

RPG

Band 25 | Heft 3 | 2019

3 | 2019

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ Übersicht

**Die Kolloquien Gesundheitsökonomie
der Robert Bosch Stiftung 1978–2001**

51

■ Ist die Arzneimittelversorgung

der Patienten noch sicher?

**Sichere und lückenlose Versorgung mit
Arzneimitteln – was tut die GKV?**

**Sichere Versorgung mit Arzneimitteln –
was tun die forschenden Pharmafirmen?**

65

HERAUSGEBER

V. Ulrich
G. Marckmann
J. Taupitz
E. Wille
G. Ulrich
J. Stoschek (Schriftleiter)

MITHERAUSGEBER

St. Allroggen
B. Brennecke
G. Demmler
R. von Eisebeck
St. Huster
O. Kirst
M. Linz
M. Meyer
G. Noelle
U. A. Richter
C. Schmidtke
G. Schulte
K. Schulz-Asche
T. Sorge
A. Tecklenburg
J. Zerth

Autoren des Heftes
Katharina Carstensen
Ulrike Elsner
Hans-Jürgen Firnkorn
Andreas Meusch
Siegfried Thom

Editorial

Die Gesundheitsökonomie als Forschungsgegenstand ist ein in Deutschland vergleichsweise junges Fach: Die „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“, die vom damaligen Sozialminister in Rheinland-Pfalz, Heiner Geißler, Mitte der 1970er Jahre prognostiziert wurde, rückte seinerzeit erstmals Fragen der Steuerung der Gesundheitsversorgung in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Die Erkenntnis, dass es auch im Gesundheitswesen begrenzte Ressourcen gibt und ökonomische Gesetzmäßigkeiten nicht ohne Folgen außer Kraft gesetzt werden können, führte zu den ersten Kostendämpfungsgesetzen. Zahlreiche weitere Gesetze, viele davon mit dem Ziel, die Kosten „in den Griff“ zu bekommen, folgten.

An der Etablierung der Gesundheitsökonomie an den Hochschulen sind die Kolloquien der Robert Bosch Stiftung in den Jahren nach 1978 und deren Teilnehmer nicht ganz unbeteiligt. Und auch die Gesundheitspolitik kann heute auf wissenschaftlich fundierte gesundheitsökonomische Beratung nicht mehr verzichten.

In diesem Heft finden Sie einen höchst lesenswerten Beitrag eines Zeitzeugen aus den Anfangsjahren der Gesundheitsökonomie in Deutschland. Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Übersicht

Die Kolloquien Gesundheitsökonomie der Robert Bosch Stiftung 1978–2001 <i>Hans-Jürgen Firnkorn</i>	51
Ist die Arzneimittelversorgung der Patienten noch sicher? Sichere und lückenlose Versorgung mit Arzneimitteln – was tut die GKV? <i>Ulrike Elsner Katharina Carstensen</i>	63
Sichere Versorgung mit Arzneimitteln – was tun die forschenden Pharmafirmen? <i>Siegfried Throm</i>	65
Buchbesprechung <i>Andreas Meusch</i>	67

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2.500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Lehrstuhl VWL und
Gesundheitsökonomie
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. med. Georg Marckmann,
MPH Institut für Ethik, Geschichte
und Theorie der Medizin
Universität München
Lessingstraße 2
80336 München

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht,
Zivilprozessrecht, Internationales
Privatrecht und Rechtsvergleichung
Universität Mannheim
Schloss Mittelbau West
68131 Mannheim

Prof. Dr. Eberhard Wille
Universität Mannheim
L7, 3-5
68131 Mannheim

Dipl.-Volkswirtin Gaby Ulrich
Böttgerweg 3
95448 Bayreuth

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Mitherausgeber

St. Allroggen
B. Brennecke
G. Demmler
R. von Eisebeck
St. Huster
O. Kirst
M. Linz
M. Meyer
G. Noelle
U. A. Richter
C. Schmidtke
G. Schulte
K. Schulz-Asche
T. Sorge
A. Tecklenburg
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2016 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH
Holmblick 10
24857 Fahrdrorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 •
Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreislis-
te: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout
und Produktion: creative vision, 44534
Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte
Warenzeichen werden nicht immer
besonders kenntlich gemacht. Aus
dem Fehlen eines solchen Hinwei-
ses kann nicht geschlossen wer-
den, dass es sich um einen freien
Warennamen handelt. Die Zeitschrift und
alle in ihr enthaltenen Beiträge und Ab-
bildungen sind urheberrechtlich geschützt.
Mit Ausnahme der gesetzlich zugelas-
senen Fälle ist eine Verwertung ohne Ein-
willigung des Verlages strafbar. Weder
Herausgeber noch Verlag haften für
Inhalte, Informationen sowie die Richtig-
keit der Aktenzeichen, die verlagsseitig
mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2019 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Hans-Jürgen Firnkorn

