

## **Gesundheitspolitik im sozialen Rechtsstaat**

Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel

### Vortrag bei der Tagung „**Lobbyismus im Gesundheitswesen – Verantwortliche Interessenpolitik – unverantwortliche Einflussnahme**“

Evangelische Akademie zu Berlin und Transparency International Deutschland e.V.,  
Französische Friedrichstadtkirche auf dem Gendarmenmarkt  
Berlin, 26.-27. September 2011

## **I. Einführung**

Gesundheitspolitik ist schlecht angesehen, wird gerne als „Haifischbecken“ bezeichnet. Mangelnde Transparenz der Entscheidungen und der Einfluss von Interessengruppen werden beklagt. Kaum ein Wortspiel mit dem „kranken“ Gesundheitswesen wird ausgelassen, Knappheit ebenso angeprangert wie Verschwendung.

Was ist da los? Gesundheitspolitik steht nicht allein darin, dass Gruppen ihre Interessen formulieren und vertreten. Das ist normal und legitim im freiheitlichen und demokratischen Staat, ebenso, dass Unternehmen und Personen bei ihrer Berufsausübung Geld verdienen wollen und dafür auch politisch handeln. Was aber bei Internet, Automobil und selbst Nahrungsmitteln hingenommen wird, regt die Menschen in der Gesundheitspolitik auf. Schon das Wort Gesundheitswirtschaft ist für viele ein Reizwort.

Das mag an den besonderen Funktionsbedingungen des Gesundheitswesens liegen, die im Global Corruption Report 2006 von Transparency International beschrieben werden. Jedes Gesundheitswesen ist danach anfällig, weil Informationen ungleich verteilt sind, individuellen und kollektive Entscheidungen unter Unsicherheit getroffen werden und weil Gesundheitssysteme komplex sind.

„Gesundheit ist keine Ware!“ Dem so benannten Volksentscheid gegen die Privatisierung städtischer Krankenhäuser stimmten im Februar 2004 76,8% der abstimmenden Bürgerinnen und Bürger Hamburgs zu. Dieser kurze mehrheitsfähige Satz bringt Probleme eines regulierten Gesundheitswesens auf den Punkt. Auch der Rat der EKD sah sich veranlasst, 2010 entschieden vor einen Gesundheitsmarkt zu warnen, der notwendige Leistungen nach Kaufkraft verteilt.

Gesundheit ist keine Ware, sondern ein fundamentales Ziel aller Menschen, eine Bedingung, um die Persönlichkeit entfalten zu können. Dazu werden auch Güter und Dienste benötigt, die in unserer Wirtschaftsordnung Waren sind und die den Lebensunterhalt und die berufliche Entfaltung von rund einem Zehntel der Bevölkerung sichern. Doch weil Gesundheitsgüter und -dienste besonders sind, können sie nicht nach den gleichen Regeln wie andere ausgetauscht werden.

Wer krank ist, kann oft nicht alleine entscheiden, welche Güter und Leistungen nötig sind, sondern muss auf die Sachkunde der Gesundheitsberufe vertrauen können. Ein gegenseitiger Vertrag über Gesundheitsdienste- und -güter muss das Ungleichgewicht berücksichtigen. Mehr Transparenz kann das Informationsgefälle verkleinern, nicht beseitigen. Kranke und ihre Angehörige sind in vielen Fällen individuell schwach, weil sie existenziell auf Hilfe angewiesen sind. Nötiges Vertrauen kann allein durch Vertragsrecht nicht ersetzt oder hergestellt werden.

Ungewissheit über Zeit, Dauer und Kosten von Krankheit drängt danach, sie durch Versicherung und Solidarität zu überwinden. Ungewissheit, ob Güter und Dienste wirksam und nützlich sind, ist durch Wissenschaft und Professionalität zu verkleinern, deren Erkenntnisse und Standards kollektiv verbindlich werden können.

Durch Arbeitsteilung und Vorkehrungen gegen ökonomischen oder sozialen Missbrauch überlegenen Wissens haben Gesundheitssysteme viele Akteure. Jede individuelle Behandlung hat persönlich und rechtlich mindestens drei handelnde Parteien.

