

Band
10

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen
Eine verfassungsrechtliche, ordnungs-
und gesellschaftspolitische Analyse

~
Takis Mehmet Ali

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Takis Mehmet Ali

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen

Eine verfassungsrechtliche, ordnungs- und gesellschaftspolitische Analyse

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 10

Essen 2018

ISSN 2367-3176

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2018 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergeset-
zes ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen

Eine verfassungsrechtliche, ordnungs-
und gesellschaftspolitische Analyse

Takis Mehmet Ali

Takis Mehmet Ali

Christophorus-Gemeinschaft e.V. Müllheim

E-Mail: t.mehmet-ali@christophorus-gemeinschaft.de

Master-Thesis an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management,
eingereicht im Oktober 2017

Vorwort

Die vorliegende Arbeit „Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen - Eine verfassungsrechtliche, ordnungs- und gesellschaftspolitische Analyse“ stellt eine interessante Analyse dar, da hier die drei Dimensionen Verfassungsrecht, Ordnungspolitik als auch Gesellschaft behandelt und kritisch reflektiert werden.

Die Frage nach Sozialismus und demokratischer Planwirtschaft im Gesundheitswesen statt einer marktwirtschaftlichen Betrachtung ist auch parteipolitisch ein großes Thema (Stichwort: Bürgerversicherung). Eine Unterteilung der Krankenversicherung in Deutschland in eine Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV) ist weltweit einmalig und auch Gegenstand ordnungspolitischer Debatten der letzten Jahrzehnte und der aktuellen Koalitionsvereinbarung. Das Thema solidarische Wettbewerbsordnung ist bereits rund 20 Jahre alt und immer noch gibt es unterschiedliche Ansichten: Die einen wollen mehr Wettbewerb um gute Leistungen und mehr Service, während andere eher den Staat als zentralen Lenker für eine gerechte und für alle gleiche Krankenversicherung sehen. In der heutigen solidarischen Wettbewerbsordnung haben wir beide Elemente.

Somit stellt das Thema der Arbeit einen aktuellen Zusammenhang zur ordnungspolitischen Debatte dar.

Essen, im Januar 2018

Prof. Dr. David Matusiewicz

Direktor des ifgs Institut für Gesundheit & Soziales der FOM Hochschule

Danksagung des Autors

Ausgangspunkt und Basis dieser Masterarbeit ist mein parteipolitisches Engagement bei der SPD. Freunde und Bekannte haben mich immer gefragt, was ich mir von einem regulierten System erhoffe, welches Freiheit und individuelle Entscheidungsmacht einschränkt. Die Gelegenheit, auf diese Frage mit Gerechtigkeit und Schutz vor individueller Macht zu antworten, nutzte ich aus. Als Grieche aus der Türkei und als das Erbe des Vertrages von Lausanne habe ich mich schon immer mit der Frage der Gerechtigkeit im Zusammenhang mit Menschlichkeit und Frieden auseinandergesetzt.

Wir Menschen sind nicht nur vor den von Menschen geschaffenen Gesetzen gleich, sondern auch vor den Augen von Tieren sowie gleich vor der Natur und letztendlich auch vor Gott. Indem wir unterschiedliche Systeme schaffen, schaffen wir auch Ausgrenzung, Diskriminierung und vor allem gefährliche Macht. Ich denke, als Minderheit ist man immer mit der Frage der Gerechtigkeit und Gleichbehandlung konfrontiert. Warum also nicht auch Gerechtigkeit und Gleichbehandlung aller in einem Gesundheitssystem. Gerade hier geht es doch um das wertvollste Gut Leben. Und weil es um unser Leben geht, sollten doch alle Menschen dieselben Ansprüche und Leistungen beziehen können. Meiner Meinung nach kann dies nämlich nicht von vielen Menschen auf unterschiedliche Art garantiert werden. Es muss einen Overhead geben und das ist dann ein demokratisch legitimierter Staat. Im Vertrauen auf die Politiker, die ihre Macht sinnvoll und überlegt einsetzen, erhoffe ich mir ein gerechtes Gesundheitssystem und möchte lediglich ein paar anstoßende Ideen geben.

Nebenbei bemerkt hat man es als FOM-Student nicht leicht im Leben. Nach einer Vollzeitstelle soll man noch abends in der Vorlesung produktiv sein, während der Woche Vorlesungen vorbereiten und am Wochenende fleißig Hausarbeiten schreiben. Dies ist dann keine Belastung, wenn das Denken und die Wissenschaft nicht nur beruflichen Zwecken dienen sollen, sondern dem Vergnügen, gerne zu denken. Aber als Denker hat man es auch nicht einfach.

Deshalb möchte ich mich an dieser Stelle besonders bei meinen engsten Bekannten und Freunden Jutta Salomon, Ana Choi und Aylin Aydar für den abwechslungsreichen Ausgleich neben dem Denken und Schaffen bedanken. Durch die weite Anfahrt nach Essen habe ich stets immer ein Plätzchen bei meiner ehemaligen Arbeitskollegin Sylvia Buonaccorso gefunden, die mich nicht nur selbstverständlich verköstigt hat, sondern immer ein offenes Ohr für mich hatte. Einen besonderen Dank möchte ich auch an Sabine Fritschen richten, die insbesondere die Lektoratsarbeiten übernahm und sich durch meine verschachtelten Sätze kämpfte.

Nicht nur aus dem Freundes- und Bekanntenkreis erhielt ich Unterstützung, sondern auch von den Kolleginnen und Kollegen der Christophorus-Gemeinschaft. Daher möchte ich ein herzliches Dankeschön an Joachim Walter, den geschäftsführenden Vorstand meiner Einrichtung, richten. Die außerbetrieblichen Diskussionen hatten oft den Charakter einer Denkfabrik, nicht selten halfen diese Beiträge zur Erlangung weiterer Erkenntnisse. Zum Schluss noch ein letztes Dankeschön an Prof. Dr. Matusiewicz, der beratend und kritisch mitwirkte.

Badenweiler, im Januar 2018

Takis Mehmet Ali

3	Ordnungspolitische Analyse	35
3.1	Allgemeiner Teil der Ordnungspolitik	36
3.1.1	Aufgaben der Ordnungspolitik	37
3.1.2	Ordnungspolitische Ideologie.....	38
3.1.3	Übersicht der ordnungspolitischen Leitbilder	41
3.2	Ordnungspolitik im Gesundheitswesen	43
3.2.1	Organisation und Struktur des deutschen Gesundheitswesens (Status quo).....	45
3.2.2	Zeithorizont der Reformen im Gesundheitswesen (2000-2015)...	47
3.3	Modellbeispiel: Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen...	50
3.3.1	Verfügungssystem	52
3.3.2	Planungssystem.....	55
3.3.3	Koordinierungssystem	58
3.3.4	Hierarchie des Staatssystems (Ein Beispiel)	61
3.3.5	Finanzierung des Staatssystems	61
3.3.5.1	Steuern und Beiträge.....	63
3.3.5.2	Organisation der Planeinnahmen-/ausgaben	64
3.4	Ein praktisches Beispiel der Versorgung am Patienten	66
3.5	Der Privatsektor	67
3.6	Zwischenergebnis II	68
4	Gesellschaftspolitische Analyse	70
4.1	Religion und Wettbewerb	71
4.2	Die Solidargemeinschaft	72
4.3	Utilitarismus im Gesundheitswesen	73
4.4	Zwischenergebnis III	74
5	Schlussfolgerung	76
	Literaturverzeichnis.....	78
	Internetquellen	80

Abkürzungsverzeichnis

ABAG	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
AABG	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
Abs.	Absatz
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
Art.	Artikel
BEMA	Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSSichG	Beitragssatzsicherungsgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BW	Baden-Württemberg
BWahlG	Bundeswahlgesetz
BY	Bayern
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
c.p.	ceteris-paribus Klausel
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ff.	fortfolgende
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetzliche Krankenversicherung Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-WSG	Gesetzliche Krankenversicherung-Wettbewerbsstärkungsgesetz

GMG	Modernisierungsgesetz
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GPfV	Gesetzliche Pflegeversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
i.S.	im Sinne
i. V. m.	in Verbindung mit
KV	Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
StGB	Strafgesetzbuch
SV	Sozialversicherung
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
WRV	Weimarer Verfassung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung eines Zusammenhangs zwischen Anspruch und Krankheitsbild nach 1.Gossenschen Gesetz (abgeleitet und neudefiniert)	51
Abbildung 2: Ein Hierarchiebeispiel	61
Abbildung 3: Planhaushalt des Gesundheitswesens	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung der Verfassung in der BRD	4
Tabelle 2: Zusammengefasste Übersicht über ordnungspolitische Ideologien	40
Tabelle 3: Vorbereitung des Versorgungsplans	57
Tabelle 4: Bundesplan der Leistungserbringung	59

1 Einleitung und Problemendarstellung

Art. 1, Abs. 1 GG – „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“, ff. Art. 2, Abs. 2 GG – „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden“.¹ Das Gesundheitswesen in Deutschland ist ein zwischen planwirtschaftlichen und marktwirtschaftlichen Modulen agierendes Gesundheitssystem. Zum einen organisiert der Staat durch gesetzliche Rahmenbedingungen die Strukturen und zum anderen sind marktwirtschaftliche Funktionen zur Steigerung der Effizienz zugelassen. Die vorliegende Masterarbeit wird sich mit den Grenzen der Marktwirtschaft im Gesundheitswesen und den Voraussetzungen der Organisation einer demokratischen Planwirtschaft im Gesundheitswesen aus drei Sichtweisen befassen. Bereits einleitend zu der Problemendarstellung sind der Artikel 1 GG und der Artikel 2 GG ohne jegliche Kommentierung benannt worden. Die Untersuchung aus der einen Sicht ist die verfassungsrechtliche Überprüfung der Zulassung der Marktwirtschaft im Gesundheitswesen. Hierbei geht es nicht zwingend darum, die Analyse der einzelnen in Frage kommenden Artikel des Grundgesetzes zu vertiefen, sondern vielmehr darum, sich mit den Kernaussagen und den daraus resultierenden Interpretationen zu beschäftigen. Die Bundesrepublik Deutschland (BRD) beruft sich auf das sog. Sozialstaatsprinzip, welches schutzsuchenden Bürgerinnen und Bürgern auch diesen gewährt und zusichert. Für das Gesundheitswesen bedeutet das, dass im Fall einer Krankheit und der Notwendigkeit, medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen, der Staat die Versorgung seiner Bürgerinnen und Bürger organisiert. Der Verweis auf den Artikel 2 GG, kann an dieser Stelle nicht ignoriert werden. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass laut dem Grundgesetz eine verfassungsrechtliche Grundlage für die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger besteht. Nur wie ist es dann möglich, dass durch den Gesetzgeber versicherte Bürgerinnen und Bürger in einigen Krankheitsfällen, trotz Beitragszahlung, weiterhin individuelle Krankheitskosten nach dem Out-of-Pocket Prinzip zahlen müssen? Wird diese Frage um die Zahlungsfähigkeit der Patienten erweitert, findet ebenso eine Kollision mit dem Artikel 3 GG – Allgemeiner Gleichheitssatz statt. Die speziellen Gleichheitsrechte nach Artikel 3, Abs. 3 lassen genug Spielraum, auch hier weitgehende Analysen zu tätigen. Wie ist die Frage zu beantworten, wenn Patient A an derselben Diagnose erkrankt ist wie Patient B, aber Patient A nicht in der Lage

¹ Wienbracke, M., Einführung in die Grundrechte, 2013, S. 3

ist, mögliche Zusatzleistungen zu tätigen, um bspw. in der Nachsorge seiner Erkrankung den genesenden Status nach einem Eingriff beibehalten zu können? Fraglich ist, ob die Interpretation der Grundgesetze zu verschärft dargestellt wird oder tatsächlich ein Verfassungsbruch stattfindet. Die zweite Sicht der Untersuchung stellt der ordnungspolitische Teil der Masterarbeit dar. In diesem Abschnitt stehen die Organisation, die Struktur und der Aufbau einer demokratischen Planwirtschaft im Gesundheitswesen im Vordergrund. An das Thema wird durch die in der Volkswirtschaftslehre bereits angewandten Methoden und Strukturen herangeführt. Nachdem einige Voraussetzungen geklärt sind, wird ein eigenständig entwickeltes System bzw. eine Struktur des Gesundheitswesens als Beispiel gezeigt. Anschließend erfolgt eine Hierarchie bzgl. der Befugnisse eines organisierten staatlichen Gesundheitssystems. Der nächste Schritt besteht dann darin, die Patientenversorgung anhand eines Beispiels darzustellen. Schließlich wird über mögliche Finanzierungsoptionen und den Verbleib des Privatsektors diskutiert. Ein weiterer Teil und die dritte Sicht auf Planwirtschaft im Gesundheitswesen ist die gesellschaftspolitische Analyse. Auf diesen Aspekt wird nur kurz eingegangen. Eine weitere Fragestellung für diesen Bereich ist die Klärung der Rechtfertigung eines staatlichen Gesundheitswesens in der Annahme des Utilitarismus. Des Weiteren wird auch der Zusammenhang zwischen Religion und Wettbewerb näher analysiert, da auch konfessionelle Einrichtungen als Akteure im Gesundheitswesen zu finden sind. Auch die Frage, wie viel Solidargemeinschaft und Gerechtigkeit ein Gesundheitswesen verträgt, darf nicht außer Acht gelassen werden. Es besteht eine große Korrelation zum Zusammenhang des Artikels 3 GG, dem Allgemeinen Gleichheitssatz. Über alle drei Abschnitte hinweg wird auch der politische Wille ein Thema sein. Dieser setzt sich in den einzelnen Gesetzen um und letzteres auch repräsentativ in den Strukturen des Gesundheitssystems, sowie auch in den in der Verfassung verankerten Grundgesetzen.

Das Ziel dieser Masterarbeit ist nicht zwingend, ein planwirtschaftliches Gesundheitswesen als ökonomisch effizienter darstellen zu wollen, lediglich diese Option unter den bereits erwähnten Merkmalen zu diskutieren. Die vorliegende Masterarbeit ist auch als ein alternatives Orientierungskonzept aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu verstehen. Die Bildung eines politischen Statements ist zwangsläufig nicht vermeidbar. Am Ende der vorliegenden Masterarbeit erfolgt eine Schlussfolgerung.

2 Verfassungsrechtliche Analyse

Es gilt zu überprüfen, inwiefern die Organisation des deutschen Gesundheitswesens mit seinen marktwirtschaftlichen Komponenten verfassungsrechtlich im Einklang steht. Zum einen ist der deutsche Staat per Gesetz verpflichtet, die Versorgung seiner Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen, aber auf der anderen Seite lässt er Marktwirtschaft mit der Begründung der Effizienzsteigerung zu. Der Gesundheitsmarkt, wenn dieser so betrachtet werden kann, ist unterschiedlichen Variablen ausgesetzt. Diese sind definiert im individuellen Gesundheitsstatus, dem Einkommensniveau und vor allem auch der Dichte der Versorgung. Weiterhin ist im Hinblick auf das Einkommensniveau noch darüber nachzudenken, inwiefern der Bildungsstatus, aber auch die Bildungschancen für eine Analyse auf dem Gesundheitsmarkt eine Rolle spielt. Bereits in der Einleitung wurde der Artikel 1 i. V. m. mit dem Artikel 2 GG angesprochen. Folglich wird in diesem Kapitel eine Analyse dargestellt, ob die Gesundheitsversorgung per Gesetz vollumfänglich im Staatsauftrag liegen müsste. Weiterhin werden die Grenzen der Marktwirtschaft und die Grenzen der Planwirtschaft im Verfassungsrecht bzw. im Grundrecht untersucht. Nach dem Einstieg in das Grundrecht und dem Staatsorganisationsrecht wird eine mögliche Formulierung einer Verfassungsbeschwerde überprüft. Zum Ende des Kapitels wird dann das Ergebnis diskutiert.

2.1 Allgemeiner Teil der Verfassung

Im Wesentlichen existiert bis heute keine verbindliche Definition des Begriffs „Grundrechte“. Hierunter werden die verfassungsrechtlich garantierten subjektiv-öffentlichen Rechte des Einzelnen gegenüber dem Staat verstanden, welche zugleich auch die Grenzen der staatlichen Gewalt abstrahieren sollen.² Die Entwicklung und Gestaltung der Grundrechte in der BRD sind weder vom Himmel gefallen noch durch Zauberei entstanden. Die historische Entwicklung der Grundrechte ist auf den Wandel der politischen Willensbildung und der politischen Ordnung zurückzuführen.³ Nachfolgend ist eine Aufstellung der historischen Entwicklung der Grundrechte in der BRD zu finden.

² Vgl. Wienbracke, M., Einführung in die Grundrechte, 2013, S. 3.

³ ebd.

Tabelle 1: Entwicklung der Verfassung in der BRD

Jahr	Rechtsakt
1818/1819	Verfassung süddeutscher Staaten (BY, BW): Monarchische Gewährung von „staatsbürgerlichen Rechten“ (u. a. Sicherheit der Person und des Eigentums; Gewissensfreiheit)
1848/1849	Paulskirchenverfassung: stellt eine Kodifizierung des ersten gesamtdeutschen Grundrechtskatalogs (u. a. allg. Gleichheitssatz; Religions-, Meinungs-, Presse-, und Versammlungsfreiheit; Berufs- und Eigentumsfreiheit)
1850	Preußische Verfassungskunde: wesentlich vergleichbar mit der Paulskirchenverfassung, jedoch gibt Art. 3 GG die Möglichkeit, Rechte des GG zu verlieren.
1867	Verfassung des Norddeutschen Bundes: beinhaltet keine Grundrechte
1871	Bismarcksche Reichsverfassung: beinhaltet keine Grundrechte, außer der Niederlassungs- und Gewerbefreiheit
1919	Weimarer Reichsverfassung (WRV): in Anknüpfung an die Paulskirchenverfassung erster längerwährender gesamtdeutscher Grundrechtskatalog mit Freiheitsrechten, ökonomischen/sozialen Dimensionen (Unverbindlichkeit des Gesetzgebers). Die Weimarer Reichsverfassung wurde 1933 mit der nationalsozialistischen Machtergreifung außer Kraft gesetzt.

Quelle: Berg, W., Staatsrecht, 2011, 6. Auflage, Seite 65.

Die Grundrechte in der deutschen Verfassung können grob zwischen subjektive und indirekt in materielle Grundrechte aufgeteilt werden. Artikel 1 bis 19 GG normiert überwiegend die subjektiv zu verstehenden Grundrechte, wobei Art. 15 GG – („Grund und Boden, Naturschätze, und Produktionsmittel können zum Zwecke der Vergesellschaftung durch ein Gesetz, das Art und Ausmaß der Entschädigung regelt, in Gemeineigentum oder in andere Formen der Gemeinwirtschaft überführt werden.“⁴), bereits von materiellen Grundrechten spricht. Im weiteren Verlauf der Überprüfung der Verfassungsrechtsmäßigkeit wird der Art. 15 GG eine Rolle spielen. Weiterhin sind in den Art. 20 Abs. 4, Art. 33, Art. 38, Art. 101, Art. 103 und Art. 104 GG die sog. materiellen grundrechtsgleichen Rechte zu finden.⁵ Die Verletzung der Grundrechte, sowie die der sog. Grundrechtsgleichen Rechte können gemäß Art. 93 Abs. 1 Nr. 4a GG vor dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zur Klage herangeführt werden („Das Bundesverfassungsgericht entscheidet über Verfassungsbeschwerden, die von jedermann mit der Behauptung erhoben werden können, durch die öffentliche Gewalt in einem seiner Grundrechte oder in einem seiner in Art. 20 Abs. 4, 33, 38, 101, 103 und 104 enthaltenen Rechte verletzt zu sein“)^{6,7}

2.1.1 Begriff und Funktion der Grundrechte

Im vorangegangenen Abschnitt wurde bereits über das subjektiv-öffentliche Recht und das materiell-öffentliche Recht, dato jetzt das objektiv-öffentliche Recht gesprochen. Für die Differenzierung in der verfassungsrechtlichen Analyse ist es notwendig, die Struktur der subjektiv-öffentlichen Rechte zu kennen. Die Frage, die sich hierbei stellt, ist die, in welchem Ausmaß sämtliche Ansprüche in der medizinischen Versorgung durch ein subjektiv-öffentliches Recht oder ein objektiv-öffentliches Recht entstehen. Die Differenzierung und Aufschlüsselung ist ein wesentlicher Bestandteil in der möglichen Formulierung einer Verfassungsbeschwerde nach Art. 93 Abs. 4a GG.⁸ Die Bezeichnung für bestimmte Begrifflichkeiten ist verfassungsrechtlich nicht vorgegeben. In der Praxis lassen sich

⁴ Jaras, H., Pieroth, B., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 14. Auflage, 2016, S. 444-445.

⁵ Vgl. Kielmansegg, S., Grundfälle zu den allgemeinen Grundrechtslehren, JuS, 2009, S. 19 (Zeitschrift).

⁶ Jaras, H., Pieroth, B., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 14. Auflage, 2016, S. 1018-1019.

⁷ Vgl. Wienbracke, M., Einführung in die Grundrechte, 2013, S. 5.

⁸ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 17.

meist synonyme Begriffe finden. Grundsätzlich muss auch für die vorliegende Masterarbeit eine einheitliche Begrifflichkeit festgelegt werden. Dabei wird für die Struktur des subjektiv-öffentlichen Rechts differenziert zwischen Grundrechtsträgern, Grundrechtsadressaten und zum Schluss Grundrechtsinhalten. Grundrechtsträger sind diejenigen, denen ein Grundrecht zusteht. Grundrechtsansprüche entstehen durch Menschenrechte, Bürgerrechte und der Personenmehrheit. Im Grundgesetz werden die Menschen ausdrücklich benannt oder sind in der Formulierung anderweitig zu finden. Gelten die Grundrechte für alle Menschen in der BRD, so findet sich die Bezeichnung „jeder“, „jedermann“ oder, vollumfänglich ausgeschrieben, „alle Menschen“.⁹ Ein Beispiel hierfür sind der bereits in der Einleitung erwähnte Art. 2, Abs.1 und 2 GG. Mit den Bürgerrechten ist die deutsche Staatsbürgerschaft gemeint. Damit geht bspw. das Wahlrecht einher (Art.38 Abs.1, 2, 3 i. V. m. BWahlG.¹⁰). Die Personenmehrheiten der Grundrechtsträger sind juristische Personen nach Art. 19 Abs. 3 GG. „Die Grundrechte gelten auch für inländische juristische Personen, soweit sie ihrem Wesen nach auf diese anwendbar sind“^{11, 12} Dies hängt davon ab, inwiefern die Organisation einer juristischen Person an Charakteristika anknüpft, die nur natürlichen Personen wesenseigen sind. Im weiteren Sinne begünstigt dieser Artikel des Grundgesetzes die Wahrnehmung gesellschaftspolitischer Aufgaben von Unternehmungen. Der grundsätzlich ständige Ansprechpartner des Grundrechtsadressaten ist der Staat.¹³ Hierzu schafft der Art. 1 Abs. 3 GG die Voraussetzungen „Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht“. Die Gesetzgebung erfolgt durch Bundes- und Landesparlamente. Die vollziehende Gewalt sind alle Organe des Staates, die weder mit der Gesetzgebung noch mit der Rechtsprechung vereinbar sind. Hierzu könnten Unternehmen angehören, die zum einen in der öffentlichen Hand und zum anderen privatwirtschaftlich organisiert sind. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hatte in einem Grundsatzurteil entschieden, dass gemischtwirt-

⁹ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 19.

¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, Bundeswahlgesetz, <http://www.gesetze-im-internet.de/bwahlg/index.html>, (abgerufen am 21.05.2017, 12:14 MEZ).

¹¹ Jaras, H., Pieroth, B., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 14.Auflage, 2016, S. 488-489.

¹² Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 19.

¹³ ebd.

schaftliche Unternehmen diesen Charakter und dementsprechend die Voraussetzungen des Art. 1 Abs. 3 GG erfüllen.¹⁴ Als letzteres definieren die Grundrechtsinhalte den letzten Punkt der Grundrechtsstruktur. Die Grundrechtsinhalte sind die weniger leicht zu bestimmende Größe, da diese an der Vielgestaltigkeit der Grundrechte an die unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten geraten. Sprachliche Flexibilität und die Möglichkeit, Gesetze zu verstehen, räumen große Gestaltungsspielräume ein.¹⁵

2.1.2 Grundrechtsprüfung

Ansprüche zu überprüfen und diese anschließend geltend zu machen, sind zweierlei Dinge. Wie bereits erwähnt räumen unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten von Gesetzen einen großen Spielraum ein. Das BVerfG mindert zwar in Rechtsurteilen die Unsicherheiten in der Rechtsanwendung, sie kann de facto nicht vor Unklarheiten schützen. Damit ist gemeint, dass Urteile des BVerfG missverständlich ausgelegt werden können. In der Praxis können Ungereimtheiten zu Differenzen in der Anwendung von Gesetzen führen. Die grundsätzliche Überprüfung von Grundrechtsansprüchen kann einer bestimmten Systematik folgen, welche in diesem Abschnitt im Sinne von Stufen der Grundrechtsprüfung kurz zusammengefasst dargestellt wird. Die erste Stufe der Grundrechtsprüfung ist die Ebene des Tatbestandes.¹⁶¹⁷ Dieser wird unterteilt in:

1. Suche nach dem einschlägigen Grundrecht
2. Die Ermittlung des Grundrechtsinhalts
3. Vom Schutzgut zum subjektiven Recht

In der ersten Stufe wird der Grundrechtsträger (der Beteiligte) ermittelt. Dieser muss sich durch ein Handeln von Organen der öffentlichen Gewalt, also dem Grundrechtsadressaten beschwert fühlen. In einem Grundsatzurteil stellte das BVerfG fest, dass nicht der Einzelne als Beschwerdeführer in Erscheinung treten muss, sondern die Vertretung durch Institutionen vollumfänglich genügt.¹⁸ Für die fortfolgende verfassungsrechtliche Analyse wird an dieser Stelle festgestellt, dass auch politische Institutionen vor dem Verfassungsgericht eine Beschwerde

¹⁴ Vgl. BVerfGE 128,226 LS 1.

¹⁵ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 23-24.

¹⁶ Vgl. Dreier, H., Grundgesetz mit Kommentare, Bd. I, Rn. 119ff

¹⁷ Vgl. Stern, K., Staatsrecht III/2, 2012, S. 10f.

¹⁸ Vgl. BVerfGE 88, 203 (251f.)

einreichen können. Des Weiteren bedeutet dieser Tatbestand, dass grundsätzlich eine Partei in Vertretung weitreichende Erfolge vorerst mit einer Anspruchserhebung erzielen kann. In der zweiten Stufe muss der Inhalt der möglichen Verfassungsbeschwerde gesucht und gefunden werden. Der Blick richtet sich hierbei auf das rechtlich geschützte Rechtsgut, das sog. Schutzgut.¹⁹ Auch hier zählt der Grundsatz der Grundrechtsauslegung. In fast jeder einschlägigen Literatur wird auf das sog. grundrechtsdogmatische Axiom verwiesen. Dies bedeutet, dass jede nicht sozialschädliche Handlung von einem Grundrecht erfasst wird, weil eine gewisse Kongruenz zwischen natürlichen Handlungsmöglichkeiten und dem Anspruch eines Grundrechtes besteht. Weiterhin besteht die bereits erwähnte Gestaltungsmöglichkeit auch im Charakter des Verfahrens. Im Umkehrschluss muss auf den Art. 94 Abs. 1 S.2 verwiesen werden. Dieser legt die Mitglieder des BVerfG fest, welche je zur Hälfte vom Bundestag und vom Bundesrat gewählt werden. Damit wäre ein interessanter „Knackpunkt“ gefunden, nämlich der, dass der Wählerwille trotz der gewollten Unabhängigkeit des BVerfG eine für die in Frage kommende und jegliche Verfassungsbeschwerde nicht vollkommene Neutralität aufweist. Faktisch bedeutet diese Erkenntnis, dass die Zusammensetzung des Bundestages und des Bundesrates maßgeblich für die Einführung eines vom Staat organisierten Gesundheitswesens ist. Dominieren Parteien der „Mitte-Links Fraktionen“ im Bundestag und Bundesrat, könnte die Entscheidung letztendlich günstiger ausfallen als bei Regierungen der Mitte-Rechts-Fraktionen. Im letzten Schritt dieser Stufe wird versucht, den Grundrechtsinhalt durch Umformulierung in mögliche subjektive Rechte abzuleiten. Dabei wird versucht, den Schutz der einzelnen Grundrechte weit zu fassen, um Entscheidungen aus unterschiedlichen Richtungen zu betrachten. Bspw. können bestimmte Einschränkungen der Freiheitsrechte durch staatliche Eingriffe in den Schutzbereich eines Grundrechtes fallen. Lediglich ist die Definition der Grenzen der Ansprüche aus Freiheitsrechten nicht definiert aber auch nicht gewünscht.^{20,21} Die nächste Stufe der Grundrechtsprüfung ist die Einwirkungsebene. In der ersten Stufe wird eine Analyse über die Tatbestandsmerkmale getätigt. In der zweiten Stufe wird die Auswirkung einer Maßnahme auf die Verletzung eines Grundrechtes überprüft. Für die Überprüfung der Fragestellung dieser Masterarbeit könnte die Auswirkung eines planwirtschaftlichen Gesundheitswesens im Hinblick auf Nachteile im

¹⁹ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 38.

