

auch das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V verlangt, also bei gleicher Wirksamkeit die günstigere Alternative zu verschreiben (WANZ = wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig). Eine Gleichsetzung der Gesundheitsversorgung mit Gesundheitswirtschaft und die Betrachtung von Patienten als Kunden verführen aber zu einer fehlgeleiteten Denkweise, sowohl auf der medizinisch-pflegerischen als auch auf der ökonomischen Seite. Dieses wird leider durch wirtschaftliche Fehlanreize im Gesundheitssystem gefördert. Daher lohnt es sich, über andere Wege des Miteinanders und der Finanzierung nachzudenken. Hierbei hilft es, sich andere Gesundheitssysteme anzuschauen.

Weitere Indikatoren

Wichtig ist es, bei den Merkmalen für den Vergleich von Gesundheitssystemen den größtmöglichen Nutzen für die Patienten unter Berücksichtigung von Qualität und Finanzierbarkeit im Auge zu behalten. In den Gesundheitswissenschaften wurden dafür einige Indikatoren identifiziert (Tab. 1).

Auf der ganzen Welt ringen die demokratisch und industriell weit entwickelten 37 Länder innerhalb der OECD um möglichst vorbildliche Gesundheitssysteme (OECD = Organisation for Economic Cooperation and Development). Innerhalb dieser Organisation werden vor allem die Staaten aus Europa, Nordamerika, Australien und Neuseeland sowie Japan miteinander verglichen. Zunehmend wird auch nach China, Indien und Russland geschaut, die bei der Versorgung mit Pharmaka und Medizinprodukten eine immer größere Rolle für die weltweite Gesundheitsversorgung spielen.

Vorreiter Deutschland und England

Nicht selten wird behauptet, dass die Grundlagen von Gesundheitssystemen mit dem ursprünglich auf Otto von Bismarck (1815–1898) basierenden, beitragsfinanzierten Sozialversicherungsprinzip besser aufgestellt und für die Patientenversorgung geeigneter seien als die sich an William Henry Beveridge (1879–1963) orientierenden, steuerbasierten Sicherungssysteme wie zum Bei-

spiel der NHS (National Health Service) in Großbritannien – wo natürlich in aller Regel das Gegenteil zu hören ist. Umgekehrt wird auf beiden Seiten auch heftig Systemkritik geübt.

Vergesst Bismarck! (?)

Die Kernprinzipien unseres Bismarck-Systems sind überwiegend solidarische, lohn- und gehaltsabhängige Sozialversicherungsbeiträge (Kranken-, Rentenversicherung etc.), Fürsorge (Sozialhilfe, insbesondere aus Steuern) und Versorgung (steuerliche Entschädigung besonderer Leistungen für den Staat). Die Krankenversicherungen sind dabei organisatorisch unabhängig von den Leistungserbringern – und umgekehrt. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit einer Voll- oder zusätzlichen Privatversicherung mit risikoorientierten Prämien. Der Anteil der zusätzlich privat Versicherten aller gesetzlich Krankenversicherten spielt bei dem Vergleich von Gesundheitssystemen als Indikator der Patientenzufriedenheit eine wichtige Rolle. Deutlich wären z. B. Anteile von mehr als 30 % aller gesetzlich Versicherten. Denn einerseits gibt es Bismarck-„Wohlfahrtsstaaten“ mit hohen Sozialausgaben und reichhaltigen Leistungserstattungen wie bei uns, Luxemburg, den Niederlanden

und Frankreich, andererseits aber auch solche mit niedrigeren Sozialausgaben wie Spanien und Griechenland.

Im Beveridge-Modell geht es primär um die „Gesundheits“versorgung, die zentralistisch durch den Staat bereitgestellt und überwiegend über Steuern finanziert wird – also sozusagen alles aus einer Hand. Als Vorbild gilt der National Health Service (NHS) in Großbritannien. In den USA erfolgt nur die Gesundheitsversorgung ehemaliger Soldaten (veterans) in vergleichbarer Weise. Es gibt Beveridge-„Wohlfahrtsstaaten“ mit hohen Sozial-

Tabelle 1: Beim Vergleich von Modellen der Gesundheitsversorgung spielen Basisdaten, sogenannte Gesundheitsindikatoren und typologische Daten die entscheidende Rolle.