Die Kolloquien Gesundheitsökonomie der Robert Bosch Stiftung 1978–2001

Erinnerung an die Entstehung einer neuen akademischen Fachdisziplin in Deutschland: Pioniere, Konzepte und Ergebnisse¹

Anfang November 1978 fand das erste Kolloquium Gesundheitsökonomie der Robert Bosch Stiftung in Monrepos bei Ludwigsburg (Baden-Württemberg) statt. Die damals begonnene Kolloquienreihe darf als Geburtsstunde der auf akademischem Niveau betriebenen Gesundheitsökonomie angesehen werden. Aus dieser Reihe erwuchs der Ausschuß für Gesundheitsökonomie im Verein für Socialpolitik, der eine Plattform bietet für die Diskussion der jeweils neuesten Forschungsergebnisse der Gesundheitsökonomie. Der nachfolgende Rückblick informiert über die gedanklichen Ansätze und die praktischen Zielsetzungen und stellt die Frage nach dem, was erreicht werden konnte und was versäumt worden ist.

Der Autor dieses Beitrages versteht sich als Zeitzeuge, Mitwirkender und Berichterstatter der bemerkenswerten Genese der Gesundheitsökonomie als eigenständiges Forschungs- und Studiengebiet im deutschsprachigen Raum. Er verbindet damit zugleich das Gedenken an die inzwischen verstorbenen Pioniere der Gesundheitsökonomie in Deutschland: Siegfried Eichhorn (1923–2005), Gérard Gäfgen (1925–2005), Ulrich Geißler (1944–1982), Heinz Lampert (1930–2007), Leonhard Männer (1932–2005), Peter Oberender (1941–2015), Karl Oettle (1926–2009), Paul Riebel (1918–2001), Uwe Reinhardt (1937–2017), Reinhart

Schmidt (1940–2008), Günther Sieben (1933–2018), Theo Thiemeyer (1929–1991).

1. Ökonomie und Gesundheit in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts

Die Entwicklung der Gesundheitsökonomie als eigene akademische Lehr- und Forschungsdisziplin in Deutschland ist eng mit der politischen und ökonomischen Lage verbunden, in der sich das Gesundheitswesen etwa um die Mitte der siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts befand. 1972 war das Krankenhausfinanzierungsgesetz in Kraft getreten, das die stationäre Versorgung der Bevölkerung zu einer öffentlichen Aufgabe erklärte und der öffentlichen Hand mit der Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer ein höchst wirksames Steuerungsinstrument an die Hand gab. Dies führte zu einem bis dahin ungeahnten, aber politisch gewollten Investitionsboom, der die desolate bauliche Situation der

Krankenhäuser in erstaunlich kurzer Zeit beseitigte und zusammen mit der nun möglichen Verwirklichung des medizinischen Fortschritts eine damals ebenfalls gewollte Leistungsausweitung und qualitative Leistungsanhebung im stationären Bereich hervorrief.

Aus Konkurrenzgründen griff die Leistungsausweitung auch auf den ambulanten Bereich über. Binnen kurzer Zeit kam es zu der sogenannten „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“, die Heiner Geißler, damals Sozialminister in Rheinland-Pfalz, 1974 zu seiner Aufsehen erregenden Prognose über die zukünftige Explosion der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung veranlasste. 1977 gab es dann das erste Kostendämpfungsgesetz mit der Umkehr von der ausgabenorientierten Einnahmepolitik hin zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Der Berichterstatter erlebte diese Zeit als wissenschaftlicher Koordinator des Sonderforschungsbereiches Krankenhausbau 159 an der TU in Berlin. Ziel dieses SFB war es, aus dem Bedarf an medizinischen Versorgungsleistungen

¹ Unter teilweiser Verwendung des Aufsatzes des Autors: Unabhängige wissenschaftliche Politikberatung bei gesundheitsökonomischen Fragestellungen – Hinweise auf ihr Entstehen in der Bundesrepublik, in: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Festschrift für Günter Neubauer, hgg. von Herbert Rebscher, Heidelberg 2006, S. 35–49.