²⁰ Vgl. Ipsen, J., Kernbereichslehre zu Art. 28 Abs. 2 GG.

²¹ Vgl. Ipsen, J., Schutzbereich der Selbstverwaltungsgarantie und Einwirkungsmöglichkeiten des Gesetzgebers, 1994, S. 197.

Zusammenhang mit dem Grundrecht sein. Auch auf dieser Stufe finden sich drei Ebenen:

1. Eingriff in unverletzliche Schutzgüter
2. Einschränkungen grundrechtlich geschützter Schutzgüter
3. Gesetzliche Ausgestaltung grundrechtlicher Schutzgüter und

Faktische Einwirkung auf grundrechtliche Schutzgüter

In der ersten Ebene wird quasi der Grad der Verletzung eines Schutzgutes ermittelt. Bspw. gibt es eine Reihe von grundrechtlich geschützten Rechtsgütern die als unantastbar (Art 1 Abs. 1 S.1 GG) und unverletzlich (Art. 2 Abs. 2 S.2, 4 Abs. 1, 10 Abs. 1, 13 Abs.1 GG) gelten. Des Weiteren ist es auch kein Widerspruch, wenn trotz der obigen Begriffe in Schutzgüter in Grundrechten eingegriffen werden kann. Die Plausibilität liegt darin, dass von der Individualsphäre erwartet wird, sich dem staatlichen Einwirken einzuschließen.²² Ein weiteres Beispiel hierfür ist das Sozialstaatsprinzip. Grundsätzlich könnte auch der Verdacht bestehen, dass durch das vom Staat organisierte Sozialversicherungssystem (SV) und die automatische Beitragszahlung an die SV, das Schutzgut der Freiheitsrechte verletzt wird. Dies ist nicht der Fall, da der Art. 20 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG und i. V. m. Art. 87 Abs. 2 GG bereits indirekt auf die aktuellen Umstände verweist. Zwar wird nicht direkt von einer Sozialversicherung gesprochen, es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Organisation des Sozialstaates und deren Zuständigkeitsbereiche nur unmittelbar als Körperschaften des öffentlichen Rechts geführt werden müssen. Wie bereits erwähnt, benennt der Art. 20 Abs.1 GG den sozialen Bundesstaat. Damit ist die Aufgabenkompetenz definitiv in der öffentlichen Gewalt und kann nicht privatrechtlich organisiert werden. Die privatrechtliche Organisation bedarf einer vorherigen Verfassungsänderung. In der Grundrechtsprüfung ist de jure zwischen der freiheitlichen Beschränkung in der Individualsphäre und der Sozialsphäre zu differenzieren. Nicht immer überwiegen die Rechte im Hinblick auf die Individualsphäre, wenn im Wesentlichen die Schutzrechte der Sozialsphäre erheblich eingeschränkt werden. Im Umkehrschluss können staatliche Eingriffe zur Förderung der Sozialsphäre nicht zu erheblichen Einschränkungen der Individualsphäre führen. Als weiteres Beispiel wäre der Art. 13 GG zu erwähnen. In die Wohnung eines Bürgers kann grundsätzlich nicht ohne einen Anlass eingedrungen werden. Auch das Post- und Fernmeldegeheimnis wird im Sinne der Privatsphäre grundrechtlich geschützt (Art. 10 Abs.2 GG). Zu veranschaulichen sind auch die Eigentumsrechte, welche laut

²² Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 43.

dem Grundrecht nur gewährleistet werden, aber bspw. weder unantastbar noch unverletzlich sind (Art. 14 Abs. 1 GG). Die Entwicklung und die dogmatische Formulierung sind auf den Art. 153 der Weimarer Reichsverfassung zurückzuführen. Hier wollten die Verfassungsgeber die Grenzen zwischen der Individualsphäre und der Sozialsphäre offenhalten.²³ Diese Auffassung wird in der Überprüfung der Voraussetzung einer Verfassungsbeschwerde ein maßgeblicher Punkt werden. In der zweiten Ebene der zweiten Stufe werden der Schrankenbegriff (z. B. in Art. 5 Abs. 2, Art. 14 Abs. 1, S.2 GG) oder die Wendung „die Rechte könnten beschränkt“ (Art. 8 Abs. 2 GG), oder „nur eingeschränkt“ (Art. 11 Abs. 2, Art. 17a Abs.1 und 2, Art.19 Abs. 1 S.1 GG) näher untersucht.²⁴ Die Begrifflichkeit der Schranke im Grundrecht ist keinesfalls eine Einschränkung der Freiheitsrechte. Sie dient lediglich zur Begrenzung der natürlichen Handlungsmöglichkeit im Rahmen eines Grundgesetzes. Hierzu müsste der Art. 5 Abs. 1, 2 GG ein passendes Beispiel unterbreiten. „Jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten und sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten. Die Pressefreiheit und die Freiheit der Berichterstattung durch Rundfunk und Film werden gewährleistet. Eine Zensur findet nicht statt“ und „Diese Rechte finden ihre Schranken in den Vorschriften der allgemeinen Gesetze, den gesetzlichen Bestimmungen zum Schutze der Jugend und in dem Recht der persönlichen Ehre“.²⁵ Abs. 1 kombiniert mit Abs. 2 ergeben die Schranken der Meinungsäußerung. Die Meinungsäußerung findet dort ihre Grenzen, wenn durch Äußerungen die Persönlichkeitsrechte wie in Art. 2 Abs. 1, 2 verletzt werden. Hierbei wird dann wieder auf den Art. 5 Abs. 2 verwiesen, bei dem die Vorschriften der allgemeinen Gesetze gelten. D. h., die Konsequenzen können eine strafrechtliche Verfolgung nach StGB nach sich ziehen. In der dritten Ebene der zweiten Stufe erfolgt lediglich eine Klarstellung in der rechtlichen Ausformung eines Schutzgutes des Grundrechts.²⁶ Das Tatbestandsmerkmal muss bereits existieren, nur dann kann logisch erst in ein Schutzgut eingegriffen oder etwas eingeschränkt werden. In der letzten Stufe sind Eingriffe des Staates zu benennen, die nicht unbedingt verfassungswidrig sein müssen, jedoch anderweitig rechtliche Konsequenzen haben. In einer Rechtsprechung im Jahre 1962 hat die Bundeswehr versehentlich einen Holzstapel in Brand gesetzt,

²³ Vgl. Jurion, Wolters Kluwer, <https://www.jurion.de/gesetze/wrv/153/>, (abgerufen am 02.06.2017, um 18:23 Uhr, MEZ).

²⁴ Vgl. Jaras, H., Pieroth, B., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 14.Auflage, 2016, S. 194-195.

²⁵ Vgl. Dejure.org, Schutzgut des Grundrechts, <https://dejure.org/gesetze/GG/5.html>, (abgerufen am 02.06.2017, um 18:46 Uhr, MEZ).

²⁶ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 46.

so könnte dieses Tatbestandsmerkmal einen Eingriff in ein grundrechtliches Schutzgut, nämlich in das Eigentumsrecht, bedeuten. Der Bundesgerichtshof in Zivilangelegenheiten hat hier nicht nach einer Verfassungswidrigkeit geurteilt, sondern urteilte mit Schadenersatzansprüchen gegenüber dem Geschädigten. Faktisch hat zwar die Staatsmacht die Eigentumsrechte beschädigt, jedoch hätte dieser Vorgang auch von einer natürlichen Person getätigt werden können.²⁷ In der letzten Stufe der Grundrechtsprüfung steht die Analyse der Rechtfertigung einer Einwirkung in die grundrechtlichen Schutzgüter.²⁸ In der letzten Stufe lassen sich auch drei weitere Ebenen unterscheiden.

Die dritte Stufe ist hingegen den ersten beiden Stufen ein sehr breit gefächertes Gebiet. Um den Rahmen der Masterarbeit nicht zu sprengen, wird hierbei verkürzt und auf die in der Masterarbeit notwendigen Punkte eingegangen.

1. Gesetzesvorbehalt
2. Übermaßverbot und
3. Verbot des Einzelfallgesetzes, Zitiergebot, Wesensgehaltsgarantie

Der Gesetzesvorbehalt besagt, dass ein staatliches Organ in seinem Handeln nur durch Gesetze bestimmt werden darf. Die Träger der Sozialversicherungen dürfen nur dann handeln, wenn dazu auch eine gesetzliche Grundlage existiert.²⁹ Der Gesetzesvorbehalt unterscheidet zwischen dem Eingriffsvorbehalt (im Einzelfall kann der Gesetzgeber auch in Grundrechte eingreifen, welche als unverletzlich gelten) und dem Schrankenvorbehalt (im Einzelfall kann der Gesetzgeber auch in Grundrechte eingreifen, welche sich auf die Schrankenbegriffe, wie in den letzten Kapiteln benannt, bezieht).³⁰ Das Übermaßverbot regelt die Rechtfertigung des Handelns von staatlichen Organen, sofern sie geeignet, erforderlich und vor allem verhältnismäßig sind.³¹ Die Verhältnismäßigkeit spielt hierbei eine besondere Rolle, da die grundrechtseinschränkende Maßnahme in einem angemessenen Verhältnis zu den verfolgten Zielen stehen muss.³² Ein Urteil des

²⁷ Vgl. BGHZ 37, 44; BGH, NJW, S. 104.

²⁸ Vgl. Pieroth, B., Schlink, B., Kingreen, T., Proscher, R., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 54.

²⁹ Vgl. Rechtswörterbuch.de, der Gesetzesvorbehalt, <http://www.rechtswörterbuch.de/recht/g/gesetzesvorbehalt/>, abgerufen am 03.06.2017 um 13:56, MEZ.

³⁰ Vgl. Lexakt.de, der Eingriffsvorbehalt, <http://www.lexakt.de/glossar/regelungsvorbehalt.php>, abgerufen am 03.06.2017 um 14:06, MEZ.

³¹ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/23014/uebermassverbot>, abgerufen am 03.06.2017 um 14:09, MEZ.

³² Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 51.

BVerfG hat die Missstände im Baugewerbe bzgl. des Verbots der Arbeitnehmerüberlassung als angemessen angesehen. Das hier entstandene Lohndumping und die Beschäftigung von Nichtversicherten standen in einer Unverhältnismäßigkeit.³³ Die letzte Ebene befasst sich mit dem Verbot des Einzelfallgesetzes nach Art 19 Abs. 1 S. 1 GG (Grundrechte oder Einschränkungen durch Grundrechte dürfen nicht einer einzelnen Person zugeschnitten werden, sondern potentiell für alle derartigen Fälle), dem Zitiergebot nach Art. 19 Abs. 1 S.2 GG (die Grundrechtseinschränkung ist im Gesetzestext oder im Grundgesetz zu nennen und zu erläutern) und zum Schluss der Wesensgehaltsgarantie nach Art. 19 Abs. 2 GG (der Gesetzgeber darf ein Grundrecht nicht in seinem Wesen antasten, nur dann, wenn diese verhältnismäßig im Einklang steht).³⁴

2.1.3 Grundrechtstheorie und Grundrechtsinterpretation

Grundsätzlich existieren keine vom Gesetzgeber definierten Theorien. Lediglich kann auch hier auf ein Schema hingewiesen werden, welches den Eindruck unterschiedlicher Theorien macht. Grundrechtstheorien könnten als Leitlinien zur Interpretation von Grundrechten verstanden werden. Wiederum erweist sich die Grundrechtsinterpretation vielfach als eine Ausgangsbasis für staatsrechtliche Entwürfe oder Theorien, welche als Staatsaufgaben verstanden werden können.³⁵ Neben den subjektiv-öffentlichen Ansprüchen, welche hauptsächlich durch das Grundrecht geschützt werden, existiert auch eine objektive Werteordnung. Das BVerfG sieht hier eine Selbstverständlichkeit, dass neben dem subjektiven Schutzgut auch objektive Schutzgüter notwendig sind und sich keineswegs ausschließen.³⁶ Welche objektiven Schutzgüter sich aus dem Grundgesetz ableiten, wird unterschiedlich interpretiert und darf nicht das Schutzgut der Individual- und Sozialsphäre anderer verletzen. Bspw. ist durch die Grundsicherung nach §1 Abs. 1 SGB II die Möglichkeit gegeben, neben dem aus Art. 1 Abs. 1 GG hergeleiteten Staatsauftrag ein Leben zu führen, welches der Würde des Menschen entspricht. Die finanzielle Absicherung bspw. bei Pflege durch den Sozialhilfeträger als institutionelle Grundrechtsinterpretation ist hierbei auch u. a. bei der Pflegeversicherung SGB XI angesiedelt. Der Art. 1 Abs. 1 GG garantiert ein

³³ Vgl. BVerfGE 77. 84 (111f.).

³⁴ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, Wesensgehaltsgarantie, <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/23244/wesensgehaltsgarantie>, (Stober & Kluth, 2007)(Alexy, 1986), abgerufen am 03.06.2017 um 14:33 Uhr, MEZ.

³⁵ Vgl. Böckenförde, E-W., NJW 1974, S. 1529f .

³⁶ Vgl. Dreier, H., Grundgesetze (GG), Rn. 66.

subjektives Schutzgut und leitet ein objektives Schutzgut her. Wird das objektive Schutzgut in diesem Sinne verletzt, weil der Anspruchsberechtigte bei der Inanspruchnahme seiner Leistungen nur ungenügend versorgt wird, dabei staatliche Mittel vollumfänglich durch Leistungserbringer genutzt werden, findet im Sinne der Sozialsphäre eine strafrechtliche Handlung nach § 263 Abs. 1 ff. Abs. 2 StGB statt, welches rechtlich verfolgt wird. Der Betrugsvorfall ist deshalb i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip zu benennen, da hierbei versucht wird, einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu bilden, welches zu Lasten der Individualsphäre geht. Die Komplexität zwischen Grundrechten und dem Auftrag gegenüber dem Sozialstaat wird hierbei erneut ersichtlich. Umso näher müssen Staatsorgane ihre Schutzpflichten im Sinne der Grundrechte sensibilisieren.³⁷ Die Staatsorgane dürfen sich nicht durch die Grundrechte beschränkt fühlen, wenn es z. B. die Verletzung der Menschenwürde durch andere Dritte zu verhindern gilt.^{38,39} Der Eingriff der Staatsorgane im Hinblick auf die Schutzpflichten ist deshalb ein umstrittenes Thema, da es hierbei das sog. Reziprozitätsproblem zu lösen gilt. Dies besagt, dass der Staat zum Schutze eines Grundrechtsträgers das Schutzgut eines anderen einschränken, verbieten oder gar antasten muss.⁴⁰ Die Einführung einer demokratischen Planwirtschaft im Gesundheitswesen stellt nahezu dieses verfassungsprozessuale Dilemma dar, welches in den nachstehenden Kapiteln diskutiert wird. Zu den möglichen Grundrechtstheorien gehören auch soziale Grundrechte. In der Realität lassen sich bestimmte Grundrechte nur bedingt auf alle Grundrechtsträger übertragen. Der Art. 12 Abs. 1 GG definiert die Freiheit der Berufswahl und übersieht hierbei Millionen von Arbeitslosen, welche durch Einschränkungen der Chancengleichheit im Bildungswesen im Umkehrschluss nur innerhalb eines bestimmten Kreises einen Beruf auswählen können. Die Einführung und/oder Fortführung von Studiengebühren schränken ebenso das damit verbundene Schutzgut im Art. 12 GG ein. Der Art. 12 GG müsste hierbei als Verteilung von Berufschancen verstanden werden, bei dem die Staatsorgane durch ihre Schutzpflicht denen die Chance einräumen, welche durch soziale Umstände nicht die gleiche Möglichkeit haben, einen Wunschberuf ausüben zu können. Letztendlich finden gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen ihre verfassungsrechtliche Legitimation im Sozialstaatsprinzip, welches in der Auslegung,

³⁷ Vgl. Alexy, R., Theorie der Grundrechte, 1986, S. 402f.

³⁸ In einem Grundsatzurteil des BVerfG hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Staatsorgane seine Machtmittel einsetzen dürfen, wenn diese im Sinne der Verhältnismäßigkeit vertretbar sind.

³⁹ Vgl. Klein, H.H., DVBl., 1994, S. 489ff.

⁴⁰ Vgl. Stern, K., Staatsrecht III/1 – Allgemeine Lehren der Grundrechte, 1988, S. 945 f.

Ausführung und Durchsetzung offen und einer bestimmten Dynamik ausgesetzt ist.

2.2 Staatsorganisationsrecht

Das Staatsorganisationsrecht organisiert und strukturiert die staatliche Gewalt der BRD. Sie ist nicht nur auf den genannten Teil zu reduzieren, sondern regelt das gesamte Staatsrecht mit Ausnahme des Grundrechtsteils. Das Staatsrecht ist im öffentlichen Recht verankert und bildet mit dem Verwaltungsrecht die zwei großen Blöcke des Staatsrechts. Aus diesem Grund ist es wichtig, auch diesen Teil des Staatsrechtes zu behandeln, da dieser Teilbereich die Analyse im zweiten Abschnitt (Ordnungspolitische Analyse) dieser Masterarbeit ergänzt.⁴¹ Die Differenzierung zum Verwaltungsrecht liegt in der thematischen Auslegung des Staatsrechts. Dieses beschäftigt sich mit den obersten Staatsorganen der BRD. Es regelt die Organisation und die Zuständigkeiten der obersten Staatsorgane und ist damit der Komplementär zum Grundrecht.⁴² Die Masterarbeit beschäftigt sich nicht nur mit der Strukturierung einer Planwirtschaft im Gesundheitswesen, sondern beschäftigt sich zugleich auch mit der Fragestellung des Zusammenwirkens zwischen Demokratie und Planwirtschaft. Historische Aufzeichnungen über planwirtschaftliche Strukturen wurden bisher in totalitären Staaten durchgeführt oder in solchen Demokratien, welche mit dem Bild und Verständnis über westliche Demokratien nicht im Einklang waren.

2.2.1 Parlamentarische Demokratie

Die BRD ist nach Art. 20 Abs. 1 GG ein demokratischer und sozialer Bundesstaat. Das Demokratieprinzip ist eine feste Bestimmung des Grundgesetzes und ist im Art. 20 Abs. 2 S.1 GG durch die Volkssouveränität bekräftigt. Das Demokratieprinzip kann durch keine Verfassungsänderung entzogen werden. Sie ist damit der unantastbare Bestand des Verfassungsrechts nach Art. 79 Abs. 3 GG.⁴³ Hiermit erfolgt eine weitere Erkenntnis in der Auslegung der Planwirtschaft im Gesundheitswesen. Es kann kein Gesundheitswesen eingeführt, gestaltet und strukturiert werden, welches sich nicht an dem Demokratieprinzip im Grundrecht

⁴¹ Vgl. Wolff, H.J., Bachof, R., Stober, R., Kluth, W., Grundlagen des Verwaltungsrechts I, 2007, Rn.28ff.

⁴² Vgl. Stern, K., Staatsrecht I, 1988, S. 8f.

⁴³ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht I – Staatsorganisationsrecht, 2016, S. 23.

orientiert. Die parlamentarische Demokratie der BRD bilden der Bundestag, der Bundesrat, die Bundesregierung und der Bundespräsident. Der Bundestag wird unmittelbar durch das Volk gewählt. Die wichtigsten Funktionen des Bundestages sind die Kontrollen der Exekutiven, die Wahl anderer Staatsorgane, die Gesetzgebung und vor allem die Mitwirkung in der Europäischen Union. Daher ist die Sitzverteilung im Bundestag maßgeblich für die Offenheit im Umgang eines vom Staat gestützten Gesundheitswesens. Die Gesetzgebungskompetenz verleiht dem Bundestag eine besondere Bedeutung.⁴⁴ Der Bundesrat wird durch die Bundesländer zusammengesetzt und hat nach Art. 50 GG die Kompetenz, an der Gesetzgebung und Verwaltung des Bundestages mitzuwirken. Der Bundesrat setzt sich aus den Mitgliedern der einzelnen Landesregierungen zusammen und wird nicht wie der Bundestag vom Volk gewählt. Die Wahl der Landesregierungen erfolgt durch eine demokratische Mehrheitswahl in den einzelnen Bundesländern. Der Bundesrat kann Gesetze des Bundes durch ihr Einspruch- und Zustimmungrecht blockieren oder verhindern.⁴⁵ Der Einspruch des Bundesrates gegen ein Gesetzesvorhaben des Bundestages, vertreten durch die Bundesregierung, kann durch eine einfache Mehrheit des Bundestages überstimmt werden. Ein Zustimmungsgesetz hingegen kann durch keine Mehrheitenregelung des Bundestages überstimmt werden, sofern der Bundesrat nicht ausdrücklich zustimmt.⁴⁶ Weiterhin bedeutet dies, dass, auch bei einer mehrheitlichen Vertretung von Befürwortern einer demokratischen Planwirtschaft im Bundestag, die Einführung solch eines Systems noch immer nicht garantiert ist, soweit der Bundesrat ebenso nicht mehrheitlich von den Parteien zusammengestellt ist, welche im Bundestag das Gesetzesvorhaben diskutieren. Das vorliegende Vorhaben ist zustimmungsbedürftig und vom Bundesrat zu verabschieden, da die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger auch Ländersache ist (z. B. der Krankenhausplan der Länder).⁴⁷ Die Bundesregierung ist eine Zusammensetzung aus dem Bundeskanzler nach Art. 63 GG und den Bundesministern nach Art. 65 S. 2 GG (Resortprinzip). Sie bilden gemeinsam nach Art. 62 GG die Bundesregierung und somit die politische Führung.⁴⁸ Der Bundespräsident hingegen ist das Staatsoberhaupt der BRD. Der Bundespräsident vertritt die BRD nach innen sowie nach

⁴⁴ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht I – Staatsorganisationsrecht, 2016, S. 64.

⁴⁵ Vgl. Stern, K., Staatsrecht II, 1988, S. 115.

⁴⁶ Vgl. Stern, K., Staatsrecht II, 1988, S. 630.

⁴⁷ Vgl. Bundeszentrale für Politische Bildung, Der Bundesrat, <http://www.bpb.de/themen/BUFX8C,0,0,Bundesrat.html>, abgerufen am 04.06.2017, 11:00 Uhr MEZ.

⁴⁸ Vgl. Hermes, G., Grundgesetze (GG), 2013, Art. 62 Rn. 7.

außen. Durch sein Handeln macht er die Existenz, Legitimität, Legalität und Einheit der Bundesrepublik sichtbar. Das Amt des Bundespräsidenten ist zudem auch das Kontrollorgan über Recht und Verfassung. Zudem ist der Bundespräsident in Krisensituationen nach Art. 68 GG befugt, auf Bitten des Bundeskanzlers Neuwahlen anzuberaumen, sowie den Bundestag aufzulösen. Weiterhin sind Gesetze nur dann gültig, wenn diese vom Bundespräsidenten unterschrieben und im Bundesgesetzesblatt veröffentlicht wurden.⁴⁹

2.2.2 Der Bundesstaat

Dieser Teil des Kapitels ist die Unterstreichung der bereits angesprochenen Zusammenarbeit zwischen Bund und Länder. Die BRD ist ein Zusammenschluss aus mehreren Staaten, also den Bundesländern, und bildet somit den Bundesstaat mit einer gemeinsamen Regierung, Verfassung/Recht und Wirtschaftseinheit.⁵⁰ Als Beispiel an dieser Stelle ist die Organisation der Sozialversicherung zu erwähnen. Der Bund verfügt über die Gesetzgebungskompetenz der Sozialversicherung, von dem die Gesundheitsversorgung in der Kranken-, Pflege-, und Unfallversicherung abhängig ist. Demnach bestimmt der Bund auch die Bestimmungen für die staatliche Versicherung, den Leistungskatalog sowie die Finanzierungsgrundlagen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Sozialversicherung sind für alle Bundesländer verbindlich und unantastbar. Im Gesetzgebungsverfahren kommt der Bund nicht am Bundesrat vorbei. Bspw. ist auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz der Länder erst durch den Bundesrat zu genehmigen (konkurrierende Gesetzgebung). Die Bundesländer sind für die öffentlichen Gesundheitsdienste zuständig. Das bedeutet, dass die Bundesländer für die gesundheitliche Prävention einschließlich Infektionsschutz, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Sozialhygiene sowie Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung (Krankenhausplan der Länder) zuständig sind. Weiterhin sind die Länder für die Gesetzgebung

⁴⁹ Vgl. Der Bundespräsident, Verfassungsrechtliche Grundlagen, <http://www.bundespraesident.de/DE/Amt-und-Aufgaben/Verfassungsrechtliche-Grundlagen/verfassungsrechtliche-grundlagen-node.html>, abgerufen am 04.06.2017 um 11:27 MEZ.

⁵⁰ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, der Bundesstaat, <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/pocket-politik/16355/bundesstaat>, abgerufen am 04.06.2017 um 11:35 MEZ.

bzgl. Heilberufen, die Aufsicht über Heilberufekammern sowie regionalen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich.⁵¹ Für den Untersuchungsgegenstand in dieser Masterarbeit genügt die Veranschaulichung bis zu dieser Stelle.

2.2.3 Der Rechtsstaat

In Art. 28 Abs. 1 S.1 GG wird das Rechtsstaatsprinzip bereits dogmatisch genannt. Das Rechtsstaatsprinzip ist wie das Bundesstaatsprinzip eine im Art. 20 Abs. 1 GG genannte zusammenfassende strukturelle Festlegung aller Rechtsgrundsätze. Das Grundgesetz legt die Grundlagen des Rechtsstaates fest, in dem er materielle Gerechtigkeitsgehalte mit Zusicherung auf Recht und Gut verbindet.⁵² In diesem Abschnitt soll die Trennung der Staatsfunktion im Sinne des Rechtsstaatsprinzips verdeutlicht werden. Die Gesetzgebung (Rechtsetzung/Legislative) hat die Aufgabe generelle Regeln aufzustellen. Diese gelten für Bürger und Behörden und sollen rechtliches Verhalten prägen. Gesetzliche Normen vermitteln weder gegenwärtige oder künftige Zustände, sie stellen Gebote und/oder Verbote an Bürger und Instanzen, welche Recht anwenden, auf.⁵³ Gesetze müssen sich an alle Bürger richten und dürfen keine zeitliche und örtliche Beschränkung haben (Ausnahme sind die sog. Einzelfallgesetze⁵⁴).⁵⁵ Die nächste Gewaltenteilung beschreibt die vollziehende Gewalt, also die Exekutive nach Art. 20 Abs. 2 und 3 GG. Hierbei wird das staatliche Handeln in Form von Regierung und Verwaltung vorgenommen. Wesenhaft für die Exekutive sind Einzelfallentscheidungen, welche im Falle ihrer Verhältnismäßigkeit auch als Normen konkretisiert werden können.⁵⁶ Die letzte Ebene der Gewaltenteilung ist die Rechtsprechung, auch die sog. Judikative. Sie setzt voraus, dass eine Streitentscheidung von einem unbeteiligten Dritten in einem gerichtlichen Verfahren getroffen wird (Art. 92 GG).⁵⁷

⁵¹ Vgl. AOK Bundesverband, Gesundheitspolitik in Deutschland, http://aok-bv.de/lexikon/g/index_00365.html, abgerufen am 04.06.2017 um 11:56 MEZ.