Gesundheitsleistungen sind keine Waren wie andere. Das gilt umso mehr, wenn der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen ethische, politische und rechtliche Norm ist, wie im europäischen Sozialmodell. Doch das beschreibt erst die Herausforderung an den sozialen Rechtsstaat, noch nicht die Lösungen.

## II. Übergeordnetes Recht

Das übergeordnete Recht des Grundgesetzes und der Europäischen Union bildet den Rahmen, in dem Gesundheitspolitik und -recht im sozialen Rechtsstaat zu organisieren sind.

### 1. Rechtsstaat

Der Rechtsstaat muss Menschenwürde, Grund- und Menschenrechte achten und schützen. Die Charta der Grundrechte der EU hat dabei die Rechte auf Leben und Unversehrtheit, die freie Einwilligung in der Medizin, das Verbot der Eugenik und der Kommerzialisierung des menschlichen Körpers mit der Menschenwürde verbunden. Auch die Grundrechte der im Gesundheitswesen beruflich Tätigen und der an der Sozialversicherung Beteiligten sind zu respektieren. Doch der Schutzauftrag des Rechtsstaats ermöglicht, ja verlangt Priorität für den Schutz der Kranken. Das Recht auf bestmögliche Gesundheit ist als Teil des UN-Sozialpakts ein anerkanntes soziales Menschenrecht. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, die seit 2009 in Deutschland gilt, formuliert international die Pflicht der Staaten, Teilhabe an den Menschenrechten trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zu ermöglichen.

### 2. Sozialstaat

Der soziale Rechtsstaat ist verantwortlich für die Voraussetzungen individueller Rechte, die den Individuen ermöglichen, nach einem guten gemeinsamen Leben zu streben. Dazu gehört der Zugang zu Gesundheitsleistungen als Teil des Existenzminimums. Der soziale Rechtsstaat teilt die Verantwortung rechtlich zu, nimmt die in der Gesellschaft vorgefundenen Kräfte und Ressourcen in Anspruch, ohne sie zu verstaatlichen. Dies ist erkennbar in der Mitverantwortung von Arbeitgebern und Beschäftigten, freier Wohlfahrtspflege, ärztlicher Profession und gewerblichen Leistungserbringern für Krankenversicherung und Gesundheitswesen.

Das Bundesverfassungsgericht hat die verfassungsrechtlichen Vorgaben verdeutlicht: In der sogenannten Nikolaus-Entscheidung von 2005 wurde herausgestellt, dass wer in ein gesetzliches Pflichtsystem einbezogen ist, auch bedarfsdeckende Ansprüche jedenfalls bei lebensbedrohlicher Krankheit haben muss. Zur Pflege-Pflichtversicherung 2001 und zum PKV-Basistarif 2009 hat das Gericht gezeigt, dass der Gesetzgeber eine umfassende Versicherungspflicht anordnen und private Versicherungsträger in Anspruch nehmen darf. Mit der Entscheidung zur Grundsicherung für Arbeitsuchende 2010 wurde die Pflicht geschärft, das Existenzminimum zu gewährleisten und realitätsgerecht zu ermitteln. Ungleichbehandlung im Zugang zu Versicherungsschutz und Leistungen ist rechtfertigungsbedürftig, insbesondere, wenn Herkunft, Geschlecht oder Behinderung betroffen sind.

