legte inzwischen der Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen für 2007 vor. Hier heißt es:

„Geht man von jährlich 17 Mio. Krankenhauspatienten aus, dann ist allein im Krankenhaus mit

- 850 000 bis 1,7 Mio. unerwünschten Ereignissen,
- 340 000 bis 720 000 Schäden (vermeidbare unerwünschte Ereignisse),
- 170 000 Behandlungsfehlern (mangelnde Sorgfalt) und
- 17 000 auf VUE (vermeidbare unerwünschte Ereignisse, d.Verf.) zurückgehende Todesfälle

zu rechnen. Der gesamte ambulante Bereich ist dabei noch gar nicht berücksichtigt.“¹⁰⁰

Besonders häufig vorkommende Ereignisse gehen zurück auf nosokomiale Infektionen, chirurgische Behandlungsfehler, arzneimittelbedingte unerwünschte Ereignisse, auf Medizinprodukte verursachte Ereignisse, falsche Diagnosen, Venenthrombosen, Stürze oder Dekubiti der Patienten. Die Europäische Kommission hat errechnet, dass die Kosten, die den Gesundheitssystemen in Europa allein durch vermeidbare Krankenhausinfektionen entstehen schätzungsweise über fünfzehn Milliarden Euro pro Jahr betragen¹⁰¹.

In *Autopsiestudien* werden seit langem relativ hohe Raten an *Fehldiagnosen* bzw. nicht zutreffende Angaben zu Todesursachen in amtlichen Todesbescheinigungen nachgewiesen. Solche kommen zustande, wenn aus erkennbaren Befunden und den damit verbundenen Überlegungen falsche Schlussfolgerungen gezogen werden. Bemerkenswert ist, dass der medizinisch-technische Fortschritt anscheinend die prämortale „diagnostische Trefferquote“ nicht wesentlich erhöht. So konnte trotz der Einführung, Weiterentwicklung und routinemäßigen Anwendung neuer bildgebender Verfahren zwischen 1960 und 1980 anhand von Obduktionen der Harvard Medical School keine Reduktion in der Fehldiagnosehäufigkeit nachgewiesen werden. Der Prozentsatz der Fehldiagnosen blieb mit ca. 10 Prozent gleich hoch. Bei weiteren 12 Prozent der

99 Ebenda, S. 305 (Punkt 388.).

100 SVRBEiG, Gutachten 2007, S. 468 (Punkt 610.)

101 P. Spielberg, a.a.O.

Patienten lag zusätzlich eine nicht gestellte Diagnose vor¹⁰². An der 1. Medizinischen Universitätsklinik in Kiel kam eine Untersuchung zu ähnlichen Ergebnissen: Zwischen 1959 und 1989 bewegte sich die Rate der Fehldiagnosen zwischen 7 und 12 Prozent. Des Weiteren konnte in 25 Prozent der Fälle eine nicht gestellte Diagnose nachgewiesen werden. Die häufigsten diagnostischen Irrtümer waren Lungenarterienembolien, Myokardinfarkte, Malignome und Infektionen¹⁰³. US-amerikanische Autoren vertreten die Meinung, dass in Krankenhäusern die klinische und die pathologisch-anatomische Diagnose in etwa 40 Prozent der Fälle nicht übereinstimmt. In europäischen Universitätskliniken stehen 35 bis 40 Prozent der als todesursächlich vermuteten pathogenetischen Prozesse in deutlicher Diskrepanz zum Ergebnis klinischer Obduktionen. Bei diesen Fällen seien die klinischen Diagnosen nicht völlig falsch, aber doch korrekturbedürftig, ergänzungsbedürftig und insgesamt verbesserungswürdig. Die Häufigkeit von Sektionen ist in Deutschland trotz ihrer besonderen Bedeutung erheblich zurückgegangen. Die Obduktionsrate aller in deutschen Krankenhäusern verstorbenen Patienten betrug 1980 14,6 Prozent und 1995 nur noch 1,2 Prozent¹⁰⁴.

Unterschiedliche ärztliche Entscheidungen (Indikationsstellungen)

Mit der wachsenden Durchdringung medizinischen Handelns von betriebswirtschaftlichen Konstrukten und Anreizen findet eine immer stärkere Kommerzialisierung statt. Entscheidungen werden - zunächst bewusst und später unbewusst - zunehmend nach Gesichtspunkten der Rentabilität gefällt. Das ist keineswegs neu. Im ambulanten Sektor kennen wir seit langem den niedergelassenen Arzt als Unternehmer, der um seiner Existenz Willen als Arzt sein investiertes Kapital amortisieren muss. Aber durch die neoliberale ökonomische Orientierung nimmt dieser Druck zu und weitet sich auch auf Felder wie die stationäre Versorgung oder die Krankenpflege aus. Es verschiebt sich die Grauzone, wo die Eigendynamik konstruktiver wirtschaftlicher Regulierung in destruktives ärztliches Handeln umschlägt.

102 L. Goldmann u.a., The Value of Autopsy in 3 Medical Eras, in: New England Journal of Medicine, Heft 308, 1983, S. 1000-1005, zitiert nach: W. Kirch (Hrsg.), Fehldiagnosen in der Inneren Medizin, Stuttgart 1992, S. 7f.

103 Ch. Schafii, W. Kirch, Thema: Fehldiagnosen, in: Der Kassenarzt, Heft 40, 1993, S. 34f. Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass in Universitätskliniken die Patienten mit den schwersten und kompliziertesten Krankheiten liegen. Und Autopsien werden vor allem bei unklaren Diagnosen vorgenommen.

104 E. B., Obduktionen – Bedenklicher Rückgang, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 13, 2000, S. 685; vgl. auch: E.W. Schwarze, J. Pawlitschko, Autopsie in Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 43, 2003, S. 2336-2342.

Dieses personenbezogene, wissenschaftlich weiche und komplexe Feld ist anfällig für Außeneinwirkungen. Geld, Konkurrenz, juristische Absicherung, Karriereabsichten, wirtschaftliche Existenz- und Arbeitsplatzängste haben deshalb ein Leichtes, darauf Einfluss zu nehmen und den Entscheidungsprozeß für eine bestimmte Maßnahme bewusst oder unbewusst zu funktionalisieren. In der praktischen Medizin wird zunehmend um Marktanteile gekämpft. Es gibt zahlreiche Beispiele dafür, dass sich unterschiedliche ärztliche Entscheidungen bei gleicher oder ähnlicher Morbiditätslage nicht mit „medizinischem Sachverstand“ erklären lassen:

- So wurden 1993 in den *USA* 2,5 mal so viele Frauen hysterektomiert und knapp doppelt so viele Kaiserschnitte¹⁰⁵ durchgeführt wie in *Schweden*. Im selben Jahr wurden in den *USA* 4,4 mal so viele koronare Bypässe operiert wie in *Kanada*¹⁰⁶.

- In Deutschland, wo bisher nur wenige Daten vorliegen, gab es 1995 und 1996 *unterschiedliche Operationshäufigkeiten*. In einer bundesweiten Untersuchung konnten zwischen den Kreisen regionale Unterschiede festgestellt werden. Systematische Unterschiede wurden im Sinne eines Ost-West-Gradienten gefunden, wobei in den neuen Bundesländern weniger Leistenhernienoperationen aber mehr Cholecystektomien und Appendektomien durchgeführt wurden. Für Appendektomien konnte ein Zusammenhang zwischen Strukturvariablen (Vertragsarztdichte, Krankenhausbettendichte) und der Operationsrate nachgewiesen werden. Bei der Schenkelhalsfraktur ergab sich nur eine geringe Variation¹⁰⁷.

- Auffallend ist, „daß laut Umfrage *Ärzte im eigenen Erkrankungsfall* in beträchtlichem Umfang auf Leistungen verzichten würden, die sie an Patienten aber durchaus erbringen.“¹⁰⁸ Bei der Befragung von *Urologen* durch die American Medical Association (AMA) zu sehr häufig vorkommenden Prostatahyperplasien im Stadium II (gutartige Erkrankung des Prostatadrüsen- und Bindegewebes) zeigt sich beispielsweise im Falle einer eigenen Erkrankung, dass lediglich 40,5 Prozent dieser Berufsgruppe eine transurethrale Prostataresektion (Entfernung von Prostatagewebe) bei sich selbst

105 Auf diesem Gebiet finden zur Zeit umfangreiche Veränderungen statt. Inzwischen hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erklärt, dass die Entscheidung „Kaiserschnitt“ nicht mehr allein an medizinische Begründungen gebunden sein muss. Vgl. E.-J. Hickl, H. Franzki, Indikationen zur Sectio caesarea – Zur Frage der sog. Sectio auf Wunsch, in: *Der Gynäkologe*, H. 2, 2002, S. 197-202.

106 OECD Health Data 1997. In den *USA* gibt es eine breite Diskussion über „unnötige Operationen“. Siehe: L.L. Leape, Unnecessary Surgery, in: *Annu. Rev. Publ. Health*, 13, 1992, S. 363-383.

107 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Operationshäufigkeiten in Deutschland*, Baden-Baden 2000, S. 8.

108 SVRKAiG, *Gesundheitswesen in Deutschland*, Bd. I, Sondergutachten 1996, Punkt 242.

durchführen lassen würde. Jedoch wird dieser Eingriff bei über 80 Prozent der Patienten mit einer Prostatahyperplasie im Stadium II vorgenommen¹⁰⁹.

- Dazu passen auch Ergebnisse einer Studie aus dem Schweizer Kanton Tessin: Tonsillektomien, Hysterektomien, Cholecystektomien und Hämorrhoidenentfernungen wurden bei *Ärztinnen/ Ärzten und Rechtsanwältinnen/ Rechtsanwälten* deutlich seltener durchgeführt als bei der Allgemeinbevölkerung. Während sich Ärztinnen/Ärzte und Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte kaum voneinander unterscheiden, war die Rate der Eingriffe in der Allgemeinbevölkerung um 19 bis 84 Prozent höher¹¹⁰.

- Das kassenärztliche Abrechnungsgeschehen in Deutschland zeigt, dass *Internisten* mit eigener *Röntgeneinrichtung* ein Vielfaches an Röntgenleistungen veranlassen, als Internisten die Röntgenuntersuchungen als Auftragsleistungen durchführen lassen¹¹¹. Und der Ausschuss für Qualitätssicherung der Deutschen Röntgengesellschaft stellte bereits auf seiner Jahrestagung 1996 fest, dass in Deutschland, verglichen mit dem Ausland, „gut ein Drittel aller Röntgenaufnahmen überflüssig“ seien¹¹². In Deutschland kommen auf 1000 Einwohner ca. 1250 Röntgenuntersuchungen, in Frankreich ca. 1000, in den Niederlanden und Schweden 500 bis 600 Untersuchungen.¹¹³

- Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern liegt Deutschland mit diagnostischen *Herzkathederuntersuchungen und Koronarinterventionen* weit an der Spitze. Im Mittel wurden 1993 in ganz *Europa* 1146 +/- 1024 Untersuchungen pro eine Million Einwohner durchgeführt. Deutschland überschritt diesen Wert mit 5028 um das knapp Fünffache (Frankreich: 2754, Österreich: 2721, Schweiz: 2602). Für die Koronarinterventionen gilt das gleiche. Außerdem zeigt sich, „daß zunehmend mehr Untersuchungen offenbar nicht von therapeutischen Konsequenzen im Sinne von interventionellen oder chirurgischen Revaskularisierungsmaßnahmen gefolgt werden. Es

109 Ebenda.

110 G. Domenighetti u.a., *Revisiting the Most Informed Consumers of Surgical Services*, in: *Intern. J. of Technology Ass. in Health Care*, 9:4, 1993, S. 505-513, besonders S. 509. Vgl. auch: N. Schmacke, *Ärzte oder Wunderheiler?* Opladen 1997, S. 150. Für eine weitere Anzahl in klinischen Lehrbüchern empfohlener Standardtherapien in Deutschland siehe: F.W. Schwartz, H. Döring, M. Bitzer, Th. Grobe, *Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten – Potentiale für die Qualitätssicherung*, in: *Die Krankenversicherung*, H. 3, 1996, S. 75-83.

