

# Inhalt

*Carl Deichmann*

Gerechtes Gesundheitssystem – eine ethische und politische Herausforderung 9

*Peter Greisler*

Die Finanzierung des Gesundheitswesens unter ethischen Gesichtspunkten aus Sicht eines privaten Versicherers 23

*Ingo Proft*

Gesundheit zwischen Anspruch und Teilhabe 35

*Sonja Sailer-Pfister*

Reich und gesund – arm und krank. Sozial-ethische Überlegungen zu einer gerechten Gestaltung des Gesundheitssystems 55

*Helen Kohlen*

„Zeit ist Geld“ und die Sorge um das gute Leben. Überlegungen zu einem Verständnis von Care als politische und soziale Praxis 69

*Alois Schwarz*

Geld muss mit Gerechtigkeit ‚gesalzen‘ werden  
Thesen zu Geld und Gerechtigkeit – eine Orientierung 83

*Basina Kloos*

Kirchliche Träger dürfen sich und ihre Werte nicht verkaufen 109

*Doris Nauer*

Professionelle christliche Krankenhausesorge  
Anwaltschaft für (mehr) Gerechtigkeit 117

*Claudia Gerstenmaier/Ingo Proft*

Erfolg – oder was sonst noch zählt  
Plädoyer für eine Kultur der Begegnung, Berührung und Bewegung 127

*Heribert Niederschlag*

„Entweltlichung“ – ein asketisches Lebensprogramm? 147

*Holger Zaborowski*

Wert und Würde. Zu den Grenzen der Logik des Marktes 157

Autorenverzeichnis 169

## Vorwort

„Macht Geld unmoralisch?“

Nicht nur in Wirtschaft und Finanzwelt begegnet uns die Frage, welches Verhältnis „Moneten“ auf die Moral ausüben. Längst ist diese Frage zu einem Gemeinplatz unserer alltäglichen Welt geworden, individuell wie systemisch. Nach den nicht endenden Debatten zur gerechten Finanzierung, der angemessenen Entlohnung von Ärzten und Pflegekräften und nicht zuletzt der Skandale im Bereich der Organspende, hat die Frage zum Verhältnis von „Moral und Moneten“ auch im Gesundheitssystem Einzug genommen. Hier stellt sich die Forderung nach einer kritischen Begutachtung.

Wer einen Anspruch auf gerechte Versorgung und Zuteilung von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitssystem stellt, sieht sich mit der Aufgabe konfrontiert, Kriterien zu formulieren, die gleichermaßen den individuellen Bedarf und den gesamtgesellschaftlichen Versorgungsauftrag, die Eigenverantwortlichkeit des Bürgers als auch das Selbstverständnis des sozialen Rechtsstaates im Umgang mit Gesundheit und Krankheit erfassen. Fragen der gerechten Finanzierung als auch des ethisch verantwortlichen Umgangs mit begrenzten Gütern werden dabei von Ansätzen zur Verteilungs- und Teilhabegerechtigkeit ebenso begleitet wie von konkreten Erwartungen an die politische und systemische Umwelt.

Neben kommunalen und privatwirtschaftlichen Leistungsanbietern behaupten sich auch konfessionelle Dienstleister, Verbände und Träger auf dem umkämpften Gesundheitsmarkt. Letztere stehen nicht nur wirtschaftlich vor der Herausforderung, langfristig ihrem Versorgungsauftrag nachkommen zu können. Ihr Selbstverständnis als christliche Einrichtungen sucht gerade in Gegenbewegung zu einer ausschließlichen Fixierung auf ökonomische Erfolgskriterien alternative Konzepte zu entfalten, die neben Fallpauschalen der Sorge um den Menschen wieder ihren angestammten Platz im Gesundheitssystem zuweisen.

Diesen und vielen weiteren Themen gehen Autoren aus den Bereichen Gesundheitswissenschaft, Politik, Finanzwirtschaft, Sozialwissenschaft, Pflegewissenschaft, Philosophie, Theologie und Ethik im vorliegenden Band vierten Band der Reihe *Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege* nach. Sie bieten dabei einen interdisziplinären Einblick in Überlegungen und Konzepte, die sich dem Anspruch nach mehr Gerechtigkeit im Gesundheitssystem stellen und kritisch nach Handlungsansätzen für die Praxis fragen.

Die hier vorzustellenden Ansätze wollen neben einer fachlichen Orientierung zugleich dazu anregen, eigenverantwortlich und kritisch den vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitssystem zu begegnen und konstruktiv an der Entwicklung und Umsetzung gerechter Strukturen mitzuwirken.

Vallendar, August 2013

Heribert Niederschlag

Ingo Proft

## Gerechtes Gesundheitssystem – eine ethische und politische Herausforderung

### 1. Gerechtes Gesundheitssystem als Element der politischen Ordnung, der politischen Ordnungsvorstellungen und der politischen Kultur

Eine Analyse der Ausgestaltung, Struktur und der Probleme des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland unter Gesichtspunkten der politischen Ethik<sup>1</sup> wird einerseits die regulative Idee der Gerechtigkeit, andererseits den Zusammenhang mit politischen und gesellschaftlichen Ordnungsvorstellungen<sup>2</sup> berücksichtigen müssen.