### 3. Demokratie

Auch wenn die verfassungsgerichtliche Kontrolle sie beschränkt, sind doch primär die demokratisch legitimierte Gesetzgebung und Regierung berufen, den sozialen Rechtsstaat zu konkretisieren. Das Wesentliche muss dabei durch Gesetz entschieden werden. In welchem Verhältnis Demokratie zur sozialen, beruflichen und kommunalen Selbstverwaltung steht, ist gerade für das Gesundheitswesen umstritten. Ist es weniger demokratisch, betroffene und fachkundige – und damit auch interessierte – Kreise einzubeziehen, wenn Normen konkretisiert werden, weil das die gesundheitspolitische Bedeutung von Wahlen schmälern könnte? Oder ist das demokratischer, weil größere Teile des Volkes einbezogen sind, wenn Normen gesetzt und vollzogen werden? Das Bundesverfassungsgericht hat sich hierzu nicht positioniert, obwohl die Nikolaus-Entscheidung das ermöglicht hätte. Insgesamt hält das Gericht eine funktionale Selbstverwaltung für möglich, jedenfalls wenn sie gerichtlich kontrolliert und so an die staatlichen Gesetze rückgebunden wird.

#### 4. Bundesstaat

Im Bundesstaat ist Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Das Grundgesetz weist Gesundheitspolitik nicht explizit einer Ebene zu. Aber Bundesgesetzgebung überwiegt, gestützt auf die Kompetenzen für Sozialversicherung, bürgerliches Recht, Recht der Wirtschaft, Zulassung zu Heilberufen, Arzneimittel- und Medizinprodukterecht und wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Darüber wird manchmal vergessen, dass den Ländern wichtige Bereiche bleiben: Infrastrukturplanung, öffentlicher Gesundheitsdienst, Berufsrecht und Gesetzesvollzug. Die Krankenversicherung vereinheitlicht und gleicht im Bundesstaat aus, was das Bundesverfassungsgericht 2005 gebilligt hat, als es die gegen den Risikostrukturausgleich gerichtete Klage Bayerns, Baden- Württembergs und Hessens abgewiesen hat.

#### 5. Europäische Union

Die immer enger werdende Europäische Union hat nur ergänzende Kompetenzen für Gesundheitspolitik. Gleichwohl hat der Europäische Gerichtshof mit den Grundfreiheiten des Binnenmarktes den Rahmen nationaler Gesundheitspolitik verändert. Jeder national eröffnete Markt für Arzneimittel, Gesundheitsdienstleistungen oder Krankenversicherung muss ohne Benachteiligung für Teilnehmer aus allen anderen Mitgliedstaaten geöffnet werden. Erstattungsregelungen, Qualitätsstandards oder Wartelistenregeln müssen das berücksichtigen. Das europäische Recht hat bisher nicht nur bestehende Märkte zusammengeführt, sondern auch mehr Markt gefördert und gefordert. Der Vertrag von Lissabon mit der Charta der Grundrechte betont demgegenüber soziale Grundrechte und Institutionen. Die Mitgliedstaaten der Union bleiben primär für die Gestaltung des Gesundheitswesens verantwortlich, wie auch das Bundesverfassungsgericht zum Lissabon-Vertrag verdeutlicht hat.

### III. Regelungen und Akteure

Gesundheitspolitik kann und darf von ihren vielen Akteure auf mehreren Ebenen nicht „aus einem Guss“ gemacht werden. Sie ist ein Ergebnis vieler Kräfte, die im günstigsten Fall eine Richtung finden.

#### 1. Krankenkassen im Wettbewerb

Die Solidarität bei Krankheit wird als gesetzliche Krankenversicherung organisiert. Ihr Prinzip des Ausgleichs von gesund zu krank, von reicher zu ärmer, von jung zu alt, von Kinderlosen zu Familien wird in Deutschland durch die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, durch Zuzahlungen, durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge und die Wahrnehmung einer „Zwei-Klassen-Medizin“ relativiert und herausgefordert. Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland hat deshalb im Oktober 2010 gewarnt, das Prinzip der Solidarität stehe auf dem Spiel

Die Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Ihre gesetzlichen Aufgaben zur Gesundheitsversorgung sind ihr einziger Zweck und Interesse. Für sie ist Versicherungsschutz bei Krankheit öffentlicher Auftrag und keine Ware.

