

Masterstudiengang "Health Care Management" (MBA) 2007
an der Fachhochschule Deggendorf

**Deutschland beklagt einen Gegensatz zwischen ‚öffentlicher Armut‘ und ‚privatem Reichtum‘ im Gesundheitswesen und hinterfragt die Rolle und die Aufgaben des Staates.
Diskutieren Sie diese Behauptung im europäischen Kontext der Gesundheitspolitik und beziehen Sie sich auf zwei weitere Gesundheitswesen Ihrer Wahl**

Studienarbeit

im Fach Volkswirtschaftslehre / European Health Care

von

Dr. med. Paul Andermann

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	„Öffentliche Armut“ – „privater Reichtum“	3
2.1	Begriffsdefinitionen	3
2.2	Staatsverschuldung und private Geldvermögen, insbesondere im Gesundheitswesen	5
3	Rolle und Aufgaben des Staates	8
3.1	Kernaufgaben des Staates	8
3.2	Rolle des Staates im Gesundheitswesen	8
4	Einzelbetrachtung ausgewählter europäischer Gesundheitssysteme ..	10
4.1	Deutschland.....	10
4.2	Großbritannien.....	12
4.3	Schweden.....	13
5	Aktuelle Probleme und Reformbestrebungen	14
5.1	<i>Deutschland</i>	15
5.1.1	Gleiche Gesundheitsleistungen für alle – eine deutsche Illusion	15
5.1.2	Vom Wohlfahrtsstaat zum Gewährleistungsstaat.....	16
5.2	<i>Großbritannien</i>	16
5.2.1	Der Staatsdirigismus als Auslaufmodell	16
5.2.2	„The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform“	17
5.3	<i>Schweden</i>	18
5.3.1	Effektivitätssteigerung durch Dezentralisierung	18
5.3.2	„Priorisierung“ von Gesundheitsleistungen.....	19
6	Schlussfolgerungen	20
6.1	Reform von Steuersystem, Arbeitsmarkt und Sozialstaat	20
6.2	Aufbruch in die aktive Bürgergesellschaft	22
6.3	Die Basisversorgung – ein europäisches Konzept.....	24
6.4	Fazit: die aktuelle Diskussion in Deutschland	24
7	Zusammenfassung	26
8	Literaturverzeichnis	27
9	Abkürzungsverzeichnis	33
10	Abbildungsverzeichnis	33

1 Einleitung

„Vor uns: 30 magere Jahre“¹, so prophezeite der bekannte Ökonom Meinhard Miegel bereits im Jahr 2002 unter dem Eindruck der wachsenden Verschuldung der Sozialsysteme in Deutschland. Der Sozialstaat habe die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit überschritten und könne angesichts der Globalisierung der Wirtschaftsbeziehungen, des rasanten wissenschaftlich-technischen Fortschritts und des demographischen Wandels den an ihn gerichteten immensen Anforderungen nicht mehr gerecht werden. Und der renommierte „Spiegel“-Journalist Gabor Steingart spricht im Hinblick auf Deutschland gar vom „Abstieg eines Superstars“².

Die Folgen für Politik und Bürger sind fatal, berühren sie doch den Kern dessen, was bisher das Erfolgsmodell „Sozialstaat“ ausmachte. Grundfesten wie die gesellschaftliche Solidarität, die sich im Generationenvertrag widerspiegelt, der staatlich gelenkte Ausgleich zwischen Arm und Reich, geraten zusehends ins Wanken. Die materiellen Divergenzen zwischen ‚öffentlicher Armut‘ und ‚privatem Reichtum‘ haben mittlerweile Ausmaße erreicht, die eine Bedrohung für das gesellschaftliche Werte- und Normengefüge darstellen. Daraus ergibt sich die Frage: Wieviel *soziale* Marktwirtschaft können und wollen wir uns überhaupt noch leisten? Ist die soziale Marktwirtschaft vielleicht sogar am Ende? Fakt ist jedenfalls, und darin sind sich alle führenden Experten einig, unser Sozialsystem ist in der aktuellen Form nicht mehr finanzierbar und bedarf grundlegender Reformen. Wie dieser Paradigmenwechsel konkret aussehen soll, darüber herrscht nach wie vor Uneinigkeit. Die Politik tut sich schwer, öffentlich zuzugeben, dass die Bürger insbesondere im Gesundheitswesen mit einschneidenden Maßnahmen zu rechnen haben. Allzu lange wurde den Menschen ein falsches Bild von staatlicher Fürsorglichkeit vorgegaukelt, ein Versäumnis, das jetzt schmerzlich korrigiert werden muss. Vorbei sind die Zeiten, als der Staat mit der gesetzlichen Krankenversicherung noch ein „Rundum-Sorglos-Paket“ in Sachen Gesundheit anbieten konnte. Auch die Mittel des Wohlfahrtsstaates sind angesichts chronisch leerer öffentlicher Kassen begrenzt. Eine optimale Gesundheitsversorgung lässt sich heutzutage nicht mehr über die GKV finanzieren. Dabei ist grundsätzlich in Frage zu stellen, ob die Gesundheit des Einzelnen jemals zu den klassischen Aufgaben des Staates gehörte. Die Zukunft wird zumindest eine stärkere Eigenverantwortung des einzelnen Bürgers in Sachen Gesundheit erfordern. Immerhin wären laut einer aktuellen Befragung des Dienstleistungsunternehmens Europ Assistance 65 Prozent der Bundesbürger bereit, für eine

¹ Miegel, Meinhard: Vor uns: 30 magere Jahre. In: DIE ZEIT, Nr. 31 vom 25.07.2002.

² Steingart, Gabor: Deutschland. Der Abstieg eines Superstars. München 2004.

bessere Gesundheitsversorgung zusätzlich zur Krankenversicherung einen Beitrag aus eigener Tasche zu leisten.³ Damit ist die Zuzahlungsbereitschaft hierzulande zwar geringer als beispielsweise in Italien, Frankreich, Großbritannien oder Schweden, offenbart aber, dass diese Diskussion auch in anderen europäischen Ländern geführt wird und dass auch dort Reformprozesse im Gesundheitswesen unumgänglich sind. Allen Ländern gemeinsam ist die Suche nach einer neuen Balance zwischen der Zukunftsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme auf einer soliden Finanzierungsbasis und der gesellschaftlichen Idealvorstellung von der Solidarität der Bürger untereinander. Wie dieser Weg unter dem Dach der EU im Einzelnen besprochen wird, soll anhand eines europäischen Ländervergleichs illustriert werden: dem beitragsfinanzierten deutschen *Bismarck-Modell* werden die überwiegend steuerfinanzierten Systeme Großbritanniens und Schwedens als Vertreter des so genannten *Beveridge⁴-Modells* gegenübergestellt, wobei Schweden bereits seit Mitte der 80er Jahre einen Sonderweg eingeschlagen hat.

2 'Öffentliche Armut' – ‚privater Reichtum‘

2.1 Begriffsdefinitionen

In Deutschland klafft die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter auseinander. Angaben der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zufolge verfügten 1993 die ärmsten 25 Prozent der privaten Haushalte noch über 0,1 Prozent des gesamten nachgewiesenen Nettogeldvermögens. 1998 waren sie bereits mit 1,5 Prozent verschuldet. Demgegenüber steigerte sich der Anteil der reichsten 10 Prozent der Haushalte am Gesamtgeldvermögen von 46 Prozent (1993) auf über die Hälfte (1998).⁵ Diese Tendenz setzte sich in den vergangenen Jahren weiter fort. Die Begriffsdefinition von ver.di bezieht sich in erster Linie auf den Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit und sieht in der öffentlichen Armut die Armut des Staates, der sich Geld von privaten reichen Einzelpersonen oder Institutionen wie Banken etc., also den Besitzern großer Geldvermögen, leihen muss, um seinen Aufgaben nachzukommen. Diese Staatsschulden müssen von der Mehrheit der Bevölkerung über Steuerzahlungen finanziert werden, während den privaten Besitzern der Geldvermögen die Zinsen zufließen. Die Divergenz zwischen ‚öffentlicher‘ Armut und ‚privatem Reichtum‘ kommt also durch einen permanenten Umverteil-

³ Vgl. Schlingensiepen, Ilse: Gesundheit, Geld und Gerechtigkeit – die Prioritäten variieren bei EU-Bürgern stark. In: Ärzte Zeitung vom 21.02.2008.

⁴ William Henry Beveridge (1879 – 1963), britischer Ökonom und Sozialpolitiker

⁵ Vgl. ver.di: Steuergerechtigkeit Kampagne 2002/03. Öffentliche Armut – privater Reichtum.

lungsprozess zwischen steuerzahlenden Beschäftigten und Vermögensbesitzern zustande.

Nach der mehr ökonomisch ausgerichteten Definition von Jarass und Obermair sind in der ‚öffentlichen Armut‘ in erster Linie die chronisch leeren Kassen der öffentlichen Haushalte zu sehen, die seit 2001 aufgrund drastischer Einbrüche bei den Ertragssteuern (Unternehmen-, Gewerbe- und Vermögensteuer) noch weiter in die roten Zahlen gerutscht sind.⁶ Während die Staatsverschuldung von gut 500 Mrd. € (1990) auf über 1.500 Mrd. € (2007) anstieg, erhöhte sich das Geldvermögen in privater Hand im gleichen Zeitraum von knapp 2.000 Mrd. € auf 4.564 Mrd. €.⁷ Darunter lassen sich auch jene privaten Kapitalgesellschaften subsumieren, die als Versicherungsunternehmen Leistungen im Gesundheitswesen anbieten. Diese Entwicklung führte zu einem deutlichen Rückgang der öffentlichen Investitionen, von dem vor allem die Kommunen betroffen sind, die sich mittlerweile einem stetig steigenden Investitionsbedarf gegenübersehen. Es liegt auf der Hand, dass von diesem Investitionsstau gerade jene Einrichtungen des Gesundheitswesens betroffen sind, die sich in kommunaler Trägerschaft befinden, wie es bei vielen Kliniken und Krankenhäusern der Fall ist. Kontrovers werden in diesem Zusammenhang die Rolle und die Aufgaben des Staates diskutiert, die sich zwischen den Polen Fürsorgepflicht und Gewährleistungsprinzip bewegen.

Internationale Vergleiche folgen zumeist einer bevölkerungsbezogenen Armutsdefinition. So misst die so genannte Armutsgefährdungsquote nach EU-Definition den Anteil derjenigen Personen, welche mit weniger als 60 Prozent des Durchschnittseinkommens der gesamten Bevölkerung auskommen müssen. Die Zahlen der Europäischen Statistikbehörde Eurostat aus dem Jahr 2006 belegen, dass Deutschland im Ranking der EU-Staaten mit einer Quote von 13 Prozent derzeit weit von einem unteren Tabellenplatz entfernt ist. So gelingt es dem Sozialstaat, durch Transferleistungen für eine erfolgreiche Umverteilung von oben nach unten zu sorgen. Diese hat jedoch dort ihre Grenzen, wo durch hohe Kosten der Sozialpolitik gleichzeitig der Wohlstand der gesamten Gesellschaft verringert wird.⁸ Zu den Reichen zählen in Deutschland über 8,8 Prozent der Bevölkerung, deren Vermögen stetig zunimmt.⁹

Völlig konträr verhält sich die Begriffsdefinition bei reichen Ländern wie beispielsweise den erdölexportierenden Staaten, die sich angesichts voller öffentlicher Kassen den

⁶ Vgl. Jarass/Obermair: Privater Reichtum und öffentliche Armut. Wiesbaden 03/2005.