Bei der notwendigen Orientierung an Gerechtigkeitsprinzipien ist eine auffallende Kompatibilität mit John Rawls' Gerechtigkeitsbegriff, der „Gerechtigkeit als Fairness“, auszumachen. Denn neben der Forderung nach gleichen Grundrechten und der den Menschen zustehenden Freiheiten<sup>3</sup> besteht in Rawls' Theorieansatz die normative Orientierung an der Gleichheit und der Solidarität bei tatsächlich vorhandenen oder möglichen sozialen und ökonomischen Ungleichheiten, wenn diese zwei Bedingungen erfüllen: „erstens müssen sie mit Ämtern und Positionen verbunden sein, die allen unter Bedingungen fairer Chancengleichheit offen stehen, und zweitens müssen sie sich zum größtmöglichen Vorteil für die am wenigsten begünstigten Gesellschaftsmitglieder auswirken.“<sup>4</sup>

Auf dem Hintergrund beider Perspektiven, der Gerechtigkeits- sowie der Ordnungsperspektive, die aufeinander bezogen sind, können offensichtliche Defizite des Gesundheitssystems analysiert werden, obwohl es „in der öffentlichen Meinung als eines der besten der Welt“ gilt. „Es ist bekannt für seine lange Tradition und die legendäre Solidarität zwischen den Versicherten, die ihm zugrunde liegt.“<sup>5</sup>

Angesichts dieser im historischen Prozess seit Bismarcks Gesetz zur Krankenversicherung der Arbeiter von 1883 entstandenen „Konstruktion“ fand das Gesundheitssystem seit Gründung der Bundesrepublik Deutschland eine hohe Akzeptanz. Zumal es aufgrund seiner Effektivität und seiner spezifi-

---

<sup>1</sup> Vgl. Peter Fischer, Politische Ethik. Eine Einführung, Paderborn, 2006, bes. 159ff. zur Medizinethik; vgl. Nikolaus Knoepffler, Angewandte Ethik, Köln 2010, 220ff.

<sup>2</sup> Vgl. zum Begriff der politischen Ordnung: Manfred Hättich, Lehrbuch Politikwissenschaft, Bd. 2, Mainz 1969, 11ff.

<sup>3</sup> Vgl. John Rawls, Politischer Liberalismus, Frankfurt/M 1998, 69.

<sup>4</sup> Ebd., 69f.; vgl. Walter Reese – Schäfer, Christian Mönter, Politische Ethik. Philosophie, Theorie, Regeln, Wiesbaden 2013, 105ff. zu der Frage „Ist Ungleichheit ein moralisches Problem?“.

<sup>5</sup> Karl Lauterbach, Gesund im kranken System. Ein Wegweiser, Berlin 2009, 11.

schen ordnungspolitischen Ausgestaltung als systemkonform, ja als integraler Bestandteil der Sozialen Marktwirtschaft<sup>6</sup> angesehen wurde.

Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil es – wie die Soziale Marktwirtschaft selbst – einen Mittelweg zwischen der staatlichen Organisation des Gesundheitssystems, z.B. in den skandinavischen Ländern einerseits und dem marktwirtschaftlichen System der USA z.B. andererseits, bildet.<sup>7</sup> So bestehen die Defizite staatlich organisierter Gesundheitssysteme tendenziell darin, dass die ärztliche Versorgung, besonders diejenige im Krankenhausystem als einem Teil der allgemeinen staatlichen Infrastruktur, den staatlichen, konjunkturabhängigen Sparmaßnahmen unterliegt und zudem durch die fehlende „innersystemische“ Konkurrenz ineffektiv und überbürokratisiert ist. Lange Wartezeiten sind ebenso zu beklagen wie die fehlende Qualität in der breiten Versorgung.

Die oft festzustellende Unterversorgung im staatlichen Gesundheitssystem führt zum Beispiel in Großbritannien zu einer Steigerung der Nachfrage nach Privatkliniken, deren Leistungen nur von wohlhabenden Schichten der Bevölkerung zu bezahlen sind. Die vermeintlich gerechte Organisation des Gesundheitssystems unter besonderer Betonung der Gleichheit<sup>8</sup> führt in der praktischen Umsetzung zu Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung.

Die marktwirtschaftliche Organisation des Gesundheitssystems wiederum ist nach dem Strukturprinzip der Freiheit ausgerichtet. Nach den Traditionen der politischen Kultur der USA zum Beispiel steht im Zentrum der Gerechtigkeitsvorstellungen, die für das Gesellschafts- und das politische System prägend sind,<sup>9</sup> das Prinzip der Eigenvorsorge im Rahmen einer „Machbarkeitsphilosophie“<sup>10</sup>. Die intensiven politischen Auseinandersetzungen um die Sicherung der Grundversorgung im Gesundheitssystem, besonders unter der Präsidentschaft des Präsidenten Barak Obama, sind ein Indiz für die offensichtlichen Defizite des amerikanischen Gesundheitssystems: Die marktwirtschaftlichen Prinzipien von Angebot und Nachfrage regeln auch den

---

<sup>6</sup> Vgl. Werner Abelshausen, *Deutsche Wirtschaftsgeschichte von 1945 bis zur Gegenwart*, Bonn 2011, 30ff. zur Sozialen Marktwirtschaft als Ordnungspolitik; 59ff. zur Ausgestaltung der Sozialen Marktwirtschaft nach 1945; vgl. 526ff. zu den ordnungspolitischen Problemen im Rahmen der Sozialen Marktwirtschaft nach der Finanzkrise ab 2008.

<sup>7</sup> Vgl. Karl Lauterbach a.a.O., 11ff., obwohl er der These widerspricht, das deutsche Gesundheitssystem sei „der goldene Mittelweg zwischen Staatsmedizin und amerikanischen Verhältnissen“ und in dem oben zitierten Buch die Gegenargumente ausarbeitet.

<sup>8</sup> Vgl. Bernd Ladwig, *Gerechtigkeitstheorien. Eine Einführung*, Dresden 2011, 82ff. zu den verschiedenen Formen der Gleichheit; vgl. Nikolaus Knoepfler, *Angewandte Ethik*, a.a.O., 104ff. zu den Formen der Gerechtigkeit in Weiterführung der aristotelischen Gerechtigkeitsvorstellung: Gesetzeskonformität, Verteilungsgerechtigkeit, austeilende Gerechtigkeit, Tauschgerechtigkeit.