⁵² Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht I – Staatsorganisationsrecht, 2016, S. 205.

⁵³ Vgl. Rütters, B., Fischer, C., Birk, A., Rechtstheorie, 2013, Rn. 92ff .

⁵⁴ Vgl. Bundesverfassungsgericht, BVerfGE 25,371: Einzelfälle sind gesetzlich grundsätzlich erlaubt. Es handelt sich hierbei um Einzelakten aber um keine Normen.

⁵⁵ Vgl. Röhl, K.F., Röhl, H.C., Allgemeine Rechtslehre, 2008, S. 126f, S. 196.

⁵⁶ Vgl. Ipsen, J., Allgemeines Verwaltungsrecht, 2015, S. 207.

⁵⁷ Vgl. Hesse, K., Grundzüge der Staatslehre, Rn. 547 ff.

2.2.4 Das Sozialstaatsprinzip

Der Art. 20 Abs. 1 GG besagt, dass die BRD ein demokratischer und sozialer Bundesstaat ist. Weiterhin verweist auch der Art. 28 Abs. 1 GG auf den sozialen Rechtsstaat. Die geschichtlichen Wurzeln des Sozialstaats liegen im 19. Jahrhundert in Verbindung mit der sozialen Frage. Die Devise war die Fortentwicklung des bürgerlichen Staates in einen sozialen Staat, welches strikt von der Bezeichnung eines sozialistischen Staates zu trennen ist. Der zu Beginn des Abschnittes genannte Artikel beschreibt zur Ernüchterung weder ein verbindliches Sozialprogramm oder einen Zustand. Er räumt ein rechtliches Sollen ein, welches aber auch Gestaltungsspielraum offen lässt und daher durch den Willen der Bürgerinnen und Bürger unterschiedlich ausgestaltet werden kann.⁵⁸ Im Gegensatz zum Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip stellt das Sozialstaatsprinzip ein Spannungsfeld zwischen Freiheit und Gleichheit, sowie Individuum und Gemeinschaft dar. Die Betrachtung der politischen Landschaft im Bundestag kann hierzu bereits eine Erkenntnis liefern. Auch das Grundgesetz kann das genannte Spannungsfeld durch ein verbindliches und präexistentes Sozialmodell verfassungsrechtlich nicht regeln.⁵⁹ Ausschlaggebend für die Gestaltung der gesundheits- und sozialpolitischen Landschaft sind die zur Verfügung stehenden Finanzmittel, letztlich auch neben den Beiträgen das Steueraufkommen einer Volkswirtschaft. Wie in den vorherigen Kapiteln erwähnt, weist der Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 auf die konkurrierende Gesetzgebung für die Bereiche der Sozialversicherung inkl. der Arbeitslosenversicherung. Zugleich bedeutet dies, dass auch eine Renten-, Kranken-, Pflege-, und Unfallversicherung garantiert werden müssen. Die inhaltlichen Rahmenbedingungen liegen in der Gesetzgebungskompetenz und können verändert werden. Es wird keine Garantie über ein bereits erreichtes Niveau gewährleistet. Mit dem Begriff „der Soziale Bundesstaat“ ist ein Staatenverbund gemeint, welcher sich für die Aufgaben und Strukturen der Sozialversicherung verantworten muss. Ein Staatenbund, der keine öffentliche Sozialversicherung organisiert, kann nicht als ein Sozialstaat bezeichnet werden.⁶⁰ Auch die Sozialhilfe ist im Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 im Sinne der öffentlichen Fürsorge benannt. Während bei der Sozialversicherung eine wechselseitige Beziehung zwischen Versicherungsleistungen und Versicherungsbeiträgen besteht, ist die Sozialhilfe ohne Gegenleistungen an bedürftige Menschen gerichtet. Die Finanzierung hierfür erfolgt durch

⁵⁸ Vgl. Forstthoff, E., VVDStRL 12, 1954. S. 8.

⁵⁹ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht I – Staatsorganisationsrecht, 2016, S. 268.

⁶⁰ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht I – Staatsorganisationsrecht, 2016, S. 269-270.

das Steueraufkommen. Im Hinblick auf die Verfassungsmäßigkeit eines Sozialstaates ist das BVerfG ständigen Prüfungen und Kontrollen ausgesetzt. Das BVerfG überprüft verschiedene Gesetze in unterschiedlichen Sachbereichen, inwiefern diese den Anspruch eines Sozialstaatsprinzips genügen.⁶¹ Das BVerfG legte in einem Grundsatzurteil fest, dass das Sozialstaatsprinzip dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit im Hinblick auf staatliche Maßnahmen Rechnung tragen muss. Die gleichmäßige Verteilung der Lasten ist unabdingbar.⁶²⁶³ Wiederrum urteilte das BVerfG in einer anderen Rechtsprechung, dass sich die Freiheit des Einzelnen und die Anforderungen an einen sozialen Staat stetig die Waage halten müssen.⁶⁴ Werden die Urteile gemeinsam bemessen, liegt keinesfalls eine Antwort des BVerfG vor, wie die Grenzen zwischen staatlichen Maßnahmen und der möglichen Freiheitseinschränkung aussehen sollen. Eine verfassungsrechtliche Garantie der bestehenden Form der Sozialversicherung existiert auch nicht.⁶⁵ Zusammenfassend kommt dem Gesetzgeber die gestalterische Aufgabe in der Sozialpolitik zu. Die besondere Herausforderung hierbei ist die Findung nach dem Einklang zwischen individueller Freiheit jedes Einzelnen und der notwendigen sozialen Gerechtigkeit für alle. Die Suche kann nur ideologisch und politisch verfolgt werden. Letzteres bedeutet auch, dass das, was der Sozialstaat leisten kann, nicht unbedingt mit der Forderung nach Sozialstaat identisch sein muss. Die Aufgaben und Anforderungen an den Sozialstaat sind im stetigen Wandel. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Entwicklung ist der politische Prozess, ausgelöst durch den Wählerwillen, umgesetzt in Recht und Gesetz.

2.3 Prüfung der Voraussetzung einer Verfassungsbeschwerde

Nach der kurzen Darstellung der wichtigsten und in der Masterarbeit notwendigen Punkte über die Grundlagen des Grundrechts und des Staatsorganisationsrechts wird sich dieser Abschnitt mit der Verfassungsmäßigkeit einer demokratischen Planwirtschaft im Gesundheitswesen im Detail befassen. Die Überschrift dieses Abschnittes vermag den Eindruck erwecken, dass am Ende des Abschnittes eine juristisch-feine Verfassungsbeschwerde vorgelegt wird. In diesem Abschnitt ist die Begrifflichkeit der Verfassungsbeschwerde mit der Verfassungsfä-

⁶¹ ebd.

⁶² Vgl. BVerfGE 5, 85 (198).

⁶³ Vgl. BVerfGE 1, 97 (105).

⁶⁴ Vgl. BVerfGE 22, 180 (204) .

⁶⁵ Vgl. BVerfGE, 39, 302 (314 f.).

higkeit als Synonym zu verstehen. Es wäre nicht richtig, eine Verfassungsbeschwerde zu formulieren, wenn noch nicht einmal die Begründetheit einer Verfassungsbeschwerde vorliegt. Die Begründetheit der Verfassungsbeschwerde im Hinblick auf die Einführung einer Planwirtschaft wäre gegen die marktwirtschaftlichen Ansätze im Grundgesetz zu klagen. Die Marktwirtschaft findet sich weder in der Formulierung noch ansatzweise in den Normen des Grundgesetzes wieder. Sämtliche Grundsatzurteile des BVerfG zur Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen müssen unberührt gelassen werden, da die Bundesverfassungsrichter die Effizienzsicherung durch den Wettbewerb als notwendig erachten, um dem Sozialstaatsprinzip gerecht werden zu können. Diese Aussage ist lediglich auf die jetzigen Strukturen des Sozialversicherungsprinzips beschränkt, welches vom BVerfG auch nicht als Garantieleistungen durchs Grundrecht gesichert ist. Des Weiteren werden einzelne Fallbeispiele in den weiteren Punkten verfassungsrechtlich analysiert und erläutert. Ein ganzes Fallbeispiel zu konstruieren, um dadurch eine Verfassungsbeschwerde zu formulieren, würde nicht nur den Auftrag an die Masterarbeit verfehlen, sondern ist eher einer Dissertation würdig.

2.3.1 Zulässigkeit und Begründetheit der Verfassungsbeschwerde

Im Rahmen der Prüfung der Zulässigkeit der Verfassungsbeschwerde wird die Frage gestellt, ob ein Kläger (natürliche oder juristische Person) alle prozessualen Voraussetzungen erfüllt. Die Verfassungsrichter beschäftigen sich mit den Fragen, ob der Kläger das richtige Gericht angerufen hat oder ob der Kläger überhaupt gegen die Maßnahme angehen kann. Neben diesen Fragestellungen sind auch die Achtung der Form und der Zeitpunkt der Verfassungsbeschwerde im Hinblick auf die Richtigkeit zu überprüfen. Die Prüfung der Begründetheit der Verfassungsbeschwerde setzt eine Analyse der belastenden Maßnahme voraus, durch die der Kläger sich in seinen Grundrechten eingeschränkt fühlt. In der Regel gilt der Grundsatz, dass eine Verfassungsbeschwerde dann begründet ist, wenn der Beschwerdeführer in einem Grundrecht oder grundrechtsgleichen Recht verletzt ist, Art. 93 Abs. 1 Nr. 4a GG. Laut dem genannten Artikel liegt dann eine Verletzung des Grundrechts vor, wenn durch den angegriffenen Akt der öffentlichen Gewalt in den Schutzbereich eines Grundrechts eingegriffen wurde und der Eingriff nicht gerechtfertigt ist. Für die Einführung einer demokratischen Planwirtschaft im Gesundheitswesen bedeutet dies, dass sämtliche Grundrechte

überprüft werden müssen, da diese ggf. den Schutzbereich einzelner Grundrechte angreifen könnten.⁶⁶ Für die darauffolgende ordnungspolitische Analyse ist es wichtig, diesen Punkt zu klären, da sonst konzeptionelle Grundlagen verfassungswidrig sein können. Der zu untersuchende Tatbestand, somit die Begründetheit, wäre:

1. Das Gesundheitswesen und seine Leistungen stehen allen Grundrechtsträgern zu. Eine Diskriminierung, Ausgrenzung und die freie Entbehrung aus der staatlichen Versorgung darf nicht durch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit jedes einzelnen bestimmt werden. Die marktwirtschaftlichen Impulse wie der Wettbewerb unter den Versorgern und Kostenträgern ist unzulässig, da das Gesundheitswesen den üblichen Marktmechanismen ausgesetzt wird. Unter dem Prinzip der Menschenwürde ist vor dem Gesetz jeder gleichgestellt, demnach auch nach dem Sozialstaatsprinzip (Art. 1 GG i. V. m. Art. 20 GG). Die staatliche Gewalt wird im Sinne der Gleichbehandlung und Chancengleichheit vor dem Gesetz dazu aufgefordert, ein einheitliches Gesundheitswesen für jedermann zu organisieren (Art.3 GG). Die unterschiedliche Bewertung von Menschenleben ist ebenso unzulässig. Dies geschieht durch die Organisation des Privatsektors i. V. m. der bereits erwähnten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Wer über die finanziellen Mittel verfügt, hat die Chance, sich einer qualitativ besseren Versorgung auszusetzen. Die teuren Leistungen der privaten Versorgung werden eingekauft. Die Leistungen, das Knowhow und die Arbeitskraft des Gesundheitswesens stehen umfänglich allen Bürgerinnen und Bürgern zu. Und:
2. Die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird an der von den Bürgerinnen und Bürgern geforderten Arbeitskraft bemessen. Zwar besteht kein Zwang zu arbeiten, aber die Wohlfahrt und die damit verbundenen staatlichen Leistungen sind davon abhängig. Die Finanzierung des Staatshaushaltes ist damit an die Arbeitskraft gekoppelt. Im Umkehrschluss ist das Fürsorgeprinzip des Staates auf die Maßnahmen des Gesundheitswesens in höchster Qualität unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auszuweiten. Wer arbeiten will, muss gesund sein und nur wer gesund ist, kann arbeiten. Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit ist staatliche Aufgabe.

⁶⁶ Vgl. Rumpf-Rometsch, E., Die Fälle, 2013, S. 8-18.

Die Voraussetzungen müssen auf folgende Artikel des Grundgesetzes überprüft werden:

- Art. 1 Abs. 1 S. 1, S.2 GG
- Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG
- Art. 3 Abs. 1 GG
- Art. 14 Abs. 3 GG
- Art. 15 GG
- Art. 20 Abs. 1 GG

Art. 1 Abs. 1 S.1, S.2 GG

In der Konstruktion einer demokratischen Planwirtschaft im Gesundheitswesen ist es notwendig, die Lebenssituation der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern. Durch die Einführung eines Systems darf es nicht zu einer Verschlechterung des Status quo kommen. Über die Interpretation, wann die Würde des Menschen angetastet wurde und nicht angetastet wird, existiert eine ganze Bandbreite an Grundsatzurteilen des BVerfG. Weiterhin entschied das BVerfG, dass sich der Gehalt der Menschenwürde im Laufe der Zeit ändern kann.⁶⁷ Zudem bedeutet Menschenwürde nach diesem Artikel auch das Zukommen von sozialen Werten und Achtungsansprüchen aufgrund des Menschenseins.⁶⁸ Die Menschenwürde wird auch dann beeinträchtigt, wenn die grundsätzliche Gleichheit eines Menschen mit anderen Menschen in Zweifel gezogen wird. Wenn ein Grundrechtsträger wie ein Mensch zweiter Klasse behandelt wird, weshalb schwere Beeinträchtigungen der rechtlichen Gleichheit erfasst werden, so ist dies auch unzulässig.⁶⁹ In der Debatte der Zwei-Klassen-Medizin⁷⁰ scheint diese Sichtweise des BVerfG für ein vom Staat organisiertes Gesundheitswesen zu sprechen. In der Betrachtung des Art. 1 GG ist denkbar, über die Neuinterpretation des Existenzminimums nachzudenken. Es ergibt sich aus Art. 1 Abs. 1 i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 das Recht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums.⁷¹ Bisher ist dieser Begriff nur an die Leistungen des SGB II und seine Folgewirkungen geknüpft. In der ethischen Perspektive besteht

⁶⁷ Vgl. BVerfGE, Grundsatzurteil zur Menschenwürde, 45, 187/229; 96, 375/399f.

⁶⁸ Vgl. Jaras, H., Pieroth, B., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 14. Auflage, 2016, S. 42.

⁶⁹ Vgl. Jaras, H., Pieroth, B., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 14. Auflage, 2016, S. 44.

⁷⁰ Vgl. Adam, H., Behrens, C., Göppfarth, D., Jochimsen, B., Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie, 2007, S. 205

⁷¹ Vgl. BVerfGE, Erläuterung zum Existenzminimum bei Einführung der Hartz-Reformen, 125, 175/222; 113, 88/108f; 132, 134 Rn. 62; 137, 34 Rn. 74.

der Mindestanspruch, um leben zu können, nicht in der monetären Bemessung, sondern auch im geistigen und körperlichen Wohl. So ähnlich urteilte auch das BVerfG. Die Leistungen bestehen nicht nur aus den physischen Notwendigkeiten, sondern müssen auch ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen und politischen Leben garantieren. Es ist auf die in den vorangegangenen Abschnitten bereits erwähnten Punkten zurückzuführen.⁷² Es ist der politische Wille, das Mindestmaß zu bestimmen. Die bisherigen Voraussetzungen für den Anspruch von Existenzminimumleistungen sind, dass der Betroffene die notwendigen Mittel weder aus seiner Erwerbstätigkeit, noch aus eigenem Vermögen, noch durch Zuwendung Dritter erhalten kann.⁷³ Ob das Existenzminimum durch Geld-, Sach- oder Dienstleistungen gesichert wird, ist dem BVerfG gleichgültig.⁷⁴ Demnach bedeutet es, dass Leistungen des Gesundheitswesens auch als existenzsichernde Leistungen des Staates bezeichnet werden könnten, wenn der Anspruch gesetzlich verankert wird. Die Ansprüche an das Existenzminimum sind individuell zu überprüfen. Künftig könnte ein staatliches Gesundheitswesen auch Leistungen anbieten, die aktuell nicht im Leistungskatalog der Kostenträger ersichtlich sind, wenn diese notwendig und begründet werden. Zwar existiert bereits heute die Möglichkeit, über den Leistungskatalog hinaus Ansprüche geltend zu machen, sie sind aber nicht Bestandteil des allgemeinen Leistungskatalogs. Durch die Zusammenführung des privaten und staatlichen Leistungskatalogs müsste der neue Leistungskatalog breiter gefächert sein. Ansprüche an die jetzige privatärztliche Versorgung könnten dann individuell überprüft und ggf. erstattet werden. Ist das vorliegende Gesundheitssystem förderlich für den Art. 1 GG, so besteht bei aktueller Auffassung des BVerfG möglicherweise kein Einspruchsbedarf.

Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG

Grundrechtsträger ist wie beim Recht auf Leben jede natürliche Person, also jeder Mensch. Das Schutzgut hierbei ist die sog. Integrität der Körpersphäre. Damit ist gemeint, dass kein Mensch aufgrund seines körperlichen Daseins in seinen Grund- und Menschenrechten eingeschränkt werden darf. Das psychische und somatische Wohlbefinden ist nur im Sinne der körperlichen Integrität gemeint. Das heißt, dass das psychische und somatische Wohlbefinden dann besonders

⁷² Vgl. Jaras, H., Pieroth, B., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 14. Auflage, 2016, S. 45.

⁷³ Vgl. BVerfGE, Begründetheit des Existenzminimums, 125, 175/222.

⁷⁴ Vgl. BVerfGE, Grundsatzurteil zum Existenzminimum, 125, 175/224.

zu schützen ist, wenn die körperliche Integrität nicht gewährleistet werden kann.⁷⁵ Aus dem Artikel lässt sich erkennen, dass kein Recht auf Gesundheit herzuleiten ist. Die Begründung liegt in der naturgemäß zur menschlichen Existenz gehörenden Bedingung von Krankheiten. Die Interpretation dieses Grundrechts ist hinsichtlich der Sichtweise eingeschränkt, dass der Staat seinen Bürgerinnen und Bürgern ein Leben frei von Krankheiten nicht gewährleisten kann.⁷⁶ Art. 2 Abs. 2 S.1 GG räumt ebenso wie das Recht auf Leben keine konkreten Leistungsansprüche ein.⁷⁷ Aus einem Urteil des BVerfG geht hervor, dass der Staat die Verpflichtung hat, die körperliche Unversehrtheit seiner Bürgerinnen und Bürger zu schützen und im weiten Sinne für ihre Gesundheit sorgen muss.⁷⁸ Es leitet sich auch nicht aus den Grundsätzen eines modernen Sozialstaates ab, dass ein bestimmter Leistungsanspruch auf die vorgenannten Aspekte garantiert werden kann. Wie bereits im Abschnitt zuvor erwähnt, hat das BVerfG in einem Urteil die staatlichen Leistungen an die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit angekoppelt. Letztendlich bedeutet dies, dass aus der aktuellen Interpretation des BVerfG kein Recht auf Gesundheit hergeleitet werden kann. Dies ist damit verbunden, dass das BVerfG das Recht auf Gesundheit mit dem absoluten Schutz vor Krankheit in Verbindung bringt. Dieser Punkt wäre i. V. m. dem bereits im Art. 1 GG diskutierten Grundsatz, nämlich die Gesundheitsleistungen in der Neuinterpretation des Existenzminimums, neu zu diskutieren. Auch im Existenzminimum gilt der Grundsatz der Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft für sozialstaatliche Leistungen. Die Erkenntnisse aus diesem Artikel lassen darauf erschließen, dass das BVerfG bisher keinen Anlass hatte, sich näher mit einem vom Staat organisierten Gesundheitswesen zu beschäftigen. Es muss die Annahme getroffen werden, dass auch dementsprechend keine Beschwerde in diesem Tatbestandsmerkmal vorlag.

Art. 3 Abs. 1 GG

Das vorliegende Grundrecht hat seine Ursprünge in der französischen Revolution. Der Art. 3 zielt auf die politische Gleichberechtigung und auf die sozialökonomische Gleichheit aller Grundrechtsträger.⁷⁹ Ein Bestandteil des Artikels ist auch, dass politische Bewegungen keine Grundrechtsschranken hervorrufen. Dies bedeutet de facto, dass sozialistisches Programm, aber auch konservative

⁷⁵ Vgl. Murswiek, D. Grundrechte (GG), Art. 2, Rn 148 f.

⁷⁶ ebd.

⁷⁷ Vgl. Schulze-Fielitz, Grundrechte (GG), Art. 2, S. 28, Rn.96.

⁷⁸ Vgl. BVerfGE, Grundsatzurteil 1997, 56,54 (78); 77, 170 (214); 85, 191 (212); 115, 25 (44f.).

⁷⁹ Vgl. Heun, W., Grundgesetze und Erläuterungen, S. 74, Art. 3 Rn. 4.

oder wirtschaftsliberale Richtungen, nicht aus dem Grundrechtsinhalt herzuleiten sind. Im Umkehrschluss ist auf die bereits erfolgten Aussagen hinzuweisen, dass kein Grundrecht sozialistische Reformen, Programme oder Gesetzesvorhaben grundsätzlich ausschließt. Sie müssen stets verhältnismäßig sein und dürfen den Schutzbereich der Individualsphäre nicht verletzen. Politische Bewegungen lassen sich dementsprechend auch nicht aus der Verfassung deduzieren, sondern sind in der Umsetzung auf politische Prozesse zurückzuführen. Es muss auch festgehalten werden, dass Gleichheit nicht nach Identität zu definieren ist, sondern Vergleichbarkeit bedeutet. Kein anderes Grundrecht lässt ein sog. tripolares Verhältnis zu, wie der Art. 3 GG. Im Sinne der Vergleichbarkeit bedeutet dies, dass hierbei nicht nur der Grundrechtsträger und der Grundrechtsadressat gegenübergestellt werden, sondern der Grundrechtsträger einen Dritten hinzuziehen muss. Die Beschwerde liegt hier nicht im Übermaßgebot, sondern in der Einschränkung seiner Gleichheit (Gleichheitswidrigkeit). Dieser Dritte muss keine existierende Person sein, es können auch Gruppen oder nur Sachverhalte sein, welche zu Ungleichbehandlungen führen.⁸⁰ Um diesem Artikel Rechnung tragen zu können, wäre die Einführung einer Bürgerversicherung, Planwirtschaft o. ä. für alle förderlich. Der Vorteil eines einheitlichen Gesundheitssystems liegt dann in der Vereinbarkeit zwischen Gleichheit und Freiheit.

Art. 14 Abs. 3 GG

Ein wesentlicher Bestandteil der Analyse sind die Eigentumsrechte, welche ein besonderes Stellenmerkmal in der deutschen Verfassung haben. Bei der Konzeption eines eher planwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesens, kann der Eindruck erweckt werden, dass jedes Privateigentum (Krankenhäuser in privater Trägerschaft, Arztpraxen, etc.) in staatliches Eigentum übergeht. Diese Überlegung ist nicht Gegenstand dieser Analyse und wird sich auch nicht damit befassen können. Als die Verfassungsväter in den 1950er Jahren die These der wirtschaftspolitischen Neutralität des Grundgesetzes formuliert haben, sollte im Verständnis nicht die Alternative zwischen Markt- oder Planwirtschaft im Vordergrund stehen.⁸¹ Eine planwirtschaftliche Auslegung eines gesamten Wirtschaftssystems ist prinzipiell nicht mit der privaten Verfügungsmacht über Wirtschaftsgüter, die im Grundgesetz verankert ist, vereinbar. Wenn der vorliegende Artikel das Privateigentum gewährleistet und die Vergesellschaftung von Eigentum nur

⁸⁰ Vgl. Heun, W., Grundgesetze und Erläuterungen, S. 76, Art. 3 Rn. 24.

⁸¹ Vgl. BVerfGE, Wirtschaftspolitische Neutralität, 4,7, 1968, 50, 290 (338).

gegen Entschädigung (Art. 15 GG) möglich ist, liegt folglich eine verfassungskräftige Entscheidung für eine Marktwirtschaft vor.⁸² Wird das gesamte Wirtschaftssystem als Makrosystem über andere Mesosysteme wie das Gesundheitssystem, Sozialsystem usw. betrachtet, mag die Konzipierung der Verfassung vernünftig und unabdingbar sein. Der Leitgedanke der Verfassungsväter beschäftigte sich nicht mit möglichen Folgen für das Gesundheitssystem. Es ist anzunehmen, dass die anstehenden und notwendigen Entscheidungen vorrangig zu klären waren. Der vorliegende Artikel ist auf die öffentlich-rechtlichen Ansprüche zu überprüfen. Wie bereits festgestellt, hat der moderne Sozialstaat die verfassungsrechtliche Verpflichtung, die Daseinsvorsorge (Vorsorge für Wechselfälle des Lebens, Krankheit etc.) zu gewährleisten. Wird der Gedanke verfolgt, die Krankenversicherungsleistungen als existenzsichernde Leistungen zu erweitern, so ist es notwendig, die öffentlich-rechtlichen Ansprüche in den Schutz dieses Artikels einzubeziehen. Die Begründetheit liegt in der Annahme, dass die Beitrags- und Steuerfinanzierung sog. Vermögenswerte Rechte darstellen. Bei Vermögenswerten Rechten handelt es sich um subjektiv-private Rechte, die einen materiellen Wert bilden. Für die Leistungsansprüche des Gesundheitswesens bedeutet dies, dass durch die Finanzierung des Gesundheitssystems, quasi durch Zwangsbeiträge oder Abgaben, ein eigentumsähnliches Tatbestandsmerkmal eintritt. Der Gesetzgeber erschafft zwar die Vermögenswerten Rechte nicht in einem Schöpfungsakt im Hinblick auf ihre rechtliche Souveränität, er beschreibt das Gesetz als einen Wirtschaftsverkehr, welcher übertragen werden kann.⁸³ ⁸⁴ Im engeren Sinne besteht ein ähnlicher Wirtschaftsverkehr bereits durch die aktuelle Gesetzeslage. Der Patient lässt seinen Fall durch die Praxis bei der zuständigen Krankenkasse abrechnen. Soweit es sich hierbei um Leistungen durch den gesetzlichen Leistungskatalog handelt, wird diese Leistung zwar von der zugehörigen GKV gezahlt, aber letztendlich hat bereits zuvor eine Übertragung des Eigentums, also ein Tauschgeschäft durch die Beitragszahlung an die GKV stattgefunden. Die typische Dreiecksbeziehung zwischen Leistungserbringer, Leistungsträger und Patient/Klient ist eine gängige Beschreibung hierfür. Die Zwangsbeitragszahlung an die GKV und die Struktur im letzten Satz führt bereits jetzt zu einer fraglichen Regelung der Eigentumsrechte im Grundgesetz. Der Gesetzgeber hat mit der Einfügung der Sozialbindungsklausel klargestellt, dass das Eigentum nicht isoliert, sondern nur in seiner Einbindung in staatliche

⁸² Vgl. v. Brünneck, A., Die Eigentumsgarantie des Grundgesetzes, S. 92ff.

⁸³ Vgl. Papier, H.-J., Grundfälle zum Eigentum – Enteignung und enteignungsgleiche Eingriffe, 1978, S.632.