Basisdaten für einen Systemvergleich (Beispiele)

- Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf
- Demokratische Strukturen/Regierungsform
- Lage (Topografie) und logistische Infrastruktur
- Bevölkerungsmerkmale, Kultur/Religionen etc.
- Beschäftigungsdaten und Arbeitslosenquote

Ausgewählte Gesundheitsindikatoren

- Gesundheitsausgaben (Anteile am BIP)
- Geburten-/Fertilitätsrate
- Lebenserwartung Neugeborener
- Kindersterblichkeit
- Volkskrankheiten, Morbidität und Mortalität

Exemplarische typologische Daten

- Aufbau und Struktur eines Gesundheitssystems
- Präventionsmaßnahmen (primär, sekundär, tertiär)
- Gesundheits- und Sozialgesetzgebung
- Sicherungssystem (alle/einige, gesetzlich/privat)
- Erstattung von Leistungen, Positiv-/Negativlisten
- Anteil der privaten Eigenleistung
- Steuerungselemente/Kapazitätsplanung
- Staatliche Eingriffe/Förderungsmaßnahmen
- Preise und Preisbildung für Gesundheitsleistungen
- Patientenzugang zu den Versorgungsleistungen
- Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung
- Steuer- und/oder Beitragsfinanzierung

Tab. 2: Historisch gibt es vier entscheidende Phasen, in denen sich die Länder Europas bzw. in der OECD für eines der beiden Systeme entschieden.

Phase I:

Die meisten Länder Europas etablierten zunächst **Bismarck**-Modelle. Großbritannien, Irland und – bis auf Dänemark – alle skandinavischen Länder dagegen das **Beveridge**-System (sowie außerhalb Europas noch Kanada).

Phase II:

Zwischen 1973 und 1986 wechselten Dänemark, Italien, Spanien, Griechenland und Portugal von Bismarck- zu **Beveridge**-Systemen.

Phase III:

In der darauf folgenden kurzen Phase bis 1989 bzw. bis zum Zusammenbruch der Sowjetunion hatten schließlich noch die zentralen Länder Europas Deutschland, Frankreich, Benelux und Österreich weitgehend an **Bismarck** angelehnte Sozialversicherungssysteme (und außerhalb Europas noch Japan und Israel). Neben Großbritannien haben alle Länder Südeuropas und Skandinaviens überwiegend an **Beveridge** orientierte, steuerfinanzierte Systeme. Die Länder in Osteuropa als Teil des Warschauer Paktes hatten Sozialversicherungssysteme nach dem sogenannten **Semashko**-Modell, das bis heute in Russland weiterentwickelt wird [14].

Phase IV:

Nach dem Fall der Mauer übernahmen Ungarn, die baltischen Staaten, Tschechien, die Slowakei, Polen und Ungarn das **Bismarck**-System.

Eigene Darstellung in Anlehnung an R. B. Saltman et al. (2004) [15].

ausgaben und reichhaltigen Leistungserstattungen wie Dänemark und Schweden, andererseits solche mit niedrigeren Sozialausgaben wie Großbritannien und Irland.

Bismarck versus Beveridge

In Europa und einigen sonstigen OECD-Ländern haben sich seit der Entwicklung dieser beiden grundsätzlich verschiedenen Systeme in vier historischen Phasen (siehe Tab. 2) bis heute die zentralen und die osteuropäischen Länder Europas (ohne die Schweiz) für an Bismarck angelehnte Sozialversicherungssysteme entschieden (außerhalb Europas noch Japan und Israel). Andererseits haben neben Großbritannien alle Länder Südeuropas und Skandinaviens an Beveridge orientierte, steuerfinanzierte Systeme. Spannend ist hierbei, warum sich in der jeweiligen Phase die einen vom Bismarck-System abgewandt und später sich alle anderen diesem zugewandt haben. Die Erfahrungen aus den Ländern mit den zentralistisch organisierten und über Steuern finanzierten Beveridge-Systemen scheinen diese anderen Länder aus dem ehemals kommunistisch geprägten Os-

ten Europas jedenfalls nicht überzeugt zu haben.