Der Verfasser dankt Dieter Cassel für die sorgfältige Durchsicht des Manuskripts und hilfreiche Korrekturvorschläge, ebenso Herbert Rebscher, Bernt-Peter Robra, Marlies Ahlert, Friedrich Breyer und Hartmut Kliemt für erbetene Quellenhinweise.

ÜBERSICHT

bauliche und betriebliche Standards für den Bau von Krankenhäusern abzuleiten. Das nachhaltige Ergebnis dieser Bemühungen war die Einsicht, dass es nicht möglich ist, wissenschaftlich den Bedarf an Gesundheitsleistungen zu ermitteln und daraus die benötigten Kapazitäten an Material und Personal zu berechnen. Versucht man es auf pragmatische Weise durch die Befragung von Experten, führt dies zu einer Kumulation der Ansprüche insbesondere der Anbieter von Gesundheitsleistungen, deren Unerfüllbarkeit die zitierte Prognose von Heiner Geißler ins Bewusstsein der Öffentlichkeit stellte. Es war wohl zum ersten Mal, dass die Öffentlichkeit ein gravierendes Problem des Gesundheitswesens als gesundheitsökonomisches Problem wahrnahm und erkennen musste, dass auch im Gesundheitswesen die aus den beschränkten Ressourcen sich ergebenden ökonomischen Gesetze und Zusammenhänge auch dann nicht zu suspendieren sind, wenn sie politisch und von der öffentlichen Meinung gelehrt werden.

Etwa um die gleiche Zeit (1973) wies Manfred Pflanz, der auf den ersten Lehrstuhl für Epidemiologie in Deutschland an der neuen MHH in Hannover berufen worden war, in einer seiner ersten Studien zusammen mit seiner Doktorandin Lichtner nach, dass in deutschsprachigen Gebieten (BRD, DDR, Österreich, West-Berlin und ehemalige ostdeutsche Gebiete) im Vergleich zum westlichen Ausland (Europa, Kanada, USA) viel zu viele Blinddärme operiert wurden, deren Entfernung bei den pathologischen Nachuntersuchungen in fast zwei Dritteln aller Fälle medizinisch nicht im strengen Sinne indiziert war. Pflanz führte im Einzelnen an:

- Die Appendektomien waren im Referenzzeitraum 1967/68 im deutschen Untersuchungsraum zwei- bis dreimal so hoch wie in den europäischen und amerikanischen Vergleichsländern.

- Von 100.000 Einwohnern wurden in Uppsala 580, in Liverpool 490, in den Neuengland-Staaten der USA 340, aber in Hannover 1.190 Personen appendektomiert.
- Die Todesrate pro 100.000 Einwohner betrug in Griechenland 0,4, in Ungarn 1,9, in der DDR 3,1, in der BRD 3,3, in Österreich 3,8 und in West-Berlin 5,5.
- In 25 Krankenhäusern in Hannover und Umgebung wurden in den Arbeitervierteln 64 Appendix-OPs pro 100.000 Einwohner vorgenommen, in den besseren Vierteln bis zu 894. Die OP-Rate war bei Angestellten dreimal so hoch wie bei Arbeitern.
- Die Verteilung der OPs auf die Wochentage folgte der Beschäftigungskurve: 14 bis 20 % an den Tagen von Montag bis Freitag, 7,2 % am Samstag und 3,7 % am Sonntag.

Diese damals auch vom Spiegel (Nr. 53/1972, S. 80–82) aufgegriffene Tatsache brachte das Problem von fehlenden Indikationsstandards und der fehlenden Qualitätssicherung in der Medizin auf die Tagesordnung und konkretisierte wohl zum ersten Mal empirisch nachweisbar das Problem der Unter-, Über- und Fehlversorgung. Insbesondere in Nordrhein-Westfalen begannen unter der tatkräftigen Führung von Wolfgang Schega zusammen mit Siegfried Eichhorn und Hans-Konrad Selbmann die ersten Versuche, in der Chirurgie eine Qualitätssicherung einzuführen; in München wurde die erste Perinatalstudie begonnen, die bis heute fortgeführt wird.