⁷ Vgl. Deutsche Bundesbank: Geldvermögen private Haushalte. Stand: 29.07.2008.

⁸ Vgl. Louis, Lisa: Europavergleich: „Der Armutsbericht wird aufgebauscht.“ In: *stern* vom 21.05.2008

⁹ Vgl. PR-inside.com: Fakten und Daten zu Armut und Mindestlohn. 19.05.2008.

Luxus einer kostenlosen Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung leisten können. Dem reichen Staat steht hier jedoch eine strukturell als arm zu bezeichnende Bevölkerungsmehrheit gegenüber, die auf die sozialen Fürsorgeleistungen des Staates angewiesen ist.

2.2 Staatsverschuldung und private Geldvermögen, insbesondere im Gesundheitswesen

Offiziell ist die Staatsverschuldung mittlerweile auf 1,55 Billionen Euro angewachsen (Stand: 31.12.2007). Damit lag – laut Statistischem Bundesamt in Wiesbaden – die Verschuldung der öffentlichen Haushalte noch einmal um 0,5 Prozent höher als im Jahr 2006. Rechnerisch entfällt somit auf jeden Einwohner am Jahresende 2007 eine Schuldenlast von 18.800 Euro. Davon wird der überwiegende Teil zur Finanzierung von Deckungslücken zwischen öffentlichen Einnahmen und Ausgaben verwendet.¹⁰



Abb. 1. Staatsverschuldung in Deutschland von 1968 bis 2006.
(Quelle: www.staatsverschuldung.de)

¹⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland: Pressemitteilung Nr. 203 vom 02.06.2008.

Die Schuldenstandsquote des Bundes, also der staatliche Schuldenstand im Verhältnis zum nominalen Bruttoinlandsprodukt, liegt aktuell bei 63,1%.¹¹ Bereits im Jahr 2003 veröffentlichte die Brüsseler EU-Kommission eine Prognose, nach der die deutsche Staatsverschuldung bis 2010 auf 78 Prozent des BIP anwachsen könnte.¹²

Neben dieser *expliziten* Verschuldung, die sich aus den staatlichen Verbindlichkeiten ergibt, wird heute bereits kontrovers über die *implizite* Verschuldung diskutiert, die aus den Ansprüchen der umlagefinanzierten Sozialversicherungen an den Staat (Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie Beamtenpensionen) resultiert. Berechnungen des Vorstandsmitglieds der Stiftung Marktwirtschaft Bernd Raffelhüschen zufolge beläuft sich die angehäuften Staatshypothek zugunsten künftiger Generationen mittlerweile auf knapp vier Billionen Euro.¹³ Auch wenn diese Daten immer wieder angezweifelt werden, so konnten sie bisher nicht schlüssig widerlegt werden. Fest steht jedenfalls, dass sich der Staat zur Finanzierung seiner laufenden Sozialleistungen mit einer Summe verschuldet hat, die den Generationenvertrag, einen der Grundpfeiler unseres Sozialstaates, ernsthaft infrage stellt.

Durch die Zinserträge, die sich aus den Zinslasten des Schuldners Staat ergeben, wachsen auf der anderen Seite die privaten Geldvermögen, die sich aktuell auf ca. 4,56 Billionen Euro (2007) belaufen. Je mehr die Schuldenlast der öffentlichen Haushalte steigt, desto höher werden die Forderungen der privaten Gläubiger. Dieser gesamtwirtschaftliche Mechanismus funktioniert nur auf dem Boden eines stetig wachsenden Sozialproduktes, das auf Dauer und im Durchschnitt mindestens um die Rate des Kreditzinses zunehmen muss. Zeiten eines stagnierenden Wirtschaftswachstums vertiefen diese Kluft nur noch weiter und führen zu einer unvermeidlichen Entwertung von (Staats-)Schulden *und* (privaten) Vermögen.

Unter der Finanzmisere der öffentlichen Haushalte hat unweigerlich auch die Qualität des Gesundheitswesens zu leiden. Die wachsende Staatsverschuldung und die politische Zweckentfremdung von Beitragszahlungen zur gesetzlichen Krankenversicherung beispielsweise für den Aufbau Ost lassen deren finanzielle Rücklagen abschmelzen und verringern eklatant ihren Handlungsspielraum. Was sich in einem immer weiter schrumpfenden Leistungskatalog der GKV, klaffenden Finanzierungslücken bei dringend erforderlichen Krankenhausinvestitionen oder einem fortschreitenden Personalabbau im Gesundheitswesen offenbart, ist Ausdruck jener zunehmenden ‚öffentlichen Armut‘. Kein Zweifel, das deutsche Gesundheitssystem geht ohne einschneidende

¹¹ Vgl. Wikipedia: Staatsverschuldung.

¹² Vgl. Brost et al.: Eingeschnürt und abgewürgt. In: DIE ZEIT, Nr. 22 vom 22.05.2003.

¹³ Vgl. SPIEGEL ONLINE: Staat müsste vier Billionen Euro zurücklegen. 10.07.2008.

Veränderungen schweren Zeiten entgegen. Der Gesundheitsökonom und SPD-Abgeordnete Karl Lauterbach behauptete bereits im Jahr 2003: "Ohne massiven Umbau ist das System nicht überlebensfähig - schon 2010 droht sonst der Finanzkollaps".¹⁴ Eine radikale Umstrukturierung hat jedoch bisher nicht stattgefunden.

Dabei reichen die Wurzeln dieser prekären Situation weit zurück, genau gesagt in die Spätphase der Regierungszeit Konrad Adenauers. Der greise Kanzler hatte sich mit einigen unpopulären Entscheidungen bei der Bevölkerung unbeliebt gemacht, was zu einem Ansehensverlust vor der anstehenden Bundestagswahl 1957 geführt hatte. Daher machte er die weit verbreitete Altersarmut zu seinem zentralen Wahlkampfthema und führte mit der im Januar 1957 verabschiedeten Rentenreform eine dramatische Änderung der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland herbei. Allen Bedenken von Kritikern zum Trotz wurde von dem bisher gültigen Kapitaldeckungsverfahren auf das Umlageverfahren umgestellt. Durch die Einführung einer bruttolohnbezogenen dynamischen „Vollrente“ kam es zu einer spürbaren Erhöhung der Rentenbezüge, womit sich Adenauer letztendlich seine Wiederwahl sicherte. Mit dieser Entscheidung wurde das Alternativmodell eines Zwei-Säulen-Systems, bestehend aus staatlicher Grundrente und privater Sparrente, als solide Grundlage für den Generationenvertrag kurzfristigen wahltaktischen Überlegungen geopfert.¹⁵ Unter Fachleuten ist unbestritten, dass mit der fehlenden Berücksichtigung des demographischen Wandels der deutschen Bevölkerung die Weichen in Richtung des heutigen Dilemmas der Sozialversicherungssysteme gestellt wurden.¹⁶ Insofern ist diese ‚öffentliche Armut‘ selbstverschuldet, da die damals vereinbarte Lastenverteilung eindeutig zu Ungunsten der nachfolgenden Generationen ging. Für eine tiefgreifende Korrektur fehlte bisher der politische Mut.

Der ‚private Reichtum‘ im Gesundheitswesen konzentriert sich heutzutage bei den privatrechtlich organisierten Versicherungsunternehmen, die den Veränderungen in der Alterspyramide weitaus effizienter begegnen. Deren Altersdeckungsrückstellungen werden als Kapitalanlagen verzinst und führen zu einer weniger starken Beitragsprogression, als durch Inflation, höhere medizinische Versorgungskosten und allgemeine Kostensteigerung erforderlich wäre. Durch die so gebildeten Rücklagen generieren die privaten Krankenversicherungen Einnahmen zusätzlich zu den regulären Beiträgen und sind in der Lage, mit der rasanten Entwicklung auf dem Gesundheitsmarkt Schritt zu halten. Wie schlecht es um die maroden öffentlichen Kassen steht, wird auch da-

¹⁴ Lauterbach, Karl: Finanzkollaps in sieben Jahren. In: Arzt & Wirtschaft, Heft 5/2003, S.13.

¹⁵ Vgl. Wikipedia: Rentenreform 1957.

¹⁶ Vgl. Steingart, G.: Deutschland. Der Abstieg eines Superstars. München 2004, S. 190 ff.

durch deutlich, dass die leistungsstarken PKV teilweise die Quersubventionierung der GKV übernommen haben, ohne die die Finanzierung vieler Arztpraxen nicht mehr möglich wäre.¹⁷ Dass diese Diskrepanz zwischen den staatlichen und den privatwirtschaftlichen Versicherungssystemen Begehrlichkeiten weckt, war bei der Diskussion um die Einführung des Gesundheitsfonds deutlich zu vernehmen.

3 Rolle und Aufgaben des Staates

3.1 Kernaufgaben des Staates

Mit Blick auf die Kernaufgaben des Staates ließen sich sechs zentrale Bereiche definieren: äußere Sicherheit, innere Sicherheit, soziale Gerechtigkeit, Bildungssystem, öffentliche Infrastruktur und kulturelle Vielfalt, so der FDP-Vorsitzende Guido Westerwelle in einem Interview mit dem Tagesspiegel.¹⁸ Und Ernst Benda, Präsident des Bundesverfassungsgerichts a. D., zählt zu den klassischen Kernaufgaben diejenigen verfassungsrechtlich bestimmten Staatsaufgaben, „die auf den Schutz der territorialen Integrität, die Aufrechterhaltung der inneren Ordnung sowie die Sicherung einer finanziellen Basis des Staates durch Abgabenerhebung gerichtet sind...“.¹⁹

3.2 Rolle des Staates im Gesundheitswesen

Aus oben genannten Definitionen wird deutlich, dass eine Kernkompetenz des Staates darin besteht, für sozialen Ausgleich zu sorgen. Dabei wird oft vergessen, dass die allgemeine Krankenversorgung – anders als in Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem wie z.B. Großbritannien – in Deutschland nicht zu den primären Staatsaufgaben gehört. Der Staat als Wohlfahrtsstaat reguliert zwar die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, er hat jedoch nicht für die Befriedigung aller Gesundheitswünsche seiner Bürger zu sorgen, was lange Zeit suggeriert wurde. Diese sozialstaatliche Indoktrinierung scheint sich nun selbst ad absurdum zu führen. Die direkte Verantwortlichkeit eines Fürsorgestaates für die Gesundheit seiner Bürger ist meiner Ansicht nach in einer modernen Gesellschaft weder bezahlbar noch erstrebenswert. Daraus leitet sich die Forderung ab, dass die Verantwortung für die eigene Gesundheit wieder auf

¹⁷ Vgl. Korzilius/Gerst: GKV-Ausstieg: „Wir machen das cool, ohne Hektik“. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 17/2008, S. A-863.