111 SVRKAiG, *Jahresgutachten 1988*, S. 41, Punkt 83.

112 SVRKAiG, *Sondergutachten 1996*, a.a.O., Punkt 246.

113 R. Stuppardt, *Überlegungen zum GKV-Leistungskatalog der Zukunft*, in: *IKK-Bundesvorstand (Hrsg.), Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung*, 5. IKK-Forum, Bergisch-Gladbach 1998, S. 15.

muss somit nach der Notwendigkeit bzw. der Indikation für die zahlreichen diagnostischen Untersuchungen gefragt werden.“¹¹⁴

- Hinsichtlich der *Arthroskopie* des Kniegelenks zeigten Studien in den Niederlanden, dass etwa 78 Prozent aller vorgenommenen Eingriffe *nicht notwendig* gewesen wären. Derartige Beobachtungen lassen sich gegenwärtig bei der Anwendung mikroinvasiver Verfahren im Bauch- und Beckenraum machen.¹¹⁵

- In Schweden kam es nach Einführung der „internen Märkte“ Anfang der 90er Jahre zu einem Abbau der bekannten Warteschlangen vor den Krankenhäusern. Die Hospitalisierung nahm zu. Aber - so heißt es in einer diesen Prozess begleitenden Studie: „Der Anstieg ist viel höher als die Zahlen auf den bisherigen Wartelisten. Es gibt Anzeichen einer Ausweitung der *Indikation für Krankenhausbehandlung*. Diese Steigerung beschränkt sich freilich nicht nur auf Herz-Kreislaufkrankungen, sondern wurde für eine große Zahl von Diagnosen gefunden, bei denen anzunehmen ist, dass die erhöhte Hospitalisierung auf geänderte Kriterien zurückgehen könnte.“¹¹⁶

- Weitere Beispiele für Untersuchungen, für die ein nicht unbedeutender Anteil inadäquater Anwendungen bekannt ist, die sich auf der verfügbaren Datengrundlage derzeit aber noch nicht quantifizieren lassen, sind: *Endoskopien* des oberen Verdauungstraktes, Röntgen der Nasennebenhöhle bei Verdacht auf akute Sinusitis, Koronarangiographien, Röntgenuntersuchungen vor zahnmedizinischer Behandlung sowie Untersuchungen, für die zur Zeit in ihrer Anwendung als Screeningverfahren keine wissenschaftliche Evidenz besteht.¹¹⁷

- Bei den 15 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union treten starke Unterschiede im *Antibiotikaverbrauch* auf: Er variiert zwischen 36,5 definierten Tagesdosen (DDD) pro 1000 Einwohner in Frankreich und lediglich 8,9 DDD in den Niederlande.¹¹⁸

- Der *regionale Arzneimittelverbrauch* in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland zeigt ebenfalls deutliche Unterschiede: In der KV Nordwürttemberg wurden im Jahr 2000 die niedrigsten definierten Tagesdosen (348 DDD/Kopf) verordnet. Sie lagen 22,3 Prozent niedriger als der Bundesdurchschnitt (448 DDD/Kopf). Mit ähnlich niedrigen Verordnungsmengen kamen auch die benachbarten KV

114 J.v. Dahl, A. Sasse, P. Hanrath, a.a.O., S. 60f.

115 SVRKAiG, Sondergutachten 1996, a.a.O., Punkt 249.

116 F. Diderichsen, Market Reforms in Health Care and Sustainability of the Welfare State: Lessons from Sweden, in: Health Policy, 32, 1995, S.151.

117 SVRKAiG, Sondergutachten 1996, a.a.O., Punkt 254.

118 U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 2001, Berlin, Heidelberg 2001, S. 771.

Südwürttemberg und die KV Südbaden aus. Auf der anderen Seite stand ein fast doppelt so hoher Arzneimittelverbrauch in der KV Mecklenburg-Vorpommern (602 DDD/Kopf). Dieser Wert liegt 34,4 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Aus skandinavischen Arzneiverordnungsanalysen ist seit langem bekannt, dass in ländlichen Regionen weniger Arzneimittel als in Städten verschrieben werden.¹¹⁹

Wir haben es hier mit Untersuchungen zu tun, die aus Ländern stammen, die etwa gleiche moralische Wertmaßstäbe haben, die gemeinhin zu den reichen zählen und in denen die Medizinstudierenden mit den gleichen medizinischen Lehrbüchern lernen.

Offensichtlich liegen den aufgeführten Beispielen ärztliche Entscheidungen zugrunde, die sich *nicht mehr allein mit medizinischer Erkenntnis* interpretieren lassen. Von vielen Ärzten wird der Widerspruch zwischen ökonomischen Zwängen und einzelfallabhängiger Patientenversorgung noch als grundlegend unvereinbar miteinander wahrgenommen. Utilitaristischen Denkmodellen entlehnte Kosten-Nutzen-Kalküle stoßen noch immer auf eine geringe Akzeptanz. Gleichwohl ist festzustellen, dass außermedizinische Selektionskriterien in die Entscheidungen von Ärzten eingehen. In einer Studie zu diesem Thema heißt es: „Zu beobachten ist eine schleichende Anwendung von Altersgrenzen, weitere Kriterien sind Versichertenstatus, Beruf, Bildung und sozialer Status. Doch mit den Worten eines Gesprächspartners: `Das würde nie jemand offen sagen´. Keines dieser Kriterien ist durch moralische, rechtliche oder medizinische Legitimationsmuster gestützt.“¹²⁰ Das war bereits Mitte der 90er Jahre. Und nach einer neueren Untersuchung lehnen 85,8 Prozent der Krankenhausärzte noch immer eine Rationierung aus ökonomischen Gründen ab, obwohl sie es inzwischen aber täglich machen müssen. In der Literatur wird hier von einer „moralischen Dissonanz“ gesprochen.¹²¹

Noch ist in Deutschland das gesetzlich vorgeschriebene Verteilungskriterium die „medizinische Notwendigkeit“. Diese ist nicht nur eine biologische Größe, sondern wird auch - und zwar nicht unwesentlich - von verteilungspolitischen und normativen Prämissen sowie dem jeweils spezifischen gesellschaftlichen Kontext geprägt. Das professionelle Wissensmonopol der Ärzte und das Legitimationspotenzial medizinischer Begründungen bietet allerdings ausreichend Raum, um davon in der Praxis abweichen zu

119 Ebenda, S. 775f; Th. Staffeldt, Arzneimittel-Benchmark als differenziertes Beurteilungskriterium für das Verordnungsgeschehen, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 11-12, 2000, S. 16-23; siehe auch: S. Rabbata, Ärzte im Osten verschreiben mehr, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 36, 2008, S. 1535.

120 E. Kuhlmann, „Zwischen zwei Mahlsteinen“ – Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings, in: G. Feuerstein, E. Kuhlmann (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1998, S. 72; dies.. (Hrsg.), Neopaternalistische Medizin, Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis, Bern 1999, S. 37ff und 72f.

121 H. Kühn, Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit, in: Jb. f. Kritische Medizin, Nr. 42, 2005, S.21.

können. Nicht selten werden medizinische Begründungsmuster in den Vordergrund gestellt, um die ökonomischen Interessen als tatsächliche Einflussfaktoren unsichtbar zu machen.

Das medizinisch Notwendige (Bedarf)

Neben dem Ermessensspielraum - bedingt durch die begrenzte Wissenschaftlichkeit der angewandten Medizin und ihre Einzelfallorientierung – hat die „medizinische Notwendigkeit“ von Leistungen in der Krankenversorgung besondere Bedeutung. Es geht dabei um den medizinischen Bedarf.¹²² Dieser bestimmt den Leistungskatalog, auf den die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von der Höhe ihrer Beiträge einen Rechtsanspruch haben. Damit wird auch die Medizin als Wissenschaft angesprochen. Hierzu heißt es im Sozialgesetzbuch:

„1. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben ein bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der *medizinischen Erkenntnisse* (kursiv d.Verf.) entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

2. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.“¹²³

Diese Formulierung des Sozialgesetzbuchs geht zurück auf eine schon frühe und bis heute geltende Rechtssprechung, die besagt, dass Krankheit als ein Zustand zu verstehen ist, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung durch einen Sachverständigen zur Folge hat.¹²⁴ Darüber hinaus beinhaltet der Begriff der Notwendigkeit, dass die zu

122 Zu den Begriffen „medizinisch notwendig“ und „medizinischer Bedarf“ vgl. auch : Deutscher Bundestag, Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bd. III, Drucksache 14/6871 vom 31.8.2001, S. 18f Punkte 24.-28.

123 §70 SGB V; siehe auch §2.

124 Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgericht vom 10. Oktober 1889: „Dabei kann es nur von der Auffassung der `Krankheit´ als eines Zustandes ausgegangen sein, welcher ärztliche Behandlung, Arznei oder Heilmittel notwendig macht. Ob ein solcher Zustand besteht, bestimmt sich nach objektiven, von einem Sachverständigen festzustellenden Merkmalen, nicht nach der Ansicht oder der

Grunde liegende Gesundheitsstörung nicht trivial sein soll. Dadurch wird die *Definitionsmacht* dessen, was im individuellen Behandlungsfall medizinisch notwendig ist, weitgehend der *ärztlichen Profession* übertragen. Soweit vom Gesetzgeber oder von Bundesausschüssen keine Festlegungen getroffen sind, hat der behandelnde Arzt im ärztlichen Alltag allein zu entscheiden. Die medizinische Notwendigkeit steht allerdings in einem engen Zusammenhang mit dem „Wirtschaftlichkeitsgebot“.¹²⁵ Und hier heißt es:

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

Für die Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung der Versicherten beschließt der *Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien*.¹²⁶ D.h., was medizinisch notwendig ist, wird von der GKV bezahlt. Was nicht notwendig ist, muss der Versicherte selbst bezahlen – z.B. so genannte *Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)*. Im Falle nicht notwendiger medizinischer Leistungen verschiebt sich die Zielscheibe der Leistungserbringer von der Kasse direkt auf die Kranken bzw. Versicherten. Heute wird vielfältig beklagt, dass in der ärztlichen Praxis das medizinisch Notwendige nicht mehr voll erbracht werde.

Aus der Sicht von Juristen stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar: „Bei dem Wirtschaftlichkeitsgebot handelt es sich im juristischen Sinne um einen *unbestimmten Rechtsbegriff*, der im *Einzelfall* auszulegen ist und so von der Unbestimmtheit in die Bestimmtheit des Einzelfalls überführt wird. Im Einzelfall kann nur *eine* Entscheidung der Krankenkasse oder des Arztes richtig sein - nicht mehrere Entscheidungen. Das unterscheidet den unbestimmten Rechtsbegriff vom *freien Ermessen*. Im Streitfall unterliegt die konkrete Ausfüllung des unbestimmten Rechtsbegriffs der vollen richterlichen Nachprüfung - anders als das verwaltungsgemäße Ermessen.

Nun wäre es natürlich nicht völlig nutzlos, sich im Einzelnen damit zu befassen, was Lehre und Rechtssprechung in der Vergangenheit als noch wirtschaftlich und in diesem Rahmen als zweckmäßig, notwendig und ausreichend angesehen haben. Beispiele dazu finden sich in der Literatur, wo die Begriffe `ausreichend´ und `zweckmäßig´ auf eine

Handlungsweise des Kassenmitgliedes.“ Zit. nach: J. Keidel, *Sämtliche Entscheidungen ...*, Gießen 1901, S. 111f; Bundessozialgericht 16. Mai 1972.

¹²⁵ §12 SGB V.