1972 hatte der Club of Rome seinen ersten Report „The Limits to Growth“ vorgelegt. Dieser Bericht fand nicht nur wegen seines aufrüttelnden Inhalts über die Grenzen des Wachstums große öffentliche Aufmerksamkeit, sondern auch wegen der erstmals in einem größeren und bedeutenden Projekt angewandten und aus der Systemtheorie entwickelten Methode der

System-Simulation. Mit ihr schien es endlich möglich, hochkomplexe Systeme ausreichend abbilden und ihre Entwicklung prognostisch berechnen zu können. Mitte der siebziger Jahre breitete sich auch auf allen Leitungsebenen des Gesundheitswesens geradezu eine Prognose-Euphorie aus: Man war überzeugt, mit der System-Simulation innerhalb kurzer Zeit ein Instrument zur Verfügung zu haben, mit dessen Hilfe sich vorausberechnen ließe, was alles im Gesamtsystem passiert und wie viel es kostet, wenn man an einer beliebigen Stelle des Systems etwas ändert.

Das Utopische dieser Erwartungen stellte sich schnell heraus, gab es doch noch nicht einmal eine gesicherte Deskription des höchst komplexen rechtlichen, ökonomischen und medizinischen Ist-Zustandes des Gesundheitswesens, den man datenmäßig hätte erfassen, darstellen und in ein Simulationsmodell eingeben können. Dieser Mangel führte dann zur Gründung von Instituten mit dem Anspruch, die Gesundheitssystemforschung oder besser: die Erforschung des Gesundheitssystems voran zu bringen. Institute für Teilelemente des Gesamtsystems bestanden ja schon wie etwa das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) in Düsseldorf (seit Ende der 50er Jahre und konzentriert auf den Krankenhausbau) und das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Köln (ZI, seit 1973), das datengestützt von Anfang an in Richtung Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie arbeitete. Die vorhandenen Institute wurden zwischen 1975 und 1977 ergänzt und in der Zielsetzung erweitert durch die Gründung etwa des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO, 1977) oder des nicht verbandsgebundenen Instituts für Gesundheitssystemforschung von Fritz Beske in Kiel (1976). Das Beske-Institut legte 1977/78 die erste an der damaligen RVO orientierte proto-

typische Beschreibung und teilweise auch Analyse des schleswig-holsteinischen Gesundheitssystems als Abbild auch des deutschen Gesundheitssystems in zehn Bänden vor. Allein schon wegen seiner erstmaligen strukturierenden Gliederung dieses komplizierten gesellschaftlichen Leistungsbereiches fand dieses Werk nationale und internationale Beachtung, wie Uwe Reinhardt dem Berichterstatter noch 2015 nach der Jörg-Dietrich-Hoppe-Vorlesung in Düsseldorf ungefragt versicherte.

Die ökonomische Betrachtung des Gesundheitswesens fand in diesen Jahren vorwiegend in der sozialrechtlich und sozialpolitisch orientierten Fachpresse rund um die RVO und deren Novellierung im SGB statt. Kostenberechnung, Kostenabgrenzungen, Kostenerstattung, Honorarberechnung und -gestaltung sowie Leistungsansprüche von Patienten dominierten mit tausend Einzelfragen die Themenliste. Vereinzelt begannen aber die ersten Betrachtungen, Analysen und Darstellungen des Gesamtsystems „Gesundheitswesen“ aus ökonomischer Sicht, so etwa in der großen Einleitung zur dreibändigen Krankenhausbetriebslehre von Siegfried Eichhorn (seit 1974), der ersten auch theoretisch fundierten und aus dem System des Gesundheitswesens entwickelten Gesamtdarstellung eines Teilbereichs der gesundheitlichen Versorgung. Herbert Weißenböck legte die erste Dissertation in der Gesundheitsökonomie vor (Studien zur ökonomischen Effizienz von Gesundheitssystemen, 1974), Joachim Baumgarten hatte zuvor schon die erste ökonomische Dissertation im Bereich des Krankenhauses publiziert (Kosten und Finanzierung der Krankenhausleistungen – Ein Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland, 1972). Herder-Dorneich versuchte aus der systematischen Analyse

der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Ärzte das Gesundheitswesen als Bestandteil der politischen Ökonomie der Verbände zu erklären. 1966 bereits hatte er seinen Sozialökonomischen Grundriß der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt und seine Grundgedanken dazu in dem Sammelband Zur Verbandsökonomik (1973) und in der Ökonomischen Theorie des politischen Wettbewerbs (zusammen mit Manfred Groser 1977) weiterentwickelt. Auf der praktischen Ebene erprobte Hartmut Krukemeyer in seiner privaten Paracelsus-Praxisklinik ökonomisch höchst erfolgreich, die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden, indem er seine zugelassenen Krankenhausplanbetten an Ärzte vergab, die sich in einer Praxis (meist am Paracelsus-Krankenhaus) niedergelassen hatten und die Stationen des Krankenhauses als Belegärzte betreuten.