<sup>9</sup> Vgl. Klaus Stüwe, *Das politische System der USA*, in: ders./Stefan Rinke, Hrsg., *Die politischen Systeme in Nord- und Lateinamerika. Eine Einführung*, Bonn 2010, 538-580, bes. 569f.

<sup>10</sup> Ebd., 570.

Preis im Gesundheitssystem. Teure Operationen können sich weniger Verdienende nicht leisten. Die Gesundheitsvorsorge und notwendige ärztliche Grundleistungen stehen z.B. Arbeitslosen nur in geringen Grenzen zur Verfügung, obwohl die Ausgaben für das Gesundheitssystem insgesamt sehr hoch sind (im Jahr 2005: USA 15,3% des BIP; Deutschland 10,7% des BIP). Im Vergleich zu staatlich und marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen zeichnet sich dasjenige der Bundesrepublik Deutschland durch eine Gerechtigkeitsvorstellung aus, die nach dem Gleichheits-, Freiheits- und Solidaritätsprinzip, aber auch nach dem Subsidiaritätsprinzip ausgerichtet ist. Nach dem Gleichheitsprinzip sollen alle Bürger nach dem gleichen, dem wissenschaftlichen Forschungsstand entsprechenden Niveau, medizinisch versorgt werden. Die Versorgung gilt auch für diejenigen, die keinen finanziellen Beitrag erbringen können oder erbringen konnten: Kinder, nicht berufstätige Ehepartner, Arbeitslose. Insofern gilt die Solidarität, indem die Gesunden und die arbeitende Bevölkerung entweder durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder durch die Privatkassen (PKV) für die grundsätzlich oder aktuell nicht einzahlenden Bevölkerungsteile eintreten.<sup>11</sup>

Das Freiheitsprinzip soll durch die Konkurrenz der Krankenkassen bzw. durch die Wahlfreiheit besser Verdienender zwischen GKV und PKV gewährleistet werden.

Das so „konstruierte“ Gesundheitssystem sollte sich deshalb an dem Prinzip ausrichten, „das als Realisierung des individuellen Wohls und des Gemeinwohls“<sup>12</sup> zu verstehen ist: Soziale Gerechtigkeit von Institutionen und Individuen realisiert sich als „transzendente Tauschgerechtigkeit durch Solidarität und Subsidiarität.“<sup>13</sup>

### *Gesundheitssystem und politische Kultur*

Das an diesen Prinzipien orientierte Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland war über Jahrzehnte hinweg effektiv. Es erfüllte seine Funktion der Versorgung.<sup>14</sup> Die über den engeren Rahmen der Gesundheitspolitik hinausgehende Bedeutung dieses Tatbestandes wird darin zu sehen sein, dass

---

<sup>11</sup> Vgl. Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Kempten (2) 2009, 99ff.

<sup>12</sup> Vgl. Nikolaus Knoepffler, a.a.O., 117ff.

<sup>13</sup> Ebd., 117.

<sup>14</sup> Vgl. Axel Murswiek, Gesundheitspolitik, in: Uwe Andersen/Wichard Woyke, Hrsg., Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 2003, 223-227, bes. 225f.; vgl. Axel Schildt/Detlef Siegfried, Deutsche Kulturgeschichte. Die Bundesrepublik 1945 bis zur Gegenwart, Bonn 2009, 181ff. zur „Alltagskultur und Konsumgesellschaft“.

hierdurch die demokratische politische Kultur stabilisiert wird.<sup>15</sup> Denn unter politikwissenschaftlichen Gesichtspunkten ist davon auszugehen, dass die Bürger auf dem Hintergrund ihrer Alltagserfahrungen ein politisches Deutungs- und Ordnungswissen entwickeln,<sup>16</sup> auf dessen Basis sie nicht nur den konkreten Gegenstand, den sie positiv oder negativ interpretieren, sondern auch allgemein die politischen Prozesse und Institutionen und besonders das politische Personal beurteilen.<sup>17</sup>

Deshalb waren unter Gesichtspunkten der politischen Kultur die alltagsweltlich erlebbare Stabilität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, zusammen mit der die ökonomische Stabilität schaffenden Sozialen Marktwirtschaft, wichtige Faktoren für die Akzeptanz der demokratischen politischen Ordnung in der Bundesrepublik Deutschland. Werden darüber hinaus in der politischen Kulturforschung nicht nur die für die Einstellungen der Bürger bedeutsamen Alltagserfahrungen betrachtet, die Soziokultur, sondern auch die auf der kollektiven Ebene anzusiedelnde Deutungskultur,<sup>18</sup> zu der die gesellschaftlichen Normen und deren Interpretationen durch die politische Elite gehören, dann ist auch die Verknüpfung der Prinzipien des Gesundheitssystems mit dem Verfassungskern des Grundgesetzes<sup>19</sup> einsehbar. Denn zum Verfassungskern gehören nicht nur Art. 1 GG bis Art.19 GG (Menschen- und Grundrechte), der Art. 79 Abs. 3 GG (Ewigkeitsgarantie) und das in Art. 20 GG festgelegte Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip sowie der Föderalismus, sondern auch das für das Gesundheitssystem besonders relevante Sozialstaatsprinzip: „Das Sozialstaatsprinzip begründet die Pflicht des Staates für eine gerechte Sozialordnung zu sorgen“ (BVerfGE 97, 169,185). Als Ermächtigungsnorm ist das Sozialstaatsprinzip damit Gestaltungsauftrag an diejenigen Verfassungsorgane, die für die Umsetzung gesellschaftlicher Zielvorstellungen zuständig sind. Allerdings muss sich dieser

---

<sup>15</sup> Vgl. Karl Rohe, Politik. Begriffe und Wirklichkeiten, Stuttgart u.a. 1994, 165; vgl. Tilman Mayer/Martina Kortmann, Politische Kultur, in: Irene Gerlach/Eckard Jesse/Marianne Kneuer/Nikolaus Werz, Hrsg., Politikwissenschaft in Deutschland, Baden-Baden 2010, 181-200, bes. 182f.