⁸⁴ Vgl. Eschenbach, J., Der verfassungsrechtliche Schutz des Eigentums, 1996, S.558ff.

und gesellschaftliche Zusammenhänge zu betrachten ist. Demgemäß können gesetzliche Rahmenbedingungen auch auf weitere Gemeinwohlinteressen begründet werden.⁸⁵ Die Überführung von privaten Praxen, Krankenhäusern etc. in staatliches Eigentum müsste rechtlich entschädigt werden. Hier kommt es auf den Grad der Verstaatlichung des Gesundheitswesens an. Da bereits durch die Beitragszahlung eine Verbindlichkeit gegenüber dem Staat besteht und dieser seine Forderung zur Organisation des Gesundheitswesens einsetzt, besteht bereits jetzt eine verstaatlichte Organisation über die Verfügung des monetären Eigentums. Zur Bekräftigung dieses Arguments kann erwähnt werden, dass hierbei Opportunitätskosten entstehen könnten, wenn es den hier erwähnten Zwangsbeitrag an die GKV nicht gäbe. Für einen Menschen, der ggf. nie im Leben krank wird und trotzdem Beiträge zahlen muss, entstehen womöglich die erwähnten entgangenen Nutzungsgewinne durch anderweitige Investitionen oder den gewöhnlichen Konsum. Er muss im Sinne der Solidarität die Beträge für das Gemeinwohl zahlen. Hier wird der Leitsatz „Freiheit vor Gerechtigkeit“ vollumfänglich entkräftet und ein weiterer verfassungsrechtlicher Widerspruch des BVerfG ist ersichtlich. Das Zusammenspiel zwischen Markt- und Planwirtschaft des deutschen Gesundheitswesens ist ein Indiz hierfür. Zusammenfassend für diesen Artikel kann erwähnt werden, dass bereits jetzt keine Verletzung der Eigentumsrechte nach Art. 14 Abs. 3 GG stattfindet.

Art. 15 GG

Zu Beginn der Analyse dieses Artikels muss der erste Satz des Artikels kurz zitiert werden: „Grund und Boden, Naturschätze und Produktionsmittel können zum Zwecke der Vergesellschaftung durch ein Gesetz, das Art und Ausmaß der Entschädigung regelt, in Gemeineigentum oder in andere Formen der Gemeinwirtschaft überführt werden.“⁸⁶ Auffällig ist, dass das BVerfG bis heute nicht den Artikel um den tertiären Sektor der Dienstleistungen ergänzt hat. Folglich könnte die Enteignung von Dienstleistungen in Frage gestellt werden oder durch einen Formfehler nicht möglich sein. Die Sozialisierung des Eigentums ist vom Zweck und der Verhältnismäßigkeit abhängig und ist in jedem Fall individuell zu überprüfen. Wie bereits im Art. 14 analysiert, hat eine Sozialisierung durch die Einführung von Beitragszahlungen an die SV stattgefunden. Dabei darf der Blickwinkel auf die Opportunitätskosten nicht vernachlässigt werden. Art. 15 erlaubt, Güter in Gemeinwirtschaft zu überführen, wenn diese nicht mehr nur der individuel-

⁸⁵ Vgl. BVerfGE 18,21 (131 f.), 21, 150 (155f), ff (Eschenbach, 1996).

⁸⁶ Art. 15, Abs.1, S.1 GG.

len Gewinnerzielung dienen sollen, sondern unmittelbar der Deckung eines gesellschaftlichen Bedarfs. Es ist außer Frage, dass auch ärztliche Arbeitskraft (Arbeit) und vor allem die Anlagen der Krankenhäuser (Boden und Kapital) vordergründig dem Gemeinwohl zugeordnet werden müssen. In der vorliegenden Gesetzeslage werden die Einrichtungen des SGB V durch die Beiträge oder auch durch Steuermittel finanziert. Die Eigentümer dieser Anlagen sind meistens private Trägerschaften mit unternehmenseigenen Interessen. Wird die Annahme des oben geschilderten Tatbestandmerkmals der Opportunitätskosten verfolgt, könnte hierbei der Verdacht der Finanzierung von Eigeninteressen durch Unternehmung entstehen. Diese Einrichtungen sind im weiten Sinne Eigentum der Beitrags- und Steuerzahler, da die Finanzierung und vor allem die Eigentumsentstehung durch diese vollzogen werden. Die Kombination des Art. 14, Abs. 3 mit dem Art. 15 GG schafft Klarheit über die bereits jetzt vorhandenen Strukturen im Hinblick auf die Enteignung des Eigentums durch Beitrags- und Steuerzahlung. Das BVerfG scheint entweder diese Auslegung bisher nicht diskutiert zu haben oder hat diese möglicherweise ignoriert.

Art. 20 Abs. 1 GG

Bei der Konzipierung eines planwirtschaftlichen Modells darf und kann nicht vom Demokratieprinzip nach Art. 38 GG abgewichen werden. Planwirtschaftliche Modelle haben in der Vergangenheit in autoritären Staaten ein Zuhause gefunden. Ein planwirtschaftliches Modell kann durchaus demokratisch organisiert und strukturiert werden. Hierzu benötigt es die Legitimation durch die Volkssouveränität, d. h. in der Demokratie lebenden Bürgerinnen und Bürger mit freier Selbstbestimmung. Wird die demokratische Planwirtschaft des Gesundheitswesens bei Wahlen durch eine Partei vertreten und gelangt diese durch die Mehrheitsfindung in das Gesetzgebungsverfahren, so wäre die Strukturentscheidung für das Gesundheitswesen durch das Volk legitimiert. Die Ausübung der Staatsgewalt durch Wahlen und Abstimmung im Hinblick auf das Repräsentationsprinzip ist dabei nicht zu verändern. Der vorliegende Artikel bekennt die Bundesrepublik Deutschland als sozialen Bundesstaat. Gleichwohl bedeutet dies im Sinne des Sozialstaatsprinzips nicht, dass soziale Leistungen des Staates nicht konkretisiert werden müssen. Die Schere zwischen vollumfänglichen Staatsleistungen und nur geringen Staatsleistungen kann hierbei weit auseinandergehen. Aus dem Sozialstaatsprinzip ergeben sich insbesondere subjektive Rechte, die sich durch Geld- und/oder Sachleistungen in objektives Recht umwandeln lassen. Zu überlegen wäre, einen sog. Sozialstaatsgrundsatz im Art. 20 GG zu implementieren.

Dieser würde unabhängig der Variabilität der Sozialleistungen durch die Konjunktur ein Mindestmaß an Sozialleistungen definieren, welche nicht durch unterschiedliche Leistungskataloge zu verändern wären. Der Gesetzgeber und vor allem die Bundesverfassungsrichter haben die Fürsorge für Hilfebedürftige als existenzielle Grundlage auf den Anspruch für Sozialleistungen definiert. Hilfsbedürftig müsste nach der Ausweitung des Existenzminimums nach dieser Theorie der Masterarbeit nicht nur Entgeltleistungen bedeuteten, sondern auch Leistungen aus der Kranken- und Pflegeversicherung. Der Unterschied zu den jetzigen Regelungen wäre dann, dass der oben erwähnte Sozialstaatsgrundsatz auch das Mindestmaß im SGB V und SGB XI definieren würde. Das Bundesverfassungsgericht hat bereits festgelegt, dass die Leistungen aus der Sozialversicherung die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein sicherstellen müssen.⁸⁷ Damit ist noch lange nicht geklärt, was letztendlich eine Mindestvoraussetzung bedeutet. Die Agenda 2010 unter Gerhard Schröder hat bereits bewiesen, dass die Ausgestaltung und in diesem Falle die Verschlinkung des Sozialstaates die Definition der Mindestvoraussetzung offenlassen. Die Agenda 2010 resultierte nicht nur aus der makroökonomischen Rezession der Volkswirtschaft. Diese war notwendig, da eine legitimierte Regierung die finanzielle Stabilität der Sozialversicherung durch das Gebot des Sozialstaatsprinzips sicherstellen muss.⁸⁸ Es darf erwähnt werden, dass aus dem Grundgesetz keine Garantie für ein bestehendes Versicherungssystem hervorgeht.⁸⁹ Dies wäre bereits das notwendige Kriterium für den Beweis, dass das Grundgesetz kein bestimmtes System vorschreibt und ein staatliches Gesundheitssystem auch nicht verbietet. Das Ziel ist nicht, einen zentralgesteuerten Versorgungsstaat zu konzipieren, sondern eher, eine zentrale Lenkungsstelle einzurichten, bei der Leistungserbringer und Leistungsträger Hand in Hand die Versorgung gewährleisten. Die Verantwortung und die Strukturgewalt müssen beim Gesetzgeber liegen, um Unstimmigkeiten ohne Time Lags korrigieren zu können. Das Sozialstaatsprinzip geht auch mit dem Grundsatz der Chancengleichheit einher. Damit ist nicht zwingend der bereits im Art. 3 verankerte Gleichbehandlungsgrundsatz gemeint, sondern die Angleichung zum Erwerb materieller und immaterieller Güter, die quasi eine Voraussetzung für ein soziales und kulturelles Leben ist. Hierbei darf nicht der unterschiedliche Anspruch auf med. Leistungen die Qualität eines einzelnen Lebens

⁸⁷ Vgl. BVerfG, Grundsatzurteil zu Soziale Leistungen, 40, 121/133; 82, 60/80.

⁸⁸ Vgl. BVerfG, Grundsatzurteil zur finanziellen Sicherheit des Sozialstaatsprinzips, 103, 293/307.

⁸⁹ Vgl. Jaras, H., Pieroth, B., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 14. Auflage, 2016, S. 569.

bestimmen. Werden nämlich die Leistungskataloge miteinander verglichen, wird erkannt, dass bei privatärztlichen Leistungen neben den hohen Vergütungssätzen eine automatisch höhere Serviceleistung in Minuten erbracht wird als bei gesetzlichen Vergütungssätzen. Der Hintergrund ist die Einkommenshypothese der Praxen und/oder Kliniken. Ein einheitliches System wäre damit leistungsgerechter und könnte die Startbedingungen für alle Versicherten gleichermaßen behandeln. Allem Zweifel hingegen staatlichem Eingriff und Steuerung des Gesundheitswesens darf dem Faktor der Menschlichkeit und der damit verbundenen Gleichheit in diesem System nicht zu wenig Gewicht gegeben werden. Werden die Versicherten auf Grundlage ihrer Einkommensverhältnisse nicht gleich behandelt, führt dies de facto zur Bewertung von Menschenleben. Das Spannungsverhältnis, welches entsteht, wenn staatlich reguliert wird, ist zwischen Freiheit und Gleichheit, Individuum und Gemeinschaft. Das Grundgesetz kann hierbei kein Sozialmodell vorenthalten, welches das Spannungsverhältnis gänzlich aufhebt. Einschränkungen und Schranken, die durch Regulierung entstehen, müssen individuell überprüft werden. Es spricht auch nichts dagegen, dass neben den staatlichen Leistungen zusätzliche Leistungen hinzugekauft werden können. Im dritten Kapitel (Ordnungspolitik) wird hierfür ein Vorschlag unterbreitet, um auch den privaten Trägern innerhalb des Systems nicht die Existenz zu nehmen. Der vorliegende Artikel lässt sich mit dem Art. 87 Abs. 2 GG ergänzen, bei dem jetzt schon die sozialen Versicherungsträger und ihre Zuständigkeitsbereiche als bundesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechtes geführt werden. Demnach ist auch die Errichtung einer überörtlichen Institution für die Lenkung und Steuerung des Gesundheitswesens mit dem Art. 87 Abs. 2 gewährleistet und bildet keinen Verfassungsbruch. Nach Art. 93 Abs. 1 Nr. 4a GG entscheidet das BVerfG über Verfassungsänderungen und Verfassungsbeschwerde. Nach der bisherigen verfassungsrechtlichen Analyse muss zwar grundsätzlich kein Artikel des Grundrechtes geändert werden, aber die Anhörung des BVerfG wäre für die Vermeidung von Verfassungsbruch während des Gesetzgebungsverfahrens im Hinblick auf die Änderung des Gesundheitssystems (Änderung der Richtlinien der KV) ratsam.

2.3.2 Verfassungsmäßigkeit eines Akts der öffentlichen Gewalt

Bei der Einführung eines planwirtschaftlichen Gesundheitswesens und somit einer grundsätzlichen Änderung des Gesundheitssystems müsste ein Parliamentsgesetz durch den Bundestag verabschiedet werden. Das Gesetz müsste hierbei, wie bereits erwähnt, verfassungsreif sein. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass

der Akt der öffentlichen Gewalt den Schutzbereich eines Grundrechtes nicht verletzen darf. In der bisherigen Analyse wurde festgestellt, dass dies bei vorgestellter und diskutierter Änderung des Gesundheitssystems nicht der Fall ist. Die Einführung eines einheitlichen Systems würde die privat Versicherten bzgl. ihres Versicherungsschutzes enteignen. Um diesem Fall vorzubeugen, müsste das neue Krankenversicherungssystem auch die Möglichkeit anbieten, zusätzliche private Leistungen einkaufen zu können. Damit es aber nicht zu einem Mischsystem wie jetzt auch kommt, müssten private Trägerschaften ihre Leistungen auch vollumfänglich trennen. Die Trennung erfolgt räumlich und sachlich und darf nicht mit gesetzlichen Leistungen unter einem Dach erbracht werden. In der freiheitlichen Auffassung des deutschen Grundrechtes ist ein Akt der öffentlichen Gewalt immer mit möglichen Freiheitseinschränkungen verbunden. Die Prüfung, inwiefern Einschränkungen der Grundrechte und deren Schutzbereiche vorliegen, ist durch das Gesetz individuell zu überprüfen. Art. 93. Abs. 1 Nr. 4a, Nr. 2 GG regelt die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der öffentlichen Gewalt.⁹⁰ Bereits jetzt ist ein Sozialversicherungssystem implementiert, welches, wie im ersten Abschnitt genannt, ohne die Zustimmung der Volkssouveränität erfolgt ist. Somit wird die Legitimation der öffentlichen Gewalt durch die Wahlen und Abstimmungen und dem Ergebnis der Regierungsbildung gerechtfertigt werden. Die öffentliche Gewalt ist schließlich Gesetzeswille, wenn diese durch die Mehrheit unterstützt wird. Auch das BVerfG muss gesellschaftlichen Wandel und Prozesse mittragen, da Gesetze auch Wille und Zustand eines Volkes zugleich sind.

2.3.2.1 Eingriff in den Schutzbereich

Der Umfang der Sozialstaatlichkeit darf nicht den einzelnen Schutzbereich der Grundgesetze verletzen, bei dem i. S. der Verhältnismäßigkeit die staatliche Aktivität einen Grad der Einschränkung des Individuums erreicht, welche die Würde des Menschen antastet. Unterstützung und Förderung des gesellschaftlichen Miteinanders müssen nicht zwingend auf wirtschaftlich effiziente staatliche Aktivitäten zurückzuführen sein. Grundsätzlich ist auch kein Gesetz zu diskutieren, welches weder verfassungsfeindlich oder ethisch nicht zu vertreten ist. In der Analyse ist bereits ersichtlich geworden, dass kein Schutzbereich verletzt wird oder die Verletzung des Schutzbereichs in dem Grad der Verhältnismäßigkeit nicht niederschwellig ist. Der Nutzen durch die planwirtschaftliche Konzeption des Ge-

⁹⁰ Vgl. Ipsen, J., Staatsrecht II – Grundrechte, 2016, S. 248.

sundheitswesens ist gesellschaftlich höher als mögliche defizitäre Entwicklungen. Zum einen wird die Einnahmeseite die Beiträge positiv beeinflussen, da die private KV abgeschafft wird, zum anderen bekommt der gesetzliche Leistungskatalog durch neue Finanzierungsquellen Spielraum für eine größere Bandbreite an Leistungen. Diese Leistungen könnten, um die Vorteile der PKV nicht gänzlich zu vernachlässigen, eine weitere Ergänzung als Anlage im Leistungskatalog darstellen. Auch ein Eingriff in den Schutzbereich der unternehmerischen Tätigkeit der PKV stellt kein Problem dar, da gesetzliche Vorgaben gerade in der PKV den Wettbewerb ausmachen. Neue gesetzliche Rahmenbedingungen und Herausforderungen durch den gewöhnlichen Wettbewerb sind für den Markt nichts Neues. Eine mögliche Erhöhung der Arbeitslosenquote ist ebenso unzulässig, da sich die Nachfrage nach Arbeit mit dem Angebot des öffentlichen Sektors in der GKV ausgleichen wird. Ein nächster Bestandteil für mögliche Klagen in den Schutzbereich wäre bspw. die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Zur Sicherung der Finanzierungsstabilität der GKV müssen die Einnahmen möglichst flexibel gehalten werden. Die Eingrenzung der Finanzierungsmittel durch den Gesetzgeber ist nicht nachhaltig, da menschenwürdige med. Leistungen und Pflege nicht am Finanzierungsinstrument scheitern dürfen. Im späteren Abschnitt der Ordnungspolitik wird ein flexibler Beitragssatz diskutiert.

2.3.2.2 Verfassungsrechtliche Rechtfertigung der Gesetzgebung

Dieser Abschnitt soll nur punktuell festhalten, warum die Einführung eines planwirtschaftlichen Gesundheitswesens verfassungsrechtlich konform, aber auch eher mit der Würde des Menschen vereinbar ist. Die aufgeführten Punkte sind in den Abschnitten analysiert und gerechtfertigt.

1. Zuvor muss erwähnt werden, dass Planwirtschaft nicht im Kontrast zur Demokratie steht. Die Nutzung der Planwirtschaft ist historisch negativ belastet und wurde nur in totalitären Staaten eingesetzt, welche mit Freiheit, Volkssouveränität und Würde des Menschen nicht im Einklang waren. Die Ausführung der Planwirtschaft in Demokratien kann positive Effekte entfalten, wenn diese einen höheren Gemeinnutzen stiftet. Die instrumentelle Gewalt der Planwirtschaft ist in Mesosystemen (z. B. Gesundheitssystem) innerhalb einer Volkswirtschaft nicht verfassungswidrig.

2. Der Umfang der Sozialstaatlichkeit liegt im politischen Ermessen der Staatsorgane, insbesondere des Gesetzgebers. Daher kann grundsätzlich von einer legislativen und gouvernementalen Sozialpolitik gesprochen werden.
3. Die Grenzen der Sozialstaatlichkeit sind in dreifacher Weise verfassungsrechtlich begrenzt. Einmal durch die Freiheit des Individuums, durch das Sozialstaatsprinzip per se und durch die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit. Der besondere Schutzbereich der betroffenen Grundgesetze lässt sich nur im Hinblick auf die Begründetheit des Eingriffs der öffentlichen Gewalt rechtfertigen.
4. Gesundheitsversorgung und die Gewährleistungen eines leistungsgerechten Versorgungssystems sind ein Menschenrecht und sind ebenso zu rechtfertigen wie existenzsichernde Leistungen des Staates. Marktwirtschaftliche Eingriffe und mögliche externe Effekte sind unzulässig.

2.4 Zwischenergebnis I

Das Gesundheitswesen ist wesentlicher Bestandteil der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes. Die politische Gesetzgebung im Gesundheitswesen, also die Gesundheitspolitik, muss sich zwar an der allgemeinen Leistungskraft des Sozialstaats orientieren, es dürfen gegenwärtige Entwicklungen sowie neue Ansprüche, mögliche neu zu definierende Krankheiten und ethische Aspekte nicht außer Acht gelassen werden. Nach Art. 2 Abs. 2 S.1 GG steht das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit unter besonderem verfassungsrechtlichen Schutz. Mit Leben ist auch Gesundheit gemeint; diese beiden Komponenten haben innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert als Ausdruck der Menschenwürde. (nämlich i. V. m. Art. 1 Abs.1 GG). Weiterhin ist mit dem Art. 20 Abs.1 GG die sozialstaatliche Verpflichtung des Gesetzgebers verankert. Zur Ernüchterung ist mit dem Art. 2 Abs. 2 S. 1 kein subjektives Recht über bestimmte Gesundheitsleistungen definiert. Wird der Art. 2 GG und der Art. 20 GG im umgekehrten Verhältnis betrachtet, schafft das nicht verfügbare subjektive Recht über verfassungsrechtlich definierte Gesundheitsleistungen Gestaltungsspielraum. Hierbei darf nicht von einer Gesetzeslücke oder Ähnlichem gesprochen werden. Der Gesetzgeber entscheidet mit der Bestimmung über gesetzliche Leistungen der GKV nicht nur über irgendeinen Katalog, sondern bestimmt und regelt de jure die Gesundheitschancen seiner Bürgerinnen und Bürger. Diese Chancen sind vor dem Hintergrund der aktuellen Regelungen an die finanzielle Leistungskraft jedes Einzelnen gebunden und stellen im Hinblick auf

die Analyse keine eindeutige Verfassungskonformität dar. Bereits heute besteht ein Pflichtversicherungssystem, welches in der Ausgestaltung der diskutierten Analyse keine Hürde schafft, sondern die staatliche Regulierung des Gesundheitswesens eher fördert. Sozialstaatlichkeit muss ihrem Namen auch gerecht werden, indem die Politik Einrichtungen der öffentlichen Hand schafft, diese betreibt und Leistungen vorhält. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit, welches bereits fast in allen Büchern des Sozialgesetzbuches zu finden ist, stößt an diesem Punkt an seine Grenzen. Es bleibt festzuhalten, dass die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen für einen effektiven Lebensschutz grundsätzlich dem gesetzgeberischen Ermessen obliegen und dabei zweckdienlich sein müssen. Die deutsche Verfassung und somit die Grundrechte definieren neben den üblichen Gesetzmäßigkeiten, wie in den übrigen Rechtsgebieten, auch Werte, Moralvorstellungen und sind ein Abbild für Sozial- und Rechtsstaatlichkeit. Die Verletzung der Grundrechte wird besonders verfolgt. Der Schutz liegt in der Staatsgewalt und darf auch von dieser nicht angetastet werden.

3 Ordnungspolitische Analyse

Bei aller Diskussion über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, Ausgestaltung von Gesundheitssystemen und der Suche nach effizienten Versorgungsstrukturen ist kaum Literatur zu finden, welche sich mit einer grundlegenden und vor allem einer neuen ordnungspolitischen Debatte befasst. Dieser Gedanke soll in diesem Abschnitt der Masterarbeit aufgegriffen werden und den Blickwinkel nicht auf die Optimierung bestehender Systeme, sondern eher auf die Möglichkeit neuerer Systeme richten. Es darf nicht vergessen werden, dass das Gesundheitssystem in der Lehre und Forschung der Volkswirtschaftslehre in der Mesoökonomie angesiedelt ist. Die Auswirkungen der Systeme innerhalb eines großen Systems können unterschiedliche Effekte auf die gesamtwirtschaftliche Betrachtung haben. In Anbetracht dieser Tatsache ist die Größe, bemessen an der mesoökonomischen Gesamtgröße, das ausschlaggebende Kriterium für die Multiplikatoreffekte in der makroökonomischen Untersuchung. Es ist nicht zu leugnen, dass gesundheitspolitische Aktivitäten einen wesentlichen Indikator abbilden hinsichtlich des Wohlstands einer Volkswirtschaft. Nur gesunde Menschen können arbeiten und nur wer gesund ist, kann sich Gesundheit leisten. Der vorangegangene Satz gilt für Gesundheitssysteme mit einem Grad der absoluten Marktwirtschaft (ohne staatliche Sozialversicherungssysteme). Die vorliegende Masterarbeit prüft ein Gesundheitssystem, bei dem der Bundesstaat die Versorgung seiner Bürgerinnen und Bürger vollumfänglich organisiert. Die Begründung wurde bereits in der verfassungsrechtlichen Analyse intensiv diskutiert. Die Verantwortung über das höchste Gut „Gesundheit“ kann nicht von der unsichtbaren Hand und der Sayschen Theorie abhängig gemacht werden. Marktversagen auf Gütermärkten lassen sich durch staatliche Eingriffe korrigieren. Ein Marktversagen auf dem Gesundheitsmarkt würde hingegen menschenunwürdige Zustände darstellen. Im Rahmen des Ökonomisierungsprozesses wurden Begrifflichkeiten wie „Gut“ und „Gesundheits(-markt)“ in die Literatur und in die Diskussionen hinzugefügt. Im Gegensatz dazu können auf den Gütermärkten Gesundheitsleistungen (Gesundheitsgüter) nicht frei gehandelt werden. Hierbei handelt es sich um Einflüsse auf Leben oder Tod. Von einem Markt wie dem Gütermarkt zu sprechen, ist irreführend und sollte aus ethischer Sicht weniger wie die Gleichgewichtsbedingungen auf dem Gütermarkt behandelt werden. Bei staatlichen Aktivitäten handelt es sich oft um Kollektivgesetze, die Auswirkungen auf die gesellschaftliche Wohlfahrt haben. Eine Diskussion über das Gesundheitssystem ist auch zugleich eine Diskussion über die Wohlfahrt einer Volkswirtschaft. In diesem Teil der Masterarbeit wird nach der Einführung der Allgemeinen Diskussion

ein Konzept zur Funktionsweise eines Gesundheitssystems vorgestellt, welches einer staatlichen Planung und Organisation unterliegt. Es ist nicht angedacht, die wohlfahrtstaatliche Wirkung quantitativ zu messen, sondern lediglich eine andere Sichtweise auf die Erwartungen an ein Gesundheitssystem und auf eine andere Versorgungsmöglichkeit zu zeigen. Dabei ist es notwendig, die totale Zentralverwaltungswirtschaft (Planwirtschaft) in ihrem Charakter zu kennen. Es ist der Annahme nachzugehen, dass mesoökonomische Systeme planwirtschaftlich funktionieren. Umgekehrt wäre es gelogen, wenn behauptet werden würde, dass Planwirtschaft makroökonomisch gesehen nicht wohlfahrtsmaximierende Wirkungen hätte. Zusammengefasst ist es Aufgabe der Ordnungspolitik, das Gesundheitssystem zu organisieren, zu strukturieren und somit Auswirkungen auf die makroökonomische Wohlfahrt vorzugeben.

3.1 Allgemeiner Teil der Ordnungspolitik

Die Ordnungspolitik bestimmt vorrangig die Wirtschaftsordnung einer Volkswirtschaft.⁹¹ Wirtschaftspolitische Maßnahmen, deren Ziel die Organisation und Beeinflussung der Wirtschaftsordnung ist, werden als Ordnungspolitik bezeichnet. In der Weiterentwicklung und der immer steigenden Ansprüche auf der Mesoebene ist zeitgleich auch von Ordnungspolitik die Rede.⁹² Die Begrifflichkeit der Ordnung kann auch verschiedene Bedeutungen tragen. Zum einen kann Ordnung einen ganzheitlichen Zusammenhang zwischen mehreren Teilen und Elementen in einer Einheit abbilden (z. B. Gesundheitssystem, Sozialsystem und Wirtschaftssystem = Teil der Mesoökonomie, aber in der Gesamtheit Makroökonomie) und zum anderen kann Ordnung ein Ergebnis menschlichen Handelns aus eigenem Antrieb im sozialen Miteinander sein.⁹³ Der Begriff der Ordnungspolitik ist vom Zeitalter des Neoliberalismus geprägt und beschreibt ein politisches Handlungsfeld, bei dem der Staat verantwortlich für Handlungen und Unterlassungen zur Schaffung oder Erhaltung einer bestimmten Wirtschaftsordnung ist. Ein Widerspruch ist zu erkennen, wenn der Gedanke festgehalten wird, dass die Freiheit der Marktwirtschaft erwünscht ist, aber trotzdem der Staat subsidiär im Hintergrund eine schützende Hand über das Geschehen halten soll. Letztendlich ist auch die Gestaltung einer allgemeinen Ordnungspolitik eine notwendige Vorabbestimmung über Grundwerte und den Anspruch auf freiheitliches Leben.

⁹¹ Vgl. Kampmann, R., Walter, J., Makroökonomie, 2010, S. 132

⁹² Vgl. Luckenbach, H., Theoretische Grundlagen der Wirtschaftspolitik, 2000, S. 91.

⁹³ Vgl. Peters, H.-R., Wirtschaftssystemtheorie und Allgemeine Ordnungspolitik, 1997, S. 181.