¹²⁶ §92 SGB V.

höhere Stufe der Abstrahierung gebracht werden. Der Begriff `ausreichend` soll beispielsweise besagen, dass die Leistung genügen muss. Sie darf also weder den Grad des Genügens überschreiten noch mangelhaft oder ungenügend sein. Welche Leistung als ausreichend anzusehen ist, lässt sich nicht abstrakt bestimmen. Es kommt insoweit auf die Besonderheit des *Einzelfalles* an. Bei Begriffen wie `zweckmäßig` und `notwendig` verhält es sich ebenso.“¹²⁷

Die Frage der Abstraktion bezieht sich aber nicht nur auf den Einzelfall, das Besondere. Auch von dem gesellschaftlich Notwendigen, dem Allgemeinen, kann dabei nicht abstrahiert werden. Das, was als medizinisch notwendig gilt, ist stets historisch und gesellschaftlich vermittelt. Es ist im Kontext der kulturellen Abhängigkeit der Medizin zu sehen und lässt sich deshalb auch nicht auf eine abstrakte naturwissenschaftliche Formel reduzieren.

Im Hintergrund der Debatte um das medizinisch Notwendige steht auch die Frage, ob sich der derzeit noch für alle Krankenkassen einheitliche Leistungskatalog in einen „Grund- und Wahlleistungsbereich“ zweiteilen lässt. Die Liste der Wahlleistungen könnte dann dem Wettbewerb unter den Bedingungen der „Selbstbeteiligung“¹²⁸ preisgegeben werden. Alle ernsthaften Definitionsversuche in dieser Richtung sind allerdings bisher gescheitert. Mit der Limitierung kassenärztlicher Einkommen durch Praxisbudgets (1997)¹²⁹ ist ein offener Streit innerhalb der Kassenärzte entbrannt, was *notwendig* ist und was darüber hinausgeht, was also die Krankenkasse bezahlt und was zusätzlich von dem Kassenpatienten zu bezahlen ist. Leistungen, die früher als notwendig galten und folglich keine Zuzahlung erforderten, sollten nun auf einmal nicht mehr notwendig sein. Aus dieser Debatte sind die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) hervorgegangen, die sich bis heute gehalten haben, ja kontinuierlich zunehmen und sich ärztlicher Beliebtheit erfreuen, da dafür privat liquidiert werden kann.

127 K. Jung, Was ist medizinisch notwendig? In: AOK-Bundesverband (Hrsg.), Was ist medizinisch notwendig? Workshop des AOK-Bundesverbandes, Königswinter, den 24. Juni 1997, S. 16.

128 J. Holst, Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen, Arbeitspapiere aus dem Institut für Medizinische Soziologie (Frankfurt a. M.), Arbeitspapier Nr. 24, 2004.

129 Hintergrund dafür war das im Juli 1997 in Kraft getretene 2. GKV-Neuordnungsgesetz, das Kostenerstattung auch für Sozialversicherte eingeräumte und Regelleistungsvolumen für Kassenärzte festlegte. Vgl. hierzu. H.-U. Deppe, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, 1. Aufl., Frankfurt a.M. 2000, S. 146 ff.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) legte im Frühjahr 1998 einen Katalog von rund 70 ärztlichen Leistungen vor, den so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen, „die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören, die dennoch von Patienten nachgefragt werden (und) die ärztlich empfehlenswert oder je nach Intensität des Patientenwunsches zumindest ärztlich vertretbar sind.“¹³⁰ So lautete die erste Definition. IGeL sind also Leistungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss, die vereinte Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, nicht als medizinisch notwendig anerkennt und deshalb auch nicht in den Leistungskatalog der Kassen aufgenommen hat – oder die in der Warteschlange zur Prüfung anstehen. Die KBV wollte seinerzeit mit der Einführung der IGeL dem Werteverfall der Gebühreneinheiten (Punkte) bei gleichzeitig begrenzten Budgets der Kassenärzte entgegenwirken und ihnen zugleich eine neue lukrative Einnahmequelle erschließen. Bis 2006 war die Liste auf etwa 250 Zusatzangebote angestiegen. Diese explosionsartige Vermehrung, die den Kassenärzten zusätzlich rund 1 Milliarde private Mehreinnahmen brachten, veranlasste den 109. Deutschen Ärztetag (2006) „Zum Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen“ Stellung zu nehmen.¹³¹ Es waren nämlich Zweifel aufgekommen, ob deren Leistungsumfang noch dem allgemein anerkannten Stand der *medizinischen Erkenntnisse* entsprach. Werden solche Leistungen in der Praxis angeboten, so ist inzwischen eine schriftliche Vereinbarung abzuschließen und eine Rechnung zu erstellen. Das wird allerdings nicht immer eingehalten. Eine Qualitätssicherung gibt es bei IGeL nicht. Zahlreiche dieser Angebote haben eher ungünstige Nutzenbewertungen erhalten.¹³² Mittlerweile haben sich Verkaufskongresse etabliert, gibt es spezielle Zeitschriften für IGeL Interessenten, Internetforen und für die Wartezimmer werden Videoprogramme zur Anpreisung der IGeL verkauft. Sie werden von Arztpraxen aktiv angeboten – zu 72 Prozent von Ärzten und zu 36 Prozent von Arzthelferinnen. Sie richten sich insbesondere an Patienten mit höheren Einkommen und höherer Schulbildung.

130 L. Krimmel, Individuelle Gesundheitsleistungen: Mit dem „IGEL“ aus der Grauzone, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 11, 1998, S. 479. Krimmel, der als „Erfinder“ der IGeL bezeichnet wird, hat nach seiner Tätigkeit für die KBV die MedWell Gesundheits AG gegründet und vier Jahre geleitet. Deren Geschäftsidee war es, einen zweiten Gesundheitsmarkt neben der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzubauen. Dann war Krimmel für Strategie, Marketing und Vertrieb zuständiger Geschäftsführer der Bioscienta GmbH, eines Instituts für Laboruntersuchungen, das jährlich rund 2,5 Millionen Euro mit Individuellen Gesundheitsleistungen umsetzte. Vgl. J. Flintrop, Th. Gerst, Ausfransungen eines grauen Marktes, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 8, 2005, S. 402.

131 Entschliebung zum Tagesordnungspunkt VII, Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), in: Deutsches Ärzteblatt, H. 22, 2006, S. 1266f.

132 J. Böken, B. Braun, R. Amhof (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007, Gütersloh 2007, S.202.

Die IGeL werden vor allem von Frauenärzten, Augenärzten, Hautärzten, Orthopäden und Urologen angeboten. Es handelt sich dabei insbesondere um Ultraschalluntersuchungen, Augeninnendruckmessungen, ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen, alternative Heilverfahren, Laborleistungen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnte Leistungen oder neuartige Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Insgesamt ist die wachsende Nachfrage nach IGeL offensichtlich zu einem großen Teil angebotsinduziert. „Dabei bietet das Angebot von IGeL-Leistungen dem Arzt die Chance, das Honorar durch private Liquidationen aufzubessern. Die Arzt-Patient-Beziehung wandelt sich zum Anbieter-Kunden-Verhältnis ... Der Arzt, der privat liquidiert, wird zum Unternehmer mit wirtschaftlichen Interessen“.¹³³

Richtlinien

Ermessensspielraum und Notwendigkeit bilden den Nerv einer Diskussion, die um „überflüssige Operationen“, unnötige Herzkatheder und Ballondilatationen der Herzkranzgefäße (PTCA) oder vermeidbare Krankenhausaufnahmen geführt wird. Abhilfe sollen rationale und überprüfbare Kriterien durch Leitlinien, Richtlinien, Standards bis hin zu einer Evidence-based Medicine¹³⁴ schaffen, die zum Ziel haben, die pragmatische ärztliche Erfahrung durch wissenschaftlich gesicherte Forschungsergebnisse zu ersetzen – oder zu ergänzen. Dabei könnten ärztliche *Fachgesellschaften* eine wichtige selbstkontrollierende Funktion übernehmen. Allerdings sollte diese nicht überschätzt werden, denn die reale Motivation für die Erstellung von Leitlinien ist mannigfaltig. Eine Fachgesellschaft wird auch ihre interessengebundenen „Claims“ abstecken. „Fachgesellschaften neigen dazu, die Grenzen des `Normalen´ so niedrig anzusetzen, dass ihre Empfehlungen erhebliche Teile der Bevölkerung per Definition zu Kranken machen ... Ob diese Vorgehensweise wirklich hilft, die Gesundheit einer Nation zu verbessern, ist unter Wissenschaftlern umstritten.“¹³⁵ Hinzu kommt der *Gemeinsame Bundesausschuss* mit seiner Richtlinienkompetenz. Durch solche Vorgaben kann ärztliches Handeln transparenter und überprüfbar werden. Damit steigt allerdings auch das forensische Risiko des Arztes. Der Vertragscharakter der Arzt-Patient-Beziehung

133 K Zok, Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis – Ergebnisse aus Patientenbefragungen, in: M. Gerhardt, u.a.(Hrsg.) *Medizin und Gewissen*, Frankfurt a. M. 2008, S. 329-352; besonders S. 351; WIDO-Monitor 2008; W. Schuldzinski, K. H. Vogel, Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – Randerscheinung oder relevanter Faktor im Gesundheitswesen, in: J. Böken u.a., *Gesundheitsmonitor* 2007, a.a.O. S. 201-216.

134 R. Kunz u.a., *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*, Köln 2000, S. 38ff.

135 K. Koch, Annäherung an die Wirklichkeit, in: *Deutsches Ärzteblatt* 96, H.42, 1999, S. 2144.

bekommt eine juristisch überprüfbarere Grundlage. Schon heute beklagt die DBV-Winterthur Versicherung einen „steilen Anstieg der Schadensersatzsumme“ für ärztliche Haftpflicht seit Beginn der 80er Jahre. In der Inneren Medizin hätten sich die durchschnittlichen Kosten pro Fall seit 1981 verzehnfacht.¹³⁶ Oder aber: Versorgungseinrichtungen und Krankenversicherungen entwickeln - wie in den USA - hauseigene Standards, die durch die Verknüpfung von medizinischen und betriebswirtschaftlichen Daten ermittelt werden und dann die informationelle Grundlage für die betriebliche Steuerung der Arzt-Entscheidung bilden. Ärzte in den USA werden bereits auf unterschiedlichen Verbindlichkeitsniveaus zunehmend verpflichtet, nach solchen unternehmerischen Vorgaben zu diagnostizieren und zu behandeln.¹³⁷

Informed consent

Als Basis für die partnerschaftliche Entwicklung des Arzt-Patient-Verhältnisses gilt das Prinzip des „*informed consent*“, der „Einwilligung nach Aufklärung“. Es wurde erstmals 1957 in einem kalifornischen Urteil in den USA formuliert. Nach dem Grundgesetz¹³⁸ der Bundesrepublik Deutschland hat jeder Mensch ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Daraus leitet sich die ärztliche Aufklärungspflicht ab:

„Jede in die körperliche Unversehrtheit eingreifende ärztliche Behandlungsmaßnahme erfüllt den äußeren Tatbestand der Körperverletzung, ... selbst die kunstgerecht durchgeführte und erfolgreiche Maßnahme. ... Jeder ärztliche Eingriff bedarf daher einer besonderen Rechtfertigung, und zwar idR durch die ausdrücklich oder stillschweigend erklärte Einwilligung des Patienten. ... Wirksam ist die Einwilligung nur, wenn sie in Kenntnis der Tragweite der Folgen des Eingriffs erteilt wurde. Die ärztliche Aufklärungspflicht hat daher für die Rechtfertigung zentrale Bedeutung.“¹³⁹

Beim *informed consent* wird davon ausgegangen, dass der Patient in die Auswahl und Entscheidung für eine bestimmte Behandlung seiner Krankheit einbezogen wird, ja sogar selbst darüber bestimmen kann, sofern er ausreichend informiert ist. Und die Verantwortung für Entscheidungen wird dann nicht mehr allein vom Arzt, sondern von Arzt und Patient gemeinsam getragen. Auch die Haftung für die Behandlungsfolgen wird damit geteilt. Voraussetzung für dieses wünschenswerte und anzustrebende Ziel ist allerdings,

136 A. Endres, Spektakuläre Prozesse sind die Ausnahme, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 38, 1998, S.1806f.