Die Hauptfrage in den durch die ersten Publikationen ausgelösten Diskussionen lautete dann immer: Wie steuert man ein System, das man nicht genügend durchschaut, und wie ändert man dieses System, damit es effizienter wird? Damit war der Weg in eine grundsätzliche, ordnungs- bzw. institutionsökonomisch orientierte und argumentierende Betrachtung gewiesen. Es ging um die Begründung einer besonderen Ökonomie, die sich von der bis dahin dominierenden Ökonomie marktwirtschaftlich organisierter Produktions- und Leistungsprozesse ebenso unterschied, wie von der Ökonomie rein staatlicher Dienstleistung von öffentlichen Gütern (Sicherheit, Bildung, Verkehrswege, Verwaltung, Katastrophenschutz, Daseinsvorsorge), der Ökonomie der öffentlichen Betriebe (der sog. public utilities für Verkehr, Wasser, Energie, Information, Teilen der Gesundheitsversorgung) und der Ökonomie von Spezialitäten wie etwa der Hafenwirtschaft oder

der Ökonomie der Feuerwehr oder des Fremdenverkehrs und der Wirtschaftsförderung als lokale, aber öffentliche Aufgabe.

2. Das Gesundheitssystem als Förderungsziel einer Stiftung

Dies war die allgemeine Situation der „Gesundheitsszene“, die der Berichterstatter vorfand, als er 1977 zur Robert Bosch Stiftung kam, um ein neues Fördergebiet zu entwickeln und aufzubauen, das sich neben anderen Schwerpunkten (u.a. Integration der Psychosomatik in die stationäre und ambulante Versorgung, Krankenhaus als betriebliche Führungsaufgabe, Reform der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung) auch mit dem Gesundheitswesen als einem insbesondere in seiner Steuerungsfähigkeit zu verbessernden System beschäftigen sollte.

Die Wahl eines solchen Themas, das gewissermaßen auf der Straße lag, als Gegenstand der Förderung durch eine Stiftung war allerdings nicht nur ein willkürlich-kreativer Akt, sondern auch die Folge von spezifischen historischen Bedingungen, die um 1977 zusammentrafen. Die Robert Bosch Stiftung konnte zu diesem Zeitpunkt nach Ableistung ihrer Gründungsverpflichtungen ihr Förderprogramm finanziell ausweiten und wählte neben der „Wohlfahrtspflege“ dafür das nach dem Testament von Robert Bosch wichtigste Fördergebiet aus: die „Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege“. Dieser war die Robert Bosch Stiftung bereits als Träger des Robert-Bosch-Krankenhauses und eines damit verbundenen Forschungsinstitutes für Klinische Pharmakologie praktisch verbunden. Aus diesem Engagement für „die öffentliche Gesundheitspflege“ ergab sich die grundsätzliche Zielrichtung einer Förderung. Es erschien nicht sinnvoll, weitere Mittel

in die Medizinforschung zu geben, für die es an anderer Stelle genügend Mittel gab. Stattdessen bot sich die Klärung des Gesundheitswesens im Sinne eines sozio-ökonomischen Systems als erfolgversprechender Förderungsgegenstand an. Robert Bosch war es ein bis zu seinem Tode (1942) oft geäußertes Anliegen, das Gesundheitswesen vor allem durch das Zurückdrängen ineffektiver und ineffizienter Heilmethoden vor Verschwendung zu bewahren und für das Volk eine preisgünstige, aber wirksame Versorgung zu sichern (in der nach seiner Vorstellung auch die Homöopathie eine wichtige Rolle spielen sollte).