Daran muss erinnert werden, denn seit es die freie Kassenwahl gibt, bezeichnen sich Krankenkassen als „Unternehmen“ und ihre Versicherten als „Kunden“. Es entsteht der falsche Eindruck, nicht nur die „Kunden“ könnten sich die Kasse aussuchen, sondern auch die Kasse die erwünschten „Kunden“, nämlich junge, gesunde und gutverdienende Versicherte. Rechte auf Zugehörigkeit und Mitgestaltung der Krankenkassen werden nicht mehr wahrgenommen. Das Risiko, dass eine Kasse geschlossen wird, tragen unter dem Namen „Insolvenz“ stärker die Beschäftigten, nicht mehr nur die anderen Kassen. Damit werden die Kassen noch stärker an der eigenen Organisation und Existenz ausgerichtet. Der Gesetzgeber hat erwartet, dass die Kassen im Wettbewerb effizienter arbeiten. Diese Erwartung ist nie evaluiert worden, aber jedenfalls für manche Versicherten waren Risikoselektion und Rechtsverweigerung die Folge.

Jede öffentliche Behörde und Körperschaft hat ein für ihren öffentlichen Auftrag problematisches Interesse an sich selbst. Aber der Wettbewerb hat dies verstärkt, weil gerade Führungskräfte materiell und existenziell an der Wettbewerbsposition interessiert sind. Selektive Verträge mit Krankenhäusern, Ärzten oder

Alle Rechte beim Autor oder bei der Ev. Akademie zu Berlin

Arzneimittelherstellern führen zu einer neuen Ebene geschäftlicher Verbindungen, die nicht nur Effizienz fördert und keinesfalls Transparenz hervorbringt.

Zur Kontrolle ihrer Nutzerfreundlichkeit, Rechtstreue und Wirtschaftlichkeit haben die Kassen extern eine Aufsichtsbehörde in Bund oder Land und intern den Verwaltungsrat aus gewählten Vertretern der Versicherten und Arbeitgebern.

Die soziale Selbstverwaltung der meisten Kassen hat sich durch den Wettbewerb verändert: Die Versicherungsgesellschaft ist nicht mehr ein nach Region, Betrieb oder Branche überschaubares Kollektiv, sondern eine fluktuierende anonyme Gruppe, der durch den Wettbewerb eher nahegelegt wird, bei Unzufriedenheit zu wechseln als sich zu beschweren oder zu engagieren. Es ist aber belegt, dass gerade kranke und sozial schwache Versicherte ihre Kasse selten wechseln.

Immer größere Einheiten, Anonymisierung, Professionalisierung und eine deplatzierte Konsumentenrolle beeinträchtigen auch kommunale und berufliche Selbstverwaltung, Parteien, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbände oder Kirchen. Sie alle benötigen bürgerschaftliches Engagement. Das ist aber nicht ohne eigenes Interesse und Interessen zu haben, die dort legitim vertreten werden.

Soziale Selbstverwaltung bleibt ein sinnvoller Ansatz für Transparenz und Kontrolle durch Nutzer und Finanziers. Um ihn wieder zu beleben braucht es jedoch innere und äußere Reformen. Die Gewerkschaften, christlichen und anderen Arbeitnehmerorganisationen und die Arbeitgeberverbände müssten ihr gesundheitspolitisches Mandat stärker profilieren und durch ein transparenteres und öffentlich sichtbares Wahlverfahren legitimieren. Die gewählten Vertreterinnen und Vertreter müssen umfassende Einsichts- und Kontrollrechte haben, die sie auch wirklich wahrnehmen können und sie müssen mit den Versicherten kommunizieren.

Die Grundsatzfrage ist: Sind in den Verwaltungsräten alle relevanten Interessen vertreten? Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich von der Beschäftigten- zur Volksversicherung entwickelt, in der auch Rentner, Arbeitslose, Studierende und Familienangehörige versichert sind. Es wäre denkbar, den Anteil der Arbeitgeber auf ein Drittel zu senken und die Vertretung der Versicherten auch für andere Verbände als Arbeitnehmerorganisationen zu öffnen.

Chronisch kranke und behinderte Versicherte sind eine strukturelle Minderheit, die besonders auf die Krankenversicherung angewiesen ist. Auch die Behindertenrechtskonvention fordert, ihre Verbände an allen für behinderte Menschen wichtigen Entscheidungen zu beteiligen. Sie könnten auch in den einzelnen Kassen eine Stimme bekommen.