¹⁸ Vgl. DER TAGESSPIEGEL: Was haben die Liberalen noch zu sagen, Herr Westerwelle? 03.11.2001.

¹⁹ Benda, Ernst: Kernaufgaben des Staates und Entflechtung staatlicher Aufgaben. Vortrag am 19.05.2005 im Haus der Geschichte in Bonn.

das Individuum zurückfallen muss, wo sie nach ärztlichem Verständnis zuvörderst liegen sollte.²⁰

Ginge es nach dem Willen der Politik, so fände wohl kaum eine umfassende Verlagerung der Gesundheitsversorgung in den Privatbereich statt. Denn womit ließe sich gerade in Wahlkampfzeiten öffentlichkeitswirksam mehr punkten als mit der Verteilung staatlicher Wohltaten. Gleichwohl scheint der Weg vom Wohlfahrtsstaat zum Gewährleistungsstaat unumkehrbar, wenn bereits Staats- und Verwaltungsrechtler äußern, wir hätten längst eine Trennung zwischen hoheitlichen Staatsaufgaben auf der einen und durch private bzw. körperschaftliche Selbstverwaltung übernommene Aufgaben auf der anderen Seite.²¹ Die Gründe für diese Aufspaltung sind vielfältig: neben der unumkehrbaren demographischen Entwicklung spielen die überproportional anwachsenden Kosten im Gesundheitswesen, das gestiegene Anspruchsdenken und die überzogene Versorgungsmentalität der Versicherten die Hauptrolle. Der Sozialforscher Meinhard Miegel meint: „Um den Sozialstaat stünde es heute besser, wenn ihm nicht so viele vertrauten.“²² Damit rückt immer mehr eine staatlich garantierte gesundheitliche Grundversorgung ins Blickfeld, da der Generationenvertrag eine Rundum-Fürsorge wie bisher nicht mehr zu leisten imstande ist.

Ein Kerngedanke der staatlichen Verantwortlichkeit bleibt jedoch das Streben nach sozialer Gerechtigkeit. Einer der Gründe für die Ungleichheit zwischen den Bevölkerungsschichten ist beispielsweise in der Zugangsmöglichkeit zur Gesundheitsversorgung zu sehen. In diesem Punkt stellt eine aktuelle, europaweit durchgeführte vergleichende Studie der deutschen Sozialpolitik ein gutes Zeugnis aus. Darin wurde mit sinkendem Ausbildungsniveau eine Abnahme des Gesundheitszustandes evident. In Deutschland sei dieses Ungleichgewicht europaweit am schwächsten ausgeprägt.²³

²⁰ Vgl. Brökelmann, Jost: Das deutsche Gesundheitswesen muss sich nach Europa orientieren. Offener Brief an Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel vom 14.03.2006

²¹ Vgl. Baier, Horst: Gesundheitsreform durch Staatszwang statt Selbstregulierung. In: Versicherungsmedizin, Heft 4/2007, S. 161 – 162.

²² Miegel, Meinhard: Die deformierte Gesellschaft. Berlin 2002, S. 255.

²³ Vgl. Mackenbach/Stirbu/Roskam et al.: Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. In: New England Journal of Medicine, Heft 23/2008, S. 2468 – 2481.

4 Einzelbetrachtung ausgewählter europäischer Gesundheitssysteme

Die europaweite Ausprägung der Gesundheitssysteme ist äußerst heterogen. In kaum einem anderen Bereich der Sozialpolitik spielen nationale Traditionen und Strukturen eine größere Rolle als im Gesundheitswesen. Daher sind Ländervergleiche und qualitative Bewertungen der einzelnen Systeme von vornherein als äußerst problematisch anzusehen.

Innerhalb Europas unterscheidet man zwischen zwei Grundtypen von Gesundheitssystemen: den beitragsfinanzierten so genannten *Bismarck-Systemen* und den steuerfinanzierten *Beveridge-Systemen*. Kennzeichnend für die Bismarck-Modelle Mitteleuropas sind das Prinzip der ärztlichen Selbstverwaltung und eine gesetzliche Pflichtversicherung, die auf dem Sachleistungsprinzip beruht. Das bedeutet, dass medizinische Leistungen direkt von den Krankenkassen bezahlt werden. Diese im Allgemeinen teureren Systeme werden jedoch gerade in Zeiten angespannter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen als problematisch angesehen und geraten immer mehr aus der Mode. Außer in Deutschland werden sie nur noch in Frankreich und Holland praktiziert. Dagegen hat sich in den meisten westlichen EU-Ländern die steuerfinanzierte Variante durchgesetzt. In Großbritannien, Schweden und Dänemark finanziert sich das Gesundheitssystem vollständig aus Steuergeldern. In anderen Staaten wie Italien oder Spanien kommen Mischformen zum Einsatz. Das Beveridge-Modell, benannt nach dem britischen Ökonomen Sir William Beveridge, ist bis heute der Prototyp eines staatlich organisierten Gesundheitswesens. Dessen Inanspruchnahme ist zwar größtenteils kostenlos, dafür müssen bürokratische Hemmnisse, lange Wartezeiten und eine ausgeprägte Zwei-Klassen-Medizin in Kauf genommen werden.

4.1 Deutschland

In internationalen Vergleichen wird das deutsche Gesundheitswesen oft als teuer, jedoch qualitativ nur mittelmäßig dargestellt. Dieser Behauptung liegt in erster Linie eine international als wissenschaftlich nicht haltbar zurückgewiesene Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2000 zugrunde, die Deutschland im Ländervergleich nur auf Platz 25 sieht.²⁴ Fest steht, dass sich in Deutschland die Gesamtausgaben für das Gesundheitssystem im Jahr 2006 auf 10,6% des BIP beliefen und damit um mehr als 1,5 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der OECD-Staaten (8,9%) lagen. Nur die USA, die Schweiz und Frankreich weisen derzeit höhere Werte auf.²⁵

²⁴ Vgl. WHO: The world health report 2000 – Health systems: improving performance.

²⁵ Vgl. OECD: OECD-Gesundheitsdaten 2008. Deutschland im Vergleich.

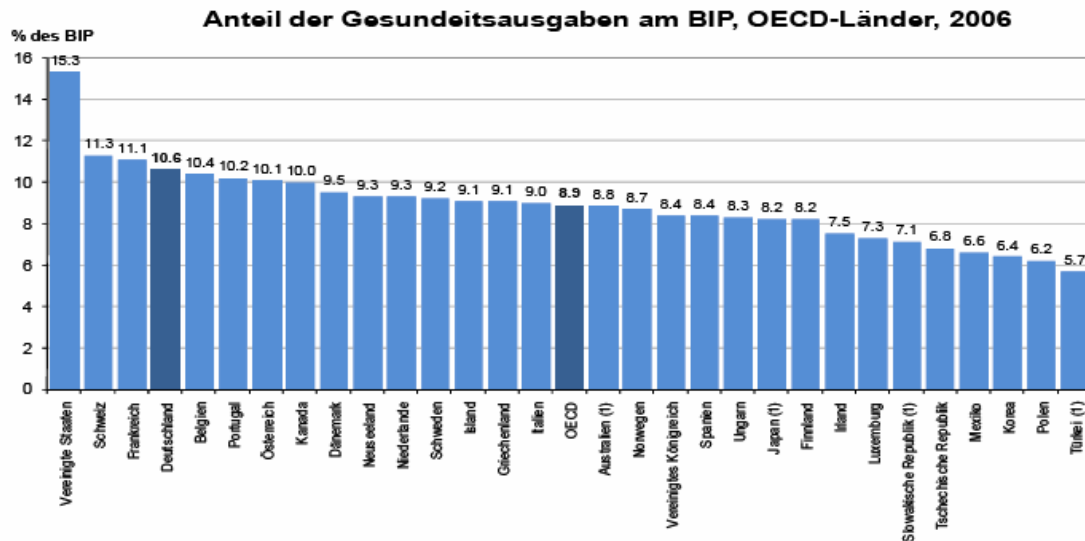


Abb. 2: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, OECD-Länder im Jahr 2006.
(Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 06/2008)

Bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben belegt Deutschland mit 2608 Euro pro Jahr innerhalb der EU den vierten Platz. Bei den Qualitätsindikatoren liegt es dieser Erhebung zufolge allerdings nur im Mittelfeld.²⁶ Insgesamt verfügt Deutschland jedoch über ein sehr leistungsfähiges Gesundheitswesen mit einem umfassenden Leistungskatalog und einer überdurchschnittlichen Zahl an Ärzten und Fachärzten. Dies spiegelt sich unter anderem in der Tatsache wider, dass Deutschland verglichen mit vielen anderen Ländern eine Spitzenstellung hinsichtlich geringer Wartezeiten einnimmt.²⁷

Träger der deutschen Gesundheitspolitik sind der Bund und die Länder. Sie übertragen staatliche Aufgaben größtenteils auf andere Institutionen wie Körperschaften des öffentlichen Rechts (z.B. Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen und Berufsgenossenschaften) und private Anbieter (z.B. Arztpraxen, Apotheken). Der Krankenhaussektor in Deutschland unterliegt weitgehend dezentralen und regionalen Steuerungsmechanismen. Er ist gekennzeichnet durch eine Struktur, in der öffentliche, freigeinnützige und private Träger agieren.

Finanziert wird dieses auf Bismarck (1883) zurückgehende Sozialversicherungssystem – anders als z.B. in Großbritannien – durch Beiträge aus gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Die meisten Deutschen sind in der GKV als Arbeitnehmer pflichtversichert, die laut § 12 Abs. 1 SGB V alle medizinischen Leistungen garantiert, die „ausrei-

²⁶ Vgl. FOCUS ONLINE : Deutschland ist teures Mittelmaß. 31.10.2007.

²⁷ Vgl. IGSF Kiel: Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich. Pressemitteilung zur Pressekonferenz am 19.04.2004 in Berlin.

chend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sind und „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Die Krankenversicherungsbeiträge werden als Prozentsatz des Bruttoeinkommens festgelegt und richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Entrichtet werden sie paritätisch vom Versicherten und seinem Arbeitgeber. Diese beiden Komponenten sind Grundlage des Solidaritätsprinzips, durch das ein Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Beziehern hoher und weniger hoher Einkommen, Jungen und Alten sowie Familien und Alleinstehenden geschaffen werden soll. Ab einer bestimmten Versicherungspflichtgrenze steht die Entscheidung frei, bei der GKV zu bleiben oder in eine PKV zu wechseln (ca. 9% der Versicherten). Zu den Mitglieder einer PKV zählen Personen, die aufgrund ihres Einkommens nicht versicherungspflichtig sind, Selbständige oder Beamte. Die Beiträge richten sich nach Leistungsumfang, Gesundheitszustand, Geschlecht und Eintrittsalter.

4.2 Großbritannien

In Großbritannien gibt es keine mit Deutschland vergleichbare gesetzliche Krankenversicherungsstruktur. Fundament des britischen Gesundheitssystems ist der 1948 gegründete und überwiegend steuerfinanzierte Nationale Gesundheitsdienst (*National Health Service* – NHS), der zum Inbegriff eines staatlich verwalteten Gesundheitswesens wurde und für viele europäische Länder Vorbildcharakter hat. Er garantiert allen Menschen, die ihren Wohnsitz in Großbritannien haben, den gleichen und größtenteils kostenlosen Zugang zu medizinischen Leistungen, unabhängig von ihrer materiellen Situation oder ihrem Beschäftigungsstatus. Private Versicherungen spielen nur eine geringe Rolle und sind lediglich dazu gedacht, um eine schnellere Behandlung und medizinische Zusatzleistungen zu bekommen.