137 H. Kühn, Managed Care, Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung am Beispiel USA, in: Jb. f. Krit. Med., Bd. 27, Hamburg 1997, S. 20-21.

138 GG Art.2 Abs.2.

139 Dreher/Tröndle (Hrsg.), StGB, 47. Auflage 1995, S. 1108-1110.

dass der Arzt für die Anamnese und Beratung Zeit aufbringt („5-Minuten-Medizin“) und dass er sein professionelles Wissen, die Grundlage seiner Expertenmacht, dem Patienten uneigennützig zugänglich und verständlich macht, machen will und machen kann („sprechende Medizin“). Das wiederum ist von bestimmten Arbeitsbedingungen, Einsichten, Fähigkeiten und Interessen des Arztes einerseits sowie einem spezifischen Bildungs- und Aufklärungsgrad des Patienten andererseits abhängig. Solange allerdings dafür notwendige Kenntnisse und Fähigkeiten bei den Ärzten nicht systematisch ausgebildet sind, das Bildungsniveau der Patienten ungleich ist, und die erforderliche Zeit durch Effizianzanreize wegrationalisiert wird (Verdichtung der Arbeit) oder gewährte Zeitvorgaben gar abgerechnet, aber nicht kompetent erbracht werden, bleibt die autonome Mitentscheidung des Patienten lediglich eine formale und abstrakte Möglichkeit, ja gerinnt zur ideologischen Rhetorik, die real - zumindest von den Angehörigen der unteren Sozialschichten - am wenigsten wahrgenommen werden kann. Hier wird das Konzept des "informed consent" nicht selten zum „leeren Ritual“, bei dem der Patient nur mit komplexen Informationen überschüttet wird.¹⁴⁰ Es findet unter diesen Bedingungen allenfalls eine Machtverschiebung aber kein Machtabbau statt.

Freilich wurde und wird der Kranke als Subjekt in der paternalistisch-autoritären Medizin vernachlässigt und es besteht hier zweifellos ein deutlicher Nachholbedarf. Das Bestehen des Arztes auf seiner Indikation ist allerdings nicht als Paternalismus mißzuverstehen. Mitentscheidung kann sich bei der Auswahl bestimmter Behandlungsmöglichkeiten ergeben. Insgesamt ist es schwierig zu sagen, ob sich die Entwicklung der Objekt-Subjekt-Relation in der Arzt-Patient-Beziehung generalisieren lässt und ob sie generalisiert werden sollte. Die Situation stellt sich nämlich für unterschiedliche Krankheitsgruppen differenziert dar. So können beispielsweise chronisch Kranke, solange sie dazu fähig sind, nicht selten ihren individuellen Krankheitsstatus und den medizinischen Umgang damit besser als professionelle Experten einschätzen. Hier kann der Arzt tatsächlich supervidierende Aufgaben wahrnehmen. Schwieriger wird es schon bei chronischen Krankheiten im fortgeschrittenen Alter und bei bestimmten psychiatrischen Erkrankungen. Ganz anders sieht es indessen bei akuten lebensbedrohlichen Krankheiten oder Unfällen aus, die schnelle professionelle Interventionen erfordern (z.B. Notfallmedizin). Den partnerschaftlichen Umgang mit dem Zwang zur individuellen Verantwortung zu verbinden, ist also in der Medizin nur gestuft und differenziert möglich.

140 SVRKAiG, Jahresgutachten 1992, Baden-Baden 1992, S. 108.

Vertrauens- oder Vertragsverhältnis

Die Ausweitung der Gesetzmäßigkeiten von Markt und Wettbewerb auf das Arzt-Patient-Verhältnis wird dieses tiefgreifend verändern. Private Rückzugsräume sind vor den Sachzwängen von Geld und Kapital nicht mehr sicher. Formen des sozialen Zusammenlebens werden mehr und mehr vertragsförmig gestaltet und dadurch der Logik von monetärer Marktäquivalenz unterworfen. Das auch heute schon brüchige *Vertrauensverhältnis*¹⁴¹ wird sich immer mehr in ein merkantiles *Vertragsverhältnis* verwandeln. Der Abschluss eines Vertrages ist aber nicht gerade Ausdruck von besonderem Vertrauen, sondern beruht eher auf Misstrauen. Er soll eine riskante Beziehung zwischen mehr oder weniger Fremden kontrollierbar absichern, während Vertrauen eine persönliche enge Beziehung und gegenseitige Kenntnis voraussetzt. *Vertrauen* ermöglicht die Mitteilung intimer Informationen, weil sie für die Behandlung von essentieller Bedeutung sein können. Der Patient darf erwarten, dass Informationen über ihn geheim bleiben und nicht zur Kenntnis Unbefugter gelangen. Deshalb geht auch das Bundesverfassungsgericht davon aus, dass die *ärztliche Schweigepflicht*¹⁴² das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wesentlich mitprägt. Darüber hinaus basiert das Vertrauensverhältnis auf einer ungleichen Beziehung, in der vom Experten erwartet wird, dass er nach bestem Wissen und Gewissen um das Wohl des Laien besorgt ist. Folglich kann man sich auf die Kompetenz des Experten stützen, mit seinen guten Absichten rechnen, seine Aussagen glauben, sich ihm anvertrauen. Vertrauen unterstellt verantwortliches Handeln. Leistungen, die auf der Grundlage von Vertrauen erbracht werden, gehen in Richtung eines *glaubwürdigen Versprechens*. Es beruht auf Zuverlässigkeit und Wohlgesonnenheit. Vertrauen ist nicht käuflich.

In der soziologischen Literatur werden unter dem Begriff des „Sozialkapitals“, Grundlage der alltäglichen gesellschaftlichen Umgangsformen, auf Vertrauen basierende Netzwerke verstanden, auf die Menschen zurückgreifen können, wenn sie soziale Unterstützung brauchen.¹⁴³ *Wilkinson* geht davon aus, dass Wirtschaftssysteme, die den Geist der sozialen Zusammenarbeit und des Vertrauens zerstören, in der Folge sehr hohe Kosten verursachen. Er schreibt: „Je niedriger das Niveau des Vertrauens und der Zusammenarbeit, desto teurer wird es“.¹⁴⁴ Es geht dabei um eine breite Debatte in der

141 St. Busse, Chr. Schierwagen, Vertrauen, in: J. Sandkühler (Hrsg.), Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften, Hamburg 1990, Bd. 4, S. 719ff.

142 M. Parzeller, M. Wenk, M.A. Rothschild, Die ärztliche Schweigepflicht, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 5, 2005, S. 237-246, bes. S. 238.

143 A. Giddens, Die Frage der sozialen Ungleichheit, Frankfurt a.M. 2000, S. 88f.

144 R. G. Wilkinson, Kranke Gesellschaften, Soziales Gleichgewicht und Gesundheit, Wien 2001, S. 281.

Soziologie und den Politikwissenschaften, die sich mit dem „Verfall der Gemeinschaftsbindungen“ bzw. mit der „Krise des Gemeinsinns“ auseinandersetzt. Resultat dessen ist ein drastischer Vertrauensverlust der Bürger in das politische System, zurückgehende Mitgliedschaften in Parteien und Gewerkschaften, sinkende Wahlbeteiligungen, wachsende ethnische Heterogenität, Veränderungen in der Familienstruktur sowie eine weitgehende Individualisierung und Kommerzialisierung der Alltagskultur.¹⁴⁵

Verträge dagegen beruhen auf der jeweiligen Rechtsordnung. Sie stellen übereinstimmende Willenserklärungen mit vereinbarten gegenseitigen Verpflichtungen dar. Insbesondere die Entwicklung des Marktes und des privaten Eigentums haben den Charakter des Vertragswesens geprägt. Auf dem Markt treten sich nämlich formal gleichberechtigte Eigentümer gegenüber, die ihre Waren zu einem ausgehandelten und vereinbarten Preis tauschen. Freilich sind die Käufer und Verkäufer auf ihren eigenen Vorteil aus. Sie haben unterschiedliche Interessen. Und schaut man auf Nationalökonomien Mitte des 19. Jahrhunderts zurück, so heißt es sogar:

„Die nächste Folge des Privateigentums ist der *Handel*, der Austausch der gegenseitigen Bedürfnisse, Kauf und Verkauf. Dieser Handel muß unter der Herrschaft des Privateigentums, wie jede Tätigkeit, eine unmittelbare Erwerbsquelle für den Handeltreibenden werden; d.h., jeder muß suchen, so teuer wie möglich zu verkaufen und so billig wie möglich zu kaufen. Bei jedem Kauf und Verkauf stehen sich also zwei Menschen mit absolut entgegengesetzten Interessen gegenüber; der Konflikt ist entschieden feindselig, den jeder kennt die Intentionen des anderen, weiß, daß sie den seinigen entgegengesetzt sind. Die erste Folge ist also auf der einen Seite gegenseitiges Mißtrauen, auf der anderen Seite die Rechtfertigung dieses Mißtrauens, die Anwendung unsittlicher Mittel zur Durchsetzung eines unsittlichen Zwecks. So ist z.B. der erste Grundsatz im Handel die Verschwiegenheit, Verheimlichung alles dessen, was den Wert des fraglichen Artikels herabsetzen könnte. Die Konsequenz daraus: Es ist im Handel erlaubt, von der Unkenntnis, von dem Vertrauen der Gegenpartei den möglichst großen Nutzen zu ziehen, und ebenso, seiner Ware Eigenschaften anzurühmen, die sie nicht besitzt. *Mit einem Wort, der Handel ist der legale Betrug* (kursiv, d.V.). Daß die Praxis mit

145 J. Nielandt, (Klassen-)Gesellschaft und Gemeinsinn, in: Sozialismus, H. 2, 2002, S. 23-32.

dieser Theorie übereinstimmt, kann mir jeder Kaufmann, wenn er der Wahrheit die Ehre geben will, bezeugen.“¹⁴⁶

Bei einer ärztlichen Behandlung wird die Rechtsbeziehung zwischen Arzt bzw. Krankenhaus und Patienten heute durch die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs (§611 BGB), die Rechtsprechung und das Sozialgesetzbuch bestimmt. Dem liegt ein Dienstleistungsverhältnis zugrunde. Die Leistung, die der Arzt für den Patienten erbringt, besteht in seinem Bemühen um Hilfe und Heilung. Sie führt zwar nicht immer zu dem gewünschten Heilungserfolg, der auch vom Arzt nicht verlangt werden kann. Der Arzt schuldet dem Patienten vielmehr eine sorgfältige Behandlung (§276 BGB) nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft. Die Behandlung muss in Anamnese, Diagnostik und Therapie Facharztstandards entsprechen. Obwohl der Arzt zu Aufklärung verpflichtet ist und den Patientenwillen zu respektieren hat, willigen Patienten häufig in die vom Arzt vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen ein, ohne ihr Risiko voll zu durchschauen. Der Patient vertraut in dieser Situation dem Arzt gutgläubig. Nachgewiesene und vom Arzt verschuldete Schäden sind entschädigungspflichtig.

Mit der zunehmenden Kommerzialisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses wird vom Arzt eine spezielle, messbare Leistung zu einem festgesetzten Preis verlangt. Diese Leistung bekommt in zunehmendem Maße Merkmale einer Ware oder Dienstleistung, die unter Bedingungen des Wettbewerbs hergestellt und verteilt wird. Entsprechend verwandelt sich der Patient mehr und mehr in einen Kunden¹⁴⁷ bzw. Klienten, an dem verdient werden soll. Und der „beste Kunde“ ist in der Regel der, an dem am meisten verdient wird. Patienten werden unter solchen Bedingungen dann vielleicht wie „königliche Kunden“ *bedient*, aber nicht mehr wie kranke Menschen *behandelt*.¹⁴⁸ Je mehr der Wettbewerb zunimmt, desto mehr wird die kaufkräftige Nachfrage des Patienten angesprochen. Es wird damit ein merkantiler Anreiz geschaffen, dass mehr Leistungen erbracht werden, die Patienten *wünschen* gegenüber jenen, die sie *brauchen*. Sie orientieren sich immer mehr an dem, was Patienten /Versicherte aus *Laiensicht* unter Qualität verstehen. Die Qualität ärztlichen Handelns reduziert sich immer mehr auf die

146 F. Engels, Umriss zu einer Kritik der Nationalökonomie, in: Marx/Engels Werke, Bd.1, Berlin 1964, S. 503.

147 Vgl. auch: K. Dörner, Der gute Arzt, Stuttgart 2001, S. 202.

148 Dieser Gedanke lässt sich auch für andere Gesellschaftsbereiche formulieren. Vgl. hierzu: J. Wertheimer, Die Universität bedient keine Kunden, sondern erzieht Menschen, in: Frankfurter Rundschau vom 4. Dezember 1997. Zum Begriff der Behandlung siehe auch: H.-G. Gadamer, Über die Verborgenheit der Gesundheit, 2. Aufl., Frankfurt a.M. 1993, S. 139ff und 159.

kurzfristige *Zufriedenheit* von Patienten. Und durch Zufriedenheit sollen „Kunden“ gebunden werden.