<sup>16</sup> Vgl. Carl Deichmann, Lehrbuch Politikdidaktik, Wien/München 2004, 171ff.

<sup>17</sup> Vgl. Tilman Mayer/Martina Kortmann, Politische Kultur, a.a.O., 194f.

<sup>18</sup> Vgl. Karl Rohe, a.a.O., 168 zur Differenzierung in Deutungskultur (politisch relevante Deutungen der Elite) und Soziokultur (die für den Bürger fraglos gegebene Alltagswelt), welche gemeinsam das Weltbild und die politischen Deutungen der Bürger prägen.; vgl. Carl Deichmann, Bedeutung von Symbolen im politischen Bewusstseinsbildungsprozess. Konsequenzen für Politikdidaktik, die politische Bildung und die qualitative Forschung, in: Zeitschrift für Didaktik der Gesellschaftswissenschaften, H. 1/2013, 12-39, bes. 24ff. „Symbole und Bewusstseinsbildungsprozess im Rahmen der politischen Kultur“.

<sup>19</sup> Vgl. Joachim Jens Hesse/Thomas Ellwein, Das Regierungssystem der Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden 2012, 528f.

Auftrag immer auch an dem messen lassen, was tatsächlich und finanziell möglich ist.“<sup>20</sup>

## 2. Gerechtes Gesundheitssystem: Gesellschaftlicher Wandel als Herausforderung und Risiko für politisches Handeln

Wenn die Bedeutung des als gerecht empfundenen Gesundheitssystems für die politischen Deutungen und für die politische Ordnung ausgemacht wurde, dann wird auch direkt die Problematik eines Reformstaus<sup>21</sup> auf diesem Politikfeld einsichtig. Ein solcher Reformstau entsteht, wenn gesellschaftliche Wandlungsprozesse zu Versorgungsdefiziten führen. Diese werden von den Bürgern wiederum als ungerecht interpretiert oder tatsächlich erfahren und führen zu Legitimationsproblemen, wenn die politischen Entscheidungen die Defizite nicht beheben.

Ein Reformstau und politischer Handlungsbedarf entstand besonders durch den demographischen Wandel, welcher in der Alterspyramide der deutschen Gesellschaft, wie auch anderer westlicher Gesellschaften zu sehen war.

Sowohl wegen der zunehmenden Effektivität des Gesundheitssystems, beruhend auf dem technisch-wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritt, als auch wegen des kulturell bedingten Geburtenrückgangs sowie der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen,<sup>22</sup> nimmt eine immer größer werdende Anzahl älterer Menschen die Leistungen des Sozialsystems in Anspruch, in die eine abnehmende Anzahl von Menschen im erwerbstätigen Alter einbezahlt.<sup>23</sup>

Die Einzahlungen in die Renten- Arbeitslosen- und Krankenversicherung sind jedoch, da an die Löhne und Gehälter gekoppelt, von der Anzahl der Beschäftigten – abzüglich der Beamten – abhängig. Wie in einem System der kommunizierenden Röhren steigen die Ausgaben der öffentlichen Haushalte sowie die Lohnnebenkosten. Denn die Arbeiter und Angestellten einerseits und die Arbeitgeber andererseits zahlen pro Beschäftigtem in die Systeme ein und der Staat kompensiert die finanziellen Defizite, die aus konjunkturellen oder aus strukturellen Gründen, zum Beispiel bei einem technologischen Fortschritt, bei dem ein hohes Bruttosozialprodukt mit weniger Beschäftigten erwirtschaftet wird, entstehen.

---

<sup>20</sup> Christof Gramm/Stefan Pieper, Grundgesetz. Bürgerkommentar, Antworten der Verfassung auf gesellschaftliche Fragen, Bonn 2010, 84.

<sup>21</sup> Vgl. Tilman Mayer/Martina Kortmann, a.a.O., 194f.

<sup>22</sup> Vgl. Rainer Geißler, Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Bilanz zur Vereinigung, Wiesbaden 2008, 5ff.; 359ff.

<sup>23</sup> Vgl. Hagen Kühn/Sebastian Klinke, Perspektiven einer solidarischen Krankenversicherung, in: Jürgen Kocka, Hrsg., Zukunftsfähigkeit Deutschlands. Sozialwissenschaftliche Essays, Bonn 2008, 155-178, bes. 166ff. zur kritischen Betrachtung dieser Argumentation.

Insofern ergab sich zusätzlich zum demographischen Wandel angesichts konjunkturell bedingter rückläufiger Beschäftigungszahlen um die Jahrhundertwende die Notwendigkeit der Reform der Arbeitslosen- Renten- und Krankenversicherung.<sup>24</sup>

Entsprechend der Wert- und Interessenorientierung der politischen Parteien der Bundesrepublik Deutschland standen Konzeptionen zur Diskussion, welche von der Forderung nach rigiden Einsparungen im Gesundheitssystem und nach massiver Selbstvorsorge bis hin zum staatlichen, steuerlich finanzierten Gesundheitssystem reichten. In diesem Zusammenhang wurde wieder einmal deutlich, dass die gesundheitspolitischen Entscheidungen in einem interdependenten Zusammenhang mit der Renten- und Arbeitslosenversicherung und nicht zuletzt auch mit der ehemaligen Sozialhilfe, für die die Kommunen aufkommen, gesehen werden muss. Die notwendigen Entscheidungen wurden hauptsächlich im zweiten Kabinett Schröder (2002 – 2005) getroffen und in der großen Koalition (2005 – 2009) unter Bundeskanzlerin Angela Merkel, sodann in der Schwarz-Gelben Koalition (2009 – 2013) fortgeführt.<sup>25</sup> Sie veränderten das interdependente soziale Sicherungssystem und damit das Gesundheitssystem fundamental hinsichtlich der stärkeren Betonung des Selbstversorgungsprinzips und der Erhöhung der Konkurrenz. Hierdurch sollten die Systeme, aber auch Bund, Länder und Gemeinden, entlastet werden.