„Um des Wohls eines Jeden willen, dem gemeinsamen Wohl aller verpflichtet“

Der Sozialstaatstheoriker Frank Nullmeier (Universität Bremen) kennzeichnete im Jahre 2005 unser System bzw. den bundesdeutschen Sozialstaat als „berufsständisch gegliedertes Konglomerat aus einem System sozialer Sicherung, der Dominanz der Sozialversicherungen und der Zielsetzung der Statussicherung“. Er plädierte u. a. dafür, dass „das gesamte Volkseinkommen als Finanzierungsbasis genutzt“ werde. Der Moralthologe und Sozialethiker Andreas Lob-Hüdepohl plädierte in seiner Replik ergänzend „für ein am Prinzip der Gerechtigkeit orientiertes System sozialer Sicherungen.“ Reformen dürften „nicht dazu führen, dass Menschen die Last einer Alleinzuständigkeit aufgebürdet“ werde. „[Die] Netze der sozialen und kulturellen Lebenswelt ... tragen ihn [den Menschen], indem er sich selbst trägt. Das ist die ursprüngliche Bedeutung von Solidarität: um des Wohls eines Jeden willen, dem gemeinsamen Wohl aller verpflichtet.“ [16]

Zwischenergebnis

Die Bismarck-Systeme sollten ganz und gar nicht vergessen werden, wie dies hier so provokant im Untertitel gefragt wurde, denn sie haben sich in den OECD-Ländern oft bewährt. Aber sie haben insbesondere aus Sicht der Ethik immer wieder Verbesserungsbedarf.

Wider die Dogmen

Gehört zu diesem Verbesserungspotential auch die Trägerschaft eines Krankenhauses? „Es kommt darauf an.“ Tatsache ist, dass viele Leistungserbringer in kommunalen oder frei-gemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen durch eine Privatisierung die Aufgabe ärztlicher Freiheiten, die Fehlverwendung von Gewinnen für Aktionäre und sonstige sogenannte Stakeholder sowie eine damit verbundene ökonomische Dominanz bzw. überbordendes Gewinnstreben befürchten. Hollmann und Schröder bringen 2017 die häufig geäußerte Kritik auf die wesentlichen Punkte: Das legitime Gewinnstreben der Privaten vertrage sich nicht mit den originären Aufgaben eines Krankenhauses; der ökonomische Erfolg eines kommunalen Krankenhauses komme den Patienten und Bürgern zugute, bei privatisierten Kliniken könnten die Erlöse letztlich jedoch nicht als Gemeinwohrendite verzeichnet werden [17].

„Die Perversion des Fallpauschalensystems“ (DRG)

Der Chefarzt der Onkologie des einzigen privatisierten Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Neubauer, lässt in der ARD Kontraste-Recherche von M. Pohl et al. „Markt macht Medizin – Das ungesunde Geschäft mit unseren Krankenhäusern“ klar erkennen, für wie problematisch er den zunehmenden wirtschaftlichen Druck auf die Medizin hält: „Die aggressivere Behandlung bringt der Abteilung mehr Geld, das Zuwarten bringt der Abteilung gar kein Geld“ [13]. In der gleichen Sendung kritisierte aber auch der Geschäftsführer aus den Städtischen Kliniken in Dortmund Rudolf Mintrop die pauschalierende DRG-Finanzierung der Krankenhäuser: „Wir sagen ausdrücklich hier im Hause, am Bett des Patienten wird nicht gerechnet. Wa-

rum müssen wir das ausdrücklich sagen? Weil das System so ist, dass wir das ausdrücklich sagen, dass wir das nicht machen. Das ist die Perversion, dass man sich jetzt erklären muss, dass man sich nicht in die Falle des Fallpauschalensystems begibt und permanent einen Fall, einen Patienten, als Renditeobjekt mitbetrachtet.“