Zu mehr als 80 Prozent finanziert sich das Budget des NHS aus allgemeinen Steuergeldern, weitere rund 15 Prozent sind aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen indirekt beitragsfinanziert. Lediglich drei bis vier Prozent werden durch Eigenleistungen der Patienten erbracht.²⁸

Eine zentrale Rolle in der britischen Gesundheitsversorgung spielt das so genannte Hausarztprinzip. Allgemeinärzte, die so genannten *General Practitioners* (GP), bilden nämlich zu 95 Prozent die erste und obligatorische Anlaufstelle im Gesundheitssystem, stellen die Primärversorgung sicher und überweisen die Patienten an Fachärzte und Krankenhäuser. Vergütet werden die Mediziner über Kopfpauschalen, also der Zahl

²⁸ Vgl. PKV Publik: Rationierung und Wartezeit im britischen Gesundheitssystem. Heft 4/2007, S. 44 – 47.

der bei ihnen registrierten Patienten. Im stationären Bereich erfolgt die Leistungserstattung über Globalbudgets für einzelne Leistungsbereiche und über Fallpauschalen. Im NHS werden alle medizinischen Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip erbracht.^{29,30}

Eines der Kernprobleme des britischen Gesundheitssystems ist die seit jeher unzulängliche Finanzausstattung. Im weltweiten Vergleich sind die Gesundheitsausgaben in Großbritannien eher gering. Lediglich 8,4 Prozent (2006) des BIP fließen in das Gesundheitssystem. Damit liegen die Briten nicht nur weit von Werten der USA (15,3), der Schweiz (11,3) und Deutschlands (10,6) entfernt, sondern auch unter dem Durchschnitt der OECD-Länder (8,9).³¹ Im Zuge einer politischen Aufwertung der lange vernachlässigten medizinischen Versorgung steigt dieser Anteil jedoch seit einigen Jahren kontinuierlich an. Aber noch immer gehören die Wartelisten im Vereinigten Königreich zu den längsten in Westeuropa. Gerade bei den elektiven Eingriffen betragen die Wartezeiten oft Monate, manchmal sogar Jahre. Schuld für diese Versorgungsengpässe sind ein weit verbreiteter Ärztemangel und qualitative Leistungsdefizite. Hinzu kommt, dass die Patienten aufgrund der weitgehend unentgeltlichen Behandlungen kein Kostenbewusstsein für medizinische Dienstleistungen entwickeln.

4.3 Schweden

Schweden verfügt – ähnlich wie Großbritannien – über ein verstaatlichtes Gesundheitswesen, dessen Finanzierung ebenfalls weitgehend aus Steuermitteln erfolgt. Es gehört damit zwar zu den „Beveridge-Systemen“, verfolgt aber einen eigenen, stark universalistisch geprägten, sozialdemokratischen Ansatz. Mit einer eigenwilligen Symbiose aus international offenen Märkten und einem national stark reglementierten Wohlfahrtsstaat galt das schwedische Modell lange Zeit als nacheifernswerter dritter Weg zwischen Kapitalismus und Sozialismus. Als dieser in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts in eine Sackgasse führte, erzwangen Reformen eine Ausrichtung hin zu mehr Marktwirtschaftlichkeit in den Sozialversicherungssystemen. Damit setzt Schweden nun auf eine Kombination aus freien Märkten und einem generösen Sozialstaat. Alle Bewohner Schwedens haben gleichen Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung, die – anders als in Deutschland und Großbritannien – stark dezentralisiert ist. So wurden im Zuge gesundheitspolitischer Reformen nationale ge-

²⁹ Vgl. PKV Publik: Rationierung und Wartezeit im britischen Gesundheitssystem. Heft 4/2007, S. 44 – 47.

³⁰ Vgl. Britische Botschaft Berlin: Das Gesundheitssystem in Großbritannien. 07/2004.

³¹ Vgl. OECD: OECD-Gesundheitsdaten 2008. Deutschland im Vergleich.

sundheitspolitische Kompetenzen zunehmend auf die regionale und lokale Ebene verlagert. Dem Staat kommt nur noch die Aufgabe zu, die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung festzulegen und die Ausrichtung der Gesundheitspolitik zu bestimmen.³²

Verglichen mit anderen, ähnlich hoch entwickelten Ländern ist das schwedische Gesundheitssystem sehr leistungsfähig. Mit eher mäßigen Ausgaben von 9,2 Prozent (2006) des BIP und Maßnahmen zur Kostenbegrenzung werden sehr gute medizinische Ergebnisse erzielt, was zu einem hohen Zufriedenheitsgrad in der Bevölkerung geführt hat. Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung basieren zu 71 Prozent auf Steuern, die lokal auf Provinzebene erhoben werden; die restliche Summe setzt sich aus staatlichen Beihilfen (16 Prozent), Patientengebühren (3 Prozent) und anderen Beiträgen zusammen. Ein Großteil der medizinischen Versorgung findet in Gesundheitszentren statt, in denen Spezialisten aus verschiedenen Disziplinen zusammenarbeiten. Patienten sollten dabei ihren Arzt frei wählen können.³³

Doch trotz einer Platzierung in der Spitzengruppe von 26 europäischen Staaten – wie bei einem Vergleich von Gesundheitssystemen im Euro Health Consumer Index 2006 ermittelt³⁴ – werden die Wartezeiten gerade in der stationären Versorgung zunehmend länger und weisen Wartelisten auf eingeschränkte Zugangsmöglichkeiten hin. Bisher hat sich das schwedische Modell jedoch als systembedingt reformfreudig erwiesen und scheint aufgrund der staatlichen Steuerung schneller Lösungswege zu finden, als das in einem pluralistisch und korporatistisch organisierten System wie dem deutschen der Fall wäre.

5 Aktuelle Probleme und Reformbestrebungen

Angesichts des wirtschaftlichen und sozialen Wandels sowie der veränderten politischen und fiskalischen Grundstrukturen erscheinen die aktuell gültigen Sozialstaatsmodelle in Europa dringend reformbedürftig. Allen Ländern gemein ist ein wachsender Dualismus zwischen ‚öffentlicher Armut‘ und ‚privatem Reichtum‘. Der dadurch erzeugte Kostendruck wirft die Fragen auf: Wie lassen sich die steigenden Kosten im Gesundheitswesen künftig bewältigen? Wie soll der medizinische Fortschritt finanziert werden? Wie lautet die Antwort des Staates auf den demographischen Wandel? Dar-

³² Vgl. Schwedisches Institut: Das schwedische Gesundheitswesen. 01/2007.

³³ Vgl. a.a.O.

³⁴ Vgl. Health Consumer Powerhouse: Euro Health Consumer Index 2006.

auf hat bislang kein Land ein allgemein gültiges Patentrezept gefunden. Aus der jeweils individuellen politischen Kultur und Geschichte heraus sucht jeder Staat für sein Gesundheitssystem nach einer neuen Balance zwischen Zukunftsfähigkeit auf dem Boden einer soliden Finanzierungsbasis und dem gesellschaftlichen Ideal der Bürgersolidarität.

5.1 Deutschland

5.1.1 Gleiche Gesundheitsleistungen für alle – eine deutsche Illusion

Bislang wurde den Bürgern in Deutschland von den politisch Verantwortlichen die Maxime vermittelt, der Staat kümmere sich um alle wichtigen Belange des täglichen Lebens, so auch um eine bestmögliche Gesundheitsversorgung. Noch 2006 erklärte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, sie wolle „die beste medizinische Versorgung“ für alle gesetzlich Versicherten.³⁵ Und vor Beginn des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm wies sie in einem Interview der Frankfurter Allgemeinen Zeitung den Vorwurf der Rationierung von Gesundheitsleistungen zurück.³⁶ Dieses Thema wird in der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland tunlichst umgangen, ja sogar tabuisiert. Gleichwohl wurde in den letzten Jahren eine Vielzahl medizinischer Leistungen aus dem Katalog der GKV ausgegliedert. Die gesetzlich Versicherten bekommen zu spüren, dass in Zeiten knapper Mittel der Staat seinen Anspruch einer Rundum-Versorgung nicht mehr erfüllen kann. Und so verwundert es nicht, dass einer Studie des Mannheimer Zentrums für Europäische Sozialforschung zufolge bereits zwischen 1996 und 2002 die Zufriedenheit der Deutschen mit ihrem Gesundheitssystem von knapp 64 Prozent auf 31 Prozent zurückgegangen ist. Ursächlich für den Vertrauensschwund sei, dass die Bürger eine umfassende Verantwortung des Staates für den Zugang zu Gesundheitsleistungen forderten, während durch Reformen im Gesundheitswesen eher der Anteil der Eigenverantwortung erhöht wurde.³⁷ Dennoch beginnt sich langsam aber stetig die Erkenntnis durchzusetzen, dass die Vorstellung von der perfekten Einheitsmedizin für alle eine deutsche Illusion ist. Schließlich ist eine zunehmende Zahl von Patienten bereit, medizinische Zusatzleistungen und eine höherwertige Gesundheitsversorgung selbst zu finanzieren. Dementsprechend wächst der Markt für private Gesundheitsprodukte jähr-

³⁵ Vgl. Guzek, Gaby: Gesetzlich Versicherte im Nachteil. Zwei-Klassen-Medizin: Von der Politik verordnet. Sonderdruck aus durchblick gesundheit, Heft 2/2006, S. 1.

³⁶ Vgl. Mihm, Andreas: Im Gespräch: Gesundheitsministerin Ulla Schmidt. In: FAZ vom 19.05.2008.

³⁷ Vgl. Wendt, Claus: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder. In: WSI-Mitteilungen, Heft 7/2007.

lich um sechs Prozent – doppelt so schnell wie der erste Gesundheitsmarkt.³⁸ Nachdem der Bürger in Zukunft mit immer weniger staatlicher Unterstützung zu rechnen hat, wird sich das Thema Gesundheit zwangsläufig immer mehr in den Privatbereich verlagern.