Die Robert Bosch Stiftung war nach dem Testament von Robert Bosch und der darauf basierenden Satzung keine klassische Einrichtung zur Finanzierung der Wissenschaft wie etwa die VW-Stiftung, der Stifterverband der deutschen Wirtschaft oder die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Auch mit der Ressortforschung der Ministerien, die bestimmten politischen Vorgaben folgte, konnte und wollte sie nicht konkurrieren. Aus der Geschichte der Stiftung und ihres Stifters heraus stand vielmehr das Erreichen eines „sozialen Fortschritts“ im Mittelpunkt der Förderungsbemühungen. Der soziale Fortschritt wurde definiert als eine Verbesserung der realen Verhältnisse in den Gebieten, für die ein Stiftungs- und damit Förderungsauftrag bestand: öffentliche Gesundheitspflege, Wohlfahrtspflege, Völkerverständigung, Bildung und Erziehung, Kunst und Kultur und Wissenschaft. Es ging um das Erreichen praktischer, gesellschaftlicher Fortschritte, ohne dass deren Richtung vorgegeben war. Eine solche ließ sich allenfalls aus der Grundeinstellung des Stifters ableiten, die sehr klar auf einen Abbau und Ausgleich sozialer Spannungen und Konflikte ausgerichtet war. Dieser Ausgleich sollte aber vor allem durch die Ent-

wicklung und Stärkung der Fähigkeiten derjenigen erreicht werden, die Betroffene der jeweiligen gesellschaftlichen Defizite waren oder als Schlüsselfiguren zur Änderung gesellschaftlicher Strukturängel galten.

Angewandt auf das ständisch organisierte Gesundheitswesen bedeutete dies, alle Beteiligten in die Lage zu versetzen, besser – und das konnte nur heißen: rationaler – mit den Schwierigkeiten umzugehen, die sich damals im Gesundheitswesen zeigten. Mögliche Lösungen für die Probleme schienen allein schon daran zu scheitern, dass niemand über so umfassende und gesicherte Kenntnisse der Einflussfaktoren und Zusammenhänge verfügte, um daraus ein Instrumentarium zur Erzielung der beabsichtigten Wirkungen zu entwickeln. Auch war unklar, wie sich Sachzusammenhänge und Gruppeninteressen so vermischten, dass dies nicht durchschaut und offen diskutiert werden konnte. Es musste also darum gehen, Wissen über Fakten und gedankliche Klarheit über Zusammenhänge zu gewinnen sowie die Interessen aller Beteiligten, also der Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten sowie der verantwortlichen Gesundheitspolitiker offen zu legen, um daraus Ansätze für eine zumindest partielle Verbesserung des Gesundheitssystems zu gewinnen. Daraus ergaben sich Aufgaben:

- Man musste Beiträge zur grundsätzlichen Analyse der Situation und der denkbaren Problemlösungen erarbeiten, um gedankliche Klarheit in die politische Diskussion zu bringen. Das führte zwangsläufig in die Gesundheitssystemforschung.
- Man musste die Entwicklung eines akademischen Fachgebietes in Gang bringen, das für die Zukunft die inhaltliche Diskussion fördern, begleiten und strukturieren konnte.

- Und man musste für die Heranbildung von Experten sorgen, die in zunehmendem Maß die Gesundheitspolitik wissenschaftlich bzw. evidenzbasiert beraten konnten.

Diese hoch gegriffenen Ziele waren auch damals weder besonders originell noch neu. Wie oben schon erwähnt gab es um die fragliche Zeit bereits eine Reihe von gesundheitssystembezogenen und dann im engeren Sinne auch gesundheitsökonomischen Beiträgen aus der Feder von Wissenschaftlern oder Praktikern im Gesundheitswesen. Es gab einschlägige Symposien mit einer breiten Thematik. Es gab Lehraufträge für Spezialveranstaltungen und es gab natürlich auch schon Politikberater jedweder theoretischer oder praktischer Konvenienz und Kompetenz. Diese Szene war frei gewachsen, hatte den Charakter vitalen Wildwuchses in Methodik, Thematik, Analyse und Zielrichtung. Was es nicht gab, war ein Konsens über systematische, grundsätzliche Zugehens-, Betrachtungs- und Bewertungsweisen, damals schon Paradigmen genannt; es gab keinen Konsens, nicht einmal einen Dissens über die Methoden, um zu neuen Erkenntnissen zu kommen, es gab damit auch keine Vorstellung über die an Forschungsergebnisse anzulegenden Qualitätsmaßstäbe, und es gab noch keine Übereinkunft, ob neben den verbandsgebundenen Forschungseinrichtungen und der freien, aber von den Geldgebern abhängigen Auftragsforschung auch an den Hochschulen eine akademische, unabhängige Forschung als eigener Zweig mit eigener Thematik und Methodik sich entwickeln sollte.