Dies sollte besonders durch die folgenden Maßnahmen der sogenannten Hartz IV Politik geschehen:

- Im Rahmen der sog. Hartz – Gesetze sollte u.a. durch die Zusammenlegung der ehemaligen Sozialhilfe mit der ehemaligen Langzeit – Arbeitslosenhilfe (Arbeitslosengeld/ALG II) sowie der Umwandlung der Arbeitsämter in Arbeitsagenturen mit neuen Managementstrukturen die Langzeitarbeitslosigkeit verkürzt werden. Es stieg tatsächlich die Anzahl derjenigen, die wieder in die Arbeitsprozesse (erster Arbeitsmarkt) integriert wurden. Damit erhöhten sich zwar die Krankenkassenbeiträge, allerdings erhöhten sich auch der Niedriglohnsektor und die Anzahl prekärer Arbeitsverhältnisse durch Leiharbeit.<sup>26</sup>
- Eine schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters und die staatliche Förderung der Eigenvorsorge für die Renten („Risterrente“).<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> Vgl. Joachim Jens Hesse/Thomas Ellwein, a.a.O., 90ff. zu den strukturellen und aktuellen Herausforderungen der deutschen Innenpolitik, bes. 105ff. zu den Herausforderungen bezüglich des Gesundheitswesens.

<sup>25</sup> Vgl. ebd., 62ff.

<sup>26</sup> Vgl. ebd., 102ff.

<sup>27</sup> Vgl. ebd., 108ff.

Die Kostenexplosion im Gesundheitssystem und der strukturelle Reformbedarf wurden zum Beispiel durch folgende Einsparungen und Strukturreformen bekämpft:

- Versicherungspflicht für alle Bundesbürger.
- Einführung von Standard- und Basistarifen.
- Wahltarife in der GKV; Prämien.
- Die Krankenkassen übernehmen nicht mehr sogenannte Bagatellarzneimittel und die Folgen von Schönheitsoperationen.
- Belohnung der Vorsorge.
- Einführung des Gesundheitsfonds als Kernstück der Gesundheitsreform von 2007.<sup>28</sup>
- Die Patienten der GKV müssen eine Praxisgebühr (bis Ende 2012) bei Arztbesuchen entrichten, welche den Krankenkassen überwiesen wird.
- Die GKV's handeln mit den niedergelassenen Ärzten Budgets aus. In diesem Rahmen müssen sich die erbrachten Leistungen bewegen.
- Die Öffnung der GKV (etwa 90% der Bevölkerung) für Besserverdienende soll die finanzielle Situation der GKV verbessern.
- Budgetverträge zwischen den Krankenhäusern (fallbezogene Pauschalen), den Kliniken und den gesetzlichen Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Betriebskrankenkassen sollen die Aufenthaltsdauer der Patienten reduzieren, andererseits sollen durch die zu vereinbarenden Konzentration einzelner Krankenhäuser auf spezifische Leistungen eine Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung gewährleistet werden.
- Staatliche Zuschüsse für sog. versicherungsfremde Leistungen (z.B. Mutterschaftsgeld) an die Krankenkassen.

Welche Herausforderung und welches politische Risiko die durch den gesellschaftlichen Wandel notwendig gewordenen politischen Entscheidungen für die politischen Entscheidungsträger bedeuteten – politische Entscheidungen, die bei der Gesundheitspolitik nicht als „radikal“ im Sinne eines Systemwandels charakterisiert werden können – ist an dem politischen Prozess zu beobachten, in welchen die Reformpolitik der Regierung Schröder von 2002 bis 2005 eingebunden war. Daran ist auch zu ersehen, wie „gefährlich“ fundamentale Veränderungen in der gewachsenen Struktur, also eine „Pfadänderung“ in der Gesellschaftspolitik für Regierende in der Demokratie sein können.

---

<sup>28</sup> Vgl. Harenberg Aktuell 2008. Das Jahrbuch, Mannheim u.a. 2008, 284ff.

Da besonders die Arbeitsmarktpolitik in der SPD-Fraktion und in verschiedenen Parteigremien als einschneidend, nicht kompatibel mit der fast 150 jährigen SPD Traditionen, ja als unsozial angesehen wurde, versuchte Bundeskanzler Schröder seine Politik des „Förderns und Forderns“ durch Auslagerung in verschiedene außerparlamentarische Expertenkommissionen zu konzipieren und dann in der Fraktion politisch durchzusetzen. Die nach heftigen Diskussionen in den Partei- und Koalitions-gremien im Parlament verabschiedeten Reformmaßnahmen stießen dann auf den Widerstand der mit der SPD ansonsten politisch kooperierenden Gewerkschaften. Sie wurden vom Arbeitnehmerflügel der SPD und verschiedenen Landesverbänden abgelehnt. Die breite Ablehnung artikulierte sich nicht zuletzt in den „Montagsdemonstrationen“, welche in symbolischer Anlehnung an den demokratischen Widerstand in der Spätphase der DDR von den Gewerkschaften und der ehemaligen PDS organisiert wurden. Der Verlust von Landtagswahlen und nicht zuletzt der politische Aufstieg der Linkspartei, 2007 durch den Zusammenschluss von PDS mit ihrem organisatorischen Schwerpunkt in den neuen Bundesländern, und der WASG, entstanden aus westdeutschen Gewerkschaften, waren der Preis für eine Politik, welche von der traditionellen Klientel der SPD als „neoliberal“ abgelehnt wurde.