Im Umkehrschluss bedeutet dies auch, dass institutionenökonomisch die Rolle der Politiker und die Schnittstelle zur Wirtschaft, Gesundheit und Sozialem maßgeblich für die Ordnungspolitik sind. Wie bereits in der verfassungsrechtlichen Analyse festgestellt, besteht eine sehr große Überschneidung in der Zusammensetzung des Bundesverfassungsgerichtes und der regierenden Parteien. Somit ist auch eine Art Dreiecksbeziehung zu erkennen zwischen Wahlen, Grundrechten/-werten und Wirtschaft (auch Lobbyarbeit). Weiterhin muss dann auch festgehalten werden, dass letztendlich politisch-staatliche Planung und Lenkung nicht gewollt sind, aber die Planung und Lenkung des ordnungspolitischen Rahmens durch Lobby gewünscht sind. In der gängigen Literatur über Ordnungspolitik wird zwischen den großen Gegensätzen der Marktwirtschaft und der Planwirtschaft (Zentralverwaltungswirtschaft) unterschieden. Die absolute Marktwirtschaft funktioniert ohne den Eingriff des Staates. Angebot und Nachfrage finden ihr Gleichgewicht. Die absolute Planwirtschaft wird ganzheitlich von staatlichen Institutionen bestimmt. Dabei wird das Angebot von Gütern und Leistungen durch staatliche Einrichtungen geplant, daraus ergibt sich dann die Nachfrage.⁹⁴ In beiden Systemen sind unterschiedliche Bedingungen hinsichtlich der Nachfrage nach den Produktionsfaktoren gegeben. Die Masterthesis und der gegenwärtige Teil beschäftigen sich im Schwerpunkt mit den Elementen der totalen Zentralverwaltungswirtschaft (Planwirtschaft).

3.1.1 Aufgaben der Ordnungspolitik

Die Aufgaben der Ordnungspolitik leiten sich aus den einzelnen gewünschten Ordnungssystemen her. Wie bereits erwähnt finden sich zwei Extreme wieder, zum einen die totale Marktwirtschaft (auch laissez faire-Marktwirtschaft) und zum anderen die totale Zentralverwaltungswirtschaft (Planwirtschaft). Die ordnungspolitische Aufgabe richtet sich nach der Entscheidung für eines dieser Systeme. Bei einer marktwirtschaftlichen Konstituierung ist nur die Bereitstellung eines Ordnungsrahmens für die Wirtschaftssubjekte relevant. Der übrige Prozess über Angebot- und Nachfrage findet sein Gleichgewicht auf dem Markt von selbst. Nach dem zweiten Weltkrieg ist zu beobachten gewesen, dass dieser Mechanismus sich nur unter extremen Bedingungen bestätigen lässt. Wirtschafts- und Finanzkrisen lassen sich heute kaum über die Rettung durch staatliche Eingriffe eindämpfen. Wird allein der Zeitraum der Staaten- und Finanzkrise 2008 betrachtet, ist zu erkennen, dass die Auswirkungen ohne den Einsatz der Staaten, ihre

⁹⁴ Vgl. Granberg, A.G., Modellierung der sozialistischen Wirtschaft, 1981, S. 9 - 25

Maßnahmen der expansiven Fiskalpolitik und die expansive Geldpolitik durch die EZB nicht gedämpft werden können. Im Übrigen dienen auch Sozialversicherungssysteme als makroökonomische Stabilitätsmechanismen, um in depressiven Konjunkturphasen den Abschwung zu stoppen und den Aufschwung herbeiführen zu können. Zusätzlich unterstützen Staaten nachfrageseitig die Märkte und generieren dadurch Auslastungen der Produktionskapazitäten. Staatliche Eingriffe in Krisenzeiten, Sozialversicherungssysteme und demokratische Grundwerte resultieren aus der Idee der Sozialen Marktwirtschaft. Für die Soziale Marktwirtschaft gelten keine einheitlichen Definitionsschemata und sie ist auch nicht Teil der deutschen Verfassung. Die Aufgaben der Ordnungspolitik in einer totalen Zentralverwaltungswirtschaft sind hingegen viel weiter geprägt als nur der Ordnungsrahmen in der Marktwirtschaft. Die Aufgabe ist nicht nur, einen Ordnungsrahmen zu definieren, sondern auch diesen zu planen, zu steuern und vor allem auch auszuführen. D. h., die staatliche Verfügungsmacht erstreckt sich bis hin zu den einzelnen Güter- und Kapitalmärkten, der Geldpolitik und den übrigen Mesomärkten. Die Bandbreite der staatlichen Aufgaben ist hierbei bestimmt durch Gesetzgebung bis zu der Organisation der Herstellung von Obst und Gemüse. In der Mitte dieser zwei Systeme findet sich dann wie erwähnt die Soziale Marktwirtschaft, auf der einen Seite die Komponenten der Marktwirtschaft, bedingt durch Thesen von Adam Smith und dem Sayschem Theorem, und auf der anderen Seite eine Handvoll staatlicher Eingriffe und Regulierungen.⁹⁵

3.1.2 Ordnungspolitische Ideologie

Die wirtschaftsphilosophische Ideenlandschaft verdichtet geschichtlich gesehen drei wesentliche Elemente von ordnungspolitischen Ideologien. Diese Ideologien finden sich im Liberalismus, Sozialismus und dem Konservatismus wieder. Wird die Menschheitsgeschichte in einem längeren Zeitraum betrachtet, kann festgestellt werden, dass diese jedes der obigen Gedankengüter, das Gesellschafts- und Wirtschaftsleben mitgeprägt hat.⁹⁶ Letzteres ist als solcher Beweis im Grundgesetz der Bundesrepublik zu finden. Dieses ist in der verfassungsrechtlichen Analyse vertieft diskutiert worden. Wichtig ist vor allem die Akzeptanz von ordnungspolitischen Ideologien in einer Gesellschaft. Nur politische und ökonomi-

⁹⁵ Vgl. von Hauff, Michael, Die Zukunftsfähigkeit der Sozialen Marktwirtschaft, 2007, S.10

⁹⁶ Vgl. Peters, H.-R., Wirtschaftssystemtheorie und Allgemeine Ordnungspolitik, 1997, S. 95.

sche Zufriedenheit kann die Einführung und vor allem das Ausleben von ordnungspolitischen Ideologien rechtfertigen und lange sichern. Eine solche Kompromissbereitschaft hat sich in der Bundesrepublik nach dem zweiten Weltkrieg lange etabliert. Um Reibungsverluste und wohlfahrtsmindernde Wirkungen zu verhindern, werden ordnungspolitische Kombinationen zwischen marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen und sozialer Ausgleichselementen geschaffen.⁹⁷ Über die Ausprägung sozialer Ausgleichselemente mag an einer anderen Stelle weitreichender diskutiert werden. Im Folgenden ist eine Übersicht der wesentlichen Merkmale der gesellschaftlichen Ideologien knapp zusammengefasst.

⁹⁷ ebd.

Tabelle 2: Zusammengefasste Übersicht über ordnungspolitische Ideologien

	Liberalismus	Sozialismus	Konservatismus
Grundidee	Freiheitsidee	Gleichheitsidee	Bewahrungsidee
Grundwerte	Freiheit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, Leistungswettbewerb, Gleichheit vor dem Gesetz, Chancengleichheit	Gleichheit, soziale Gerechtigkeit, Solidarität, Mitbestimmung	Tradition, Kontinuität, Ordnung, Hierarchie, Autorität
Grundziele	Sicherung und Ausbau individueller Freiheitsspielräume	Egalisierung der kollektiven Arbeits- und Lebensverhältnisse	Bewahrung überkommener Werte und erprobter Institutionen
Veränderungs- ziele	Mehr Freiheit für mehr Individuen	Mehr Gleichheit für die Gesellschaft	Gewordenes im Werdenden bewahren
Veränderungs- richtung	Vorrang der Privatinitiative	Vorrang des Gemeinwohls	Vorrang des Bewährten
Hauptfunktionen des Staates	Rechts- und Freiheitsschutz	Umverteilung und Daseinsvorsorge	Aufrechterhaltung von Ordnung
Stellung zu Besitz und Eigentum	<ul style="list-style-type: none"> • Bejahung von Besitz und Privateigentum als Mittel der freien Entfaltung sowie zur Stärkung der Privatinitiative • Vermögen als Machtstreuungsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Überführung der Produktionsmittel in Gemeineigentum zur Stärkung der Gerechtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Bejahung von Privateigentum als Mittel zur Erhaltung und Vermehrung von Gütern und Sachwerten für Generationen
Gesellschafts- theorie	Harmonie- und Gleichgewichtstheorie	Klassen- und Konflikttheorie	Stabilitäts- und Wachstumstheorie
Arten- und Varianten	<ul style="list-style-type: none"> • Verfassungs-Liberalismus • National-Liberalismus 	<ul style="list-style-type: none"> • Marxismus • Staatssozialismus 	<ul style="list-style-type: none"> • Reform-Konservatismus

Quelle: in Anlehnung an Peters, H.-R., Wirtschaftssystemtheorie und Allgemeine Ordnungspolitik, 1997, S. 39.

3.1.3 Übersicht der ordnungspolitischen Leitbilder

Es existieren eine ganze Reihe an ordnungspolitischen Leitbildern mit zahlreichen Auslegungen und Interpretationen. Für die konzeptionelle Idee der Masterarbeit sind insbesondere die sozialistischen, struktur- und verteilungsorientierten Leitbilder bedeutsam. Im Rahmen des sozialistischen Leitbildes findet sich bis heute keine festgesetzte Definition. Einige Staaten Mittel- und Osteuropas haben Bemühungen angestrebt, durch politische Systeme und Ordnung solch eine praktische Definition zu kreieren. Der Versuch scheiterte oft an institutionenökonomischer Sicht, bedingt durch autoritäre Regime und Staatsfunktionen.⁹⁸ Ein Widerspruch in sich ist bereits der Gedanke, eine Volkswirtschaft sozialistisch zu führen und zeitgleich demokratische Prinzipien und Werte zu vernichten. Daher ist es kein Wunder, dass gerade sozialistische Systeme im Nachgang für ineffizient und korrupt gehalten werden. In der Masterarbeit wird versucht, sozialistische und wohlfahrtsorientierte Leitideen in Mesosystemen, nämlich im Gesundheitssystem, zu integrieren und dieses durch den Zweck zurechtfertigen. Das Ziel sozialistischer Systeme ist die Schaffung und Förderung der Gleichheit und die Freiheit der Individuen. Zur Erlangung dieser Ziele haben Staaten Planungsinstrumentarien entwickelt, um die Verteilung der Produktionsfaktoren Arbeit, Kapital und Boden gerecht abstimmen zu können. Eine wortwörtliche Gleichheit vor dem Gesetz wurde angestrebt; dies misslang, da Planungsunsicherheiten und endo- sowie exogene Schocks makroökonomisch nur schwer vorauszusehen sind.⁹⁹ Wie in betriebswirtschaftlicher Planung der Unternehmen bedarf solch eine Planung einer ständigen Anpassung innerhalb eines Wirtschaftsjahres. Im Rahmen des technischen Fortschritts im 21. Jahrhundert können zumindest elementare Daten dynamischer zusammengefasst werden. Diese Option stand in den früheren Jahren in der Entwicklung des sozialistischen Leitbildes nicht zur Verfügung. Nebenbei bemerkt wird auf Grundlage der Bevölkerungsentwicklungsdaten in Regionen bereits heute die kassenärztliche Zulassung bestimmt und geregelt. Bereits heute wird das Angebot an verfügbaren Ärzten staatlich (hier länderpolitisch) bestimmt. Sozialismus muss auch nicht Wettbewerb ausschließen, um Kritikern entgegenzuwirken. Das Modell des Konkurrenzsozialismus von Lange beschreibt, dass die Produktionsmittel sich im Gemeineigentum befinden (staatliche Verfügungsmacht), Freiheit über Konsumwahl steht, die freie Wahl des Arbeitsplatzes sowie freie Preisbildung auf Güter- und Arbeitsmärkten

⁹⁸ Vgl. Luckenbach, H., Theoretische Grundlagen der Wirtschaftspolitik, 2000, S. 25.

⁹⁹ Vgl. Peters, H.-R., Wirtschaftssystemtheorie und Allgemeine Ordnungspolitik, 1997, S. 126-131.

existieren und es keinen Markt für Investitionsgüter und vor allem keine Profitmaximierung in allen Branchen und Sektoren gibt. Über die makroökonomische Umsetzungsmöglichkeit dieses Leitbildes mag an einer anderen Stelle diskutiert werden, jedoch könnte das Leitbild von Lange für das Gesundheits- und Sozialwesen von Bedeutung sein.¹⁰⁰ Der Ökonom Ota Sik bemühte sich auch um einen sog. „Dritten Weg“ zwischen Kapitalismus und Sozialismus. Er sprach von einer demokratischen makroökonomischen Orientierungsplanung, durch die die Nichtproduzenteninteressen den Produzenteninteressen gleichgestellt werden. Er vertritt zugleich die freie Preisbildung auf Güter- und Arbeitsmärkten, sowie eine paritätische Vertretung von Nichtproduzenten in allen politischen und wirtschaftspolitischen Organen. Ein Makroverteilungsplan soll die langfristigen Entwicklungen der Volkswirtschaft, insbesondere der Lebensqualität berücksichtigen. Mit dem Ziel, die Lebensqualität mitzuberücksichtigen, verfolgte Ota Sik diese These, dass die Wirtschaft dem Menschen dienen solle und nicht umgekehrt.¹⁰¹ Wohlfahrts- und Verteilungsleitbilder zielen insbesondere auf die Idee der Vollbeschäftigung und der Gleichheit. Wohlfahrt und damit Wohlstand kann nur dann erreicht werden, wenn Vollbeschäftigung und die Produktion stetig an der Kapazitätsgrenze liegen. Gleichheit ist somit nicht nur ein Ergebnis aus Vollbeschäftigung, sondern soll auch auf die Lebensqualität ausgerichtet sein. Bereits Ota Sik hielt es für wichtig, die Lebensqualität in der makroökonomischen Ergebnisrechnung zu berücksichtigen. Die Gleichheit der Lebensbedingungen soll neben der Wirtschaftspolitik auch durch eine Gesundheits- und Sozialpolitik angestrebt und das Vollbeschäftigungsziel durch aktive Arbeitsmarktpolitik und solidarische Lohnpolitik erreicht werden.¹⁰² Der Aspekt der wohlfahrtsstaatlichen Wirkung scheint u. a. auch ein wesentliches Element und vor allem Aufgabe der Gesundheits- und Sozialpolitik zu sein. Im Hauptteil des vorliegenden Abschnitts wird sich deshalb die Rechtfertigung der staatlichen Regulierung dieser Mesosysteme nicht nur auf die freie Gestaltungsmöglichkeit durch das Grundgesetz berufen, sondern auch auf die Rechtfertigung des Sozialauftrages hinsichtlich der Wohlfahrtswirkung in einer Volkswirtschaft.

¹⁰⁰ Vgl. Gabler Wirtschaftslexikon, Konkurrenzsozialismus, <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/konkurrenzsozialismus.html>, abgerufen am 19.07.2017, 19:56, MEZ.

¹⁰¹ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, Was sind Dritte Wege?, <http://www.bpb.de/apuz/26315/was-sind-dritte-wege?p=all>, abgerufen am 19.07.2017, 20:12, MEZ.

¹⁰² Vgl. Schmidt, M.G., Wohlfahrtsstaatliche Politik unter bürgerlichen und sozialdemokratischen Regierungen – ein internationaler Vergleich, 1980, S. 120.

3.2 Ordnungspolitik im Gesundheitswesen

Dieser Abschnitt dient nur zur Zusammenstellung einer Übersicht der ordnungspolitischen Gegebenheiten des jetzigen Gesundheitswesens. Aus Vereinfachungsgründen wird hierzu das erarbeitete Ebenenmodell aus der Literatur „Medizinmanagement“ von Wasem, Staudt und Matusiewicz verwendet. Es wird zusammenfassend davon ausgegangen, dass genau drei Ebenen das Geschehen im Gesundheitswesen abbilden. Auf der Spitze der Pyramide befindet sich die Makro-Ebene (Staat), in der mittleren Ebene die sog. Mesoebene (Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und die Verbände) und am unteren Bereich der Pyramide die Mikro-Ebene (einzelne Akteure, z. B. Leistungserbringer).¹⁰³ Es ist nicht allzu schwer zu erkennen, dass die Makro-Ebene für die Ordnungspolitik im Gesundheitswesen zuständig ist. Aufbauend auf das Sozialstaatsprinzip, welches sich aus der deutschen Verfassung herleitet, ist die Bundesrepublik Deutschland zur Versorgung der Bürgerinnen und Bürger im Krankheitsfall verpflichtet. Diese Erkenntnis hat sich bereits aus dem ersten Teil der Masterarbeit unschwer zeigen lassen. Auch aktuell ist der Staat das oberste Organ zur Implementierung von Regulierungseffekten und die Basis für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen. Er setzt zwar den ordnungspolitischen Rahmen per Gesetz fest, jedoch erfolgt die operative Steuerung des Gesundheitswesens durch die sog. Selbstverwaltung aus Leistungserbringer und Kostenträger- auch Leistungsträger genannt. Die Verantwortung für mögliche Missachtung von Gesetzen delegiert der Staat somit an Dritte. Auch kleine Detailarbeiten wie die Arztausbildung, Zulassung von Arzneien und die Festlegung bundesweit geltender Vorgaben zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung werden direkt vom Bundesministerium für Gesundheit gesteuert. Nicht nur der Bund trägt weitreichende Kompetenzen in der Gesetzgebung und in der Ordnungspolitik, sondern auch die zuständigen Bundesländer (Art. 20 GG). Neben dem Bund und den Bundesländern beeinflusst auch die europäische Gesetzgebung das nationale Gesetzgebungsverfahren. Aber auch durch die Mitgliedschaften bei der WHO (World Health Organization), bei ILO (International Labour Organisation) und bei der FAO (Food and Agriculture Organisation) können neue ordnungspolitische Debatten angestoßen werden.¹⁰⁴ Zuletzt ist dieser Effekt am 22.12.2016 zu beobachten gewesen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales verabschiedete das Bundesteilhabegesetz zu mehr Teilhabe und Inklusion für Menschen

¹⁰³ Vgl. Wasem, J., Staudt, S., Matusiewicz, D., Medizinmanagement – Grundlagen und Praxis, 2013, S.54.

¹⁰⁴ Vgl. Wasem, J., Staudt, S., Matusiewicz, D., Medizinmanagement – Grundlagen und Praxis, 2013, S.56.

mit Behinderung. Hintergrund der neuen Gesetzgebung ist der Beschluss der UN Behindertenrechtskonvention, an dem auch Deutschland beteiligt war, mehr Inklusion zur Förderung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu stärken.¹⁰⁵ Die Nicht-Umsetzung der Behindertenkonvention aus 2009 wäre mit Sanktionen und Konsequenzen verbunden gewesen. Auch die WHO kann ihren Mitgliedern bei der Nichtverfolgung von Beschlüssen mit Konsequenzen drohen. Auf Bundesebene ist der Bundestag als gesetzgebendes Organ maßgeblich für das Geschehen in der Gesundheitspolitik verantwortlich. Zur Umsetzung auf Länderebene ist auch die Zustimmung des Bundesrates (Länderkammer) notwendig. Die oberste Verwaltung, also die Steuerung von Regulierungsvorhaben, wird im Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet. Ein weiteres wichtiges Organ ist das RKI (Robert-Koch-Institut), welches die Krankheitsüberwachung- und -prävention sowie die maßnahmenorientierte medizinische Forschung im Auftrag des BMG abbildet. Daneben gibt es noch weitere zahlreiche Institute wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Als Rechtsaufsicht agiert das Bundesversicherungsamt und ist zuständig für die Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung), GRV - GUV (Gesetzliche Rentenversicherung – Gesetzliche Unfallversicherung) und der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPfV). Es verwaltet auch den Gesundheitsfonds, die Mittelvergabe und den Risikostrukturausgleich.¹⁰⁶ Die Bundesländer sind hauptsächlich für die Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes zuständig. Das Ziel ist, den gesundheitlichen Schutz zu sichern und zu fördern. Dazu zählt bspw. die Aufklärung der Bevölkerung, die Überwachung des Arzneimittelverkehrs, von Betäubungsmitteln und Medizinprodukten, sowie auch die Verhütung und Bekämpfung von Epidemien, insbesondere bei sozial schwachen und schutzbedürftigen Personen. Selbstverständlich agieren auf der Makroebene auch die Gerichtsbarkeiten, welche ausführlich im ersten Teil diskutiert wurden.

¹⁰⁵ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bundesteilhabegesetz, www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7, abgerufen am 20.07.2017 um 10:43 Uhr MEZ.

¹⁰⁶ Vgl. Wasem, J., Staudt, S., Matusiewicz, D., Medizinmanagement – Grundlagen und Praxis, 2013, S.60-61.

3.2.1 Organisation und Struktur des deutschen Gesundheitswesens (Status quo)

Im vorangegangenen Kapitel wurde das deutsche Gesundheitswesen zunächst in Anlehnung an die genannte Literatur grob unterteilt. In diesem Abschnitt soll eine kurze Übersicht der wichtigsten Organisationsmerkmale des deutschen Gesundheitswesens aufgezeigt werden. An diesem Punkt werden detaillierte Informationen über die Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens vorausgesetzt.

- Finanzierung:
Grundlage ist ein Sozialversicherungssystem, welches auch eine gesetzliche Krankenversicherung abdeckt. Sie wird paritätisch durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert. Es mag an einer anderen Stelle diskutiert werden, inwiefern dieser Aspekt noch Gültigkeit hat, da die Einführung der krankenkassenindividuellen Zusatzbeiträge nur die Arbeitnehmer belasten. Genügen die Beitragseinnahmen nicht, kann der Bund durch den sog. Bundeszuschuss (finanziert aus Steuermitteln) die fehlende Finanzierungslücke schließen.
- Leistungen:
Strikte Trennung zwischen Leistungen aus öffentlicher und privater Hand. Der Zugang zu den öffentlichen Leistungen ist für alle Bürgerinnen und Bürger offen. Private Leistungen sind nur für bestimmte Haushalte angedacht und die Inanspruchnahme kann nur durch das Prinzip der Selbstzahler zugänglich gemacht werden. Im Bereich der öffentlichen Leistungen existieren unterschiedliche Leistungskataloge mit einer festen Gebührenordnung. Auch auf Seiten der privaten Leistungen ist ein Gebührenkatalog zu finden. Der Unterschied besteht in der Höhe der einzelnen Gebühren. Die Leistungen der privaten Hand sind für die Leistungserbringer besser vergütet. Die Leistungskataloge sind umfassend ausgestaltet und sichern ein breites Spektrum an Grundversorgung.
- Struktur:
Das deutsche Gesundheitswesen weist einen Mix aus Markt- und Planwirtschaft auf. Während auf der einen Seite die Leistungserbringung teilweise dem typischen Wettbewerb wie auf Gütermärkten ausgesetzt ist, wird diese auf der anderen Seite bspw. durch den Krankenhausplan der Länder streng reguliert und geplant. Auch die Krankenversicherungen sind untereinander im Wettbewerb. Dieser ist zwar durch den einheitli-

chen Bundesbeitrag reguliert, jedoch ist durch die Einführung krankenkassenindividueller Zusatzbeiträge preispolitischer Gestaltungsspielraum gegeben. In den letzten zehn Jahren hat durch staatlichen Eingriff ein Verdrängungswettbewerb stattgefunden.¹⁰⁷ Die Anzahl der Krankenversicherungsträger schrumpfte von 1200 im Jahre 1999 auf 113 Krankenkassen im Jahre 2017.¹⁰⁸ Neben dem genannten Wettbewerbsprinzip sind auch das Solidaritätsprinzip, das Sachleistungsprinzip und das Bedarfsdeckungsprinzip als wichtige Strukturmerkmale zu nennen.

¹⁰⁷ Vgl. vdek Ersatzkasse, Zusatzbeitrag, https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/zusatzbeitrag.html, abgerufen am 25.07.2017 um 17:38 MEZ.

¹⁰⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband, Anzahl der Krankenkassen im Jahr 2017, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp, abgerufen am 25.07.2017 um 17:41 MEZ.

3.2.2 Zeithorizont der Reformen im Gesundheitswesen (2000-2015)

In diesem Abschnitt wird eine kleine Übersicht der letzten wichtigen Gesundheitsreformen vorgestellt. Im Zeitablauf, frühestens seit dem Jahr 2000, ist ein ständiger und wachsender Ökonomisierungsprozess zu beobachten. Nicht nur an den Zuzahlungen der Patienten wurde gearbeitet, sondern auch bzgl. des Wettbewerbs der Krankenkassen, der Änderungen der Vergütungssysteme und der Neuregelungen der Anspruchsberechtigten. Die Verteilungspolitik von öffentlichen Ressourcen wurde auf neue Beine gestellt und somit auch eher marktwirtschaftlich ausgebaut. Die Rationierung von Gesundheitsleistungen ist im Gegensatz zu Preisbildungen auf Gütermärkten nicht auf dasselbe Phänomen zurückzuführen. Auf Gütermärkten werden knappe Güter mit unendlicher Bedürfnisbefriedigung als ein Dilemma dargestellt. Im Gesundheitswesen wird die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen nicht primär vom Preis bestimmt, sondern von den finanziellen Ressourcen durch die Beitragseinnahmen, die im weiten Sinne dann den Preismechanismus darstellen. Im Umkehrschluss ist zu verstehen, dass der Ökonomisierungsprozess nicht zwingend auf die gegenwärtige Knappheit von Gesundheitsleistungen zurückzuführen ist, sondern größtenteils eher auf die Knappheit der finanziellen Ressourcen. Nachfolgend ist auf Grundlage der Übersicht der KVB (Kassenärztliche Vereinigung Bayern) eine Reformübersicht zwischen 2000-2015 aufgeführt.¹⁰⁹

2000

GKV-Gesundheitsreform

- Budgetverschärfung für Arzthonorare, Arzneien und Krankenhäuser
- Regress bei Überschreitung des Budgets

2001

Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets

Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG

¹⁰⁹ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Gesundheitsreformen seit 1976, <https://www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitik/gesundheitsreformen/>, abgerufen am 25.07.2017 um 17:35 Uhr MEZ.