In diesen systembezogenen Überlegungen spielte die Gesundheitsökonomie mit ihrer spezifischen Fragestellung nach dem Verhältnis von Aufwand und Ertrag zunächst noch keine dominierende Rolle. Diese ergab sich erst aus den insistierenden Fragen nach der „richtigen“ Steuerung des

komplexen Systems, weil schon in den beginnenden Diskussionen um eine Verbesserung oder wenigstens Änderung des Systems klar wurde, dass der wirkungsvollste Steuerungsansatz derjenige über den Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen (Allokation) sein würde. Die Frage nach dem Einsatz der Mittel konnte nicht beantwortet werden ohne die Frage nach den Zielen des Einsatzes und dem damit zu gewinnenden Ertrag. Damit war man bei der genuin ökonomischen Gegenüberstellung von Aufwand und Ertrag im Gesundheitswesen und der Frage nach der Optimierung dieses Verhältnisses.

3. Vom Gesundheitssystem zur Gesundheitsökonomie

Wie bereits dargestellt, erwies sich die Vorstellung als Illusion, das Gesundheitssystem mit Hilfe der System-Simulation als Ganzes darstellen und zugänglich machen zu können. Man konnte nur versuchen, dort, wo es ausreichend Daten gab, Zusammenhänge und damit Einflussfaktoren von Teilbereichen herauszuarbeiten und so Ansätze für eine wirksame Steuerung zu gewinnen. Dazu hatte die Robert Bosch Stiftung von Fritz Beske, Siegfried Eichhorn, Philipp Herder-Dorneich und Karl Überla eine Reihe von Expertisen eingeholt, die in unterschiedlicher Weise zu nachhaltigen Förderprojekten führten (Qualitätssicherung in der Medizin, Krankenhaus als Betrieb für Gesundheitsdienstleistungen, Krankenhausfinanzierung, Krankenversicherungsreform, Koordination und Kooperation von ambulanter und stationärer Versorgung). Unter den gewichtigen Vorschlägen fand sich auch eine Notiz von Philipp Herder-Dorneich, zusammen mit Gérard Gäfgen „mal“ in einem Symposium „Zugänge der Ökonomie zum Gesundheitswesen“ zu suchen und zu finden.

Dass der Berichterstatter diese beiläufige Notiz nicht zur Seite legte, lag an seiner Neugier auf die damit verbundenen Personen Herder-Dorneich und Gäfgen. Er kannte beide nur als Autoren. Mit Gérard Gäfgens „Theorie der wirtschaftlichen Entscheidung“ (Tübingen 1968 und 1974) war er als junger Assistent bekannt geworden. Der Eindruck von diesem Werk hatte sich als ein zwar mühsam erworbenes, aber dafür umso nachhaltigeres Bildungserlebnis verfestigt. Herder-Dorneich wies in der erwähnten Notiz auf die „neue politische Ökonomie“ von Liefmann-Keil hin, mit deren Weiterentwicklung man das Gesundheitswesen vielleicht erfassen könnte. Mit Liefmann-Keils politischer Ökonomie hatte der Berichterstatter Anfang der siebziger Jahre als Assistentenvertreter im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften an der TU Berlin zusammen mit Eckart Zwicker (nachmals Ordinarius für Unternehmenscontrolling) eine große öffentliche Auseinandersetzung um die Einführung eines Lehrstuhls für Politische Ökonomie bestritten. Der Antrag war von den damaligen „fortschrittlichen Kräften“ gestellt und von diesen das Fach natürlich nur als marxistische politische Ökonomie verstanden worden. Die liberale Assistentenvertretung (zu der der Berichterstatter gehörte) hatte dem Antrag zwar zur Mehrheit verholfen, aber mit der Absicht, die neue politische Ökonomie nach dem Denkansatz von Liefmann-Keil zu etablieren. Auch diese Auseinandersetzung zwischen der marxistischen politischen Ökonomie und der neuen politischen Ökonomie war als Bildungserlebnis „hängen“ geblieben. Die Erinnerung an diese beiden Erlebnisse reichte aus, um die Neugier auf die Personen und die Sache zu wecken. Auf dieser zwar völlig zufälligen, aber umso wirksameren emotionalen Basis kam es rasch zur Kontaktaufnahme mit den Professoren Herder-Dorneich und Gäfgen und

zu Vorbereitungen eines ersten Kolloquiums Gesundheitsökonomie, das dann im November 1978 stattfand.