Weil er sich durch Neuwahlen eine breitere Legitimationsgrundlage für seine Politik, „die sozialen Sicherungssysteme zukunftsfähig zu machen und die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft zu stärken“<sup>29</sup> verschaffen wollte, beantragte Bundeskanzler Schröder nach dem (gewollten) Scheitern der Vertrauensfrage, bei Bundespräsident Köhler die Auflösung des Bundestages nach Art. 68, Abs.1 GG. Der massive Verlust an Stimmen (BTW 2002: 38.5%; BTW 2005: 34,2%) bei der Bundestagswahl 2005 war auch auf die Ablehnung der Agenda 2010 zurückzuführen.<sup>30</sup>

Auch wenn die Gesundheitspolitik in der öffentlichen Wahrnehmung nur eine Nebenrolle in der zur Diskussion stehenden Agenda 2010-Reform und in dem damit verbundenen politischen Prozess spielte, war sie doch implizit hiermit verbunden. Zumindest die Kürzungen im Gesundheitswesen, am 15.11.2002 vom Bundestag beschlossen, welche 2003 zu Einsparungen von rd. 3 Mrd. Euro führten, wurden in diesen Zusammenhang eingeordnet, auch wenn es sich bei diesen Entscheidungen wegen der Bundesratsmehrheit der damaligen Opposition faktisch um die Entscheidung einer „informellen Großen Koalition“ gehandelt hatte.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Presseerklärung vom 22.5.2005:

[http://www.bundestag.de/dokumente/datenhandbuch/06/06\\_14/06\\_14\\_02.html](http://www.bundestag.de/dokumente/datenhandbuch/06/06_14/06_14_02.html)

<sup>30</sup> Vgl. Gert-Joachim Glaeßner, Politik in Deutschland, Wiesbaden 2006, 171ff.

<sup>31</sup> Vgl. Der Fischer Weltatmanach. Chronik Deutschland 1949-2009, Bonn 2008, 396; vgl. Christine Trampusch, Sozialpolitik in Post-Harz-Germany, [www.mpi-fg-koeln.mpg.de/people](http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de/people)

Der Reformprozess der Gesundheitspolitik als Reaktion auf den demografischen Wandel wurde in der Großen Koalition von 2005 bis 2009, in der die SPD als Juniorpartner für die Arbeits-, Sozial- und Gesundheitspolitik zuständig war, sowie in der Schwarz-Gelben Koalition von 2009 bis 2013 fortgeführt.

Allerdings kommt eine aktuelle Analyse zur Problematik des demographischen Wandels und des damit veränderten „Krankheitspanoramas“ 2013 zu der Einschätzung: „Für die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen liegt in der Veränderung der Relation von Beitragszahlern und Leistungsempfängern eine wichtige – vielleicht die wichtigste – Herausforderung.“<sup>32</sup>

### 3. Aktive Wahrnehmung der Bürgerrolle im Gesundheitssystem: Entwicklungsperspektiven und Prüfkriterien

Eine politisch-ethische Bewertung des Gesundheitssystems wird noch stärker die Perspektive des Bürgers als Patient und als Versicherter in den Mittelpunkt stellen müssen. Die Betonung dieser Perspektive mag auf den ersten Blick banal klingen, geht es doch bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems gerade um Ansprüche des Bürgers, der, in welcher Rolle auch immer, ob als Steuerzahler, Versicherter oder als Patient, der die medizinischen Leistungen bar bezahlt, das Gesundheitssystem finanziert. Die Wirklichkeit sieht jedoch anders aus: Der Bürger ist oft Bittsteller für die Leistungen, welche er selbst bezahlt.

Damit besteht eine eklatante Diskrepanz zwischen der in der demokratischen politischen Ordnung zugrunde gelegten und der sie tragenden politischen Kultur der unverzichtbaren, aktiven Wahrnehmung der Bürgerrolle einerseits sowie der Patientenrolle andererseits. Dies angesichts einer politisch-kulturellen Entwicklung, in der „das Ansehen von Werten wie Freiheit von Autoritäten, Autonomie und Anerkennung der Einzelperson, Selbstverwirklichung, Ungebundenheit und persönliche Unversehrtheit“<sup>33</sup> steigt. Insofern besteht eine Interdependenz zwischen Entwicklungen in der politischen Kultur und den regulativen Ideen der demokratischen und politischen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland, die an einer liberalen Demokratietheorie orientiert ist, nach der die Bürger nicht nur Abwehrrechte gegen staatliche Eingriffe besitzen, sondern auch „Teilnahmerechte, die aktiven

---

/tr/PDF/Trampusch Post-Hartz Langfassung Welt Trends.pdf, bes. 11ff.; vgl. ebd., die Tabellen 1 „Sozialpolitische Reformgesetze seit 2002, 24f., Tabelle 3 „Ausgewählte parteipolitische Konflikte bei Rotgrün seit Herbst 2002, 27.

<sup>32</sup> Ralf E. Ulrich, Herausforderungen für das Gesundheitswesen, in: Politische Studien, H. 1/2013, 70.

<sup>33</sup> Tilman Meyer/Martina Kortmann, a.a.O., 193.