Damit deutlich wird, dass es sich hier nicht um abstrakte Spekulationen handelt, einige Beispiele:

- Forscher der University of California in San Francisco „haben mehr als 900 Dermatologen in zwölf US-Städten angerufen und sich als potenzielle Patienten ausgegeben. Sie baten entweder um einen Termin für eine Antifaltenspritze oder um eine Untersuchung eines verdächtigen Muttermals. Das Ergebnis war eindeutig: Wer lästigen Gesichtsfalten mit einer Botox-Spritze bekämpfen wollte, habe im Mittel binnen acht Tagen einen Termin bekommen. Die Wartezeit für eine Hautkrebsvorsorge habe dagegen dreieinhalb Wochen betragen – mit großer Variationsbreite. In Seattle bekommen Patienten die ersehnte Botox-Spritze innerhalb von einer Woche. Bis zur Kontrolle krebsverdächtiger Hautveränderungen könnten bei Ärzten in Boston jedoch neun Wochen vergehen ...

Den Autoren zufolge hängen die extremen Unterschiede bei den Wartezeiten damit zusammen, dass kosmetische Behandlungen deutlich besser vergütet werden als Routineuntersuchungen. Für eine Botox-Behandlung werden zwischen 400 und 600 Dollar berechnet, die der Patient im voraus bezahlen muss. Die Kosten der Untersuchung eines verdächtigen Muttermals übernehmen hingegen die Krankenversicherungen. Auf ihre Vergütung müssten die Ärzte häufiger länger warten – und kassierten dafür nur zwischen 50 und 75 Dollar.“¹⁴⁹

- In einer Veröffentlichung der Präsidenten der Deutschen Gesellschaften für Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie heißt es: „Beim Wettrennen um ‘kostengünstige Patienten’, die das ökonomische Wohlergehen der Klinik sichern, stehen Gruppen mit schwierigen oder mehreren behandlungsbedürftigen Erkrankungen im Abseits. Auch wenn es immer wieder geleugnet wird, ist nicht zu bestreiten, dass eine geschickte Patientenauswahl zur Verbesserung der Erlöse beiträgt. Wenn in den Jahren 2009/2010 die so genannte ‘Scharfschaltung’ des Systems einsetzt, das die Existenz von

149 V. Zylka-Menhorn, Botox statt Krebsvorsorge, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 41, 2007, S. 2369.

etwa 20 Prozent aller Kliniken bedroht, ist mit einer Verstärkung der jetzt schon bestehenden Mängel zu rechnen.“¹⁵⁰

- Weiter soll auf eine Pressemeldung verwiesen werden, die vor einiger Zeit erschienen ist: Sie trägt die Überschrift: „Staatsanwaltschaft ermittelt ... gegen Ärztlichen Direktor“. Und im Text heißt es: „Dabei werde geprüft, ob der Ärztliche Direktor den Mitarbeitern seiner Klinik die Anweisung gegeben habe, die Aufnahme kostenintensiver Risikopatienten abzulehnen und für die vorhandenen Kapazitäten stattdessen finanziell lukrative leichtere Fälle zu bevorzugen. In letzter Konsequenz könnte damit der Tod eines schwerkranken Patienten oder zumindest die Verschlechterung seines Gesundheitszustandes billigend in Kauf genommen worden sein.“¹⁵¹

- Und schließlich passt in diesen Kontext auch folgende Meldung: „Zwei Kliniken in Südhessen zahlen Ärzten ... Prämien für die Überweisung ihrer Patienten. Dazu seien geheime Verträge zwischen den Krankenhäusern in Heppenheim und Lindenfels im Kreis Bergstraße und Ärzten abgeschlossen worden ... In den Verträgen sei vereinbart, dass Ärzte bestimmte Untersuchungen mit dem Krankenhaus nach dem Tarif für Privatpatienten abrechnen dürfen. Der Medizinrechtler Rudolf Ratzel nennt dies eine `Fangprämie`.“¹⁵²

Es geht mir mit diesen Beispielen weniger um Schuldzuweisungen an Ärzte, die eine solche Logik in die Praxis umsetzen. Sie verhalten sich eigentlich konsequent systemrational. *Schuld ist vielmehr und vor allem das System*, das bewusst Anreize setzt, die ein solches Verhalten provozieren.

9. Zufriedenheit des Patienten als Richtschnur ärztlichen Handelns

Auf welchem unsicherem Boden sich die Ausrichtung ärztlichen Handelns an dem subjektiven Merkmal der „Zufriedenheit“ bewegen kann, lässt sich u.a. an der ärztlichen Verschreibung von Arzneimitteln verdeutlichen. Ärzte verweisen in diesem

150 H. Van Aken, W. Hiddemann, H. U. Steinau, Schlechte Zeiten für gute Medizin, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 16. Mai 2007, S. 8.

151 Gießener Anzeiger vom 28. April 2004

152 Geheimvertrag mit Ärzten, in: Frankfurter Rundschau vom 20. Januar 2009, S. 22

Zusammenhang nicht selten auf die Erwartungshaltung („Begehrlichkeit“) ihrer Patienten. Viele Kranke verlangten Medikamente. Sie setzten Ärzte fordernd unter Druck. Wenn sie kein Rezept erhielten, seien sie unzufrieden und fühlten sich schlecht behandelt. Inwieweit diese Einschätzung die *Verordnung von Medikamenten* beeinflusst, untersuchten Anfang der 90er Jahre erstmals zwei vergleichbare Studien in Australien und England. Dabei wurde eine verblüffende Beobachtung gemacht: Höher noch als die Erwartungshaltung der Patienten war die Meinung der Ärzte darüber, ob ihre Patienten ein Medikament wünschen. Waren nämlich die befragten Allgemeinärzte der Meinung, dass ihre Patienten eine Arzneimittelverschreibung erwarteten, so erhielten diese eine 10 mal höhere Verschreibungsrate als die Patienten, von denen die Ärzte annahmen, dass sie keine Verschreibung erwarteten.¹⁵³ Allerdings waren die Erwartungen der Patienten und die Einschätzung der Ärzte keineswegs identisch. Die Fehleinschätzung der Ärzte war nicht unerheblich. So wollten 13 Prozent der Patienten, denen Ärzte eine Erwartungshaltung unterstellten, keine Arzneimittelverschreibung.¹⁵⁴

Das Phänomen der Zufriedenheit hat sich inzwischen in den entwickelten Industrieländern als eine „*Kultur der Zufriedenheit*“ ausgebreitet, die heute - insbesondere in den USA - die Haltung der Mehrheit und nicht mehr der Minderheit darstellt, schreibt *J. K. Galbraith*.¹⁵⁵ Aus der Geschichte könne gelernt werden, „daß einzelne Personen - aber auch Gruppen - die im Hinblick auf ihre wirtschaftliche, soziale und politische Lage begünstigt sind, sämtliche sozialen Werte und jegliche politische Kontinuität dem System zuordnen, von dem sie selbst am meisten profitieren. Diese Zuordnung erfolgt auch dann, wenn es schlagende Beweise dafür gibt, daß das Gegenteil richtig ist. Es ist allein der Glaube der Begünstigten, der diese anhaltende, aber an kurzfristigen Zielen ausgerichtete Zufriedenheit hervorruft und dafür sorgt, daß sich die ökonomischen und politischen Vorstellungen der Zeit dem anpassen. Es gibt einen sehr aufnahmebereiten politischen Markt für das, was uns zufriedenstellt und absichert. Und es wird immer soziale Gruppen geben, die diesen Markt bedienen und seine Früchte in Form von Geld oder öffentlichem Applaus ernten.“¹⁵⁶

153 J. Cockburn, S. Pit, Prescribing Behaviour in Clinical Practice: Patients' Expectations and

Doctors' Perception of Patients' Expectations - a Questionary Study, in: BMJ, Vol. 315, 1997, S. 521.

154 N. Britten, O. Ukoumune, The Influence of Patients' Hopes of Receiving a Prescription on Doctors' Perception and the Decision to Prescribe: a Questionnaire Survey, in: BMJ, Vol. 315, 1997, S. 1509. Zu ähnlichen Ergebnissen für Deutschland kommt: L.v. Ferber, Patienten erwarten nicht immer ein Rezept, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 26, 2000, S. 1522-1524; dies., Was Patienten wünschen und was Ärzte verordnen, in: die Ersatzkasse, H. 10, 2000, S. 393-398.

155 J.K. Galbraith, Die Herrschaft der Bankrotteure, Hamburg 1992, S. 21ff.

156 Ebenda, S.12.

Die „geheimen Verführer“¹⁵⁷ des Marktes, seine werbenden Potenziale, werden sich genau auf die Patientengruppe konzentrieren, um deren Zufriedenheit konkurriert wird. Sie werden darüber hinaus Bedürfnisse künstlich erzeugen. Rentabilität und kommerzielles Eigeninteresse, die genuinen Begleiterscheinungen des wirtschaftlichen Wettbewerbs, drängen dann noch deutlicher in den Vordergrund. Auf Seiten der Patienten werden Leistungen dann stärker unter dem Gesichtspunkt der Einklagbarkeit (Kunstfehler-Prozesse) und der Kontrolle (second opinion) gesehen. Es wird eine Gewährleistungspflicht erwartet. Das Kostenbewusstsein der Patienten wird steigen, insbesondere wenn daran die Höhe ihrer Versicherungsbeiträge geknüpft ist. Andererseits wird sich aus Furcht vor Haftungsansprüchen die „Absicherungsmedizin“ („defensive Medizin“) ausweiten, d.h. es werden immer mehr diagnostische Maßnahmen durchgeführt, auch wenn sich daraus keine wissenschaftlich vertretbaren therapeutischen Konsequenzen ergeben. Das Wort vom „diagnostischen Overkill“ macht bereits seit einiger Zeit die Runde. Das meint u.a. diagnostische Maßnahmen, für die keine therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus wird sich die Richtung der *Entscheidungsstruktur* im Arzt-Patient-Verhältnis verändern: Während noch heute weitgehend das medizinisch Notwendige und der Schweregrad einer Krankheit als Handlung leitendes Entscheidungsziel gelten, werden es unter den Bedingungen des Wettbewerbs immer stärker ökonomische Kriterien. Sie werden gleichsam zum Maßstab von „Triage“. Dass es sich hierbei nicht um reine Spekulation handelt, bestätigen auch Äußerungen von *Roger Lawson* über die Auswirkungen der wettbewerbsorientierten Reformen des NHS unter der Major-Regierung in Großbritannien seit 1991:

„Es gibt inzwischen auch ernsthafte Bedenken, und zwar sowohl unter Befürwortern als auch Gegnern der Reformen, daß die neuen Strukturen allzu oft zu Situationen führen, in denen die Entscheidung über Behandlung nicht von klinischer Notwendigkeit abhängt, sondern von den finanziellen Möglichkeiten der ‚Käufer‘ gesundheitlicher Dienstleistungen.“¹⁵⁸

Und da der Wettbewerb darauf abzielt, kostengünstige und kostengünstige Leistungen möglichst scharf aufzutrennen, werden mit seinem immer tieferen Eindringen Mischkalkulationen, die früher teure, aber notwendige Leistungen auffingen, zunehmend an den Rand gedrängt bzw. eliminiert.