## 2. Die gemeinsame Selbstverwaltung

Die gemeinsame Selbstverwaltung der Kassen und Leistungserbringer konkretisiert im gesetzlichen Rahmen das Recht auf ausreichende und wirtschaftliche Leistungen und die Infrastruktur der gesundheitlichen Versorgung. Will man diese Entscheidungen nicht grundsätzlich Parlament und Regierung vorbehalten oder unreguliert im Einzelfall treffen, so ist es plausibel, die verschiedenen beteiligten Interessen zusammenzufassen und zur gemeinsamen Entscheidung zu verpflichten.

Für die Konkretisierung der Leistungsansprüche ist aus Vertretern der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft der Gemeinsame Bundesausschuss gebildet, Vertreter des Patienteninteresses wirken beratend mit. Der G-BA steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Er muss die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft aufnehmen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat dazu beigetragen, dass der G-BA zumindest partiell auf der Basis unabhängiger Fachlichkeit entscheiden kann.

G-BA und IQWiG sind Gegenstand erbitterter Angriffe von Lobbygruppen, die sich ohne das geregelte Verfahren einen vereinfachten Zugang zum Leistungskatalog versprechen. Das Versorgungsstrukturgesetz soll nun Leistungsausschlüsse gegen den Willen der betroffenen Leistungserbringer deutlich erschweren.

G-BA und IQWiG sind in der Öffentlichkeit wenig bekannt. Sie eignen sich darum gut als Schurken, wenn in den Medien Geschichten von vorenthaltenen Leistungen lanciert werden oder wenn staatliche Politik die Verantwortung nicht übernehmen mag. Es wäre gut, wenn Arbeit und Arbeitsweise des G-BA der Öffent-

lichkeit bekannter wären. Dass nach dem Versorgungsstrukturgesetz die Vertraulichkeit vorbereitender Sitzungen gesetzlich festgeschrieben wird, ist ein Schritt zurück. Soll der G-BA eine gesellschaftliche Funktion haben, bedarf er gerade der Rückkopplung mit denjenigen, die in ihm vertreten sind.

### 3. Infrastrukturrecht

Ob und wie Ärzte, Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren, Pflegedienste und Heime in den Gemeinden und Regionen zur Verfügung beeinflussen Kassenverbände, Kassenärztliche Vereinigungen und Leistungserbringerverbände, indem sie Versorgung und Vergütung in den Ländern vertraglich regeln. Für die Krankenhausplanung sind die Länder verantwortlich. Integrierte Versorgung mit ambulanten und stationären Leistungserbringern wird nur punktuell und nur durch Verträge einzelner Kassen hergestellt. Was sich entwickelt, hängt oft von den Vergütungsströmen ab. Politische Planung im eigentlichen Sinne gibt es nur für die Krankenhäuser. Die Sorge, ob es genug Krankenhäuser, Arztpraxen und 10 Pflegeeinrichtungen gibt, ist nicht primär ein kaufmännisches Problem, sondern eine öffentliche Angelegenheit in den Ländern und Kommunen.

### 4. Die Rolle der Leistungserbringer

Aber welche Rolle sollen welche Leistungserbringer in der Gesundheitspolitik spielen? Ihre Interessen sind unterschiedlich.

Öffentliche und gemeinnützige Einrichtungen brauchen einen Rahmen, in dem sie gemeinwirtschaftlich sein können. Im Sozial- und Gesundheitswesen muss, auch für das Europäische Recht, besonderer Raum für Unternehmen bleiben, die nicht an Gewinn, sondern an Bedarfsdeckung ausgerichtet sind.

Freiberuflichkeit muss die Freiheit bedeuten, unbedingt und zuerst professionellen Standards zu folgen und erst danach kaufmännisch zu denken. Dass die Vertragsärzte in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft zusammengefasst sind, mildert und bündelt ihre Interessenvertretung – reine Agenturen des Gemeinwohls können die Kassenärztlichen Vereinigungen trotzdem nicht sein.