Viele halten eine Privatisierung im Gesundheitswesen für falsch

Manches von dem, was über das eine oder andere Krankenhaus oder den einen oder anderen Träger in einigen Medien berichtet wird, ist sicherlich richtig, während andererseits manches davon wohl eher Mythen sind [18]. Denn zum einen unterscheiden sich die privaten Träger und darin die Krankenhäuser untereinander genauso erheblich wie die Experten und Qualitäts- und sonstigen Expertisen der jeweiligen Einrichtungen. Dies trifft aber umgekehrt auf alle anderen Träger zu. Tatsache ist, dass viele Ärztinnen und Ärzte die Privatisierung von Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Altenheimen für falsch halten. Realität ist aber auch, dass alle Krankenhäuser auf der Suche nach Erfolgsfaktoren – unabhängig von ihrer Trägerschaft – voneinander lernen. Bis heute gilt aber selbst aus materieller Erfolgssicht bzw. aus reiner Wettbewerbssicht, dass es keine Trägerkonstellation als idealtypisches Modell gibt, wenngleich die privaten hier durchschnittlich bislang die Nase vorn haben.

Privat bedeutet nicht automatisch „böse“

Bemerkenswert ist außerdem, dass fast zeitgleich zur oben genannten ARD-Recherche ein privater Träger bekannt gibt, dass er „gemeinnützig wirtschaftet und sämtliche Überschüsse über Reinvestitionen zur Verbesserung der Patientenversorgung und der Personalausstattung verwendet“. Ein Oberlandesgericht habe daher der Sozialministerin von Sachsen-An-

halt in einem aktuellen Verfahren unter Strafandrohung anderweitige Behauptungen untersagt [19].

Ein weiterer privater Träger – vornehmlich aus dem Reha- und Pflegebereich – konkretisierte exemplarisch seine Gemeinwohlorientierung in einem Wertekanon, demgemäß zwei Drittel seines Gewinns grundsätzlich in die Weiterentwicklung des Unternehmens investiert würde [20].

Es muss an dieser Stelle auch festgestellt werden, dass vorher beispielsweise in kommunalen oder frei-gemeinnützigen Einrichtungen als „ehrenwert“ geltende Kolleginnen und Kollegen auch nach der Übernahme durch einen privaten Träger nicht automatisch zu geldgetriebenen „Ethik-Monstern“ werden. Und streng genommen arbeitet jede Praxis wie ein privates Unternehmen auf eigenes Risiko, auch wenn das regulierte Gesundheits„wesen“ gemäß dem in Teil II dieser Serie abgewandelten Zwiebelmodell (vgl. HÄBL 09/2020) kein wirtschaftlicher „Markt“ ist und es sich bei Arztpraxen nicht um Gewerbebetriebe handelt.

Gewaltige Finanzierungslücke durch Länderversäumnisse

Die gelegentlich geäußerte Ungleichung „Privat schlechter als Kommunal schlechter als Frei-Gemeinnützig“ ist „so“ absolut aus ethischer Sicht nicht haltbar. Ein Problem, das alle drei Trägerformen immer schlechter bewältigen können, ist dagegen die Säumigkeit des Staates, seinen gesetzlichen Verpflichtungen zur Finanzierung von Neubauten, Sanierungen und der Beschaffung von Großgeräten nachzukommen. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft hätten die Bundesländer den jährlichen Bedarf für diese notwendigen Investitionen der Krankenhäuser jeweils nur zu etwa der Hälfte gedeckt. In der Summe habe sich dadurch ein Investitionsstau von mindes-

tens 30 Mrd. Euro in den vergangenen zehn Jahren aufgetürmt (<https://www.dkgev.de/>) [21]. Die Krankenhäuser mussten diese daher zweckentfremdet aus den laufenden DRG- und sonstigen Erlösen mitfinanzieren. Kumulativ ist hier also das Zigfache dieser Zuschüsse aufgelaufen.

Ausblick: (Was) Können wir von anderen lernen?