157 V. Packard, *Die geheimen Verführer*, Düsseldorf 1962.

158 R. Lawson, a.a.O., S. 271.

10. Ethische Aspekte

Unter den ökonomisierenden Bedingungen der Krankenversorgung kommen selbst gut informierte Patienten in eine schwierige und unübersichtliche Situation. Was bedeuten nämlich alltägliche ärztliche Auskünfte während einer Behandlung wie: Das ist medizinisch nicht notwendig; das Risiko des Eingriffs ist bei ihnen zu hoch; diese Maßnahme ist in ihrem Fall unwirksam. Heißt das, sie ist medizinisch nicht gerechtfertigt - oder heißt es lediglich, sie ist zu teuer? Woher weiß der Patient, warum ihm der Arzt diesen Rat gegeben hat? Ist es tatsächlich die Therapie der Wahl, die für seine Krankheit medizinisch erforderlich ist? Werden ihm Behandlungsalternativen verschwiegen? Hängen von solchen Empfehlungen vielleicht das Einkommen, die Karriere, der Arbeitsplatz des Arztes oder gar die wirtschaftliche Bonität eines Krankenhauses ab, die den Aktienkurs und die Dividende bestimmen? Oder ist dem Arzt gerade mitgeteilt worden, dass sein Budget bereits überschritten ist? Damit zeichnet sich die Grenze betriebswirtschaftlicher Rationalität in der Krankenversorgung ab, die dann vielleicht noch rentabel ist, aber nicht mehr den sozialen Normen unserer Zivilisation entspricht. Der Druck der wirtschaftlichen Konkurrenz setzt das betriebswirtschaftliche Modell der Gefahr aus, seine immanenten destruktiven Potenziale zu ignorieren. Und das führt zu einer *Kulturwende* in der Medizin.¹⁵⁹

Die zunehmende Kommerzialisierung scheint aber nicht nur für die praktische Seite der Medizin zum Problem zu werden, sondern auch für die Forschung am Menschen – also die „Theorie“ der Medizin. Ich denke hierbei insbesondere an die Forschung, die zunehmend über private Drittmittel finanziert wird und von den Interessen der Finanziere keineswegs unabhängig ist. Geldzuwendungen, die direkt oder indirekt zur Unterdrückung von Zweifeln, unangenehmen Fragen oder unerwünschten Ergebnissen führen, behindern die Wissenschaft. Das Deutsche Ärzteblatt publizierte im Juli 2005 einen Artikel mit der Überschrift: „Forschungsbetrug. Jeder Dritte ist unredlich. Eine US-Studie enthält erstmals Zahlen zum Ausmaß von Datenmanipulationen und wissenschaftlichem Fehlverhalten. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft schätzt die Situation hierzulande ähnlich ein.“ Und im Text heißt es weiter: „Jeder dritte Forscher (33 Prozent) hat im Rahmen seiner wissenschaftlichen Arbeiten nach eigenen Angaben allein in den vergangenen drei Jahren mindestens ein strafwürdiges Vergehen begangen ... Mit weitem Abstand (15,5 Prozent) wird unter den ernstesten Vergehen die - mindestens einmalige – Veränderung von Design,

159 H.-U. Deppe, Vor einer Kulturwende in der Medizin, in: Soziale Sicherheit, H. 5, 1999, S. 183-185.

Methodik oder der Ergebnisse eine Studie aufgrund des Drucks eines Geldgebers angegeben.“¹⁶⁰

Eine der Aufsehen erregendsten Wissenschaftsbetrügereien war sicher die des südkoreanischen Stammzellenforschers Hwang Woo-suk. Er hatte in der renommierten Zeitschrift *Science* angebliche Ergebnisse über elf auf Patienten maßgeschneiderte embryonale Stammzell-Linien veröffentlicht. Damit sollte die Herstellung embryonaler Stammzellen belegt und so der Nachweis für die Machbarkeit des so genannten therapeutischen Klonens erstmalig erbracht werden. Im Dezember 2005 stellte sich allerdings heraus, dass diese Ergebnisse komplett und vorsätzlich gefälscht waren.¹⁶¹

Jeffrey Baker vom Albright College in Pennsylvania vertritt die begründete These, dass offenbar nicht wenige Wissenschaftler es an der erforderlichen Sorgfalt fehlen lassen. Die Rechte der Patienten seien nur unzureichend geschützt. Nicht ohne Grund wären nach dem Aufsehen erregenden Todesfall eines jungen, mit einer Genfähe behandelten Mannes an einigen amerikanischen Einrichtungen Forschungsprojekte ausgesetzt oder gar untersagt worden. Die Ursache für diese Entwicklung sieht er wie viele andere in der zunehmenden Kommerzialisierung der medizinischen Forschung. Ergebnisse müssten in kürzester Zeit erzielt werden. Ausführliche und faire Aufklärung der so genannten Probanden hingegen koste Zeit und könne Patienten am Ende abschrecken. Andererseits seien viele Wissenschaftler finanziell an den Firmen beteiligt, deren Produkte sie in klinischen Studien untersuchten. Sie hätten ein unmittelbares Interesse, viele „Probanden“ in Studien einzubringen.¹⁶²

Forscher in der Medizin sehen ihre zunehmende Abhängigkeit im wachsenden ökonomischen Druck. So werden in den USA ca. 800 Millionen Dollar veranschlagt, um ein neues Medikament auf den Markt zu bringen. Private Forschungsinstitute und akademische Einrichtungen konkurrieren um Anteile an dieser Geldsumme. Die privaten Institute erhalten inzwischen den größten Teil. „Diese Situation erlaube es den industriellen Auftraggebern, das Studiendesign, den Zugriff auf die Rohdaten und die Interpretation der Ergebnisse zu bestimmen – in einer Weise, die nicht immer den Interessen der Forscher, der Studienteilnehmer oder dem wissenschaftlichen Fortschritt diene. Ferner seien einige Fälle bekannt geworden, in denen die Studienergebnisse nicht

160 Forschungsbetrug: Jeder Dritte ist unredlich, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 26, 2005, S. 1475f.

161 Koreanischer Klonforscher der Fälschung überführt, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 24. Dezember 2005, S. 1.

162 St. Sahm, Patienten nur unzureichend geschützt, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 15. November 2000.

den Erwartungen der Sponsoren entsprochen hätten und deshalb nicht veröffentlicht werden durften.“¹⁶³ In die gleiche Richtung argumentiert auch der Pharmakologe *Peter Schönhöfer*. Er sieht die Qualität des deutschen Gesundheitssystems u.a. durch den Rückzug des Staates aus der Förderung der klinischen Forschung bedroht:

„Für kritische auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn ausgerichtete Forschung stehen keine Mittel mehr zur Verfügung. Wissenschaftler, die primär qualitätsorientierte Forschung betreiben wollen, haben hierzulande keine Existenzgrundlage mehr, denn Sponsoren aus der Industrie sind nur an Produkt- bzw. Marketing-orientierten Studien interessiert. Der rapide Verlust an kritischem Potenzial geht einher mit einem drastischen Qualitätsverfall der klinischen Forschung.“¹⁶⁴

Dieser hier entfaltete Diskurs fortschreitender Entfremdung in der Beziehung zwischen Arzt und Patient sowie der medizinischen Forschung unter den Bedingungen ihrer Kommerzialisierung lässt sich nach *Jürgen Habermas* für die Gesellschaft insgesamt feststellen:

„Entfremdungseffekte entstehen vornehmlich dann, wenn Lebensbereiche, die funktional auf Wertorientierungen, bindende Normen und Verständigungsprozesse angelegt sind, monetarisiert und bürokratisiert werden.“ Und weiter heißt es: „Eine wachsende gesellschaftliche Komplexität bewirkt noch nicht per se Entfremdungseffekte. Sie kann ebenso die Optionsspielräume und Lernkapazitäten erweitern ... Soziale Pathologien ergeben sich erst in der Folge einer Invasion von Tauschbeziehungen und bürokratischen Regelungen in die kommunikativen Kernbereiche der privaten und öffentlichen Sphären der Lebenswelt. Diese Pathologien sind nicht auf Persönlichkeitsstrukturen beschränkt, sie erstrecken sich ebenso auf die Kontinuierung von Sinn und auf die Dynamik der gesellschaftlichen Integration.“¹⁶⁵

Zurzeit befinden wir uns also in einer schwierigen, zum Teil unübersichtlichen Situation. Es herrscht ein Klima, das vor allem von zwei Strömungen geprägt wird: Die Erkenntnisse der naturwissenschaftlichen Medizin über den Zellkern und molekularbiologische Zusammenhänge sowie daraus folgende Überlegungen für therapeutische Eingriffe sind beeindruckend. Die Medizintechnik scheint bisher unüberwindbare Grenzen zu sprengen. Unter diesen medienwirksamen Ereignissen beginnt sich das gesellschaftliche Verständnis von Krankheit und Gesundheit zu verschieben – freilich mit großen

163 St. Mertens, Viel heiße Luft, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 46, 2001, S. 2573.

164 P. Schönhöfer, Missbrauch, Betrug und Verschwendung, in: H.-U. Deppe, W. Burkhardt (Hrsg.), *Solidarische Gesundheitspolitik*, Hamburg 2002, S. 119.

165 J. Habermas, *Die postnationale Konstellation*, Frankfurt a.M. 1998, S. 227f.

Problemen. Die andere Seite ist die ökonomische Entwicklung im Gesundheitswesen. Inzwischen wird in fast allen Bereichen unseres Gesundheitssystems fieberhaft nach Möglichkeiten des Einsatzes von selbstregulierenden Marktmechanismen, wirtschaftlicher Konkurrenz und betriebswirtschaftlichen Konstrukten gesucht. Damit droht das medizinisch Notwendige der ökonomischen Rentabilität als Hauptkriterium ärztlichen Handelns zu weichen.

Die Kombination von Biologie und Ökonomie kann zu fatalen Folgen führen, wenn sich das Menschenbild auf den „homo biologicus“ und den „homo oeconomicus“ reduziert. Es sollen hier gar nicht die spezifischen Erfahrungen unserer Geschichte bemüht werden, weil sich heute diese Beziehungen in einem anderen Licht, unter anderen politischen Bedingungen, darstellen. Aber es ist Aufgabe, sich dieser Entwicklung bewusst zu werden und auf die Gesundheitspolitik in der Weise einzuwirken, dass das Gemeinwesen vor einer unkontrollierten und selbstbestimmten Kombination von Biologie und Ökonomie geschützt wird.

11. Kritische Medizin

In seinen Grundzügen ist das alles keineswegs neu und seit längerem absehbar. Die erwerbswirtschaftlich entfremdete Medizin, die sich am deutlichsten im *Arzt als Unternehmer* vergegenständlicht, wird seit Jahrzehnten kritisiert. Dieser Gesichtspunkt hatte schon in der Kritischen Medizin, die von den Medizinern der Studentenbewegung Ende der 60er Jahre formuliert wurde, zentrale Bedeutung.¹⁶⁶ Erinnert sei hier nur an den bekannten Artikel des Psychiaters *Erich Wulff* aus dem Jahre 1971 mit dem Titel „Der Arzt und das Geld“.¹⁶⁷ Neu ist allerdings, dass sich heute diese Entwicklung in einem gesellschaftlichen Klima vollzieht, das von Individualismus, Eigennutz, Geld und nicht zuletzt von Wettbewerb als Ersatz für fehlende gesellschaftliche Utopien geprägt wird. Wir brauchen aber konkrete Utopien. Wenn nämlich die utopischen Oasen - wie zum Beispiel ein sozial gerechtes Gesundheitswesen - austrocknen, breitet sich eine Wüste von Banalitäten und Ratlosigkeit aus.¹⁶⁸ Wem das überzogen und zu abgehoben oder gar als „Sozialromantik“ erscheint, dem sei allerdings empfohlen, sich einmal etwas näher in den

166 Siehe hierzu: Das Argument, Nr. 60 (Sonderband: Kritik der bürgerlichen Medizin), Berlin 1970; H.-U. Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt a.M. 1987; Jahrbuch für kritische Medizin (insbesondere die ersten Bände).