Wer vor allem private gewinnorientierte Leistungserbringer will, darf sich nicht beschweren, wenn sie als solche agieren. Insbesondere die Privatisierung vormals öffentlicher Krankenhäuser ist politisch sehr umstritten. Das Votum von drei Vierteln der Abstimmenden hat den Hamburger Senat seinerzeit nicht gehindert, die Krankenhäuser der Hansestadt zu verkaufen. Ob die Privatisierung vieler Krankenhäuser die Versorgung verbessert hat, kann bezweifelt werden.

### 5. Zwischen Kooperation und Korruption

Der Vielfalt in der Leistungserbringung liegt die Annahme zu Grunde, dass die Gesamtheit von Entscheidungen öffentlicher, gemeinnütziger, freiberuflicher und gewerblicher Leistungserbringer das System laufend verbessert, seien sie gemeinwirtschaftlich oder kapitalistisch motiviert. Regulierter Wettbewerb um neue Lösungen ist gewollt. Leistungserbringer dürfen und sollen dabei auch miteinander kooperieren.

Klassische Instrumente für Kooperation sind die ärztliche Verordnung und Überweisung. Heute werden sie ergänzt durch Vertragsbeziehungen, etwa im Rahmen medizinischer Versorgungszentren und Integrierter Versorgung, die zum Teil eine gemeinsame Vergütung vorsehen.

Die Kritik an der Kooperation schwankt zwischen zwei Polen: Ineffizienz wird dann gesehen, wenn Leistungserbringer zu wenig voneinander wissen und nicht kooperieren. Korruption wird befürchtet, wenn Patienten zielgerichtet zu bestimmten Arzneimitteln, Fachärzten oder Krankenhäusern geleitet werden, und bezweifelt wird, ob dies fachlich motiviert ist.

Das Krankenversicherungsrecht, ärztliche Berufsrecht, Krankenhausrecht und Arzneimittelrecht verpflichten die Leistungserbringer zu einer allein am Patienteninteresse ausgerichteten Kooperation. Zuweisung oder Verordnung gegen Entgelt oder die Annahme von Vorteilen sind nach der Berufsordnung verboten.

Doch scheint diese Rechtslage in einem Spannungsverhältnis zur Praxis der pharmazeutischen und der Krankenhausunternehmen zu stehen, für die die ärztliche Entscheidung einer der wichtigsten Wettbewerbsfaktoren ist und die sie teils durch Verträge, Werbung und Geschenke zu beeinflussen suchen. Ebenso sehen sich Ärztinnen und Ärzte unter Druck, zur Kostendeckung und Realisierung ihrer Einkommenswünsche unternehmerisch zu handeln.

Wie kann verhindert werden, dass der bisweilen schmale Grat zwischen Kooperation und Korruption überschritten wird? Für die Ärzte setzt das Recht traditionell auf berufsständische Selbstkontrolle in öffentlich-rechtlichen Körperschaften. Für eine selbstbewusste Profession, die eine eigene berufliche Ethik behauptet, ist dies ein grundsätzlich guter Weg zurückgenommener Staatlichkeit. Doch trägt er nur, wenn diese Berufsethik breit verankert ist und nicht von den ökonomischen Verhältnissen untergraben wird.

Die Gesundheitspolitik jedenfalls scheint schon lange nicht mehr auf ärztliche Ethik zu setzen, sondern auf ökonomische Anreize, die das richtige Verhalten steuern sollen. So entsteht ein Dilemma: Je stärker Leistungserbringer im System von ökonomischen Reizen gesteuert werden sollen, desto weniger sehen sie ein, warum sie etwas ohne Anreiz tun sollen. Die Mitglieder von Gesundheitsberufen als „homo oeconomicus“ anzusprechen, anerkennt zum Teil längst vorhandene Verhaltensweisen, konditioniert sie aber zugleich. Das Gesundheitswesen braucht klare Regeln über Notwendigkeit und Schranken der Ökonomisierung. Dabei ist weder die Fiktion des ökonomisch uninteressierten Arztes hilfreich noch kann man die Gesundheitswirtschaft als Branche wie andere auch verstehen. Wenn nicht nur Unternehmen im Dienst der Produktion von Gesundheitsleistungen stehen, sondern Patienten zum Objekt des Handels zwischen Unternehmern werden, werden Krankheit und Gesundheit zur Ware.