5.1.2 Vom Wohlfahrtsstaat zum Gewährleistungsstaat

Damit einhergehend wird sich auch das Verständnis von der Rolle des Staates bei der Gesundheitsversorgung ändern. Mit der unvermeidlichen Beschneidung seiner Fürsorgeleistungen hat sich der *Wohlfahrtsstaat* bisheriger Prägung überlebt. In den Mittelpunkt einer verschobenen Staatsdefinition und eines neuen Sozialmodells rückt nun der *Gewährleistungsstaat*, dessen Aufgabe darin besteht, Balance zu halten zwischen dem ausufernden Wohlfahrtsstaat deutscher Prägung und der Vorstellung von einem Minimalstaat, wie er von Margaret Thatcher und Ronald Reagan proklamiert worden ist. Damit soll ein dritter Weg beschritten werden, der eine Synthese schaffen soll zwischen den Vorzügen der freien Marktwirtschaft und denen der intervenierenden Planwirtschaft.³⁹ Im Gesundheitswesen soll dieser Staat unter dem Leitbild von sozialer Gerechtigkeit nur noch die politischen Rahmenbedingungen festlegen und nicht in die Pflicht genommen werden können, jeden einzelnen Bürger zu alimentieren. Betont werden seine Eigenschaften als pluralistisch und demokratisch, die nun vermehrt Verteilungskonflikte zulassen, in denen sich das Individuum behaupten und stärker für seine eigene Gesundheit sorgen muss. Dies ist der Tribut, den die ‚öffentliche Armut‘ in Form chronisch leerer Staatskassen den gesetzlich versicherten Bürgern abverlangt. Möglich wird im Gewährleistungsstaat allenfalls eine staatlich garantierte Grundversorgung sein, die nur die absolut lebensbedrohlichen Gesundheitsrisiken und die ärztliche Notfallversorgung abdecken kann.⁴⁰

5.2 Großbritannien

5.2.1 Der Staatsdirigismus als Auslaufmodell

Europaweite Probleme im Gesundheitssektor erzwingen nicht nur im korporatistischen deutschen Beitragssystem Reformen, auch im steuerfinanzierten Einheitskassensystem Großbritanniens sind strukturelle Veränderungen unausweichlich. Zwar gilt das im

³⁸ Vgl. Schmitt, Stefan: Beste Versorgung kostet extra. In: Rheinischer Merkur, Nr. 9 vom 28.02.2008.

³⁹ Vgl. Adam, Konrad: Lang lebe der Gewährleistungsstaat! In: DIE WELT vom 05.05.2004.

⁴⁰ Vgl. Brökelmann, Jost: Wir Ärzte haben es in der Hand, welches Gesundheitssystem Deutschland haben wird. MAO-BAO Aktuell Extra vom 31.07.2006.

NHS verwirklichte Prinzip der Gleichheit der medizinischen Betreuung immer noch als eine der größten Errungenschaften der Nachkriegszeit, an dem nicht grundlegend gerüttelt werden wird. Dennoch wird die sehr rigide und dirigistische Rolle des britischen Staates zunehmend aufgeweicht. Viele der vom NHS betriebenen Krankenhäuser sind bereits in die privatwirtschaftliche Führung entlassen worden, und besonders erfolgreichen Krankenhäusern (*Foundation Hospitals*) wird mit dem Ziel eines *patient-led* (patientenorientierten) NHS mehr finanzielle Unabhängigkeit und ein größerer Gestaltungsspielraum bei Managemententscheidungen zugestanden. Mittlerweile fungiert der NHS vor allem als Einkäufer medizinischer Leistungen. Bisher führte die Monopolrolle des Staates zu einer Wettbewerbsverzerrung auf dem Gesundheitsmarkt, ein Wettbewerb, der zudem kaum stattfand.⁴¹ So setzt sich unter dem Eindruck einer zunehmenden wirtschaftlichen Liberalisierung auch bei der Labour Party die Erkenntnis durch, dass sich auf gesundheitsökonomischem Gebiet eine stärkere Belebung in Zukunft positiv auswirken wird. Dabei sollen nicht reine Kosten-Nutzen-Entscheidungen im Vordergrund stehen, sondern eine sachgerechte Versorgung, bei der Konkurrenzsituationen durch partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten im Sinne eines Vertragsmodells ersetzt werden sollen.

5.2.2 „The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform“

Beabsichtigte Veränderungen gehen gerade im Gesundheitswesen nicht ohne erhebliche Investitionen einher. Anders als beispielsweise in Deutschland werden in Großbritannien schon seit Jahren die Gesundheitsausgaben erhöht. Lange Zeit war der NHS im Verhältnis zu Gesundheitssystemen vergleichbarer Länder chronisch unterfinanziert. Wachsende öffentliche Kritik an den Missständen und die fehlende Adaptation des NHS an gesellschaftliche Veränderungen führten dazu, dass sich die Gesundheitsausgaben zwischen 1997 und 2006 mehr als verdoppelt haben. Und im Jahr 2000 führte die britische Regierung unter dem Motto „*The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*“ das größte Reform- und Investitionsprogramm in der Geschichte des NHS durch. Ziel des bis zum Jahr 2010 laufenden Modernisierungsprogramms ist es, die medizinische Versorgung neu zu ordnen und auf die Bedürfnisse der Patienten zuzuschneiden.⁴² Die Ergebnisse dieser Bemühungen tragen Früchte. Das „internationale Gesundheitsbarometer“ zeigt an, dass das britische Gesundheitssystem innerhalb von

⁴¹ Die Einführung von Angebots- und Nachfragestrukturen im NHS unter Margret Thatcher mit dem Ziel von mehr Effizienzgewinnen wurde von der Labour Party als Prioritätenverschiebung kritisiert und nach deren Regierungsübernahme revidiert.

⁴² Vgl. Britische Botschaft Berlin: Das Gesundheitssystem in Großbritannien. 07/2004.

nur einem Jahr einen großen Sprung nach vorne gemacht hat: die Umfrage im Jahr 2007 ergab, dass 47 Prozent der Briten die Organisation des Systems für sehr gut halten, 41 Prozent für gut und sieben Prozent sogar für exzellent. Ein Jahr zuvor betragen die Werte noch 19 Prozent, 31 Prozent und sechs Prozent.⁴³

Trotz aller positiven Entwicklungen sollte nicht verschwiegen werden, dass es noch immer Versorgungsengpässe gibt, dass die Wartezeiten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich noch immer erheblich sind. Ein Grund hierfür sind Rationierungen, die im Gesundheitssystem Großbritanniens allgegenwärtig und in Art und Form äußerst vielfältig sind. Eine besonders heftige Debatte über die gerechte Allokation von Ressourcen löste 2005 die Entscheidung einer *Health Authority*, einer lokalen staatlichen Gesundheitsverwaltung, aus, dass adipöse und übergewichtige Patienten keine künstlichen Hüft- oder Kniegelenke mehr erhalten sollten.⁴⁴ Derartige Entscheidungen sind für die britische Bevölkerung nicht nur belastend, sondern auch beängstigend. Da eine Behandlungsgarantie gesetzlich festgeschrieben ist, scheuen sich immer weniger Patienten, sich dieses Recht auf rasche und altersadäquate Versorgung auch gerichtlich zu erstreiten. So erließ der Europäische Gerichtshof in Luxemburg am 16.05.2006 ein Urteil, wonach der NHS verpflichtet ist, die Kosten für Behandlungen auch in anderen Mitgliedsstaaten der EU zu übernehmen, wenn es in Großbritannien zu unzumutbaren Verzögerungen kommt.⁴⁵ Dies belegt, dass trotz staatlicher Anstrengungen immer noch erhebliche Defizite im britischen System sichtbar sind.

5.3 Schweden

5.3.1 Effektivitätssteigerung durch Dezentralisierung

Seit den späten 1980er Jahren steht in Schweden die Kosteneindämmung im Gesundheitssektor im Mittelpunkt von Reformbestrebungen. Bei der Suche nach Auswegen aus der Kostensteigerung zieht sich die Dezentralisierung – die Abgabe von Kompetenzen einer staatlichen Zentralgewalt an regionale Entscheidungsträger – wie ein roter Faden durch die gesundheitspolitische Debatte. Diese Regionalisierung der Leistungserbringung und der Finanzhoheit hat dazu geführt, dass sich die Kernkompetenzen im schwedischen Gesundheitssystem mittlerweile auf die nationale, regionale und lokale Ebene verteilen. Über das Ministerium für Gesundheit und Soziales werden die politi-

⁴³ Vgl. Schlingensiefen, Ilse: Gesundheit, Geld und Gerechtigkeit – die Prioritäten variieren bei EU-Bürgern stark. In: *Ärzte Zeitung* vom 21.02.2008.

⁴⁴ Vgl. *Ärzte Zeitung*: Künstliche Gelenke für Übergewichtige? Nein! 25.11.2005.

⁴⁵ Vgl. Schulze Ehring, Frank: Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht. WIP-Diskussionspapier 8/2006, S. 13.

schen Rahmenbedingungen abgesteckt und die dezentralen Versorgungsebenen koordiniert. Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben mittels einer proportionalen Einkommenssteuer und die Verteilung der Ressourcen erfolgt über die Provinzen und Gemeinden.⁴⁶ Positiver Effekt dieser Diversifizierung von Verantwortlichkeiten ist es, die Niveaus der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Gebietskörperschaften miteinander zu vergleichen und das Gesundheitswesen insgesamt durch einen politisch und demokratisch legitimierten Wettbewerb weiter zu entwickeln. Darüber hinaus werden Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene besser integriert. Ein einheitlicher Zugang zur medizinischen Versorgung scheint zwar durch dieses Konzept gewährleistet, dennoch regt sich private Konkurrenz mit dem Ziel, dort in Versorgungslücken einzuspringen, wo sich staatliche Defizite zeigen. Denn auch das Modell des skandinavischen Wohlfahrtsstaates hat Schwierigkeiten mit sich gebracht „in Bezug auf Verschuldung, soziale Desintegration, fehlenden Leistungswillen, Absinken der Wirtschaftskraft und anderes mehr“⁴⁷.

5.3.2 „Priorisierung“ von Gesundheitsleistungen

Ein zweiter wichtiger Baustein in dem Bemühen, Gesundheitsleistungen angesichts begrenzter Ressourcen gerecht zu verteilen, ist mit einer Wertung verbunden, in welcher Reihenfolge öffentliche Mittel eingesetzt werden sollen. Diese als „*Priorisierung*“ bezeichnete Zugangsregelung stand am Ende eines gesellschaftlichen Diskurses, bei dem in einem demokratischen Prozess über die Leistungsverpflichtung der Solidargemeinschaft entschieden wurde. Dieser öffentlich gefundene Kompromiss macht Verteilungskategorien transparent und verzichtet auf eine obrigkeitsstaatlich aufoktroyierte oder verdeckt ablaufende Rationierung. 1997 legte der schwedische Reichstag die drei Grundprinzipien der Priorisierung fest: das Prinzip der Menschenwürde, das Bedarfs- bzw. Solidaritätsprinzip sowie das Prinzip der Kosteneffektivität.⁴⁸ Darauf baut eine konkrete Priorisierungsordnung auf, die vier Gruppen umfasst: höchste Priorität genießen lebensbedrohliche akute Erkrankungen, für die die meisten öffentlichen Gelder bereitgestellt werden. Mit abnehmender Priorität der Erkrankungen erhöht sich dann auch die finanzielle Selbstbeteiligung. Die wohl bekanntesten Beispiele für die konkrete Umsetzung der Priorisierung sind das so genannte *Blekinge-Modell* und die Richtlinien des Provinziallandtages *Västerbottens Län*. Ein weiteres Beispiel für eine Priorisie-

⁴⁶ Vgl. Schwedisches Institut: Das schwedische Gesundheitswesen. 01/2007.

⁴⁷ Hovermann, Eike: Vom Fehlen ganzheitlicher Betrachtung. 03/2005, S. 5.