167 E. Wulff, Der Arzt und das Geld, Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung, in: Das Argument, Jg.13, Heft 11/12, 1971, S. 955-970.

168 J. Habermas, Die Neue Unübersichtlichkeit, Frankfurt a.M. 1985, S. 161.

USA umzuschauen.¹⁶⁹ In diesem wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem können wir bereits heute als Realität erkennen, was für uns vielleicht noch Zukunftsmusik ist. Hier provoziert das dogmatische Beharren auf dem Marktprinzip bereits dessen selbstzerstörerische Kräfte.¹⁷⁰ Und es wird für die Gesellschaft immer schwieriger, die Kontrolle über die entfesselten Marktkräfte wieder zurück zu gewinnen. Die gescheiterte Gesundheitsreform des US-amerikanischen Präsidenten. *Bill Clinton*, war 1993 dafür ein Symptom. Inzwischen stellten die Republikaner über zwei Legislaturperioden den Präsidenten. Während dieser Zeit wurde die Privatisierung in der Krankenversorgung mit den Instrumenten der neoliberalen Ideologie weiter vorangetrieben. Man darf gespannt sein, ob es nun der neuen demokratischen Administration von Obama (2009) gelingt, hier Richtung ändernde Strukturen zu initiieren. Die Widerstände dagegen dürften erheblich sein.

Aus dieser Problemlage ergibt sich ganz offensichtlich, dass es in einer Gesellschaft *am Gemeinwohl orientierte, geschützte Räume* geben muss, die nicht der blinden Macht des Marktes und den deregulierenden Kräften der Konkurrenz überlassen werden dürfen. Es ist nämlich die oberste Aufgabe des Staates, Schutz und Sicherheit seiner Bürger zu gewährleisten. Erst auf dieser Grundlage lassen sich Selbstbestimmung und eigenverantwortliche Lebensführung entfalten. Hier liegen die Freiheit stiftenden Effekte sozialer Sicherheit. Bei solchen gesellschaftlich definierten Schutzzonen denke ich an verwundbare Bereiche des sozialen Zusammenlebens, wie den Umgang mit verwundbaren Gesellschaftsgruppen (Kinder, Alte, Pflegebedürftige, psychiatrisch Kranke etc.), an verwundbare gesellschaftliche Ziele wie Solidarität und soziale Gerechtigkeit oder an verwundbare öffentliche und intime Kommunikationsstrukturen (z.B. Erziehung, Forschung oder die Arzt-Patient-Beziehung), die auf der Grundlage von *Vertrauen* beruhen. Sie bilden gleichsam den Kernbestand des europäischen Sozialmodells. Dabei geht es zunächst um die Wiederherstellung der Akzeptanz dieser Qualität. Die Größe und der Umfang solcher *gemeinwohlorientierter Schutzzonen* sind dann abhängig von der Durchsetzungskraft der gesellschaftlichen Gruppen, die dafür eintreten.¹⁷¹

169 H.-U. Deppe, Gesundheitspolitik in Europa und den USA, in: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 47, Heft 7/8, 1993, S.41-46; H. Kühn, Healthismus, Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin 1993.

170 J.K. Galbraith, a.a.O., S. 65ff.

171 Vgl. hierzu auch Kick, der davon spricht, „dass die Gesellschaft auf einen besonderen, nämlich unabhängigen und insofern geschützten Status des Therapeuten und der therapeutischen Situation nicht verzichten können, wenn sie ein humanes und qualitativ optimales Therapieverfahren befördern möchte.“ H. A. Kick, Ethische Verantwortung des Therapeuten, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 18, 2006, S. 986.

12. Wettbewerb und Menschenrecht „Gesundheit“

Abschließend soll der Blick, der über unsere geographischen und nationalen Grenzen hinausreicht, noch ein Stück weit ergänzt werden. Immerhin werden seit Ende der 80er Jahre zahlreiche und wichtige sozialpolitische Entscheidungen mit der europäischen Integration und insbesondere der Währungsunion (Maastricht-Kriterien) begründet. Schon 1988 formulierte Kanzleramtsminister *Schäuble (CDU)*: „Unsere Arbeitskosten sind hoch, wir belegen einen Spitzenplatz ... Wir tun das unsere, sie zu senken. Dazu dienen die Strukturreform unserer Krankenversicherung und die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung.“¹⁷² Bundesminister *Seiters (CDU)* erklärte 1989: „Die Bundesregierung hat aus diesem Grunde im Innern ein umfangreiches Reformprogramm durchgesetzt. Steuer- und Gesundheits-, Renten- und Postreform bilden ein Gesamtkonzept, daß unsere Gesellschaft insgesamt offener und flexibler macht - und damit auch besser auf die europäischen Veränderungen vorbereitet.“¹⁷³

In Frankreich lähmte im Dezember 1995 ein Generalstreik das Land. Er war gerichtet gegen den Sozialabbau und Kürzungen in der sozialen Krankenversorgung. Die damals gerade gewählte konservative französische Regierung riskierte mit ihrem brüskten Wendemanöver den „sozialen Frieden“. Kurz zuvor hatte sie nämlich im Wahlkampf noch genau das Gegenteil versprochen. Es kam zu einer spontanen Politisierung der sozialen Lage.¹⁷⁴ In Bonn demonstrierten im Juni 1996 350 000 Menschen mit den Gewerkschaften gegen die sozialpolitischen Sparbeschlüsse der Bundesregierung. Mit Massenprotesten und Arbeitsniederlegungen setzten sich die Metallarbeiter und Bauarbeiter gegen die gesetzlich verordnete Kürzung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall im Herbst 1996 zur Wehr. Auch in den folgenden Tarifverhandlungen war die Lohnfortzahlung stets das Hauptthema. Auf der europäischen Ebene kam 1996 zum ersten Mal seit Ende des 2. Weltkriegs der PDS, der aus dem PCI hervorgegangen ist, in Italien an die Regierung. 1997 erreichte die Labour Party in Großbritannien einen erdrutschartigen Wahlsieg. Nur einige Wochen später ging die Sozialistische Partei in Frankreich erfolgreich aus der vorgezogenen Wahl hervor und übernahm die Regierungsführung. Selbst im neoliberalen Musterland Neuseeland kam die Labour Party

172 W. Schäuble, Die Zukunft des Industriestandortes Bundesrepublik Deutschland, in: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Pressemitteilung Nr. 225 vom 23.6.1988.

173 R. Seiters, Die Europapolitik der Bundesregierung, in: Bulletin, Nr. 66, 1989, S. 582; vgl. auch H. Kohl, Europas Zukunft - Vollendung des Binnenmarktes 1992, in: Bulletin, Nr. 40, 1988, S. 1017f.

174 Die volkswirtschaftlichen Ausfälle durch die Arbeitskämpfe in Frankreich werden auf acht Milliarden DM geschätzt. Nach: R.D. Schwartz, Parteien streiten über höhere Staatsverschuldung, in: Frankfurter Rundschau vom 21. Mai 1996.

im Herbst 1999 wieder zurück an die Macht.¹⁷⁵ In all diesen Wahlkämpfen und Protestaktionen standen sozial- und gesundheitspolitische Themen an oberster Stelle der Forderungen! Auch in Deutschland kam es im Herbst 1998 zu einem Regierungswechsel. Die insbesondere seit 1997 spürbare Neoliberalisierung des in den deutschen Sozialstaat eingebundenen Gesundheitssystems trug mit zu der Stimmung in der Bevölkerung bei, die den Regierungswechsel ermöglichte. Inzwischen hat diese Welle ihren Höhepunkt überschritten. Aus Enttäuschung über den Dritten Weg der sozialdemokratisch geführten Regierungen wendete sich Europa zu Beginn des neuen Jahrhunderts wieder den konservativen Parteien zu. Das sozialdemokratische Konzept des „aktivierenden Staates“ entpuppte sich zunehmend – keineswegs ganz unerwartet – als eine Variante des Neoliberalismus, der durch die Aushöhlung staatlicher Schutzfunktionen die gesellschaftliche Polarisierung vorantrieb. Die Regierungspartei SPD verlor in den Jahren 2004 und 2005 auf unterschiedlichen Ebenen 10 Wahlen. Die Bundestagswahl wurde durch den Rücktritt des Bundeskanzlers Schröder (SPD), der keine Mehrheit mehr in seiner eigenen Partei sah, vorgezogen. Und auf diesem Hintergrund gründete sich 2005 eine neue Partei links von der SPD.¹⁷⁶

Der hohe Stellenwert der gesellschaftlichen Regulierung des Risikos Krankheit bleibt bestehen. Gesundheit ist ein sensibles soziales Feld. Der politische Umgang damit erfordert deshalb besondere soziale Verantwortung. Und das sich vereinigende Europa darf die sträflich vernachlässigte „soziale Dimension“, in der die Gesundheitspolitik lediglich eine Säule darstellt, nicht länger nur als notwendiges Übel betrachten. Die vorgeschobenen Argumente von Wirtschaftsstandort und Europäischer Vereinigung, ihr scheinbarer Sachzwang, machen blind gegenüber einem drohenden sozialen Desaster. Wir haben zur Kenntnis zu nehmen, dass immer weiter vorangetriebener wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen den Gesellschaftsvertrag zwischen Kapital und Arbeit über das Recht auf Gesundheit bzw. körperliche Unversehrtheit und schließlich auch die Würde des Menschen in einem sozialen und demokratischen Rechtsstaat verändert und erodiert. Und das Verwertungsinteresse des Kapitals ist stets selektiv und partikular. Es steht daher dem Anspruch auf Gesundheit als einem allgemeinen Menschenrecht diametral entgegen. Es kommt zu einer Kommerzialisierung von Dimensionen des

175 I.-E. Schäfer, Wenn der Staat schwindstüchtig wird, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, H. 9, 1999, S. 1101-1109.

176 Gewerkschaftsfunktionäre, die häufig die parlamentarische SPD-Politik in die Betriebe transportierten, konnten die Auswirkungen der Agenda 2010 hier nicht mehr vermitteln. Aus den Reihen der IG Metall und der Gewerkschaft verdi haben Gewerkschafter eine neue Partei „Wahlalternative soziale Gerechtigkeit“(WASG) gegründet, die sich später mit der PDS zur „Die Linke“ vereinigten.

menschlichen Zusammenlebens, die dessen humanen, kulturellen und sozialen Charakter zerstört. Die schamlose Instrumentalisierung von sozialen Grundwerten für eine Verschleierung partikularer Interessen verleitet zu der falschen Annahme, dass sich der Sinn von Menschenrechten¹⁷⁷ in ihrem Missbrauch erschöpfe. *Menschenrechte lassen sich aber nicht kommerzialisieren, sie lassen sich auch nicht vermarkten, ohne dass sie daran zerbrechen.*

Eingangs wurde dargelegt, dass der deutsche Sozialstaat gegen Ende des 19. Jahrhunderts die politische Reaktion des Obrigkeitsstaates auf die gesellschaftlichen Auswirkungen der destruktiven Potenziale des wirtschaftlichen Prinzips der Konkurrenz war. Am Ende des 20. Jahrhunderts erfährt der Sozialdarwinismus - jetzt im Gewand der Standortdebatte und der neoliberalen Deregulierungstheologien - eine Renaissance. Die heute weltweit konkurrenzlose Marktwirtschaft unterliegt der Versuchung, ihre inneren Defizite zu ignorieren. Die ungeteilte Herrschaft des Marktes und des Verbrauchers hat sich inzwischen sogar des Staates bemächtigt (Reagan, Thatcher). Die Experten der Marktwirtschaft maßen sich an, zu definieren, was unter Demokratie und Gesundheit zu verstehen und wie sie zu gestalten sind. Der französische Soziologe *Pierre Bourdieu* kritisierte deshalb den Neoliberalismus nicht nur als neue „Religion“ und als Philosophie der Herrschaft des Finanzkapitals, sondern auch zu Recht als eine Gefahr für die Demokratie. Er schreibt:

„Worum es heute geht, das ist die Rückeroberung der Demokratie aus den Händen der Technokratie: Es muss Schluss sein mit der Tyrannei der `Experten`, vom Stil der Weltbank oder dem internationalen Währungsfond, die ohne jede Diskussion die Verdikte des neuen Leviathan, `der Finanzmärkte`, durchdrücken und nicht verhandeln können, sondern lediglich `erklären`; man muss mit dem neuen Glauben an die historische Zwangsläufigkeit brechen, den die Theoretiker des Liberalismus verbreiten; es gilt, neue Formen einer kollektiven politischen Anstrengung zu erfinden, die geeignet sind, die Sachzwänge, insbesondere die ökonomischen, zu erfassen (was Aufgabe der Fachleute sein kann), sie aber auch zu bekämpfen und, wenn nötig, unwirksam zu machen.“¹⁷⁸ Darüber hinaus sieht er in der verselbständigten Dynamik der Marktkräfte ein Potenzial,

177 Das „Recht auf Gesundheit“ zählt zu den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechten, die 1966 in einem verbindlichen völkerrechtlichen Vertrag, auf den sich die Vereinten Nationen geeinigt hatten, besiegelt und 1976 in Kraft gesetzt wurden. Bis 1996 wurden sie von 135 Staaten ratifiziert. Das entspricht drei Viertel der UN-Mitglieder. Vgl. hierzu: H. Klenner, Menschenrechte, in: H.J. Sandkühler, Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften, Bd. 3, Hamburg 1990, S. 371; M. Windfuhr, Die vergessenen Rechte, in: Die Zeit vom 20. Dezember 1996, S. 7.

178 P. Bourdieu, „Contre la destruction d’une civilisation ...“, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 2, 1996, S. 178.

das auch vor der „Zerstörung der Zivilisation“ nicht Halt macht – „einer Zivilisation, die mit der Existenz des öffentlichen Dienstes verbunden ist: Jene der republikanischen Rechtsgleichheit, des Rechts auf Bildung, auf Gesundheit, auf Kultur, auf Forschung, auf Kunst und, vor allem anderen, auf Arbeit.“¹⁷⁹

Es geht also zunächst darum, den Mythos des neoliberalen Sachzwangs mit den Instrumenten der Aufklärung zu eskamotieren, seine inneren Widersprüche und Zerstörungspotenziale sichtbar zu machen, sie einer kritischen Reflexion zu unterziehen und nach realisierbaren Lösungen zu suchen. Die Finanzmarktkrise 2008 hat dazu erheblich beigetragen. Den europäischen Gesellschaften wird allerdings nicht erspart bleiben, die Frage neu zu beantworten, wo der wirtschaftliche Wettbewerb endet und wo die sozialen Bürgerrechte beginnen sollen - wie die Grenze zwischen beiden neu zu ziehen ist. Nach über 100 Jahren der „Zivilisierung“ des Gesellschaft gestaltenden Konkurrenzprinzips durch die europäischen Sozialstaaten ist es erneut zur Disposition zu stellen. Es sind heute wiederum Überlegungen anzustellen, durch welche politischen Maßnahmen und auf welchen politischen Ebenen dessen verselbständigende Dynamik sich kontrollieren und regulieren lässt. Die positiven Errungenschaften des Sozialstaates dürfen dabei nicht leichtfertig verspielt werden. Die Lösung dieses Problems kann allerdings nicht allein auf die „Zivilisierung“ der destruktiven Potenziale beschränkt werden, sondern hat diese selbst zu hinterfragen. Unter demokratischen Gesichtspunkten sind die damit verbundenen Machtstrukturen, die der rücksichtslosen Diktatur des Neoliberalismus zum Durchbruch verhelfen, zu reflektieren und in konkretes politisches Handeln einzubeziehen. Der gesellschaftliche Umgang mit Krankheit und Gesundheit, seine Nähe oder Ferne zu Solidarität und sozialer Gerechtigkeit, kann dafür ein sensibler Maßstab sein.

13 Solidarität

Immer wieder können wir hören, dass diese Entwicklung schon weit fortgeschritten sei und dass es dagegen kein Heilmittel gebe. Es handele sich sozusagen um einen Sachzwang, dem man sich beugen müsse. Ohne den zweifellos entstandenen Druck bagatellisieren zu wollen, meine ich aber, dass dieser von Menschen erzeugte Druck auch von Menschen verändert werden kann. Ökonomische Modelle sind nämlich menschliche Konstrukte und keine Naturgesetze. Und das Stichwort lautet hier: Solidarität

179 Ebenda, S. 177.

– Solidarität, die gegenseitige Hilfe bei der Bewältigung des gesellschaftlichen Risikos Krankheit, als Gegenmittel gegen die zerstörerische Kommerzialisierung sozialer Grundwerte. Und warum soll es ausgerechnet die Solidarität sein? Was ist darunter zu verstehen? Solidarität ist der Mörtel der Gesellschaft. Sie verhindert ihr Auseinanderfallen. Das Prinzip der Solidarität geht von der Gemeinschaft aus und nicht von Individuen mit ihren marktvermittelten Beziehungen. Die Gemeinschaft beruht auf einem gemeinsamen Wertesystem sowie einem gemeinsamen Erfahrungshintergrund – also einem kollektiven Gedächtnis. Hier sind gemeinsame Anstrengungen zur Lösung eines gemeinsamen Problems gefragt. Jeder leistet seinen solidarischen Beitrag nach seinen Möglichkeiten – und zwar unter Bedingungen der Fairness. Solidarität setzt daher ein Bewusstsein von Gemeinsamkeit und innerer Verbundenheit in einer Gesellschaft voraus, das in einer Kultur, einer Ethnizität oder in einer sozialen Lage mit spezifischen Lebenserfahrungen begründet sein kann, um ein großes Problem wie Arbeitslosigkeit, Armut oder Rechtlosigkeit gemeinsam zu bewältigen. Am wirkungsvollsten kommt Solidarität in organisierter Form mit breiter Beteiligung von unten zur Geltung. Daraus entwickeln sich in der Realität nicht selten Konflikte mit den Mächten des Marktes. Diese Konflikte haben immer auch eine politische Dimension. Denn in den meisten Fällen sind solidarische Bewegungen gezwungen, sich gegen Regierungen zu richten und in ihren Kämpfen Gegenmacht aufzubauen.¹⁸⁰

Auch die Krankenversorgung zählt in vielen Ländern zu dem Bereich, in dem Solidarität ein traditionelles Strukturprinzip ist. Sie tritt hier in unterschiedlichen Formen auf wie Hilfsbereitschaft, Diakonie, Caritas oder Gegenseitigkeit. Krankheit gilt nämlich als ein allgemeines Lebensrisiko, von dem alle betroffen werden können. Und in der Stunde der Not sind Kranke auf Solidarität angewiesen. Im deutschen Gesundheitssystem, dem so genannten Bismarck-Modell, hat Solidarität einen hohen Stellenwert. Es besagt, dass bis zu einer festgelegten Einkommensgrenze Sozialversicherte mit unterschiedlichen Beiträgen einen Anspruch auf gleiche Leistungen im Krankheitsfall haben und dass bestimmte Gesellschaftsgruppen wie Kinder oder nicht berufstätige Ehepartner ohne eigene Beiträge mitversichert sind. Auch die Mitfinanzierung der Krankenversicherung von Rentnern und Arbeitslosen durch versicherungspflichtige Beschäftigte ist in einem erweiterten Sinn der Solidarität zuzurechnen. Freilich handelt es sich hierbei um eine begrenzte Solidarität. Und die Grenze, bis zu der eine solidarische Umverteilung stattfindet, ist gesetzlich fixiert.

180 E. Altvater, a.a.O., S.186f.

Anstatt diese Solidarität auszuweiten, müssen wir feststellen, dass durch den Einsatz neoliberaler Instrumente, Solidarität erodiert wird. Der Prozess der Polarisierung in der Gesellschaft schreitet voran. Die soziale Kohäsion wird aufgebrochen und es kommt zu einer wachsenden Re-Individualisierung. Bedauernswert ist, dass inzwischen selbst politische Organisationen, die einst ihre Identität aus der Kraft der Solidarität schöpften, sich heute diesem Prozess nicht nur nicht widersetzen, sondern ihn sogar noch unterstützen.

Alternativen, die auf solchen Erkenntnissen aufbauen, *sind möglich!* Ich denke dabei insbesondere an die anschwellende Debatte um „*universelle Gesundheitssysteme*“¹⁸¹ Kernpunkte, die in diesem Zusammenhang immer wieder genannt werden, sind:

- Die Gesundheitsförderung wird ausgebaut, ohne die Krankenversorgung zu vernachlässigen.
- Die Krankenversorgung ist alleine am medizinischen Bedarf auszurichten und nicht an kommerziellen Interessen.
- Die gesamte Bevölkerung hat freien Zugang zur medizinischen Vorsorge, Versorgung und Nachsorge. Das schließt die freie Arztwahl ein.
- Die medizinischen Leistungen sind für alle gleich, unabhängig von den individuellen finanziellen Möglichkeiten. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist für Kranke unentgeltlich.
- Die Finanzierung erfolgt solidarisch und sozial gerecht in Form von Steuern oder Beiträgen.
- Patientinnen und Patienten sind als soziale Subjekte in der Krankenversorgung anzuerkennen.

Solche Kernpunkte, die in den jeweiligen Ländern mit unterschiedlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, die auch partiell bereits existieren, richten sich *gegen* die Unterwerfung der Krankenversorgung unter die Gesetze des globalen Marktes. Sie stehen *für* eine Absicherung des sozialen Risikos Krankheit durch die solidarische Bereitstellung öffentlicher Güter. Sie demonstrieren, dass das Prinzip der Solidarität als Alternative zur Kommerzialisierung der Krankenversorgung möglich ist. Und deshalb lohnt es sich, ihren weiteren Ausbau zu fordern.

181 H.-U. Deppe . A situacao atual e as perspectiva dos sistemas universais des saúde. Saúde em Debate (Rio de Janeiro), 29, 2005, S. 365-370.

In der Reihe

Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- 2005 - 1 Rolf Schmucker: Die deutsche Arzneimittelzulassung im europäischen Wettbewerb Schutzgebühr 1,50 EUR
- 2006 – 1 Kai Mosebach: Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik Schutzgebühr 2,50 EUR
- 2007 – 1 Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker: Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik : Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen Schutzgebühr 1,50 EUR
- 2007 – 2 Thomas Gerlinger: Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2008 – 1 Katharina Böhm: Politische Steuerung des Gesundheitswesens: Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhaussektor
Schutzgebühr 5,00 EUR
- 2008 - 2 Rolf Schmucker: Solidarität in der europäisierten Gesundheitspolitik?: Zum Verhältnis von Wettbewerb und Solidarität im europäischen Binnenmarktprojekt Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2009 - 1 Katharina Böhm: Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz : Ein weiterer Schritt auf dem Reformweg der Krankenhausfinanzierung
Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2010 - 1 Kai Mosebach: Kommerzialisierung der deutschen Krankenhausversorgung? : Auswirkungen von New Public Management und Managed Care unter neoliberalen Bedingungen Schutzgebühr 4,50 EUR

- 2010 - 2 Kai Mosebach: Kommerzialisierung und Ökonomisierung von Gesundheitssystemen : Ein essayistischer Problemaufriss zur Identifizierung möglicher Felder zukünftiger medizinsoziologischer Forschung
Schutzgebühr 4,50 EUR
- 2011 - 1 Hans-Ulrich Deppe: Zur Kommerzialisierung der Krankenversorgung - Solidarische Alternativen sind möglich!
Schutzgebühr 4,00 EUR

Die Diskussionspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Medizinische Soziologie

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.

Tel.: (0 69) 6301-76 10 / Fax: (0 69) 63 01-66 21