Im vierten Teil dieser Reihe werden exemplarische, medizinethisch bedenkliche Auswirkungen in der medizinischen Forschung und von Fehlanreizen unseres Gesundheitssystems aufgegriffen und mögliche Auswege aus einigen Dilemmata anhand von Vorbildern anderer Gesundheitssysteme aufgezeigt.

Univ.-Prof. Dr. med. habil.
Andreas J. W. Goldschmidt

Biografisches zum

Autor: Gastwissenschaftler am IASU der Goethe-Universität seit 2018, Mitglied der Sozial-, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste seit 2012, Mitwirkung in verschiedenen Ethikkommissionen seit 1998 und Vorsitzender der Präsidiumskommission Ethik der wissenschaftlichen Fachgesellschaft gmds seit 11/2019.



© Fotostudio Pfeiffer

Teil I siehe Ausgabe 02/2020, S. 90ff; Teil II siehe Ausgabe 09/2020, S. 480ff. Die Literaturhinweise finden Sie auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: haebl@laekh.de

Literatur zum Artikel:

Medizinethik und Wirtschaftsethik sind nicht dasselbe

Teil III der Serie „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“

von Univ.-Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

- [12] Wirtschaftslexikon: Chrematistik. Ausgabe 2018. – URL: <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/chrematistik/chrematistik.htm>, Abruf: 10. August 2017 (Anmerkung: In einigen Publikationen wird stattdessen auch der Begriff „Chremastik“ verwendet)
- [13] Pohl M, Sieber U, Wandt L: Markt macht Medizin – Das ungesunde Geschäft mit unseren Krankenhäusern. Eine Recherche von Kontraste. Exklusiv im Ersten. ARD, 20.7.2020, 22:00–22:30 Uhr
- [14] Sheiman I, Shishkin S, Shevsky V: The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk Manag Healthc Policy*, 2018 (11): S. 209–220 – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220729/>, Abruf: 31.7.2020, 14:13 Uhr
- [15] Busse R., Saltman R B, Dubois H: Organization and financing of social health insurance systems—current status and recent policy developments. In: Saltman R B, Busse R, Figueras J (eds.): *Social health insurance systems in western Europe*. Buckingham: Open University Press, 2004: S. 33–80. – Siehe dazu auch [8, S. 2ff].
- [16] Berliner Institut für christliche Ethik und Politik – ICEP (Hrsg.): „Bismarck oder Beveridge? Grundlagen und Prinzipien sozialer Sicherung.“ Dokumentationen des ICEP (hier: Fachtagung des ICEP mit der Katholischen Akademie Berlin am 6. Juni 2005), Berlin 2/2005
- [17] Hollmann J, Schröder B: Gefährden die Chrematisten die Daseinsvorsorge? *Health Care Management (HCM)*:10/2017: 46–47
- [18] Goldschmidt AJW: Wider die Dogmentheorie. *f&w, Bibliomed, Melsungen* 6/2012: 620–621 (ISSN 0175–4548)
- [19] kma (Hrsg.): Sachsen-Anhalt: Oberlandesgericht untersagt Sozialministerin Falschaussagen gegen Aneos. *kma, Klinik Management aktuell* (Thieme), 24.07.2020 – Quelle: Aneos – URL: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/oberlandesgericht-untersagt-sozialministerin-falschaussagen-gegen-ameos-a-43694> – Abruf: 27. Juli 2020, 17:19 Uhr
- [20] Saßen S (Koriander Deutschland): Zitat aus Laschet H: Investoren im Gesundheitswesen: Plage oder Partner fürs Gemeinwohl? *ÄrzteZeitung*, 01.10.2020 – URL: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Investoren-im-Gesundheitswesen-Plage-oder-Partner-fuers-Gemeinwohl-413318.html>, Abruf: 02.10.2020
- [21] Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.): Krankenhäusern fehlt Geld für Investitionen. *aerzteblatt.de* → News → Politik, 19. Dezember 2019 – URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108358/Krankenhaeusern-fehlt-Geld-fuer-Investitionen>, Abruf: 2. Aug. 2020, 14:20 Uhr