⁴⁸ Vgl. Preusker, Uwe K.: Priorisierung statt verdeckter Rationierung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 14/2007, S. A 930 – 936.

rungsliste im Alltag ist die seit Anfang 2004 gültige *Östergötland-Stoppliste*. Mit ihr legte der Provinziallandtag Östergötland fest, für welche Erkrankungen, die bisher aus öffentlichen Geldern bezahlt worden waren, die Bürger künftig selbst aufzukommen hätten.⁴⁹

Die Priorisierung ist in Schweden nicht unumstritten. Immer wieder werden Debatten angestoßen, die in ihr die Anzeichen einer tiefen Krise des staatlichen Versorgungssystems erkennen wollen. Grundsätzlich ist jedoch das öffentliche und dezentrale schwedische Gesundheitssystem in der Lage, den schwierigen Spagat zwischen Effizienz, sozialer Gleichbehandlung und politisch-ethischer Verantwortung zu überbrücken. Rückblickend zeigt sich, dass es sich gerade in Krisenzeiten als sehr kreativ und reformfähig erwiesen hat. Doch auch Schweden sucht nach zukunftsweisenden Konzepten und kann für andere Länder Europas keine Ideallösung anbieten.

6 Schlussfolgerungen

Ein Blick über die Grenzen Deutschlands macht deutlich, dass die Diskussion über ‚öffentliche Armut‘ und ‚privaten Reichtum‘ im Gesundheitswesen keine spezifisch deutsche ist. Und so sprengen auch die Schlussfolgerungen, die aus der aktuellen Situation zu ziehen sind, den nationalen Rahmen und sind im Kontext gesamteuropäischer Reformbemühungen zu sehen. Denn die Zeiten der Nationalökonomie und der Wohlfahrtsstaaten sind vorbei. Der Wandel, der auch vor der Gesundheitsversorgung nicht Halt macht, steht im Zeichen der Globalisierung und stellt die Bürger Europas vor ganz neue Herausforderungen.

6.1 Reform von Steuersystem, Arbeitsmarkt und Sozialstaat

Da sich Reichtum zunehmend in privater Hand konzentriert, ist hier ein erster Ansatzpunkt zu sehen, um für einen gerechteren Lastenausgleich bei der Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben durch die Solidargemeinschaft zu sorgen. Die Wiedereinführung der Vermögensteuer und eine Änderung der Unternehmensteuer wären erste Schritte hin zu einer angemessenen Besteuerung *aller* Einkunftsarten, womit im Gegenzug eine steuerliche Entlastung des immer rarer werdenden Faktors Arbeit erreicht werden könnte. Die skandinavischen Länder könnten hierfür als Vorbild dienen, denn sie belasten die Erwerbsarbeit deutlich weniger. Um den Umbau des deutschen

⁴⁹ Vgl. Preusker, Uwe K.: Priorisierung statt verdeckter Rationierung. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 14/2007, S. A 930 – 936.

Sozialstaates voranzutreiben, schlägt Gabor Steingart beispielsweise einen „welfare mix“ vor, wie er heute in allen erfolgreichen Vorbildstaaten praktiziert wird: eine Kombination aus minimalen Sozialaufschlägen, privaten Prämien und allgemeinen Steuern als finanzielle Grundlage.⁵⁰ Da die Erwerbstätigkeit auf dem Rückzug sei, müsse der Sozialstaat heutiger Prägung von der Arbeitswelt entkoppelt werden. Vielmehr müsse die Verantwortlichkeit für das Sozialwesen der gesamten Gesellschaft übertragen werden. Es leuchtet ein, dass ein Festhalten am bisher gültigen Umlageverfahren angesichts der demographischen Entwicklung zum Scheitern verurteilt sein wird, weil die nachfolgenden aktiven Generationen die wirtschaftliche Bürde ihrer Vorgänger nicht mehr tragen können. Steingart führt als Beispiel an, dass in internationalen Vergleichen, bei denen die Sozialabgaben ins Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt gesetzt werden, Deutschland mit einem Anteil von über 18 Prozent am Sozialprodukt weltweit an der Spitze liegt, während die Beschäftigungsquote mit 66 Prozent am unteren Ende rangiert. In Großbritannien liegen die Sozialbeiträge nur bei knapp acht Prozent, die Beschäftigungsquote dafür bei 73 Prozent.

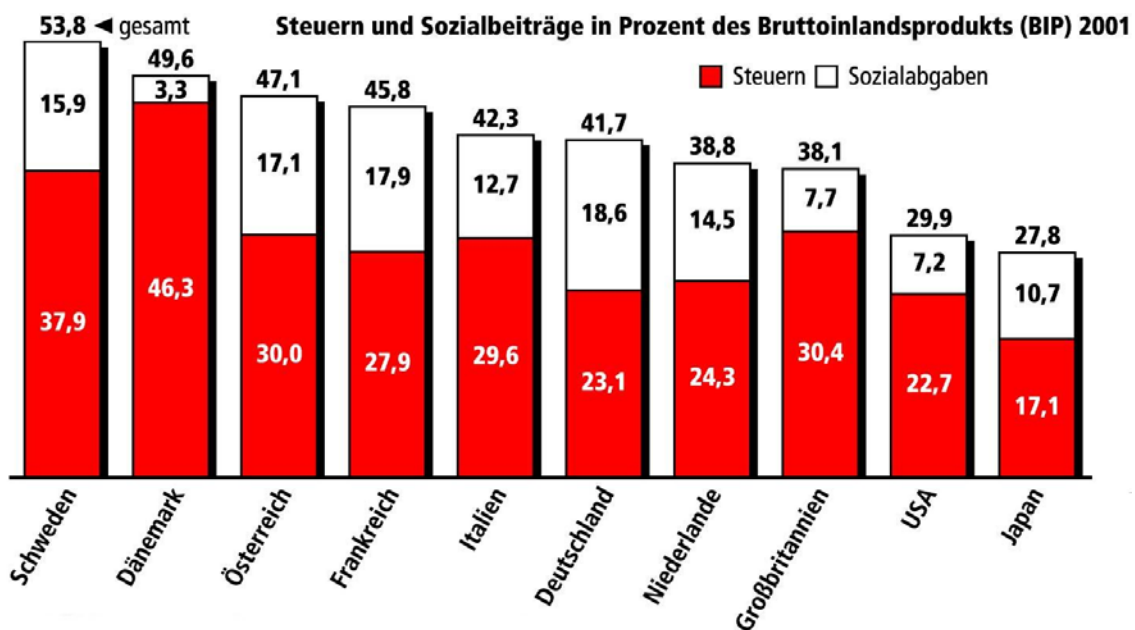


Abb. 3: Steuern und Sozialbeiträge europäischer Länder in Prozent des BIP 2001. (Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Wochenbericht 40/2002)

⁵⁰ Vgl. Steingart, G.: Deutschland. Der Abstieg eines Superstars. München 2004, S. 269 ff.

Aus den Zahlen wird deutlich, dass weltweit niedrigere Sozialabgaben zu mehr Beschäftigung führen.⁵¹ Die Gesundheitskosten sollten sich folglich nicht über die Arbeitsplätze finanzieren, sondern aus allen Einkunftsarten inklusive einer Eigenbeteiligung speisen. Durch Lohnarbeit alleine können die Sozialausgaben nicht geschultert werden. Nur durch den stetig zunehmenden ‚privaten Reichtum‘ in Form von Konzerngewinnen und Privatvermögen kann die wachsende ‚öffentliche Armut‘, die aus den Schrumpfungen auf der Lohnarbeitsseite resultiert, kompensiert werden. Es ist somit ein Gebot der ökonomischen Vernunft, dass hohe Gewinne und Einkommen entsprechend höher besteuert werden. Dazu ist eine radikale Reform von Arbeitsmarkt, Steuersystem und Sozialstaat erforderlich. Gefordert wird im Gesundheitsbereich von vielen Experten – und wurde schon zu Zeiten Adenauers – die Einführung eines Zwei-Säulen-Modells, bestehend aus einer staatlichen Pflichtversicherung, die die elementaren Risiken abdeckt und die als einzige große Sozialleistung in Staatsverantwortung bleiben sollte, und einer je nach Anspruch des einzelnen Bürgers mehr oder weniger umfangreichen privaten Zusatzversicherung für all jene Aufwendungen, die nicht mehr Bestandteil des staatlich garantierten Leistungskatalogs sind.^{52,53} Meinhard Miegel stellt dazu lakonisch fest, die „Rundumversorgung“ vom Staat, „das wird nicht mehr gehen!“⁵⁴

6.2 Aufbruch in die aktive Bürgergesellschaft

Für den oben skizzierten Paradigmenwechsel wird eine grundlegende Abkehr von dem Versorgungsdenken erforderlich sein, das bisher noch in vielen Köpfen verankert ist. Um noch einmal die Studie von Claus Wendt zu zitieren: Sobald mehr Wettbewerb und eine solidarische Finanzierung im Gesundheitswesen öffentlich diskutiert würden, sinke das Vertrauen der Bürger in ihr nationales Gesundheitssystem.⁵⁵ Diese Reaktion ist symptomatisch dafür, dass das Verhältnis des Staates zu seinen Bürgern grundsätzlich auf dem Prüfstand steht. Es bedarf unter dem Stichwort der Nachhaltigkeit einerseits einer Neudefinition originärer Staatsaufgaben, es bedarf andererseits aber auch der Reaktivierung eines Menschenbildes, das den aktiven Bürger wieder in den Mittelpunkt rückt. Daher sind die Stimmen vielfältig, die vehement ein strukturelles gesellschaftli-

⁵¹ Vgl. Steingart, G.: Deutschland. Der Abstieg eines Superstars. München 2004, S. 272 f.

⁵² Vgl. a.a.O., S. 282.

⁵³ Vgl. Merz, Friedrich: Mut zur Zukunft. München 2002, S. 181.

⁵⁴ Hofmann, Gunter: Vom Hasen und vom Igel. In: DIE ZEIT, Nr. 30 vom 19.07.2007, S. 10.