Statusrechte, welche die aktive Teilnahme garantieren und Anspruchsrechte, welche die Ansprüche etwa im Sinne des Sozialstaates begründen können.“<sup>34</sup> Als Patient und als Versicherter ist derselbe Bürger nun mit der „Einflussnahme von Interessenvertretern aus der Pharmaindustrie, den Kassenärzten, Krankenhausträgern, Hilfsmittelherstellern, Apothekern, Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft“<sup>35</sup> konfrontiert. Sie machen ihm die Defizite des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland „schmerzhaft“ bewusst:

- Als Versicherter der GKV erfährt der Patient nichts über die Abrechnung der bei ihm durchgeführten Behandlungen. Arzt oder Krankenhaus rechnen die erbrachten Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung mit seiner Versicherung ab, ohne dass er über die Kosten und über die Kostenerstattung informiert ist. Bei ihm entsteht der Eindruck, die Behandlungen seien außer der (bis 2012) zu erstattenden Praxisgebühr kostenlos. Der mündige Bürger wird in der konkreten Handlungssituation entmündigt. Sie erscheint ihm als Wohltat des Sozialstaates, welche der Arzt erbringt. Kein Wunder, dass die asymmetrische Kommunikations- und Interaktionsstruktur zwischen Arzt und Patient nicht nach dem Gleichheits-, sondern oft nach einem autoritären Strukturprinzip ausgerichtet ist.
- Das Abrechnungssystem, das vom mündigen Bürger kontrolliert werden sollte, damit auch Spareffekte erzielt werden können, erweist sich immer öfter als korruptionsanfällig.<sup>36</sup>
- Längere Wartezeiten für notwendige Facharzt- und Krankenhausbehandlungen des in der GKV Versicherten gegenüber den Wartezeiten der in der PKV Versicherten sind nicht nur eine Demütigung, sondern eine gesundheitsgefährdende Situation, die in der konkreten sozialen Situation zu einer Zweiklassengesellschaft führt. Dies gilt übrigens auch bei Bürgern, die soziologisch gesehen (nach Berufstätigkeit, Bildung, Vermögen etc.) zum Teil derselben sozialen Schicht angehören. Die freie Mitbestimmung des Bürgers, der durchaus bereit ist, seinen Beitrag zum Gesundheitssystem zu leisten, wird nicht eingefordert.

---

<sup>34</sup> Joachim Jens Hesse/Thomas Ellwein, a.a.O., 529.

<sup>35</sup> Nils C. Bandelow/Florian Eckert/Robin Rösenberg, Reform(un)möglichkeiten in der Gesundheitspolitik, in: APuZ 45/2010, 6-11. Zit.7; vgl. Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2009, 46ff. zum gesundheitspolitischen Handlungsbedarf.

<sup>36</sup> Vgl. Jürgen Hoffmann. Korruption im Gesundheitswesen: Kassendetektive jagen betrügerische Ärzte, in: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/krankenkassen-detektive-jagen-betruerigerische-aerzte-mit-spezialsoftware-a-873059.html> (Zugriff 17.06.2013).

- Gleiches gilt, wenn qualitativ bessere Leistungen bei Versicherten der PKV gegenüber denjenigen der GKV erbracht werden. Dies sind „systembedingte“ Vorgänge, wenn etwa am Ende des Quartals bestimmte medizinische Leistungen für Patienten der GKV als Folge der Budgetierung nicht erbracht werden und auf das nächste Quartal verschoben werden.
- Ebenfalls als Folge des Fallpauschalensystems nach DRG (Diagnosis Related Groups) ist die Tendenz zu problematischen und unnötigen Behandlungen, besonders von unnötigen Operationen zu sehen. Sie entmündigen Patienten nicht nur, sie können zu weitergehenden gesundheitlichen Folgen führen.<sup>37</sup> Das Problem besteht darin, dass sie insofern „systembedingt“ sind, als durch die notwendige Spezialisierung der Krankenhäuser, welche durch Verträge zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen geregelt werden, eine Effektivitätssteigerung der medizinischen Versorgung bewirkt wird. Andererseits sind dadurch die Fachärzte zu einer großen Anzahl von Operationen motiviert, um den Standard zu halten. Manchmal sind Leistungssteigerungen in der entsprechenden medizinischen Fachabteilung vertraglich, bei gleichzeitigen Einsparmaßnahmen, vereinbart.<sup>38</sup>
- Wenn auch die medizinische Leistungsfähigkeit der Organpenden in der Bundesrepublik Deutschland unbestritten ist, so stellt sich die Korruptionsanfälligkeit des Verteilungssystems immer deutlicher heraus.<sup>39</sup>

### *Weiterentwicklung des Gesundheitssystems*

Aus der besonderen Berücksichtigung der subjektiven Dimension der politischen Kultur, welche die aktive Wahrnehmung der Bürgerrolle als Patient in den Mittelpunkt stellt, ist die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems abzuleiten, welches dem Prinzip der Gerechtigkeit entspricht:

Einerseits ist der Bürger an einem medizinisch innovativen Gesundheitssystem interessiert, das effektiv ist und für alle bezahlbare Leistungen erbringt, das aber auch sozial Schwache versorgt. Ein Gesundheitssystem, das, nach dem Gleichheitsprinzip organisiert, jung, alt, arm und reich optimal versorgt.

---

<sup>37</sup> Vgl. Ulrich Bauer, die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit, in: APuZ 8-9/2006, 17-24, bes. 20.; vgl. Der Spiegel 19/2013, 72ff. das Interview mit Sonja Mikich.

<sup>38</sup> Vgl. Pavel U. Unschuld, Kranke als Ressource, Gesundheit als Ware, in: APuZ 45/2010, 3-5, bes. 5.

<sup>39</sup> Vgl. die Korruptionsanfälligkeit bei den Lebertransplantationen an den Universitätskliniken Göttingen, Regensburg und Leipzig in: AFD vom 30.5.2013.

Nach dem Freiheitsprinzip verlangt der Bürger gleichzeitig ein hohes Maß an Mitbestimmung, zumindest verpflichtende Beratung über Vor- und Nachteile, Chancen und Risiken medizinischer Versorgung. Damit besteht die Forderung nach einem hohen Maß an Mitbestimmung und Auswahl, was wiederum eine tatsächliche Transparenz sowohl der Abhängigkeits- als auch der Interessenstruktur sowie der finanziellen Aufwendungen für die zu erbringenden Leistungen voraussetzt.