2002

Beitragssatzsicherungsgesetz "BSSichG"

- Kürzung des Sterbegeldes
- Weitere Verschärfung der Budgets für Arzthonorare und Krankenhäuser

Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der GKV

Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz - AABG

2004

Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) erhöhte die Eigenbeteiligung der Patienten umfassend

- Zehn Euro Praxisgebühr / Quartal
- Zehn Prozent Zuzahlung bei Arznei- und Hilfsmitteln (mindestens fünf und höchstens zehn Euro)
- Zehn Euro pro Krankenhaustag begrenzt auf 28 Tage
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Fahrtkosten und Brillen werden komplett vom Patienten getragen
- Streichung von Entbindungs- und Sterbegeld
- Belastungsobergrenze für Zuzahlungen beträgt zwei Prozent (für chronisch Kranke ein Prozent) des jährlichen Bruttoeinkommens

2007

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

- Krankenversicherungspflicht für alle (ab 01.01.2009)
- Rechtsanspruch auf Rehabilitation und häusliche Krankenpflege
- Verbesserung der Palliativmedizin
- Krankenhäuser dürfen ambulant behandeln
- Impfungen und Kuren werden Pflichtleistungen
- Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln
- Zweitmeinung bei speziellen Arzneimittel-Verordnungen
- Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern von Arzneimitteln
- Mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen
- Ein Spitzenverband statt bisher sieben
- Ermöglichung von kassenartenübergreifenden Fusionen

- Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes ab 1. Januar 2009 in der GKV
- Gesundheitsfonds

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG)

2009

Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG)

Für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung relevante Bestimmungen:

- Einführung einer Quotenregelung für Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.
- Änderung des Paragraph 73 b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung)

2011

Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)

- Regelungen zur Preissteuerung bei patentgeschützten Medikamenten
- Vorgaben zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln
- Bestimmungen zu Erstattungsbeträgen für neue Arzneimittel
- Anordnung der Geltung des Kartellverbots sowie Übertragung der Zuständigkeit auf die Zivilgerichte
- Neue Zuständigkeitsverteilung der Gerichte
- Präzise Vorgaben zur Veröffentlichung klinischer Studienergebnisse
- Neuregelung der Großhandelszuschläge

2012

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

2015

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

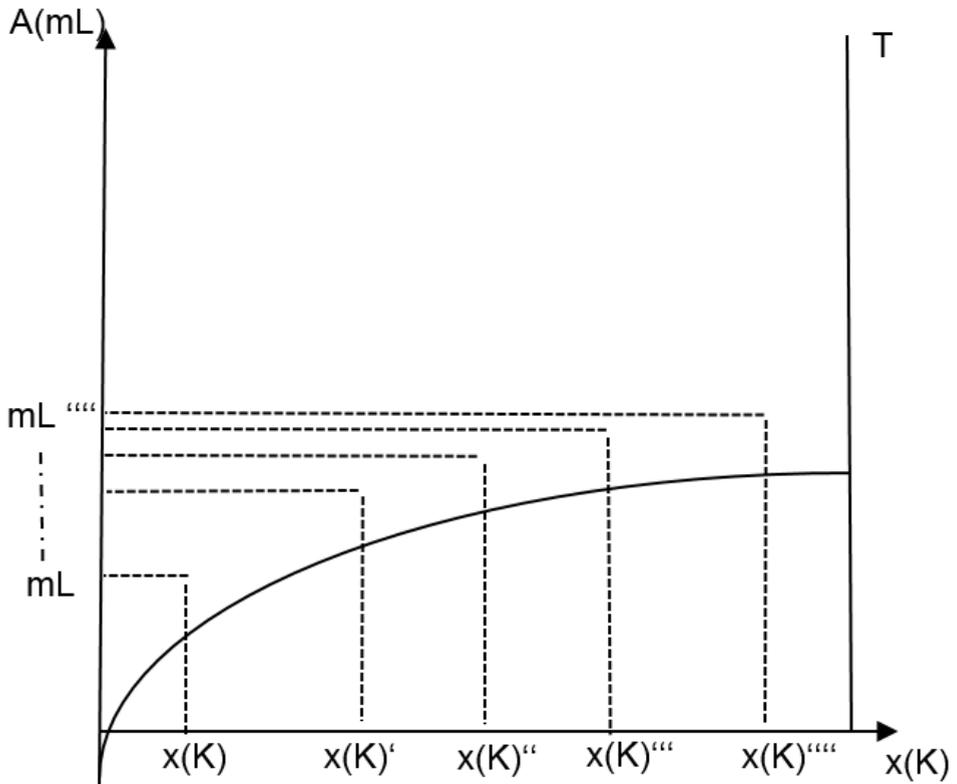
Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG)

- Einführung einer Termingarantie für Facharzttermine binnen vier Wochen und Einrichtung einer Terminservicestelle
- Verschärfung des Abbaus von Überversorgung
- Stärkung von Praxisnetzen
- Fachgruppengleiche medizinische Versorgungszentren und Einrichtung von MVZs durch Kommunen
- Neuregelung der Rechtsgrundlage für Selektivverträge
- Einführung des Rechts auf Zweitmeinung
- Verbesserung des Entlassmanagements bei Kliniken
- Einführung eines Innovationsfonds zur Förderung von Innovationen in der Gesundheitsversorgung mit einem Volumen von 300 Millionen Euro pro Jahr
- Verbesserung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und Einstieg in die Förderung der ambulanten Weiterbildung bei grundversorgenden Facharztgruppen
- Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit Wegfall der verpflichtenden Richtgrößenprüfung und Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

3.3 Modellbeispiel: Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen

Der fortschreitende Ökonomisierungsprozess im Gesundheits- und Sozialwesen wird sich mit den Grenzen dieses Mechanismus intensiver auseinandersetzen müssen. Die marktwirtschaftliche Steuerung gelangt dann an ihre Grenzen, wenn ethische und moralische Pflichten nicht mehr erfüllt werden können. Nur wo diese Grenze zu definieren ist, ist bis heute weder in der soziologischen Analyse noch in der theologisch-philosophischen Analyse gelöst. Fraglich ist, wie die Reaktionsfunktion einer Gesellschaft aussehen würde, wenn die Grenzen definiert würden und eine Verankerung im Gesetz veranlasst wird. Daraus würde sich dann ein neuer Auftrag für das Gesundheits- und Sozialwesen herleiten.

Abbildung 1: Darstellung eines Zusammenhangs zwischen Anspruch und Krankheitsbild nach 1.Gossenschen Gesetz (abgeleitet und neudefiniert)



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 1 zeigt erst einmal die geometrische Definierung nach dem 1. Gossenschen Gesetz, welches hier in einer neuen abgewandelten Definition zu sehen ist. X in Abhängigkeit von K steht für die Menge an Krankheiten, die dieser Haushalt hat. A steht für den Anspruch und mL für medizinische Leistungen, zusammen ergibt dies $A(mL)$, also Anspruch an medizinischen Leistungen. In dieser Darstellung dient der Anspruch auch für den Zeitraum, ab wann ein Patient (zugleich auch ein Haushalt), Leistungen eines Gesundheitswesens in Anspruch nehmen darf (die Inanspruchnahme von Leistungen bedeutet zugleich auch die Vollfinanzierung dieser Leistungen inkl. die Finanzierung von Arzneien). Dabei definiert $x(K)$ Symptome wie leichter Husten, leichter Schnupfen u/o.ä., $x(K)'$ de-

finiert mittlere Krankheiten wie episodische Bronchitis, nicht-chronische Magen-Darm-Erkrankungen u./o.ä., $x(K)^{''}$ definiert mittelschwere und chronische Krankheiten, $x(K)^{''''}$ definiert schwerwiegende Krankheiten, bei denen ohne eine Behandlung Lebensgefahr besteht und letzteres $x(K)^{''''''}$ Krankheiten mit akut tödlichem Ausgang. Nach $x(K)^{''''''}$ wird der Punkt T erreicht. T steht für Tod. Ist der Zugang zum öffentlichen Gesundheitswesen erst nach $x(K)^{''''''}$ möglich, könnte die Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen einer gesetzlicher Leistungserbringung zu spät sein, da nach diesem Punkt die Heilungschancen wahrscheinlich geringer wären (angenommen, es gäbe ein staatliches Versicherungsprinzip). Die Diskussion über Zuzahlungen bei Ärzten und Medikamenten könnte an dieser Darstellung geometrisch diskutiert werden. Für den vorliegenden Fall der Modellierung einer demokratischen Planwirtschaft wird der Punkt $x(K)$ und mL gewählt. Vorab erwähnt, sieht das Modell keine Zuzahlung im Sinne des Out-of-Pockets vor. Alle Leistungen sind durch eine solide Finanzierung durchzuführen und nicht wie am Gütermarkt an der Kasse zu zahlen. Das Modell wird entlang eines ordnungspolitischen Leitfadens erklärt und dargestellt. Dabei wird auf das Verfügungssystem (Verfügungsgewalt über Produktion und Verteilung, Planungssystem (Organisation der Produktion und Verteilung) und auf das Koordinierungssystem eingegangen. Bei der Vorstellung des Modells können im Rahmen der Masterarbeit nur konzeptionelle Elemente aufgezeigt werden. Um die gesetzgeberische Kompetenz und die Akteure abzubilden, wird eine Hierarchie über die Funktionsweise der planwirtschaftlichen Steuerung im Gesundheitswesen aufgezeigt. Die Finanzierung des Systems ist ebenso ein wesentlicher Bestandteil, dabei wird nicht auf quantitative Mittel eingegangen, sondern eher auf die Suche nach den optimalen Instrumenten für die Finanzierung eines zentralgesteuerten Gesundheitswesens. Nicht zu vernachlässigen ist auch der Privatsektor, der hier an Bedeutung durch die Zwangsabwanderung der privat Versicherten verliert. Hierzu wird im Rahmen der Umstrukturierung auf der Angebotsseite eine Alternative definiert und nachfragewirksam gelöst.

3.3.1 Verfügungssystem

Bei zentralgesteuerten Planwirtschaften liegt die Verfügungsgewalt der Produktion und Verteilung in der Regel komplett beim Staat. Damit wird der gesamte Produktionsapparat vom Staat gelenkt und dirigiert. In der Annahme, das jetzige deutsche Gesundheitssystem unter den Bedingungen der Demokratie und Freiheit planwirtschaftlich gestalten zu wollen, kann die Staatsgewalt die aktuellen Akteure, insbesondere die Leistungserbringer, nicht vom Eigentum enteignen.

Wobei in der verfassungsrechtlichen Analyse die Enteignung des Eigentums im Grundrecht für als möglich erkannt wurde. Inwiefern die Notwendigkeit eines Enteignungsverfahrens durch die Begründetheit eines Gesundheitswesens für alle ohne private Verfügungsmacht möglich ist, bringt eine anderweitige verfassungsrechtliche Analyse mit sich. Deshalb wäre bspw. eine Übergangsregelung oder ein Übergangssystem denkbar. Leistungserbringer mit der vorrangigen Absicht, gesetzlich Versicherte zu behandeln und zu pflegen, dürften demnach über ihre Produktionsfaktoren weiterhin verfügen, jedoch mit dem Unterschied einer staatlichen Beteiligung an der Nutzung der Produktionsfaktoren (Arbeit, Boden und Kapital). Die Beteiligung des Staates an der Leistungserbringung wäre begründet durch:

1. Die Überprüfung von staatlichen Vorgaben, z. B. der Verwendung von Sozialversicherungsbeiträgen, z. B. die Erstattung der Vergütungssätze, Fördermittel und Zuschüsse. Durch ein quasi Beteiligungsmanagement des Gesundheitsministeriums oder der benannten Stellen könnte dem Missbrauch von Sozialversicherungsbeiträgen vorgebeugt werden. Die Mittel-Zweck Verwendung und vor allem die Lenkungsfunction des Staates könnte effizienter gestaltet werden.
2. Die leistungsgerechte Behandlung und Pflege von Patienten könnte durch die direkte Überwachung und die direkte Beteiligung an ethischen Konzepten und Notwendigkeiten innerhalb der Einrichtung weiterentwickelt werden. Zudem könnten Krankenhäuser und Einrichtungen einen Teil ihrer Verantwortung an den Staat weitergeben. An diesem Punkt könnte der Staat sich nicht aus der ungerechtfertigten Leistung von Patienten und ihrer dann folgenden Beschwerden entziehen. Gesetzliche Vorgaben und Regelungen würden hier in der Praxis direkt vom Gesetzgeber selbst evaluiert werden. Das System bringt vor allem die Chance, im stetigen Kontakt mit dem Gesetzgeber zu bleiben. Zwar ist dem Gesetzgeber die Möglichkeit gegeben, einen Blick hinter die Kulissen zu werfen, dies wäre aber durch die Notwendigkeit des ersten Punktes und der bereits hier ausgeführten Argumente gerechtfertigt.
3. Eine weitere Begründung liegt in der Verantwortung des sozialen Bundesstaates, über die Gesundheit und Versorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger zu entscheiden.

Leistungserbringer, die vorrangig gesetzlich Versicherte behandeln, dürfen wie gewohnt ihre Verfügungsmacht über die Produktionsfaktoren behalten. Um die staatliche Gewalt über die Leistungserbringung auszuweiten, hat der Staat bei

drohender Insolvenz von Leistungserbringern den absoluten Vorrang über Schließung oder einer Übernahme. Auch die Kassenärztlichen Zulassungen und der Krankenhausplan der Länder würden schrittweise abgeschafft werden. Der Krankenhausplan der Länder sowie die Zulassung von ambulanten Leistungserbringern würde zu einem Bundesplan der Leistungserbringung umgewandelt werden. Des Weiteren würden die einzelnen Krankenhausfinanzierungsgesetze der Länder außer Kraft treten und durch einen Bundesinvestitionsfonds ersetzt werden. Für die nicht staatlichen Leistungserbringer würde die Inanspruchnahme aus dem Fonds nur einen Antrag auf Notwendigkeit für die Leistungserbringung bedeuten. Der Besitz wäre zwar in Händen der nicht staatlichen Leistungserbringer, aber Eigentümer würde der Bundesinvestitionsfonds bleiben. Auf die dann schrittweise entstehenden staatlichen Leistungserbringer würden die Mittel des Bundesinvestitionsfonds übertragen werden. Das jetzige System der Krankenkassen-Selbstverwaltung würde weitgehend beibehalten werden. Nur die Gesetze zur Wettbewerbsstärkung würden keine Anwendung mehr finden und die Leistungskataloge sowie die Wahltarife abgeschafft werden. Im Punkt über die Finanzierung der demokratischen Planwirtschaft wird kurz auf die Möglichkeiten und Alternativen eingegangen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungserbringer von nicht staatlichen Betrieben würden ihren Status und Arbeitsvertrag unangetastet behalten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von den neu zu schaffenden staatlichen Leistungserbringern wären Staatsbedienstete und an einem öffentlichen Tarifvertrag angeschlossen. Die Einführung von öffentlichen Tarifverträgen müsste dann auch in den noch immer nicht staatlichen Unternehmen ausgeführt werden. Die Ausführung eines öffentlichen Tarifvertrags bei nicht staatlichen Leistungserbringern würde durch eine Verwaltungsvorschrift verordnet werden. Verweigern nicht staatliche Leistungserbringer die Ausführung eines öffentlichen Tarifvertrages, kann die Möglichkeit von Budgetverhandlungen entzogen werden. Die Begründung würde in der Nicht-Wirtschaftlichkeit und mangelnder Sparsamkeit liegen. Die staatlichen Einrichtungen würden per Gesetz eine jährliche Anpassung der Personal- und Sachkostensteigerung bekommen. Das Verfügungssystem über die Produktionsfaktoren im Gesundheitswesen soll die Gleichstellung aller Gesellschaftsmitglieder garantieren. Im Übrigen dürften keine Privatpatienten mehr in staatlichen und in nichtstaatlichen Einrichtungen behandelt werden. Der Sektor der privatwirtschaftlichen Leistungserbringung wird im Abschnitt über den Privatsektor diskutiert. Das Verfügungssystem würde folgende Leitbilder beinhalten:

- Kein Gesellschaftsmitglied wird von der Nutzung der gesellschaftlichen Leistungserbringung ausgeschlossen.

- Kein einzelnes Gesellschaftsmitglied soll durch staatliche Mittel bevorzugt werden.
- Die Leistungserbringung im Gesundheitswesen ist von vornherein im Interesse der Gesellschaft und darf nicht von Gewinnmaximierungszielen überschattet werden. Das wird dadurch erreicht, dass der Staat im Sinne des bereits erwähnten Beteiligungsmanagements bei den noch nicht staatlichen Leistungserbringern im Entscheidungsgremium mitwirkt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können ihrem Auftrag der Nächstenliebe ohne Gewinnabsichten gerecht werden. Die Arbeitsproduktivität wird gefördert durch die Ausarbeitung von unterschiedlichen Gehaltsvergütungssystemen innerhalb des Tarifvertrages.

3.3.2 Planungssystem

Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen müssten auch in der demokratischen Planwirtschaft zentralgesteuert werden. In Anbetracht der jetzigen Strukturen würde künftig dann eine zentrale, mittlere und untere Planungsebene existieren. Die unterschiedlichen Planungsebenen sind notwendig, um Abstimmungsprozesse optimal gestalten zu können. Bereits jetzt geschieht dies, indem die Fachverbände des Gesundheits- und Sozialwesens in Gesetzgebungsverfahren mitwirken können. Die zentrale Ebene umfasst das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Krankenkasse der Selbstverwaltung. Die Krankenkasse der Selbstverwaltung wäre demnach ein Vertretungsorgan der aktuell vorhandenen Krankenkassen. Die einzelnen Krankenkassen selbst würden nur noch Ausführungsaufgaben übernehmen. Dem BMG würde eine Art Führungsrolle im genannten System zugeteilt werden. Es definiert die Hauptziele der gesundheitlichen Versorgung, die Finanzierung und Verteilung von Ressourcen. Des Weiteren ist es das Organ für Handlungsanweisungen und haftet auch für Mängel in der Ausführung von Behandlungen (volle Haftung bei staatlichen Betrieben und Teilhaftung bei Anbietern nur mit Beteiligung). Die mittlere Planungsebene würde dann die örtlichen Krankenkassen umfassen. Diese beauftragen im Sinne des Bundesplans der Leistungserbringer qualifizierte Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung. Ein wesentlicher Bestandteil ist auch die einheitliche Datenbank zwischen den Planungsebenen, d.h. zwischen der Krankenkasse der Selbstverwaltung und den Leistungserbringern. Bei den Leistungserbringern nur mit Beteiligung würden noch Schnittstellen realisiert

werden. Auf der unteren Versorgungsebene sind dann die Leistungserbringer angesiedelt. Neben den typischen Leistungserbringern sind auch Apotheken, Optiker, Sanitätshäuser, Hospize, Gesundheitsämter, Logopäden etc. zu finden. Die Planung und Organisation der Leistungserbringung verläuft vertikal (zunächst von oben nach unten). Die oberste Zentralebene gibt demnach nachfolgenden niedrigeren Ebenen die Ziele und Aufgaben vor. Die mittlere Ebene hat dann, wie erwähnt, die Planungen und Aufgaben auf der unteren Ebene umzusetzen. Anschließend wird auch in umgekehrter Richtung ein Abstimmungsprozess realisiert. Um die Versorgung zu gewährleisten, müssen regelmäßig Informationen zwischen den Ebenen verlaufen. Die Sicherstellung der Versorgung wird dadurch gegenwärtig garantiert. So können auch Abweichungen in den Vorhaben und Plänen schnellstmöglich evaluiert und gegebenenfalls korrigiert werden. Der Versorgungsplan und die Versorgungsvorhaben würden dann jährlich in der Verabschiedung des Bundeshaushaltsplanes mitberücksichtigt werden. Die Regierungsparteien müssten den Versorgungsplan im Bundestag verabschieden und für das kommende Jahr festlegen. Der Gesetzesentwurf muss in diesem Fall eine unendliche Reaktionsgeschwindigkeit des Gesetzgebers berücksichtigen. Die Planausgaben würden c. p. (*ceteris-paribus*) progressiv fortgeschrieben werden. Die zentrale Planungsebene muss in Abstimmung mit der Krankenkasse der Selbstverwaltung die gesundheitspolitischen Leitlinien in Abhängigkeit von Effizienz und gegenwärtigen Herausforderungen festlegen. Die Zusammenarbeit mit den zuständigen Querschnittsministerien ist für den Jahresentwurf zwingend notwendig. Bspw. können neue gesundheitspolitische Projekte nur in Übereinstimmung mit dem Justizministerium und bei möglichen höheren Planausgaben mit dem Finanzministerium erfolgen. Eine wichtige Ebene ist die Zusammenarbeit mit der mittleren Ebene, also mit der Ebene der örtlichen Krankenkassen. Für die Erarbeitung des künftigen Versorgungsplans müssen Daten verarbeitet und aufgeschlüsselt werden. Diese Daten werden von den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Bevor die zentrale Ebene die Daten zur Verfügung gestellt bekommt, müssen die örtlichen Krankenkassen mit den einzelnen Leistungserbringern eine Art Vorplanung über die Auslastung der Kapazitäten treffen. Leistungserbringer nur mit staatlichem Teilnehmungsmanagement werden im Bundesplan der Leistungserbringer nur durch sog. Verträge zur Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern für ein Jahr berücksichtigt. Der Versorgungsplan ist das Kernstück der zentralen Planung. Ein Leitbild für den Versorgungsplan ist nicht vorrangig das Ziel der ökonomischen Effizienz, sondern der gesundheitlichen Effizienz.

Dies ist darin begründet, dass eine hohe Arbeitsproduktivität nur durch einen hohen Gesundheitszustand zu realisieren ist. Im Abschnitt über die Finanzierung wird auf mögliche Finanzierungsbeispiele eingegangen.

Tabelle 3: Vorbereitung des Versorgungsplans

Ebenen der Planung	<u>Planvorbereitung</u>	<u>Abstimmung</u>	<u>Haushaltsplan / Versorgungsplan</u>
<u>Die Zentrale Ebene</u> <ul style="list-style-type: none"> • BMG • Krankenkasse der Selbstverwaltung 	Ausarbeitung, Konkretisierung Vorstellung des Versorgungsbedarfs →	Aufstellung des Versorgungsplans anhand Daten und Informationsaustausch ←	Gesetzesvorlage zur jährlichen Haushaltsplanung →
<u>Die mittlere Ebene</u> <ul style="list-style-type: none"> • Örtliche Krankenkassen • Kommunen und Bundesländer 	Zusammen treffen und Erarbeitung der zentralen Vorgaben →	Zusammen treffen mit Leistungserbringern und Abstimmung ←	Mitteilung über Ergebnisse und Vorgaben →
<u>Die untere Ebene</u> <ul style="list-style-type: none"> • Leistungserbringer • Apotheken, Optiker, etc. 	Datenaufbereitung an die mittlere Ebene und Ausarbeitung von Empfehlungen →	Datenlieferung und interne Abstimmungen ←	Zuteilung der Ressourcen →

Quelle: eigene Darstellung

Zwar ist die Leitidee Gesundheitsversorgung vor Ökonomisierung, jedoch sind auch Leistungen des Gesundheitswesens knapp. Die Zentralplanung muss letztendlich auch überprüfen, welche Ziele realisierbar sind und welche nicht. Bürgerinnen und Bürger einer demokratischen Planwirtschaft im Gesundheitswesen müssen auch verstehen, dass die Gesundheitsversorgung nicht gänzlich von ökonomischen Prinzipien getrennt werden kann. Es ist festzustellen, dass die Versorgungsplanung dann an ihre Grenzen kommt, wenn der zentralen Ebene die finanziellen Mittel zur Gestaltung fehlen. Also ist es nicht ausreichend, nur über die Frage zu diskutieren, wer plant, sondern es ist vorrangig auch die Frage zu stellen, inwiefern ein System durchdacht und tragfähig ist. Es ist eher unwahrscheinlich, dass die Einnahmen eines Staates größtenteils für Ausgaben des Gesundheitswesens geplant werden. Auch im Hinblick auf das Sättigungsgesetz ist die Balance zwischen Planung und Finanzierung zu bewahren.

3.3.3 Koordinierungssystem

Die Bundespolitik muss jährlich einen Haushaltsplan für das darauffolgende Jahr beschließen. Ähnlich wird es dann auch in der Ausführung über die Koordinierung der Leistungen sein. Wie bereits im Planungssystem besprochen, findet durch den stetigen und abwechselnden Austausch zwischen den Ebenen ein Informationsprozess statt. Durch diesen Informationsprozess lässt sich die Faktorallokation optimal gestalten. Neben den Zuteilungskriterien lässt solch ein System auch die knappen Produktionsfaktoren effizienter lenken. Bspw. kann der Produktionsfaktor Arbeit bei Knappheit bei einem Leistungserbringer auch zeitweise auf andere Leistungserbringer übertragen werden. Bevor detaillierter koordiniert wird, muss erst einmal eine Art Bilanzierungsschema erstellt werden, bei dem die Produktionsfaktoren abgebildet werden. Dies geschieht überwiegend in einer Überschneidungsfunktion zwischen dem Planungs- und Koordinierungssystem. Eine vereinfachte Darstellung lässt sich am Beispiel der Tabelle 4 abbilden. Ein weiteres Koordinierungsinstrument wäre die Ausweitung des bereits jetzt vorhandenen § 140a SGB V der sog. Integrierten Versorgung. Zur Sicherstellung der optimalen Faktorallokation würde eine Art bundesweite Verbundversorgung eingerichtet werden. Die Zuteilung der Leistungserbringung erfolgt dann durch regionale Unterschiede und ggf. besondere Merkmale. Die bereits jetzt bekannte Integrierte Versorgung ermöglicht eine Vernetzung zwischen den Leistungssektoren. Patienten können sich dann innerhalb dieses Versorgungsnetzes behandeln lassen. Aktuell sind die Verträge mit den Krankenkassen frei zu verhandeln, ent-

lang eines Konzeptes. Künftig würde dann solch eine vernetzte Versorgung bundesweit eingerichtet werden.¹¹⁰ Im Abschnitt des praktischen Beispiels an einem Patienten wird dies näher erklärt. Durch das Koordinierungssystem entsteht nicht mehr Aufwand. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmten bereits heute quartalsweise über die Angebotsmenge.¹¹¹

Tabelle 4: Bundesplan der Leistungserbringung

<u>Kapazitäten</u>		<u>Anzahl</u>	<u>Zuteilung</u>	<u>Anzahl</u>
I.	Krankenhäuser	1959 ¹⁰⁹	I. NRW	36.477
	Zugänge/Abgänge	3	Krankenhäuser	352+2 ¹¹²
II.	Amb. Dienste	150.106 ¹¹⁰	Amb. Dienste	31.610+20 ^{113, 114}
	Zugänge/Abgänge	39	Apotheken	4470+13 ¹¹⁵
III.	Apotheken	24.530 ¹¹¹	Weitere etc.	XX
	Zugänge/Abgänge	23	II. BW	49.415
IV.	Weitere etc.	XX	Krankenhäuser	232+1 ¹¹⁶
	Zugänge/Abgänge	XX	Amb. Dienste	46.606+19 ¹¹⁷
			Apotheken	
			Weitere etc.	XX
			usw.	2547+10 ¹¹⁸
				XX
Gesamtkapazität		<u>176.660</u>	Gesamtbedarf	<u>176.660</u>

Quelle: eigene Darstellung

Eine weitere wesentliche Aufgabe des Koordinierungssystems ist nicht nur die Zuteilung der Leistungserbringung, sondern auch die Koordinierung der Leistungsfähigkeit. In üblichen zentralgesteuerten Planwirtschaften existierte eine geringe Bereitschaft zur Leistungsausweitung, da keine Anreizmechanismen für eine effizientere Leistungserbringung zu gestalten waren. Um eine effiziente Arbeitsproduktivität anzustreben, sind daher Tarifvertragsanpassungen und eine

¹¹⁰ Vgl. AOK-Gesundheitscenter, Integrierte Versorgung, http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/vertraege/index_09729.html, abgerufen am 12.08.2017 um 09:28 Uhr MEZ.

¹¹¹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Versorgung, <http://www.kbv.de/html/1575.php>, abgerufen am 12.08.2017 um 09:51 Uhr MEZ.