⁵⁵ Vgl. Wendt, Claus: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder. In: WSI-Mitteilungen, Heft 7/2007.

ches Umdenken fordern.⁵⁶ Eine große deutsche Volkspartei hat die Formel „weniger Staat und mehr Eigeninitiative“ sogar in ihr Grundsatzprogramm aufgenommen.⁵⁷ Die Finanzierbarkeit von Gesundheit, Rente und Arbeitslosigkeit sei nicht das eigentliche Problem, schrieb der Unternehmensberater Roland Berger in einer Kolumne des *Handelsblatts* im Jahr 2002. Für ihn liege der Kern der sozialstaatlichen Krise im Missverhältnis von Solidarität und Subsidiarität, Eigenvorsorge und gesellschaftlicher Fürsorge, individueller und kollektiver Verantwortlichkeit. Grundsätzlich müsse aber das Subsidiaritätsprinzip gelten: Was der Einzelne zu leisten imstande ist, sollte er auch selbst aufbringen. Die Hilfe durch die Solidargemeinschaft habe letztendlich nur unterstützenden Charakter. Berger resümiert: „Wir brauchen hierzulande (...) das Leitbild eines Bürgers, der engagiert und eigenverantwortlich handelt und nicht gleich hilflos und in blindem Vertrauen nach dem Staat ruft.“⁵⁸ Und der Wirtschaftspublizist Günter Ederer unterstellt den Deutschen pathetisch gar „die Sehnsucht nach einer verlogenen Welt“ und die „Angst vor Freiheit, Markt und Eigenverantwortung.“⁵⁹

Ein Blick über die Grenzen Deutschlands hinaus zeigt, dass in anderen Ländern Europas diese Eigeninitiative schon früh gefördert wird. In einem im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) durchgeführten Schulbuchvergleich zwischen Deutschland, Großbritannien und Schweden kommen die Autorinnen der Studie zu dem Ergebnis, dass in schwedischen Schulbüchern neben der Kenntnis vom Sozialstaat unter dem Stichwort „Entrepreneurship Education“ auch unternehmerisches Handeln und Eigenverantwortung vermittelt werden. In Großbritannien liege in ähnlicher Weise die Betonung mehr auf Einzelfall- und Praxisorientierung. Dagegen habe Deutschland noch erheblichen Nachholbedarf. Hierzulande würden vor allem Begriffsdefinitionen und abstrakte Inhalte anstatt wirtschaftlicher Selbständigkeit gelehrt.⁶⁰ So kann es meines Erachtens nicht verwundern, wenn auch noch in späteren Jahren der deutsche Sozialstaat als dominante Ordnungsmacht anerkannt wird und die Bereitschaft zu eigenverantwortlichem Handeln bei den meisten Bürgern eher unterentwickelt ist.

⁵⁶ Vgl. Berger, Roland: Leitbild des engagierten Bürgers gefordert. In: Handelsblatt vom 11.10.2002

⁵⁷ Vgl. Schneider, Jens: Grundsatzprogramm: CDU will weniger Staat und mehr Eigeninitiative. In: Süddeutsche Zeitung vom 25.04.2006.

⁵⁸ Vgl. Berger, Roland: a.a.O.

⁵⁹ Ederer, Günter: Die Sehnsucht nach einer verlogenen Welt. München 2000.

⁶⁰ Vgl. Grindel/Lässig: Unternehmer und Staat in europäischen Schulbüchern. Braunschweig 2007.

6.3 Die Basisversorgung – ein europäisches Konzept

Ob nun Rationierung, Priorisierung oder Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen – allen Ländern Europas gemeinsam ist die Suche nach einer neuen, soliden und zukunftssicheren Finanzierungsgrundlage ihres Gesundheitswesens. Zwar ist die Europäische Union weiter denn je von *einem* europäischen Sozialmodell entfernt, denn mit der erst kürzlich vollzogenen Osterweiterung hat sich die Bandbreite der unterschiedlichen *welfare regimes* noch weiter differenziert. Dennoch lassen sich in allen Mitgliedsstaaten Tendenzen erkennen, die im Zuge der rigider werdenden Ressourcenallokation in Richtung einer staatlich garantierten medizinischen Basisversorgung weisen. Wie bereits erwähnt, lässt sich eine optimale Gesundheitsversorgung nicht über öffentliche Versicherungssysteme finanzieren. Dazu meint der Medizinethiker Dominik Groß, dass jede Gesellschaft für sich die gerechten Kriterien für dieses Bündel medizinischer Grundleistungen definieren müsse. Es sei aus ethischer Sicht ein überzeugendes Konzept, eine eher egalitäre Basisversorgung einzuführen und darüber hinaus Optionen für zusätzliche Leistungen anzubieten.⁶¹ Dabei ist die Idee nicht neu. Bereits im Jahr 2000 hat das Europäische Parlament in Straßburg beschlossen, dass in Europa ein einheitliches Gesundheitssystem geschaffen werden soll mit einer obligatorischen Versicherung für die Basisversorgung und fakultativen privaten Zusatzversicherungen.⁶² Damit hat sich das Parlament gleichzeitig gegen eine allumfassende Gesundheitsversorgung in den Einzelstaaten ausgesprochen. Diese Entscheidung hat zwar eine zukunftsweisende Tragweite, dennoch werden auf absehbare Zeit die Diskussionen und Auseinandersetzungen um die Anpassung und Optimierung der Gesundheitssysteme in Europa im nationalen politischen und gesellschaftlichen Rahmen stattfinden. Jedes Land wird also letztendlich selbst über die einzelnen Bausteine der jeweiligen Basisversorgung befinden müssen. Es bleibt jedenfalls festzuhalten, dass mit diesem Schritt die Idee des Wohlfahrtsstaates zu Gunsten des Paradigmas einer aktiven und mündigen Bürgergesellschaft aufgegeben wurde.

6.4 Fazit: die aktuelle Diskussion in Deutschland

In Deutschland hat die mittlerweile seit Jahren mit Vehemenz geführte Diskussion über einen stetig wachsenden Gegensatz zwischen ‚öffentlicher Armut‘ und ‚privatem Reichtum‘ im Gesundheitswesen das bisher gültige Verständnis vom fürsorglichen Sozial-

⁶¹ Vgl. Jachertz/Rieser: Rationierung im Gesundheitswesen. Grenzen für den Fortschritt. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 1 – 2/2007, S. A 21 – 25.

⁶² Vgl. Brökelmann, Jost: EU-Parlament beschließt einheitliche Basisversicherung. In: ambulant operieren, Heft 3/2001, S. 140.

staat in eine tiefe Vertrauenskrise gestürzt. Der mehr oder weniger unmündig gebliebene Bürger sieht sich unverschuldet als Opfer einer Entwicklung, die die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates überstrapaziert hat und die laut Meinhard Miegel durch drei wesentliche Punkte verursacht wird: den demographischen Wandel, eine im Umbruch befindliche Arbeitswelt und die rapide steigenden Kosten der sozialen Sicherungssysteme.⁶³ Diese veränderte Situation erfordert eine Neudefinition der Rolle des Staates im Gesundheitswesen und wirft die ethische Frage einer sozial ausgewogenen und gerechten Ressourcenallokation auf. Dabei assoziiert man hierzulande mit der Idee des Sozialen ein gewisses Maß an Gleichheit. Demzufolge müsste der Begriff der Generationengerechtigkeit weitgehend deckungsgleich sein mit dem Begriff der Nachhaltigkeit wirtschaftlichen Handelns, denn nachhaltiges Wirtschaften impliziert eine über Generationen hinweg ausgeglichene Leistungsbilanz. Von diesem Zustand der Nachhaltigkeit sind wir jedoch weit entfernt, da wir uns derzeit „wie Zechpreller zu Lasten unserer Kinder“ verhalten, so der Freiburger Ökonom Bernd Raffelhüschen.⁶⁴ Und der Finanzpolitiker der CDU Friedrich Merz sieht angesichts knapper Gesundheitsbudgets sogar neue Generationenkonflikte heraufziehen, wenn es künftig um die Frage geht, wem vorrangig geholfen werden soll.⁶⁵ Lösbar ist dieses Problem nur im gesellschaftlichen Konsens. Insofern kann Deutschland vom Beispiel Schwedens lernen, das die Priorisierung von Gesundheitsleistungen im öffentlich-demokratischen Diskurs festgelegt hat. Es wäre wünschenswert, wenn die Diskussion über den skandinavischen Weg auch zu einer offeneren Diskussion der Probleme und Perspektiven im deutschen Gesundheitswesen führen würde.

Fest steht, dass auf den Bürger in Zukunft eine vermehrte Verantwortung zukommen wird. Der Staat kann nicht länger als Versorgungsanstalt verstanden werden, die alle Gesundheitsrisiken absichert. An ihre Stelle muss der aktive Bürger treten, der sich mehr für seine eigenen gesundheitlichen Belange einsetzt. Diese Forderung muss für alle Staaten der EU gelten, um den Weg aus der Schuldenfalle zu finden. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um ein rein steuerfinanziertes Gesundheitssystem wie in Großbritannien oder um ein umlagefinanziertes korporatistisches wie das deutsche handelt. Den Weg zu einem europaweiten, wettbewerblichen System hat das Europäische Parlament bereits mit dem Konzept einer Basisversorgung für alle Bürger gewie-

⁶³ Vgl. Miegel, Meinhard: Die deformierte Gesellschaft. Berlin 2002.

⁶⁴ Vgl. Szent-Ivanyi, Timot: Ökonom will Pflegekassen abschaffen. In: Berliner Zeitung vom 07.07.2004

⁶⁵ Merz, Friedrich: Mut zur Zukunft. München 2002, S. 180.

sen.⁶⁶ In welchem Ausmaß diese Idee in die Praxis umgesetzt wird, bleibt wohl der nationalen Politik überlassen. Bisher hat kein europäischer Staat eine Musterlösung für die zukunftsfähige Gestaltung seines Gesundheitswesens gefunden. Vielleicht sind die Länder ja in der Lage, voneinander zu lernen und die positiven Errungenschaften der anderen ins eigene System zu integrieren, um für die Herausforderungen der Zukunft gerüstet zu sein.

7 Zusammenfassung

In Deutschland ist schon seit längerem eine Diskussion über ‚öffentliche Armut‘ und ‚privaten Reichtum‘ im Gesundheitswesen im Gange. In der Gesundheitsökonomie ist darunter in erster Linie die chronische Finanzarmut der öffentlichen Haushalte und dem damit einhergehenden Investitionsrückgang für die Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft zu verstehen, der ein stetig anwachsendes Geldvermögen von privaten Versicherungsunternehmen und privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen gegenübersteht. Die Knappheit öffentlicher Kassen und die zunehmende Staatsverschuldung führen unweigerlich auch zu Leistungs- und Qualitätseinbußen im Gesundheitswesen und machen eine Neudefinition staatlicher Kernkompetenzen erforderlich. Wir kommen um die Beantwortung der Frage nicht herum, ob der Staat für das gesamte Gesundheitswesen zuständig ist oder ob er nur für einen sozial gerechten Ausgleich zu sorgen hat. Damit wäre der Weg vom Wohlfahrtsstaat zum Gewährleistungsstaat vorgezeichnet. Im Unterschied zum beitragsfinanzierten, pluralistischen und korporatistischen deutschen Modell sind die Gesundheitssysteme Großbritanniens und Schwedens überwiegend steuerfinanziert, stehen aber vor einer ähnlichen Herausforderung: das Gesundheitswesen muss fit gemacht werden für die Zukunft. Dies geht nur, wenn die Bürger selbst mehr Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und aktiver ihre Rolle mitgestalten. Der Staat wird nur noch eine Grund- oder Basisversorgung zur Verfügung stellen können, so wie es das Europäische Parlament als europaweit anwendbares Konzept bereits beschlossen hat.

⁶⁶ Vgl. Brökelmann, Jost: Niedergelassene Ärzte müssen als Unternehmer handeln. In: *ambulant operieren*, Heft 1/2008, S. 41 – 44.