Die Gesundheitswirtschaft muss ein Maß finden, in dessen Mitte die Patienten stehen. Die individuellen Patientenrechte des bürgerlichen Rechts aus Vertrag und Haftung sind dabei wichtig. Gerade das Haftungsrecht hat viel dazu beigetragen, Patienten zu beteiligten Subjekten ihrer Heilung zu machen. Doch werden individuelle Rechte angesichts des Informations- und Machtgefälles immer nur lückenhaft und nachträglich genutzt. Sie müssen durch kollektive Rechte ergänzt werden.

Die Krankenkassen als Kollektiv der Versicherten haben einen doppelten Auftrag zur wirtschaftlichen und zur nutzerfreundlichen Gestaltung der Versorgung. Sie haben nicht nur auf günstige Preise, sondern auch auf korrekte Beziehungen zwischen Leistungserbringern und den Versicherten zu achten. Ein Wettbewerb zur Vermeidung des Zusatzbeitrags bei Strafe des Untergangs fördert das nicht.

Zur Rechtsdurchsetzung könnte weiterhin das aus dem Verbraucherschutzrecht bekannte Verbandsklagerecht genutzt werden. Wer Wettbewerb im Gesundheitswesen will, muss die rechtlichen Instrumente für die Lauterkeit dieses Wettbewerbs schärfen und nutzen. Die Verknüpfung von ärztlichem Berufsrecht und Wettbewerbsrecht hat schon zu gerichtlichen Entscheidungen geführt, mit denen das Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt durchgesetzt werden konnte.

## 6. Unabhängigkeit der Wissenschaft

Das Krankenversicherungsrecht baut in Inhalt und Verfahren auf dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf. Erst diese Bindung des G-BA macht seine Entscheidungsbefugnisse aus demokratischer Sicht erträglich. Das setzt aber voraus, dass Gesetzgeber und G-BA darauf vertrauen können, dass der Stand der medizinischen Erkenntnisse ohne bestimmenden Einfluss materiell interessierter Kreise zu ermitteln ist. Das ist schon im Grundsatz schwer bei einer Handlungswissenschaft, die sich aus Erkenntnissen der klinischen Praxis speist. Gerade deshalb ist die evidenzbasierte Medizin wichtig, damit der Stand der Wissenschaft sich auf Nachweise und nicht auf Autorität – auch von Interessenten – stützt.

Damit ist noch nicht gesagt, wie stark Organe der Gesundheitspolitik an wissenschaftlich korrekte Nachweise gebunden sein sollten. Jedenfalls die Parlamente sind demokratisch legitimiert, Prioritäten zu setzen, die sich nicht wissenschaftlich begründen lassen müssen. Doch besteht die reale Gefahr, dass bei Forschungs- und Präventionsprogrammen zum Beispiel der Kampf gegen Brustkrebs oder Herzinfarkt populärer ist als der gegen Psychosen oder Aids.

Jedenfalls sollten die den Entscheidungen in der Krankenversicherung oder Arzneimittelzulassung zu Grunde liegenden Forschungsergebnisse richtig und unbeeinflusst zu Stande kommen. Privatisierung und

Kostendruck in Universitätskliniken gefährden jedoch die nötige Unabhängigkeit der Wissenschaft strukturell. Auch in öffentlichen Hochschulen ist dies die es Dienstaufgabe der Hochschullehrer, Drittmittel einzuwerben. Ist jedoch Forschung von privaten Geldgebern abhängig, drohen Forschungsgegenstände beschränkt zu werden. Auch kann bezweifelt werden, ob alle Forschungsergebnisse – auch negative – gleichermaßen publiziert werden. Soll also wissenschaftliche Erkenntnis Grundlage 14 von Entscheidungen sein, ist es öffentliche Aufgabe, ihre Unabhängigkeit zu sichern. Dazu kommt, dass im Bereich der Pharmazie weit mehr durch private Unternehmen geforscht wird als durch öffentliche Einrichtungen. Wenn Forschungsausgaben refinanziert werden müssen, steigt aber der Druck, Forschungsergebnisse zu vermarkten, auch wenn der gesundheitliche Nutzen gering ist.