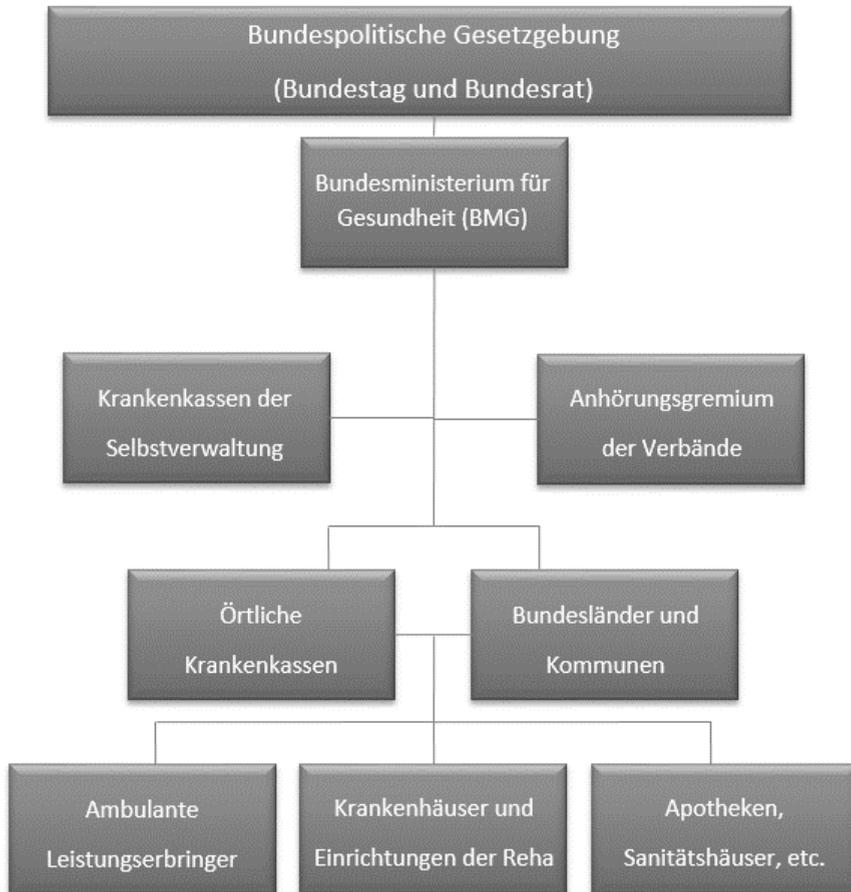
Dynamisierung der Löhne und Gehälter als eine Anreizfunktion zur Effizienz notwendig. Auch in einem demokratisch-planwirtschaftlichen Gesundheitswesen lassen sich kostentheoretische Entscheidungsinstrumente nicht gänzlich vermeiden. Werden die angestrebten Planziele der Leistungserbringung nicht erfüllt, können Angestellte wie in üblichen Betrieben auf dem Gütermarkt mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen konfrontiert werden. Arbeitsrechtliche Konsequenzen sind dann auszuschließen, wenn ein Angestellter im Sinne der Nächstenliebe und im Sinne seines Gewissens nicht kostenoptimal pflegerische oder ärztliche Leistungen erbringen konnte. Wie im ersten Teil der Analyse ist die zentrale Ebene in der Verantwortung nicht nur, die staatlichen Leistungen anzubieten, sondern diese auch unter ethischen Aspekten zu gestalten. Daher ist es unvermeidlich, in die Koordinierung der Faktoren auch Verbände der Wohlfahrtspflege, Kirchen etc. miteinzubeziehen. Der Leistungskatalog einer demokratischen Planwirtschaft wird demnach auch vom Koordinierungssystem mitverwaltet. Die gesetzlichen Leistungskataloge EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)¹¹² und BEMA (Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen)¹¹³ werden beibehalten. Eine wichtige Unterscheidung betrifft die Frage, ob neben einem staatlichen Gesundheitssystem noch die Möglichkeit eines privaten Marktes existiert. Welche Bedeutung der Privatsektor im Hinblick auf die PKV und die privatärztlichen/privatzahnärztlichen Leistungen hat, wird im Abschnitt „Der Privatsektor“ kurz diskutiert. Wenn der Staat seinen Auftrag zur ganzheitlichen Versorgung ernsthaft wahrnimmt, wäre es gelogen, wenn dies ohne weitere Steuer- oder Beitragserhöhungen möglich wäre.

¹¹² Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, EBM, <http://www.kbv.de/html/ebm.php>, abgerufen am 12.08.2017 um 10:33 Uhr MEZ.

¹¹³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, BEMA, <http://www.kbv.de/html/bema.php>, abgerufen am 12.08.2017 um 10:34 Uhr MEZ.

3.3.4 Hierarchie des Staatssystems (Ein Beispiel)

Abbildung 2: Ein Hierarchiebeispiel



Quelle: eigene Darstellung

3.3.5 Finanzierung des Staatssystems

Ein Problem der Steuerung des Gesundheitswesens ist die bisher unvermeidliche Diskrepanz zwischen den Leistungen eines Versicherungsmarktes (in unserem Beispiel die GKV) und die des Versorgungsmarktes. Die Gewährleistung der Versorgung kann nur dann garantiert werden, wenn auch die finanziellen Haushaltsmittel zur Verfügung gestellt werden. Eine Aufforderung zur Versicherungs-

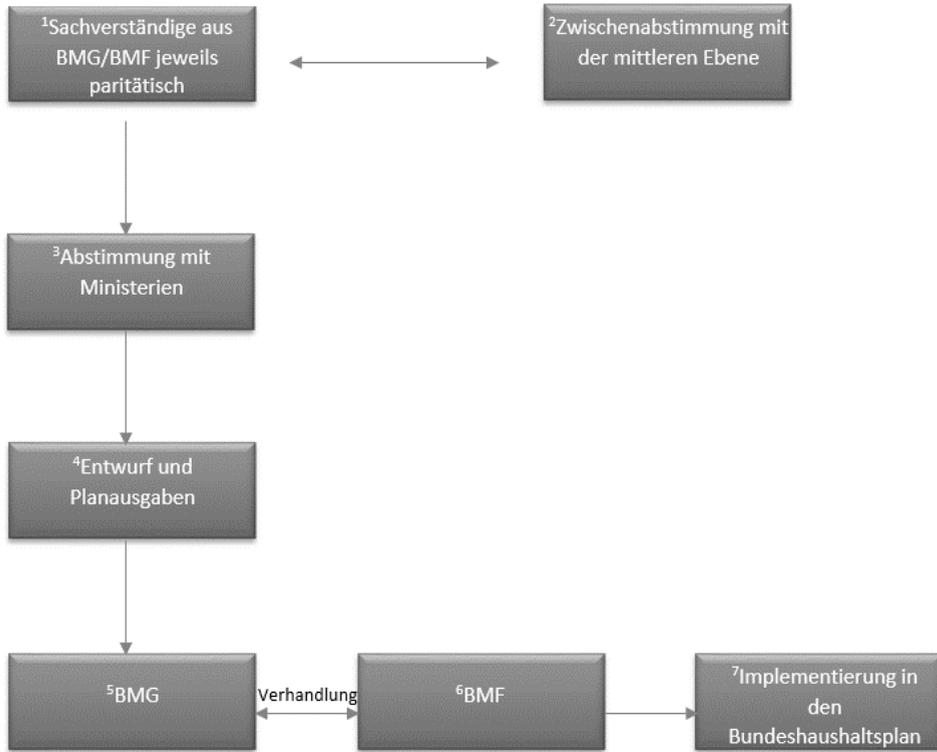
pflicht des Staatesystems wird daher als ein notwendiges Instrumentarium gesehen. Dabei wird auch angenommen, dass es keine Differenzierung mehr zwischen Angestellten und Beamten gibt. Gerade Staatsbedienstete müssen im Sinne ihres Staatsauftrages und als Repräsentanten staatlich versichert sein. Der Umfang der Versicherungsleistungen geht letztendlich mit der Selbstverantwortung jedes Einzelnen und mit der Solidaritätsverpflichtung einer Gesellschaft einher. Wenn ein Staat die Versorgung seiner Bürgerinnen und Bürger als Aufgabe annimmt, wird er zwangsläufig mit der Frage der optimalen Finanzierung konfrontiert werden. Haushalte, deren Gesundheitszustand, ohne Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen zu müssen, im Maximum ist, werden nach den Prinzipien des „homo oeconomicus“ kein Interesse haben, in eine allgemeine Pflichtversicherung einzuzahlen. Dabei werden Haushalte mit einem geringen Gesundheitszustand die Nachfrage nach einer allgemeinen Versicherungspflicht ausweiten. Der Preismechanismus ist dann von der Menge der Versicherten und dem gesetzlichen Leistungskatalog abhängig. Der Preis ist je nach Wahl der Refinanzierungsform die Höhe der Steuer oder die Höhe des Beitrages. Die Frage nach der Möglichkeit der Finanzierung des Gesundheitswesens ist auch in der Subjektivität der Haushalte begründet. Neigt eine Volkswirtschaft zum politischen Altruismus, so wird sie einen starken Sozialstaat unterstützen. Das Gegenteil ist der Fall, wenn eine Volkswirtschaft eher den politischen Leistungsstaat wählt. In der vorliegenden Masterarbeit wird nicht über die Wahl eines Versicherungssystems diskutiert, denn diese ist schon durch die Fragestellung gesetzt, sondern über die Art der Finanzierung des Systems. In der Finanzierungsfrage existiert zwar noch der Markt für die PKV, aber nur als eine Übergangslösung. Im Abschnitt über den Privatsektor wird kurz Näheres erläutert. In der Frage der Leistungsgerechtigkeit lässt sich nicht nur ein Mindeststandard begründen, sondern auch ein Leistungskatalog entlang des Ist-Bedarfs und der Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger. Ein Gesundheitswesen muss neben den Leistungen, die beansprucht werden, auch Kapazitätsvorhaltung mitfinanzieren. Ein Mindeststandard eines Leistungskatalogs, welcher vollumfänglich durch Steuern finanziert wird, lässt sich bspw. durch ein garantiertes Niveau an Transferleistungen ohne bio-psychosoziale Festlegung einrichten. Ein Beitragssystem wie in der BRD könnte sich c. p. durch mögliche Beitragserhöhungen refinanzieren.

3.3.5.1 Steuern und Beiträge

In reichen Nationen Westeuropas existieren unterschiedliche Formen der Refinanzierungsmöglichkeiten eines Gesundheitswesens, von der extremen Vorstellung einer reinen Steuerfinanzierung bis hin zu einer reinen Beitragsfinanzierung. Eine kollektive Finanzierung durch Steuern wird im Vereinigten Königreich durch den Nationalen Gesundheitsdienst gewährleistet. In Deutschland wird das Gesundheitswesen mehrheitlich durch Beiträge finanziert. Genügen die Einnahmen für die Ausgaben nicht, greift der sog. Bundeszuschuss ein (Finanzierung aus Steuermitteln). Auch im vorliegenden Systemvorschlag wird ein Finanzierungsmix bevorzugt. Die Regelleistungen des Gesundheitswesens würden aus Steuermitteln finanziert werden. Die Entscheidung über einen privaten Zukauf bei der GKV würde durch einen weiteren Leistungskatalog ergänzt werden. Hierbei würde es sich nicht um die Vergütungs-/Leistungsdimensionen wie bspw. zwischen dem EBM und der GOÄ handeln, sondern um zusätzliche Wahlleistungen. Der private Zukauf bei der GKV wäre dann risikobeitragsabhängig. Die Abhängigkeit bestünde zwischen seiner zum Status quo bekannten Risikoklasse und dem Einkommen. Bezieher von Leistungen der Grundsicherung könnten durch Zuschussmittel auch am privaten Zukauf teilnehmen. Es könnte dann so viel zugekauft werden, dass im Krankheitsfall der Grenznutzen des Konsums mit dem Grenznutzen der Gesundheitsleistungen übereinstimmen würde. Durch die Steuerfinanzierung im Gesundheitswesen wäre auch ein weiterer Schritt in Richtung der Ergänzung von existenzsichernden Leistungen durch Leistungen des Gesundheitswesens vollzogen. Um weitere Anreize zum nachhaltigen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu schaffen, müsste bei der Einführung eines vorrangig steuerfinanzierten Gesundheitssystems der Steuersatz über dem Gleichgewicht liegen. Im Zeitablauf würde dann im Sinne des Cobweb-Modells eine Anpassung zwischen angebotenen medizinischen Leistungen und dem Steuersatz stattfinden. Ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen in Kombination mit einer verfassungskonformen Absicherung durch Ergänzung als existenzsichernde Leistungen müsste den Gesetzgeber auch dazu treiben, ggf. unangenehme Besteuerungsquellen anzutasten. Eine Finanzierungsquelle durch eine Vermögenssteuer wäre bspw. denkbar.

3.3.5.2 Organisation der Planeinnahmen-/ausgaben

Abbildung 3: Planhaushalt des Gesundheitswesens



Quelle: eigene Darstellung

Zu 1:

Ein Sachverständigenrat des Gesundheitswesens wird paritätisch mit Sachverständigen aus dem Finanzministerium besetzt. Die Aufgabe der Sachverständigen des Gesundheitswesens ist es, die Menge der Leistungserbringung und die geplanten Ausgaben vorzustellen. Dementsprechend ist dann die Aufgabe der Sachverständigen des Finanzministeriums, die Einnahmenseite zu überprüfen. Die Einbeziehung des Finanzministeriums ist deshalb so wichtig, da sie auch Vorgehen und Abstimmungen mit anderen Ministerien gleichzeitig festlegen. Die Verteilung des Steueraufkommens kann damit optimal koordiniert werden. In Rezessionsphasen können damit Leistungserbringung und Finanzierung besser gesteuert werden. Dies gilt auch für Phasen konjunkturellen Aufschwungs und Booms.

Zu 2:

Eine Notwendigkeit ist die Zwischenabstimmung mit der mittleren Ebene (örtliche Krankenkassen, Bundesländer und Kommunen). Kommt es zu Diskrepanzen zwischen den Sachverständigen beider Ministerien, muss die mittlere Ebene zwingend informiert werden. In der Regel wird die mittlere Ebene dann informiert werden müssen, wenn die Vorabplanung zwischen den Ebenen nicht realisierbar ist.

Zu 3:

Neben dem Bundesministerium für Finanzen müssen auch das Bundesministerium für Justiz (für neue Gesetzesvorhaben), das Bundesministerium für Wirtschaft (ggf. für gesamtwirtschaftliche Fördermöglichkeiten) und auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Umsetzung von Maßnahmen der Beschäftigungspolitik im Gesundheitswesen) eingebunden werden. Auch hier sind die Sachverständigen der jeweiligen Ministerien gefragt.

Zu 4:

Ist der Abstimmungsprozess beendet, können nun der Entwurf zur Kapazitätsmenge der unterschiedlichen Leistungserbringung und die Planausgaben dem/der Bundesminister/In für Gesundheit vorgestellt werden. Bis zu diesem Punkt trägt die Verantwortung nicht nur das Bundesministerium für Gesundheit, sondern quasi das gesamte Bundeskabinett. Im Übrigen ist dies ein weiterer Schritt in Richtung einer gesamt-demokratischen Verantwortung.

Zu 5 und zu 6:

In diesen beiden Punkten müssen die einzelnen Ministerien ggf. noch weitere Eckpfeiler bearbeiten und besprechen. Zwischen dem Beginn des Abstimmungsprozesses in 1 bis 5 ist ein Time-lag nicht zu vermeiden. Um eine asymmetrische Information zu vermeiden, werden neu gewonnene Informationen in die Planung miteinbezogen. Zwar kann bei Änderungen der Leistungserbringung an dieser Stelle nicht mehr mit der mittleren Ebene abgestimmt werden, jedoch sind gravierende Veränderungen nicht realisierbar.

Zu 7:

Nach der Erarbeitung der Ergebnisse in Schritt 5 und 6 wird der Planhaushalt des Gesundheitswesens in den jährlichen Bundeshaushaltsplan¹¹⁴ integriert. Zur dreijährigen Finanzplanung des Bundesministeriums für Finanzen empfiehlt es sich, die Ausgaben und Einnahmen des Planhaushaltes des Gesundheitswesens progressiv fortzuschreiben. Eine Finanzplanung für den Planhaushalt des Gesundheitswesens wird an dieser Stelle abgelehnt, da die Leistungserbringung im Gesundheitswesen an die gegenwärtigen Herausforderungen dynamisch anzupassen ist.

3.4 Ein praktisches Beispiel der Versorgung am Patienten

Angenommen der Patient wohnt in einer kleinen Gemeinde Namens Badenweiler im Markgräflerland (Hochschwarzwald) und bekommt zur Vereinfachung den Namen Takis. Takis wohnt auf der Luisenstraße in Badenweiler und möchte aufgrund einer Erkrankung X einen Allgemeinmediziner aufsuchen. Nach der aktuellen Zulassungspolitik der Kassenärztlichen Vereinigung sind zwei Allgemeinmediziner in Badenweiler niedergelassen. Des Weiteren sind drei Fachärzte der Gynäkologie, ein Internist und ein Psychotherapeut ansässig. Drei Kliniken bilden das Gesamtspektrum der stationären Leistungserbringung ab, wobei eine Poliklinik in der Nachbargemeinde in Müllheim (Baden) zu finden ist. Im planwirtschaftlichen Modell erfolgt eine Zuteilung nach den Allgemeinmedizinern nach Wohnort. Bspw. könnte Patient Takis nur Allgemeinmediziner Dr. med. Arno Thiel in seiner Praxis in der Altstadt von Badenweiler aufsuchen. Würde aber Patient Takis im Stadtteil Badenweiler-Schweighof wohnen, wäre er wohnortbedingt Dr.

¹¹⁴ Vgl. Bundesministerium für Finanzen, Der Bundeshaushalt, http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche_Finanzen/oeffentliche-finanzen.html, abgerufen am 13.08.2017 um 09:59 Uhr MEZ.

med. Claus Becker zugeteilt. Um das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten nicht einzuschränken, würde das System des privaten Zukaufs bei der GKV eingreifen. Die Zuweisung zu weiteren Fachärzten oder/und Krankenhäusern würde nach der Kapazitätsmenge in einer Ortschaft geregelt werden. Zur Qualitätssicherung müssten je nach Situation Anreizmechanismen für Ärzte geschaffen werden. Der politische Wille muss definitiv die Gewährleistung der wohnortnahen Versorgung (auch durch Fachärzte) sein. Auch die komplette Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen, ohne rechtlich ein medizinisches Versorgungszentrum eröffnen zu müssen, ist möglich. Für die Apotheken gilt dann ebenso eine wohnortnahe Zuteilung. Der Patient Takis kann durch seinen Wohnort auf der Luisenstraße nur die Apotheke Am Zöllingplatz mit der Medikamenteneinlösung beauftragen. Um eine effizientere Informationssymmetrie zu gestalten, müssten auch die Datenbanken miteinander kommunizieren. Daher ist eine einheitliche Datenbank zwischen den Leistungserbringern einzurichten (zumindest eine komprimierte Schnittstelle).

3.5 Der Privatsektor

Auch im planwirtschaftlichen Modell kommt dem privaten Sektor eine Bedeutung zu. Zwar sind die privaten Krankenversicherungen abzulehnen, jedoch ist der Privatsektor als Leistungserbringer im System relevant. Die Preisbildung auf dem privaten Gesundheitsmarkt kann dann durch das gütermarktwirtschaftliche Gleichgewicht aggregiert werden. Eine wichtige Voraussetzung ist die räumliche Trennung der Faktoren. Anbieter privater Gesundheitsleistungen erbringen medizinische Leistungen in rechtlich getrennten Einrichtungen. Eine Begründung liegt in der effizienten Ausgestaltung des Produktionsfaktors Arbeit. Die gemeinsame Leistungserbringung von gesetzlichen und privaten medizinischen Leistungen innerhalb einer Station führt zwingend zu einer Leistungsausweitung in Richtung der privaten Leistungserbringung. Dies ist in der Einkommenshypothese eines Arztes begründet. Neben der Präferenzbildung des Arztes als Sachwalter rücken noch Gewinnmaximierungsinteressen der Anbieter von privaten Gesundheitsleistungen in den Vordergrund. Auch eine kostentheoretische Abgrenzung der Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital lässt sich vereinfacht darstellen. Eine Flexibilisierung der beiden Systeme wäre auch durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme des privaten Zukaufs der GKV-Versicherten zu erreichen. Bspw. Könnte sich ein Patient, der gesetzlich versichert ist, auch in einer privaten Einrichtung behandeln lassen. Auch der private Anbieter könnte bis zu der im Leistungskatalog der gesetzlichen Versicherung abgesicherten Summe abrechnen

und sich den Differenzbetrag zwischen gesetzlicher Erstattung und seinem individuellen Marktpreis von dem Patienten im Sinne des Out-of-Pocket erstatten lassen. Ein Leistungskatalog des privaten Sektors ist ebenso abzulehnen. Die Gestaltung der freien Marktpreisbildung ist unter den Bedingungen der vollkommenen Konkurrenz zu betrachten. Die Gründung von privaten Einrichtungen und von sog. Filialnetzen ist folglich unter dem gewöhnlichen Aspekt des Verbots von möglichen Kartellen zu betrachten. Qualitätsstandards und Mindestanforderungen gelten dann ebenso für die privaten Einrichtungen. Dieselben Voraussetzungen gelten dann auch teilweise für Apotheken und Filialapotheken. Möchte der Patient keine gesetzlich finanzierten Medikamente, z. B. Generika, verschrieben bekommen, kann er durch privaten Zukauf das Produkt des Erstherstellers erwerben.

3.6 Zwischenergebnis II

Die Ordnungspolitik im Gesundheitswesen umfasst die gesamte politische Ökonomie. Wie bereits erwähnt, sind in den westlichen Industriestaaten moderne und weitentwickelte Sozialversicherungssysteme zu finden. Im Verlauf der letzten 40-60 Jahre konnten kollektiv finanzierte Gesundheitssysteme eingerichtet werden, sodass dafür gesorgt werden konnte, dass beinahe alle Gesellschaftsmitglieder Zugang zu medizinischen Leistungen haben. Nicht nur der Zugang zu med. Leistungen ist relevant, sondern auch die Gestaltung von Leistungen und die Finanzierung solcher Leistungen. Die Frage nach der Allokation von med. Leistungen ist einerseits aufgrund des technischen Fortschritts und andererseits durch die wachsenden Ansprüche von Patienten heute anders zu diskutieren. Nach der verfassungsrechtlichen Analyse wurde bereits festgestellt, dass die Einrichtung eines planwirtschaftlichen Systems möglich ist, wenn diese den Ansprüchen der Bürgerinnen und Bürger genügt. Die Ansprüche sind in ihrer Wahlentscheidung zum Bundestag niedergeschrieben, daher demokratische Planwirtschaft. Vorzufinden war ein freiedachtes Modell einer Funktionsweise, wenn die Allokation der Faktoren zentralgesteuert wird. Die zentrale Steuerung kann die Zuteilung der Faktoren in die Bereiche lenken, in denen diese notwendig sind. Das staatliche Beteiligungsmanagement bei den Leistungserbringern ist ein sinnvolles Instrument, wenn es um die effiziente Patientenfürsorge geht. Weiterhin kann damit der direkte Austausch mit den Leistungserbringern auf lange Sicht gewährleistet werden (nicht immer nur durch die Berufsverbände). Investitionen in das Gesundheitswesen werden durch den sog. Bundesinvestitionsfonds organisiert und nach

Bedarf an die Einrichtungen durch Geldleistung oder Sachleistungen verteilt. Somit ist die Ausstattung bundeseinheitlich geregelt und nicht mehr von der Finanzkraft der Länder abhängig. Durch die Gestaltung des vorgeführten Planungsinstruments ist kein autokratisches System geschaffen, sondern ein transparentes System, welches den tatsächlichen Bedarf durch alle Ebenen hinweg abbilden lässt. Das Planungssystem wird durch das Koordinierungssystem nur noch quantitativ bspw. in einer Bilanzform abgebildet. Hier werden nicht nur die Kapazitätsmengen koordiniert, sondern auch der Produktionsfaktor Arbeit und Kapital (quasi Mittelmanagement des Bundesinvestitionsfonds). Um weiterhin die Leistungen des Gesundheitswesens finanzieren zu können, muss mit einem Mixfinanzierungssystem aus Steuermitteln und Beiträgen gerechnet werden. Neben dem demographischen Wandel ist der technische Fortschritt in der Medizin eine Ursache für eine Erhöhung der Kosten. Eine reine einkommensabhängige Beitragsfinanzierung reduziert die Einnahmentransparenz. Bei Steueraufkommen können Regierungen nach Wählerauftrag die Zuteilung des Steueraufkommens freier lenken. Deshalb ist die Organisation der Planeinnahmen-/ausgaben flexibel und transparent zu gestalten. Die Einbeziehung unterschiedlicher Ministerien während der Planungsphase ist kein neues Instrumentarium. Hier darf auch die Begrifflichkeit Planung nicht vernachlässigt werden. Externe Effekte sind ggf. unterjährig zu korrigieren. Des Weiteren ist auch die Bedeutung des Privatsektors bekräftigt worden. Auch in einem planwirtschaftlichen System spricht nichts gegen einen freien Gesundheitsmarkt, der nach den Regeln des vollkommenen Wettbewerbs agiert. Zwar würden beide Systeme nicht im direkten Wettbewerb zueinander stehen, jedoch könnte der Innovationsmechanismus bewahrt werden.

4 Gesellschaftspolitische Analyse

Der technische Fortschritt in der Medizin führt zu einer nachhaltig steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung. Neben der Steigerung der Lebenserwartung ist nicht zuletzt auch die Lebensqualität besser geworden. Es ist anzunehmen, dass die Entwicklung des technischen Fortschritts in der Zukunft wie auch in der Gegenwart fortgesetzt wird. Der technische Fortschritt ist auch in der Medizin und dementsprechend im Gesundheitswesen nicht für umsonst zu bekommen. Eine finanzielle Belastung der Sozialversicherungssysteme und der Steuerzahler ist hiermit schon vorprogrammiert. Damit werden nicht nur die Ausgaben pro Patient steigen, sondern auch die allgemeinen Ausgaben durch den Anstieg der Lebenserwartung. Ein weiteres und eher größeres Problem stellt die Generationenbilanzierung im Verhältnis zu den einzelnen Kohorten dar. Während bspw. die geburtenstarken Jahrgänge immer mehr die Sozialversicherungssysteme belasten werden, stehen dann weniger Beitrags- und Steuerzahler zur Verfügung. Als Gegeninstrument ist die Einführung einer demokratischen Planwirtschaft vorgestellt worden. Dabei wurden u. a. neue Finanzierungsmöglichkeiten und eine Neuorganisation des Gesundheitswesens diskutiert. In dem vorliegenden Abschnitt wird kurz auf ethische und gesellschaftspolitische Annahmen eingegangen. Womit rechtfertigt der Staat bspw. die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger aus ethischer, sozialer oder theologischer Sicht? Die Frage kann nicht nur im Hinblick auf weiche Faktoren beantwortet werden, sie würde in vertiefter Vorgehensweise den Rahmen der Masterarbeit sprengen. Eine interessante Sichtweise zur Argumentation eines starken Sozialstaats wäre es, den Wählerwillen im Sinne der Public Choice Theorie zu untersuchen. Wird der Wahlausgang der Bundestagswahl von 2013 beobachtet, kann unter Extremannahmen (Bsp. Starke Mitte-links/Links-Parteien = starker Sozialstaat zu Mitte-liberale/Liberale Parteien = starker Wettbewerb) beinahe behauptet werden, dass die Bürgerinnen und Bürger der BRD keinen starken Sozialstaat wünschen.¹¹⁵ In diesem Abschnitt wird daher darüber diskutiert, warum das Gesundheitswesen nicht unter wirtschaftlichen Aspekten zu betrachten ist.

¹¹⁵ Vgl. Der Bundeswahlleiter, Bundestagswahl 2013, <https://www.bundeswahlleiter.de/bundestagswahlen/2013/ergebnisse.html>, abgerufen am 17.08.2017 um 17:42 Uhr, MEZ.

4.1 Religion und Wettbewerb

Gesundheitsökonomie sollten sich nicht nur mit der Frage beschäftigen, wie die Allokation von Gesundheitsleistungen optimal zu gestalten ist, sondern sich auch weitreichendere Fragen stellen. Gerade das Spannungsverhältnis zwischen Religion und Wettbewerb sollte die konfessionellen Leistungsträger dazu veranlassen, den Wettbewerb kritisch zu betrachten. Wird die gegenwärtige Gesetzgebung hinterfragt, kann die Verknappung von Leistungen der Gesundheit erst einmal als künstliche Knappheit erfasst werden. Sie bemisst sich vorerst rein durch ökonomische Gegebenheiten, welche sich in der Sozialgesetzgebung niederschlagen. Der Staat definiert auch, anders gesagt, den Umfang von Gesundheit und Krankheit. Im Umkehrschluss bedeutet dies auch, dass ein Staat über Leben und Tod mitentscheiden kann. Aber aus theologischer Sicht ist es nur Gott, der über Leben und Tod entscheiden kann. Durch den technischen Fortschritt haben Ärzte an Macht gewonnen. Ärzte könnten sich wie Götter fühlen oder beinahe wie Erzengel. Wenn diese Darstellung weniger abstrakt formuliert wird, könnte die Frage interessant sein, wer diese Götter bezahlt. Das Recht auf Leben ist bereits in der ersten Analyse der Masterarbeit diskutiert worden. Es ist ein Grundrecht. Das Recht auf Leben ist bereits seit Aristoteles eine Grundnorm des menschlichen Denkens.¹¹⁶ Damit steht auch fest, dass der Wert der Gesundheit zu einer fundamentalen Bedingung des Lebens gehört. Gerechtigkeit bedeutet letzten Endes auch, jedem das Notwendige in einer schwierigen Lage zu geben. Ein Arzt erkennt durch den traditionellen hippokratischen Eid an, für das umfassende Heil des Patienten zu sorgen (*salus et voluntas aegroti suprema lex* – Das Heil und der Wille des Kranken ist oberstes Gesetz). Ein theologisch-ethisches Problem stellt der Aspekt der Rationierung dar. Im deutschen Gesundheitswesen wurden im Laufe der Zeit gesundheitsmedizinische Leistungen rationiert. Hierbei hat es sich schon immer um sehr günstige, unbedeutende oder eher konsumnahe Leistungen gehandelt.¹¹⁷ Aufgrund der Verknappung von Gesundheitsleistungen verschiebt sich das Gewicht dieser Rationierung auch auf lebensnotwendige und vor allem ausgabenintensive Leistungen. Wird der Annahme nachgegangen, dass Gott Schöpfer allen Lebens ist, auch demnach Schöpfer des Produktionsfaktors Wissen, dann könnte es doch auch Gottes Wille sein, durch die Schöpfung des Wissens Menschenleid zu lindern. Eine gegenteilige These könnte auch die Förderung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen sein. Könnte es nicht auch Gottes Wille sein, den Wettbewerb zu fördern, um die menschliche

¹¹⁶ Vgl. Kunzmann, Franz-Peter Burkard, Wiedmann, Franz, Philosophie, 2003, S. 11.