Unter diesen Aspekten stellen die Bundestagswahlen am 22. September 2013 wieder eine Gelegenheit für den mündigen Bürger dar, einerseits die von den Regierungsparteien, der Opposition, den Ärztevertretern und den Krankenkassen sowie den anderen am Gesundheitssystem beteiligten Interaktionspartnern artikulierten Vorstellungen beziehungsweise die durchgeführten Maßnahmen kritisch zu beurteilen und in seine Wahlentscheidung einfließen zu lassen.

Er wird zum Beispiel kritisch fragen müssen:

- ob die im neu geschaffenen Patientengesetz vorgesehenen freiwilligen Maßnahmen ausreichen,<sup>40</sup>
- welche Bedeutung die individuellen Gesundheitsleistungen (igel) tatsächlich haben, wenn es um die Auswahl von zusätzlichen, nicht von der Krankenkasse bezahlten Leistungen geht,
- ob die Kontrollmaßnahmen zur Verhinderung der Korruption bei der Abrechnung (sollen sie sozialrechtlich oder strafrechtlich verfolgt werden?) ausreichen,
- ob durch die Einführung des sogenannten „6 Augen Prinzips“ bei der Organspendenvergabe eine grundsätzliche Änderung herbeigeführt wurde.

Bei den programmatischen Forderungen der politischen Parteien stehen die bekannten Alternativen zur Wahl:

- Während Grüne, SPD und Die Linke, in unterschiedlichen Modellen, eine Versicherung für alle in die Wahlprogramme geschrieben haben, verlangen CDU, CSU und FDP die Beibehaltung und Weiterentwicklung des Systems der GKV und der PKV.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Vgl. Neues Patientenrecht: [www.patienten-rechte-gesetz.de](http://www.patienten-rechte-gesetz.de).

<sup>41</sup> Vgl. Zusammenfassung der gesundheitspolitischen Programme der politischen Parteien, in: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72044/positionen-der-politischen-parteien>.

## *Prüfkriterien*

Als normative Orientierung für die getroffenen politischen Entscheidungen und für die programmatischen Forderungen erhalten die Gerechtigkeitsgrundsätze von John Rawls für die Gesundheitspolitik aktuelle Bedeutung:

„1. Das Gesundheitssystem sollte möglichst viel Selbstbestimmung zulassen, die mit der Selbstbestimmung aller verträglich ist.

2. Ungleichheiten im Gesundheitswesen sind so zu gestalten, dass (a) vernünftigerweise zu erwarten ist, dass sie zu jedermanns Vorteil gereichen, und (b) die Existenz bedrohende (gesundheitliche und finanzielle) Risiken abgesichert werden.“<sup>42</sup>

Angesichts der aktuellen politischen Situation sollten sodann u.a. die folgenden Prüfkriterien als offene Analysefragen berücksichtigt werden,<sup>43</sup> deren normativer Kern transparent ist:

- Hat individuelle Vorsorge Priorität vor staatlicher Fürsorge?
- Besteht eine Orientierung an individuellen Bedürfnissen als Basis-sicherung und ermöglicht sie Leistungswettbewerb und das Angebot einer Zusatzversicherung?
- Besteht eine Priorität des Wettbewerbs bei stärkerer staatlicher Wettbewerbsregulierung?
- Besteht eine Priorität der Kapitaldeckung, bei der jede Generation selbst für die Gesundheitsfürsorge verantwortlich ist und staatliche Fürsorge nur bei tatsächlicher Schutzbedürftigkeit angesichts des Risikos von Aktienkapital, durch welche die Rendite der Versicherung gegen Null geht, gewährleistet ist?
- Besteht die Möglichkeit einer weiterführenden Entkoppelung der Beiträge von den Löhnen, um die ökonomische Wettbewerbsfähigkeit durch Reduzierung der Lohnzusatzkosten zu erhöhen?
- Bestehen Vorstellungen von möglichst geringen staatlichen Zuschüssen, um die Staatsverschuldung zu reduzieren?
- Sind die Ziele im dualen System oder im System einer Einheitsversicherung zu realisieren?

## *Zusammenfassung*

Eine Beurteilung des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland, orientiert an Gerechtigkeitsprinzipien von Freiheit, Gleichheit, Solidarität und Subsidiarität, zeigt die ethischen Herausforderungen, die besonders in

---

<sup>42</sup> Nikolaus Knoepffler, a.a.O., 222.

<sup>43</sup> Orientiert an Bernd-Peter Lange, a.a.O., 14.

der Selbstbestimmung des Bürgers als Versicherter und als Patient begründet sind. Deutlich werden aber auch die notwendigen strukturellen Veränderungen nach dem Prinzip „jedermanns Vorteil“, legt man John Rawls' Gerechtigkeitsbegriff zugrunde.

Daraus ergeben sich politische Herausforderungen unter den Gesichtspunkten der Übereinstimmung des Gesundheitssystems mit den Prinzipien der politischen Ordnung, besonders angesichts des Wandels der politischen Kultur hin zur Betonung von Werten einer Partizipationskultur. Ein radikaler Strukturwandel im Gesundheitssystem dürfte allerdings aufgrund der politischen Erfahrungen mit der Agenda 2010-Politik nicht zu erwarten sein.

Eher werden gesundheitspolitische Entscheidungen punktuelle Veränderungen als Reaktion auf den sozialen und politischen Wandel herbeiführen, welche – je nach politischer Interessenlage und Wertorientierung – als notwendige „Justierung“ des im Prinzip leistungsfähigen und gerechten Gesundheitssystems oder als „politisches Durchwursteln“ ohne Mut zu grundlegenden Veränderungen beurteilt und kontrovers diskutiert werden.