## 7. Transparenz und Öffentlichkeit

Öffentliche Transparenz von Entscheidungen und ihren Grundlagen ist eine Grundlage demokratischer Politik. Viele Sitzungen sind öffentlich, Unterlagen zugänglich. Im G-BA sollte dies ausgebaut werden. Schwieriger scheint aber, ob und wie Informationen die Öffentlichkeit erreichen und dort eingeordnet werden können. Zum Beispiel ist der Inhalt von Gesetzen, Richtlinien und Gerichtsentscheidungen vollständig publiziert, trotzdem kennen ihn viele am Gesundheitswesen Beteiligte nicht.

Zur Vermittlung sind zunächst die an der Gesundheitspolitik selbst beteiligten Abgeordneten, die Mitglieder der Selbstverwaltung und der Verbände berufen. Sie benötigen selbst Zeit, Kenntnis und Unterstützung, um die oft komplexen medizinischen, epidemiologischen, soziologischen, ökonomischen und rechtlichen Hintergründe verstehen und dann auch weiter vermitteln zu können und sie müssen an Kommunikation über ihre Verbände hinaus interessiert sein.

Vermitteln sollen auch Presse und Rundfunk. Doch ist wenig transparent, ob sie von Anzeigen und Sponsoring abhängig sind. Oft ist es ihnen wichtiger, mit Skandalen und personalisierten Geschichten zu unterhalten, als fachlich kompetent zu berichten, so dass über das gesundheitspolitische Geschehen nicht hinreichend aufgeklärt wird. Verantwortliche Gesundheitsinformation darf nicht zur Ware werden, deren Funktion sich in verdeckter Werbung oder dem offenen Spiel mit Ängsten und Hoffnungen erschöpft.

Es ist darauf zu hoffen, dass eine fachlich interessierte Öffentlichkeit sich auch mit Hilfe des Internets neue Informationsquellen, Orte des Diskurses und der Beratung sucht und schafft.

Wer Interesse an Transparenz und unabhängiger Information hat, muss die Mittel dafür bereitstellen, etwa beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das schon einen gesetzlichen Auftrag hat, für alle Bürgerinnen und Bürger verständliche Informationen zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Ob die zivile Gesellschaft sich mit Informationen orientieren kann, liegt daran, welche Urteilskraft wir selbst gemeinsam entwickeln.

## IV. Schluss

Gesundheitspolitik im sozialen Rechtsstaat kann und sollte Selbstbestimmung, Teilhabe und Schutz des verletzbaren, kranken, behinderten Menschen in den Mittelpunkt stellen. Sie muss Bedingungen schaffen, damit Gesundheitsleistungen erbracht werden und Solidarität organisieren, damit sie allgemein zugänglich werden. Was eine Gesellschaft für ihre kranken Mitglieder tut, das tut sie für sich selbst, denn das Vertrauen auf Solidarität und Schutz stärkt das Vertrauen, dass die Gesellschaft gerecht und gestaltbar sein kann. Dazu muss sie den Wirtschaftsbürger und den Staatsbürger zugleich ansprechen und ihnen Schranken auferlegen, damit Gesundheit nicht zur Ware wird und Gesundheitspolitik sich nicht in Wirtschaftspolitik erschöpft, sondern die Bedingungen von Gesundheit als öffentliche Angelegenheit behandelt. Die Kraft des Rechts muss dafür sorgen, dass die Haie sich mit den kleinen Fischen vertragen – auch wenn man ihnen dazu einige Zähne ziehen muss.