8 Literaturverzeichnis

- **Ärzte Zeitung:** Künstliche Gelenke für Übergewichtige? Nein! 25.11.2005.
- **Adam, Konrad:** Lang lebe der Gewährleistungsstaat! Wenn man nur wüsste, was das eigentlich ist. In: DIE WELT vom 05.05.2004.
http://www.welt.de/print-welt/article311388/Lang_lebe_der_Gewahrleistungsstaat.html
(Stand: 18.08.08).
- **Baier, Horst:** Gesundheitsreform durch Staatszwang statt Selbstregulierung. In: Versicherungsmedizin, Heft 4/2007, S. 161 – 162.
- **Benda, Ernst:** Kernaufgaben des Staates und Entflechtung staatlicher Aufgaben. Vortrag auf der Veranstaltung der Stiftungsallianz Bürgernaher Bundesstaat am 19.05.2005 im Haus der Geschichte in Bonn.
http://www.buergernaher-bundesstaat.de/pdf/ben_19_5.pdf (Stand: 08.08.08).
- **Berger, Roland:** Leitbild des engagierten Bürgers gefordert. In: Handelsblatt vom 11.10.2002.
- **Britische Botschaft Berlin:** Das Gesundheitssystem in Großbritannien. 07/2004.
http://www.britischebotschaft.de/pdf/nhs_ger.pdf (Stand: 14.08.08).
- **Brökelmann, Jost:** Das deutsche Gesundheitswesen muss sich nach Europa orientieren. Warum deutsche Ärzte sich ihre Berufsfreiheit nicht nehmen lassen. Offener Brief an Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel vom 14.03.2006.
http://bncev.de/aktuell_06/maerz06/OffenerBriefanMerkel.pdf (Stand: 08.08.08).
- **Brökelmann, Jost:** EU-Parlament beschließt einheitliche Basisversorgung. Grund- und Zusatzversicherungen sind die EU-Ziele. In: ambulant operieren, Heft 3/2001.
- **Brökelmann, Jost:** Niedergelassene Ärzte müssen als Unternehmer handeln. Gedanken über eine zukünftige Politik des BAO. In: ambulant operieren, Heft 1/2008, S. 41 – 44.

- **Brökelmann, Jost:** Wir Ärzte haben es in der Hand, welches Gesundheitssystem Deutschland haben wird. MAO-BAO Aktuell Extra vom 31.07.2006.
http://www.mao-bao.de/Aktuell_Extra/extra_31Jul06.html (Stand: 20.08.08).
- **Brost, M. / Heusinger, R. V. / Uchatius, W.:** Eingeschnürt und abgewürgt. In: DIE ZEIT, Nr. 22 vom 22.05.2003.
http://www.zeit.de/2003/24/Deutsche_Krankheit (Stand: 31.07.2008).
- **Deutsche Bundesbank:** Geldvermögen private Haushalte. Stand: 29.07.2008.
http://www.deutschebundesbank.de/statistik/statistik_zeitreihen.php?lang=de&open=&func=row&tr=CEB00I (Stand: 30.07.08).
- **Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW):** Entwicklung der Steuersysteme im internationalen Vergleich. Wochenbericht Nr. 40/2002.
http://www.diw.de/deutsch/wb_40/02_entwicklung_der_steuersysteme_im_internationalen_vergleich_kein_trend_zu_einer_staerkeren_verbrauchsbesteuerung/30985.html (Stand: 21.08.08).
- **Ederer, Günter:** Die Sehnsucht nach einer verlogenen Welt. Unsere Angst vor Freiheit, Markt und Eigenverantwortung. Über Gutmenschen und andere Scheinheilige. München 2000.
- **FOCUS ONLINE:** Deutschland ist teures Mittelmaß. 31.10.2007.
http://www.focus.de/politik/deutschland/gesundheitspolitik/gesundheitsystem_aid_137505.html (Stand: 09.08.2008).
- **Grindel, Susanne / Lässig, Simone:** Unternehmer und Staat in europäischen Schulbüchern. Deutschland, England und Schweden im Vergleich. Studie im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Braunschweig 2007.
<http://www.insm.de/Downloads/eia/Schulbuchstudie.pdf> (Stand: 25.08.08).
- **Guzek, Gaby:** Gesetzlich Versicherte im Nachteil. Zwei-Klassen-Medizin: Von der Politik verordnet. Sonderdruck aus durchblick gesundheit, Heft 2/2006.
<http://www.durchblick-gesundheit.de> (Stand: 15.08.08).

- **Health Consumer Powerhouse:** Euro Health Consumer Index 2006.
<http://www.healthpowerhouse.com/media/EHCI2006.pdf> (Stand: 14.08.08).
- **Hofmann, Gunter:** Vom Hasen und vom Igel. In: DIE ZEIT, Nr. 30 vom 19.07.2007.
http://hermes.zeit.de/pdf/archiv/2007/30/Vom_Hasen_und_vom_Igel.pdf (Stand: 23.08.08).
- **Hovermann, Eike:** Vom Fehlen ganzheitlicher Betrachtung. 03/2005.
<http://www.eike-hovermann.de/> (Stand: 21.08.08).
- **IGSF (Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel):** Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich. Eine Antwort auf die Kritik. Pressemitteilung zur Pressekonferenz am 19.04.2004 in Berlin.
<http://www.igsf.de/pminternationallang.pdf> (Stand: 09.08.08).
- **Jachertz, Norbert / Rieser, Sabine:** Rationierung im Gesundheitswesen. Grenzen für den Fortschritt. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 1 – 2/2007, S. A 21 – 25.
- **Jarass, Lorenz / Obermair, Gustav:** Privater Reichtum und öffentliche Armut. Handlungsoptionen der deutschen Steuerpolitik. Wiesbaden 03/2005.
http://www.jarass.com/jarass.de/dat/pub/0904/DGB_Steuerpolitik.pdf (Stand: 28.07.08).
- **Korzilius, Heike / Gerst, Thomas:** GKV-Ausstieg: „Wir machen das cool, ohne Hektik“. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 17/2008, S. A 863.
- **Lauterbach, Karl:** Finanzkollaps in sieben Jahren. System ohne massiven Umbau nicht lebensfähig. In: Arzt & Wirtschaft, Heft 5/2003, S. 13.
- **Louis, Lisa:** Europavergleich. „Der Armutsbericht wird aufgebauscht“. In: *stern* vom 21.05.2008.
<http://www.stern.de/politik/panorama/621157.html> (Stand: 30.07.08).
- **Mackenbach, J.P. / Stirbu, I. / Roskam A. J. et al.:** Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, Heft 23/2008, S. 2468 – 2481.

- **Merz, Friedrich:** Mut zur Zukunft. Wie Deutschland wieder an die Spitze kommt. München 2002.
- **Miegel, Meinhard:** Die deformierte Gesellschaft. Wie die Deutschen ihre Wirklichkeit verdrängen. Berlin 2002.
- **Miegel, Meinhard:** Vor uns: 30 magere Jahre. In: DIE ZEIT, Nr. 31 vom 25.07.2002.
http://www.zeit.de/2002/31/200231_sozialversicheru_xml (Stand: 21.07.08).
- **Mihm, Andreas:** Im Gespräch: Gesundheitsministerin Ulla Schmidt. „Zehn Prozent Honorar mehr für die niedergelassenen Ärzte“. In: FAZ vom 19.05.2008.
<http://www.faz.net/s/Rub0E9EEF84AC1E4A389A8DC6C23161FE44/Doc~e47A57D4DB2B649358B12DF535BAA68D3~aTpl~ecommon~scontent.html> (Stand: 15.08.08).
- **OECD:** OECD-Gesundheitsdaten 2008. Deutschland im Vergleich.
<http://www.oecd.org/dataoecd/15/1/39001235.pdf> (Stand: 09.08.08).
- **PKV Publik:** Rationierung und Wartezeit im britischen Gesundheitssystem. Heft 4/2007, S. 44 – 47.
http://www.pkv.de/publikationen/pkv_publik/archiv/pkv_publik_nr_4_2007/rationierung_und_wartezeit_im_britischen_gesundheitssystem_04_07.pdf (Stand: 09.08.08).
- **PR-inside.com:** Fakten und Daten zu Armut und Mindestlohn. 19.05.2008.
<http://www.pr-inside.com/de/fakten-und-daten-zu-armut-und-r597096.htm> (Stand: 30.07.2008).
- **Preusker, Uwe K.:** Skandinavische Gesundheitssysteme: Priorisierung statt verdeckter Rationierung. Deutsches Ärzteblatt, Heft 14/2007, S. A 930 – 936.
- **Schlingensiepen, Ilse:** Gesundheit, Geld und Gerechtigkeit – die Prioritäten variieren bei EU-Bürgern stark. In: Ärzte Zeitung vom 21.02.2008.

- **Schmitt, Stefan:** Beste Versorgung kostet extra. In: Rheinischer Merkur, Nr. 9 vom 28.2.2008.
- **Schneider, Jens:** Grundsatzprogramm: CDU will weniger Staat und mehr Eigeninitiative. In: Süddeutsche Zeitung vom 25.04.2006.
<http://www.sueddeutsche.de/deutschland/artikel/482/74408> (Stand: 25.08.08).
- **Schulze Ehring, Frank:** Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht. WIP-Diskussionspapier 08/2006.
http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Gesundheitssystem_in_GB_2.pdf (Stand: 20.08.08).
- **Schwedisches Institut:** Das schwedische Gesundheitswesen. 01/2007.
http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/german/factsheets/SI/Das_schwedische_Gesundheitswesen_TS76r.pdf (Stand: 14.08.08).
- **SPIEGEL ONLINE:** Staat müsste vier Billionen Euro zurücklegen. 10.07.2008.
<http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,565152,00.html> (Stand: 01.08.08).
- <http://www.staatsverschuldung.de/> (Stand: 31.07.08).
- **Statistisches Bundesamt Deutschland:** Pressemitteilung Nr. 203 vom 02.06.2008.
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/06/PD08__203__713,templateId=renderPrint.psml (Stand: 31.07.08).
- **Steingart, Gabor:** Deutschland. Der Abstieg eines Superstars. München 2004.
- **Szent-Ivanyi, Timot:** Ökonom will Pflegekassen abschaffen. In: Berliner Zeitung vom 07.07.2004.
- **DER TAGESSPIEGEL:** Was haben die Liberalen noch zu sagen, Herr Westerwelle? 3.11.2001.
<http://www.tagesspiegel.de/politik/art771,1932654> (Stand: 08.08.08).

- **ver.di:** Steuergerechtigkeit Kampagne 2002 / 2003. Öffentliche Armut – privater Reichtum.
http://steuergerechtigkeit.verdi.de/vermoegenssteuer/oeffentliche_armut (Stand: 24.07.2008).
- **Wendt, Claus:** Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder. In: WSI-Mitteilungen, Heft 7/2007.
- **WHO:** The world health report 2000 – Health systems: improving performance.
<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html> (Stand: 09.08.08).
- **Wikipedia:** Rentenreform 1957.
http://de.wikipedia.org/wiki/Rentenreform_1957 (Stand: 02.08.2008).
- **Wikipedia:** Staatsverschuldung.
<http://de.wikipedia.org/wiki/Staatsverschuldung> (Stand: 31.07.2008).

9 Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
NHS	National Health Service
PKV	private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

10 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Staatsverschuldung in Deutschland von 1968 bis 2006.....	5
Abb. 2:	Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, OECD-Länder 2006.....	11
Abb. 3:	Steuern / Sozialbeiträge europäischer Länder in Prozent des BIP 2001	21