¹¹⁷ Vgl. Aufderheide, Detlef, Dabrowski, Martin, Gesundheit-Ethik-Ökonomik, 2002, S.41.

Endlichkeit wieder in den Vordergrund zu rücken? Die menschlichen Bedürfnisanprüche sind im Hinblick auf das Schicksal nicht immer zu befriedigen. Nicht immer wird ein Sozialversicherungssystem unbegrenzte Gesundheitsleistungen zur umfassenden Gesundheit anbieten können. Das menschliche Dasein hat seine physischen und psychischen Grenzen. Der Mensch kann die Frage nicht beantworten, wann ein Patient das Leben oder den Tod zu bestreiten hat. Die gegebenen Umstände und der von Gott geschenkte Produktionsfaktor Wissen können das Schicksal unbedacht beeinflussen. Doch wenn sich eine künstliche Verknappung von Gesundheitsleistungen durch den Menschen in den Weg stellt, ist das Gebot der Nächstenliebe sträflich verachtet.

4.2 Die Solidargemeinschaft

Das deutsche Gesundheitswesen ist, wie mehrmals erwähnt, auf Solidarität aufgebaut. Das bedeutet, dass solidarische Hilfe allen Gesellschaftsmitgliedern zugeteilt werden muss, auch denen, die schuldhaft erkrankt sind. Das Strukturprinzip der deutschen GKV dient nicht nur als Finanzierungsinstrumentarium, sondern stellt eine wichtige Säule zur Förderung der Freiheit und der Selbstbestimmung dar. Versicherte mit risikoreichen Hobbys können ihren Bedürfnissen nachgehen, ohne Sorge tragen zu müssen, dass bei Unfällen und Krankheiten finanzielle Schwierigkeiten drohen. Treten diese Fälle ein, werden solidarische Krankenversicherungssysteme belastet. Die Belastung erfolgt nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch bei denen, die zu diesem Sachverhalt keinen Bezug haben. Der Gedanke der Solidarität geht zwingend mit der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen einher. Unterschiede in der finanziellen Leistungsfähigkeit spielen keine Rolle beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. Ein Gesundheitssystem aufgrund der Zahlungsfähigkeit und der Zahlungswilligkeit aufzubauen, ist auf Basis unterschiedlicher Kriterien ungerecht. Ein zu untersuchendes Kriterium ist die individuelle Anstrengung nach Gesundheit von Gesellschaftsmitgliedern. Ist ein Gesellschaftsmitglied wegen negativer persönlicher Gründe nicht zahlungsfähig, ist dies zwar in der Allokation der Leistungen nicht fair, jedoch nicht vermeidbar. Gesellschaftsmitglieder mit unterschiedlichen Startchancen oder mit unterschiedlichem Glück im Leben, sind auf Gesundheitsleistungen unter dem Dach der Solidarität und der Gerechtigkeit angewiesen.¹¹⁸ In der realpolitischen

¹¹⁸ Vgl. Kyrer, A., Seyr, Bernhard, F., Systemische Gesundheitspolitik – Zeithorizont 2015, 2011, S. 130

Umsetzung solidarischer Krankenversicherungssysteme sind alle drei Annahmen zu berücksichtigen und durch eine Umverteilungspolitik gerechtfertigt. Die Förderung der Umverteilung kann demnach auch im vorgestellten System erreicht werden. Ein wesentliches Problem ist auch das Nichtwissen von Gesellschaftsmitgliedern über ihre Krankheitswahrscheinlichkeit. Auf dem Gütermarkt sind die Haushalte im Sinne des homo oeconomicus vollkommen informiert. Ein Marktversagen im Gesundheitswesen ist deshalb schon anzutreffen, da Patienten diese Informationsbandbreite nicht ausschöpfen können.¹¹⁹ Neben den typischen Fragen zwischen Solidargemeinschaft und Gerechtigkeit wird eine Größe vergessen. Die Berücksichtigung von sozialmedizinischen Fragen in der Debatte der Gesundheitsleistungen wird beinahe übersehen. Genetische Veranlagungen, die Sünden der Nahrungsaufnahme, Rauchen und Trinken beeinflussen das Krankheits- und Gesundheitsbild. Nur, wie geht künftig eine Solidargemeinschaft mit armen Menschen, mit Menschen in schlechten Wohnungen und harten Berufen um? Maßnahmen zur Überwindung von psychosozialen Schwierigkeiten könnten in Leistungskataloge von modernen Gesundheitssystemen Einzug finden. Dabei könnte ein staatliches Gesundheitswesen die integrierte Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern durch Leistungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weiterhin ergänzen. Der Begriff der existenzsichernden Leistungen würde aufgewertet werden.¹²⁰

4.3 Utilitarismus im Gesundheitswesen

Das Ziel des Utilitarismus ist, das größtmögliche Glück für die größtmögliche Anzahl von Menschen zu erreichen. Menschen sehnen sich von Natur aus nach individuellem Glück und Zufriedenheit, so ist auch das Wohl aller ein Gut für die Gesamtheit aller Menschen. Damit ist das gegenseitige Handeln von Mensch zu Mensch dann moralisch richtig, wenn die zu erwartenden Folgen die Förderung des Glücks (Zufriedenheit) und die Minderung des Unglücks (Unzufriedenheit) anstreben. Dabei gilt nicht nur, das Glück womöglich in der Anzahl der glücklichen Menschen, also quantitativ, zu messen, sondern eher qualitativ. Nicht jeder

¹¹⁹ Vgl. Breyer, Friedrich, Zweifel, Peter, Kifmann, Mathias, Gesundheitsökonomie, 2002, S. 242.

¹²⁰ Vgl. Fangerau, Heiner, Dengler, Kathrin, Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen – Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen, 2013, S. 141-145.

Mensch, der zeitgleich mit anderen Menschen glücklich ist, muss zwingend genauso glücklich sein.¹²¹ Wie bereits im letzten Abschnitt erläutert, haben Menschen unterschiedliche Startchancen im Leben. Die Förderung des Glücks ist nicht nur individuell zu betrachten, sondern im Sinne des Gemeinwohls. So ist die Arbeitsproduktivität von Haushalten mit eher zufriedenen Lebenssituationen für die Wohlfahrt einer Volkswirtschaft eher günstig als Menschen, die unglücklich sind. Um die Startchancen von Menschen oder Menschen, die sich abgehängt fühlen, zu verbessern, ist es bereits heute sozialpolitische Aufgabe des Staates, sich zu kümmern. Obgleich ökonomische Interessen in Bezug auf Arbeitsproduktivität oder ethische Gründe zu vertreten sind, ist auch die Gesundheitsversorgung ein wesentlicher Bestandteil in der Wirkung zwischen glücklich sein und eben nicht glücklich sein. Staatliche Förderung des Glücks muss nicht unbedingt mit der Einschränkung der individuellen Freiheit verbunden sein. Soziale Sicherheit, Frieden und politische Stabilität sind für ein glückliches Leben neben den endogenen Bestimmungsfaktoren erhebliche beeinflussende exogene Bestimmungsfaktoren. Eine stabile Gesundheitsversorgung mit gerechten Zugangsmöglichkeiten und einer Bandbreite an Leistungen ist zur Förderung des Glücks zwingend notwendig. Der Wettbewerb begünstigt grundsätzlich nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip die Leistungsstärkeren. Deshalb ist dieses Prinzip im Gesundheitswesen abzulehnen, um die zu schützen, die aufgrund individueller Chancen nicht mehr Leistung erbringen können. Aus Sicht des Utilitarismus ist die Förderung des Glücks als Gemeinwohl auch als staatliche Fürsorge, Vorsorge und Nachsorge des Einzelnen zu verstehen. Wie in der ordnungspolitischen Analyse bekräftigt, sind die Grenzen eines alles finanzierenden Staates spätestens dann erreicht, wenn makroökonomisch gesehen die Entwicklung einer Volkswirtschaft ihren Tiefpunkt erreicht hat. Die Gesundheits- und Sozialpolitik ist letztendlich von intervenierenden Variablen wie dem bedingten Zuwachs der besonders versorgungsbedürftigen Bevölkerung und der Ausrichtung seiner Gesundheits- und Sozialsysteme abhängig.¹²²

4.4 Zwischenergebnis III

Der kurze dritte und letzte Abschnitt der Masterarbeit hat sich letztendlich mit der Frage der gesellschaftlichen Moral im Hinblick u. a. auf die Nächstenliebe und

¹²¹ Vgl. Kunzmann, Peter, Burkard, Franz-Peter, Philosophie, 2003, S. 165.

¹²² Vgl. Schmidt, G. Manfred, Wohlfahrtsstaatliche Politik unter bürgerlichen und sozialdemokratischen Regierungen – Ein internationaler Vergleich, 1982, S. 86-87.

der Bereitschaft, das Gemeinwohl nicht immer zwingend mit individueller Nutzenmaximierung zu verfolgen, beschäftigt. Institutionen und Kontrollen sind daher erforderlich, auch wenn moderne Gesellschaften ein hohes Maß an Vertrauen und eine freiwillige Bereitschaft zur Regeleinhaltung haben. Individuelle Moral muss demnach institutionell unterstützt werden, nämlich nicht nur zwischen Bürgerinnen und Bürgern, sondern auch durch andere Orte der Moral wie Markt, Unternehmen und Staat.¹²³ Die Verankerung von ethischen und moralischen Vorstellungen in einer Gesellschaft stellen letztendlich auch die Ansprüche einer Gesellschaft ggü. einem staatlichen System dar. Der Staat garantiert eine Sicherheit für den Gütertausch und die Verwendung von Produktionsfaktoren durch die Schaffung einer funktionierenden Ordnungspolitik. Staatliche Aktivitäten in der Gesundheitsversorgung sind erforderlich, damit das Gemeinwohl und die Herstellung von Leistungen des Gesundheitswesens nicht dem Zufall des Marktes und damit den Launen der marktwirtschaftlichen Akteure überlassen werden.¹²⁴ So ist letztendlich auch politisches und ökonomisches Denken nicht zwingend miteinander vereinbar.

Die Gesundheits- und Sozialpolitik sollte in dieser Annahme die Nutzenmaximierung des Gemeinwohls anstreben. Sie ist in der modernen Ausprägung einer Demokratie auf Informationen und Vorhaben aller Akteure angewiesen, also eine versteckte Planwirtschaft.

¹²³ Vgl. Herold, Norbert, Wirtschaftsethik, 2012, S. 118-119.

¹²⁴ Vgl. Herold, Norbert, Wirtschaftsethik, 2012, S. 116.

5 Schlussfolgerung

Das Gesundheitssystem ist ein wesentlicher Bestandteil der sozialstaatlichen Aktivitäten und findet seine Verankerung im Grundgesetz. Die politische Willensbildung in der BRD hat zur Sicherung und Erhaltung der Gesundheitsversorgung aller Bürgerinnen und Bürger zu sorgen. Die Gesundheitspolitik ist letztendlich differenzierter als die übrigen politischen Fachgebiete zu betrachten (mit Ausnahme Arbeit- und Sozialministerium). Die Leistungen des Gesundheitswesens nur an der Konjunktur und Wirtschaftskraft einer Volkswirtschaft zu bemessen, ist folglich unter dem Aspekt des verfassungsrechtlichen Rahmens nicht akzeptabel. Mit der vorliegenden Masterarbeit sollte eine andere Sicht der Organisation des Gesundheitswesens konzeptionell beleuchtet werden. Zuerst wurde die Verfassungsmäßigkeit der Konzipierung eines staatlichen Gesundheitswesens analysiert. Der Verfassungsgeber hält hier den Umfang der Sozialstaatlichkeit offen und begründete in einigen Grundsatzurteilen die Bemessung an den gegenwärtigen Aufgaben eines Staates. Weder Marktwirtschaft noch Planwirtschaft sind Gegenstand der Gesetzgebung eines sozialen Bundestaates. Das Gemeinwohl als auch die individuelle Freiheit sind stets abzuwägen und in Harmonie miteinander zu gewichten. Schließlich steht auch der staatlichen Organisation des Gesundheitswesens kein direkter verfassungsrechtlicher Einwand entgegen. In der ordnungspolitischen Analyse wurde ein Vorschlag zur Neuorganisation des Gesundheitswesens vorgestellt. Ein zeitnaher radikaler Wechsel vom jetzigen System zum vorgestellten System ist im Hinblick auf Verfassung, politische Willensbildung und Umstrukturierung nur im Zeitablauf möglich. Gerechtigkeit im Gesundheitswesen kann nur durch die Gleichbehandlung aller Bürgerinnen und Bürger erfolgen, ohne dass der Staat ein System zur Differenzierung von Leistungen für Besserverdiener gestaltet. Deshalb ist die indirekte Organisation und Befürwortung von der PKV abzulehnen und dementsprechend in der jetzigen Form nicht zu vertreten. Es spricht nichts gegen einen Privatsektor bei einer gegebenen staatlichen Organisation des Gesundheitswesens. Eine interessante Diskussion wäre die Ankopplung der Leistungen des Gesundheitswesens an das Existenzminimum. Letztendlich ist die Existenz eines Haushaltes nicht nur durch die Nachfrage von inferioren und superioren Gütern bestimmt, sondern auch vorrangig durch die Gesundheit. Die Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik ist stark von der politischen Ökonomie der regierenden Parteien abhängig. Für die Durchsetzung des Konzeptbeispiels wird es notwendig sein, Parteien des eher Mitte-Links-Spektrums in die Regierung zu wählen. Vorrangig stellt sich eigentlich auch die Frage, inwiefern die optimale Faktorallokation in Abhängigkeit

der Gerechtigkeit erwünscht ist. Die Bedingung der Leistungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen würde nämlich auch bedeuten, die Produktionsfaktoren dorthin zu lenken, wo sie nämlich nicht die produktivste Verwendung haben. Gerade im Wahlkampf wird es schwierig sein, potenzielle Wählerinnen und Wähler mit reinen Aspekten der Gerechtigkeit und möglichen Mehrkosten zu überzeugen. Im Finanzierungsbeispiel wurde ein Mixsystem aus Beiträgen und Steuern diskutiert. Der Steueranteil bringt neben den Nachteilen der Zweckungebundenheit aber auch Vorteile wie die Ausweitung der Finanzierungsmöglichkeiten. Im aktuellen Wahlkampf 2017 hätte bspw. neben der Links-Partei auch die SPD für eine Vermögenssteuer werben können. Die Vermögenssteuer hätte freilich keine wohlfahrtsmindernde Wirkung, ganz im Gegenteil, sondern eher eine nachhaltige wohlfahrtsmaximierende Wirkung. Auch die Vermögenden möchten in einem Staat leben, in dem keine sozialen Unruhen, keine geflickten Straßen und eine bestmögliche Versorgung existieren. Ein auskömmlicheres Gesundheits- und Sozialwesen wäre volkswirtschaftlich zu finanzieren, nur wer nicht nach weiteren Finanzierungsquellen sucht, der wird sie auch nicht finden. Die gesellschaftlichen Entwicklungen dürfen hierbei nicht unberücksichtigt bleiben.

Im letzten Abschnitt wurde über die Bedeutung der Ethik im Gesundheitswesen diskutiert. Das Wohlergehen einer Gesellschaft hängt nicht nur unbedingt von endogenen Faktoren ab, sondern auch von den übrigen Bedingungen des Lebens und des Unterhalts. Eine moderne Gesundheitsversorgung sollte eine dynamische Entwicklungsfunktion beinhalten und den Ansprüchen gerecht werden. Die Kosten für die Versorgung haben die Wählerinnen und Wähler zu tragen. Sie entscheiden durch das Kreuzchen am Wahltag auch über die Zukunft von Mesosystemen. Werden die Einnahmen verwendungsgerecht organisiert, so ist die Effizienzsicherung ebenso gegeben. Was qualitativ gut ist, kostet nun mal Geld. Glückauf!

Literaturverzeichnis

- Adam, H./ Behrens, C./ Göppfrath, D. / Jochimsen, B. (2007): Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie (1. Auflage). Berlin, Bonn, Hildesheim: NOMOS.
- Alexander, B. (1984): Die Eigentumsgarantie des Grundgesetzes (1. Auflage). Hannover: Nomos.
- Alexy, R. (1986): Theorie der Grundrechte (7. Auflage). Oldenburg: Suhrkamp Verlag.
- Aufderheide, D., / Dabrowski, M. (2002): Gesundheit-Ethik-Ökonomik (1. Auflage). Berlin: Duncker & Humblot Berlin.
- Berg, W. (2011): Staatsrecht (6. Auflage). Bayreuth: Boorberg.
- Breyer, F. / Zweifel, P. S. / Kifmann, M. (2003): Gesundheitsökonomie (4. Auflage.). Berlin: Springer-Verlag.
- Dengler, K. / Fangerau, H. (2013): Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen (1. Auflage). Bielefeld: transcript.
- Eschenbach, J. (1996): Der verfassungsrechtliche Schutz des Eigentums (1. Auflage). Berlin: Duncker & Humblot Berlin.
- Granberg, A. (1981): Modellierung der sozialistischen Wirtschaft - Theoretische und methodologische Probleme (1. Auflage, Bd. I). (G. Zeidler, Hrsg.) Berlin: Akademi-Verlag.
- Herold, N. (2012): Einführung in die Wirtschaftsethik (2. Auflage). Darmstadt: WBG.
- Ipsen, J. (2016): Staatsrecht I (28. Auflage). München: Verlag Franz Vahlen.
- Ipsen, J. (2016): Staatsrecht II (19. Auflage). München: Verlag Franz Vahlen.
- Jaras, H. / Pieroth, B. (2016): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland mit Kommentaren (14. Auflage). Münster: C.H. Beck.
- Kingreen, T. / Poscher, R. (2016): Grundrecht. Staatsrecht II (32. Auflage). Regensburg: C.F. Müller.
- Kunzmann, P. / Burkard, F.-P. / Wiedmann, F. (2003): Philosophie (1. Auflage). München: dtv-Atlas.

- Kyrer, A., / Seyr, B. (2015): Systemische Gesundheitspolitik - Zeithorizont 2015 (1. Auflage). Wien: Peter Lang Verlag.
- Lauterbach, K. W. / Stock, S. / Brunner, H. (2006): Gesundheitsökonomie (1. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Luckenbach, H. (2000): Theoretische Grundlagen der Wirtschaftspolitik (2. Auflage). München: Verlag Franz Vahlen.
- Peters, H.-R. (1997): Wirtschaftssystemtheorie und Allgemeine Ordnungspolitik (2. Auflage.). München: Oldenbourg.
- Röhl, F. / Röhl, H. (2013): Allgemeine Rechtslehre (4. Auflage). Bochum: Verlag Franz Vahlen.
- Rüthers, B. / Fischer, C. / Birk, A. (2013): Rechtstheorie - mit juristischer Methodenlehre (7. Auflage). Konstanz: C.H. Beck.
- Rumpf-Rometsch, E. (2010): Die Fälle - Grundrechte (2. Auflage). Köln: fallag.
- Schmidt, M. (1980): Wohlfahrtsstaatliche Politik unter bürgerlichen und sozialdemokratischen Regierungen - Ein internationaler Vergleich (1. Auflage). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Stern, K. (2012): Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland (1. Auflage, Bd. III). Köln: C.H. Beck.
- Stober, R. / Kluth, W. (2007): Grundlagen des Verwaltungsrechts (2. Auflage, Bd. I / II). Hamburg: C.H. Beck.
- von Hauff, M. (2007): Die Zukunftsfähigkeit der Sozialen Marktwirtschaft (1. Auflage). Marburg: Metropolis-Verlag.
- Walter, J. / Kampmann, R. (2010): Makroökonomie (3. Auflage). München: Oldenbourg.
- Wasem, J. / Staudt, S. / Matusiewicz, D. (2013): Medizinmanagement (1. Auflage). Essen: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wienbracke, M. (2012): Einführung in die Grundrechte - Mit wirtschaftsjuristischem Schwerpunkt und dem Recht der Verfassungsbeschwerde (1. Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.

Internetquellen

- Ärzttekammer Baden-Württemberg. Ärzttestatistik, unter:
<https://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztestatistik>, (Abgerufen am 14. August 2017).
- AOK Bundesverband. Gesundheitspolitik in Deutschland, unter:
http://aok-bv.de/lexikon/g/index_00365.html, (Abgerufen am 04. Juni 2017).
- Apothekenverband Nordrhein e.V. Daten und Fakten, unter:
<http://www.av-nr.de/index.php?id=456>, (Abgerufen am 13. August 2017).
- Bayern, K. V. Gesundheitsreformen seit 1976, unter:
<https://www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitik/gesundheitsreformen>,
(Abgerufen am 25. Juli 2017).
- Bundesärztekammer. Ärzttestatistik, unter:
<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015>, (Abgerufen am 11. August 2017).
- Bundesamt, S. Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland, unter:
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000>, (Abgerufen am 13. August 2017).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bundesteilhabegesetz, unter:
<http://www.beck-shop.de/Wolff-Bachof-Stober-Kluth-Verwaltungsrecht/productview.aspx?product=19734>, (Abgerufen am 20. Juni 2017).
- Bundesministerium für Finanzen . Der Bundeshaushalt, unter:
http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche_Finanzen/oeffentliche-finanzen.html, (Abgerufen am 13. August 2017).
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz.. Bundeswahlgesetz, unter:
<https://www.gesetze-im-internet.de/bwahlg/>, (Abgerufen am 21. Mai 2017).
- Bundesvereinigung, K. Versorgung, unter:
<http://www.kbv.de/html/1575.php>, (Abgerufen am 12. August 2017).
- Bundeszentrale für politische Bildung. Übermassverbot, unter:
<http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/23014/uebermassverbot>,
(Abgerufen am 03. Juni 2017).

- Bundeszentrale für politische Bildung. Der Bundesrat, unter:
<http://www.bpb.de/themen/BUFX8C,0,0,Bundesrat.html>, (Abgerufen am 04. Juni 2017).
- Bundeszentrale für politische Bildung. Der Bundestaat, unter:
<http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/pocket-politik/16355/bundesstaat>, (Abgerufen am 04. Juni 2017).
- Bundeszentrale für politische Bildung. Was sind dritte Wege?, unter:
<http://www.bpb.de/apuz/26315/was-sind-dritte-wege?p=all>, (Abgerufen am 19. Juli 2017).
- Bundeszentrale für politische Bildung. Wesensgehaltsgarantie, unter:
<http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/23244/wesensgehaltsgarantie>, (Abgerufen am 03. Juni 2017).
- Dejure.org. Schutzgut des Grundrechts, unter:
<https://dejure.org/gesetze/GG/5.html>, (Abgerufen am 02. Juni 2017).
- Der Bundespräsident. Verfassungsrechtliche Grundlagen, unter:
http://www.bundespraesident.de/DE/Amt-und_Aufgaben/Verfassungsrechtliche-Grundlagen/verfassungsrechtliche-grundlagen-node.html, (Abgerufen am 04. Juni 2017).
- Der Bundeswahlleiter. Bundestagswahlen 2013, unter:
<https://www.bundeswahlleiter.de/bundestagswahlen/2013/ergebnisse.html>, (Abgerufen am 17. August 2017).
- Deutsches Krankenhaus-Verzeichnis. Krankenhäuser in Baden-Württemberg, unter:
<http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/suche/Bundesland/Baden-Wuerttemberg.html>, (Abgerufen am 14. August 2017).
- Gesundheitscenter, AOK. Integrierte Versorgung, unter:
http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/vertraege/index_09729.html, (Abgerufen am 12. August 2017).
- Information und Technik NRW. Anzahl der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, unter:
<https://www.it.nrw.de/statistik/f/daten/eckdaten/r512krankh.html>, (Abgerufen am 13. August 2017).

Kassenärztliche Bundesvereinigung. BEMA, unter:

<http://www.kbv.de/html/bema.php>, (Abgerufen am 12. August 2017).

Kassenärztliche Bundesvereinigung. EBM, unter:

<http://www.kbv.de/html/ebm.php>, (Abgerufen am 12. August 2017).

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Bedarfsplan 2015, unter:

https://www.kvno.de/downloads/bedarfsplanung/bedarfsplan_nordrhein.pdf,
(Abgerufen am 13. August 2017).

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. Bedarfsplan 2015, unter:

https://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/arzt_index/index.htm, (Abgerufen am
13. August 2017).

Landesapothekenkammer Baden-Württemberg. Zahlen und Daten, unter:

<https://www.lak-bw.de/kammer/zahlen-und-daten.html>, (Abgerufen am 14.
August 2017).

Lexakt.de. Der Eingriffsvorbehalt, unter:

<http://www.lexexakt.de/glossar/regelungsvorbehalt.php>, (Abgerufen am 03.
Juni 2017).

Rechtswörterbuch.de. Gesetzesvorbehalt, unter:

<http://www.rechtswörterbuch.de/recht/g/gesetzesvorbehalt/>, (Abgerufen am
03. Juni 2017).

Spitzenverband, GKV. Krankenkassen im Jahr 2017, unter:

[https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/
alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp),
(Abgerufen am 25. Juli 2017).

Statistisches Bundesamt. Anzahl der Apotheken, unter:

[https://de.statista.com/statistik/daten/studie/439697/umfrage/anzahl-der-
filialapotheken-in-deutschland/](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/439697/umfrage/anzahl-der-filialapotheken-in-deutschland/), (Abgerufen am 13. August 2017).

VDEK Ersatzkassen. Zusatzbeitrag, unter:

[https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/zusatzbeitrag.ht
ml](https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/zusatzbeitrag.html), (Abgerufen am 25. Juli 2017).

Wolters Kluwer. Jurion, unter:

<https://www.jurion.de/gesetze/wrv/153/>, (Abgerufen am 02. Juni 2017)

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2016)

Bihlmayer, Christian / Peric, Christina Maria
Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management
ISSN 2367-3176

Band 2 (2016)

Hoppenstedt, Inga
Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements am Beispiel von
Suchtprävention am Arbeitsplatz
ISSN 2367-3176

Band 3 (2016)

Schaff, Arnd
Betriebliches Gesundheitsmanagement als Investition – Projektmanagement und
Wirtschaftlichkeit
ISSN 2367-3176

Band 4 (2016)

Hildebrandt, Stephanie
Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung für die Kranken-
häuser in Deutschland
ISSN 2367-3176

Band 5 (2016)

Lapczynna, Carmen / Siodlaczek, Claudia
Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger – Hygienische versus wirt-
schaftliche Faktoren
ISSN 2367-3176

Band 6 (2017)

Huppertz, Holger
Durchdringung der G-BA QM-Richtlinie in einem Universitätsklinikum
ISSN 2367-3176

Band 7 (2017)

Matusiewicz, David

Verbesserung der Therapietreue in Apotheken - eine verhaltensökonomische Studie

ISSN 2367-3176

Band 8 (2017)

Kusch, Christina

Corporate Governance in Universitäts- und Privatkliniken

ISSN 2367-3176

Band 9 (2017)

Geißler, Jens

Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung als Herausforderung für das Management

ISSN 2367-3176



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

FOM. Eine Hochschule. Für Berufstätige.

Die mit bundesweit über 46.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

ifgs

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de/ifgs



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de