Als Ziel einer solchen Veranstaltung hatten der Berichterstatter und die beiden Initiatoren von vornherein geplant, bei einem Erfolg eines ersten Kolloquiums eine Kolloquienreihe einzurichten und diese als Instrument der Entwicklung und Förderung der Gesundheitsökonomie hin zu einem neuen akademischen Lehr- und Forschungsgebiet zu nutzen. Auch sollten aus der Kolloquienreihe zu wichtigen Themen Anstöße für Projekte größeren Umfangs gewonnen werden, die als Beitrag zur Klärung gesundheitspolitisch umstrittener Probleme zu verstehen waren. Ferner stand schon vor dem ersten Kolloquium fest, dieses Projekt so lange fortzusetzen, bis sich daraus formal ein Ausschuss für Gesundheitsökonomie bilden würde, der in den Verein für Socialpolitik aufgenommen werden könnte.

Damit war auch von vornherein klar, dass es sich um eine akademische Veranstaltung handeln würde, von der die damals ja schon vorhandenen „Praktiker der Gesundheitsökonomie“ als Dauermitglieder ausgeschlossen bleiben sollten. Dies hatte weniger mit einem Misstrauen in deren fachliche Qualitäten zu tun als damit, dass diese Praktiker in Positionen tätig waren, die es ihnen nicht erlaubten, unabhängig von den Interessen zu argumentieren, die sie professionell vertreten mussten. Diese Haltung war auch entscheidend für die Auswahl der akademischen Mitglieder, für die es keinen freien Zugang gab, sondern die berufen bzw. kooptiert wurden. Nur so ist es verständlich, dass einige damals schon bekannte Ökonomen, die sich mit dem Gesundheitssystem vor allem aus der finanzwissenschaftlichen Perspektive des Gesundheitswesens als Parafiskus beschäftigten, nicht in das Kolloquium aufgenommen wurden. Man wollte nicht Diskussionen

mit Wissenschaftlern führen müssen, deren Forschungsergebnisse Teilinteressen des Gesundheitswesens oder erkennbaren politischen Interessen verpflichtet waren und von diesen finanziert wurden. Die Stiftung hat diese (zu) rigorose Haltung schon früh durch die gezielte Einladung von thematisch ausgewiesenen Gästen zu den einzelnen Kolloquien aufgebrochen.

Die Bildung eines elitären Clubs als Förderungsinstrument erwies sich einerseits als attraktiv, barg aber andererseits die Gefahren aller Kartell- oder Zirkelbildungen. Die Stiftung setzte daher früh die Beteiligung von jüngeren, noch nicht berufenen Professoren bzw. schon fest etablierten Ordinarien sowie Einladungen von ausländischen Wissenschaftlern durch. Beides fand zunächst nicht die Gegenliebe der Gründergruppe aus der Riege der „Höchstberufenen“, die erst einmal untereinander ihre Ansichten (durchaus streitig) klären wollten. Als entschiedener Helfer in diesen heiklen Fragen erwies sich immer wieder Gérard Gäfgen. Er, Herder-Dorneich, Theo Thiemeyer (Professor für Sozialpolitik und öffentliche Wirtschaft in Bochum) und Günter Sieben (Professor für Betriebswirtschaftslehre und Treuhandwesen in Köln) bildeten die Gruppe, die die Teilnehmer des ersten Kolloquiums der Stiftung zur Einladung vorgeschlagen haben. Schon am Ende des ersten Kolloquiums wurde dann aber über neu zu kooptierende Mitglieder im Plenum des Kolloquiums diskutiert und entschieden.

Die Teilnahmebedingungen waren aus heutiger Sicht rigoros. Es wurden zwei Kolloquien im Jahr veranstaltet. Sie dauerten von Mittwochabend bis Samstagvormittag. Wer teilnahm, musste während der ganzen Zeit präsent sein. Nur so ließ sich ein einheitlicher Diskussions- und Informationsstand sichern, der wiederum Voraussetzung dafür war, dass sich

gemeinsames Verständnis über die verschiedenen Ansätze entwickeln konnte. Die Durchsetzung des Präsenzzwangs wurde erleichtert durch die Abgelegenheit der Tagungsorte in der hohenlohischen Kulturlandschaft von Murrhardt und Schwäbisch Hall (ganz am Anfang war es Schloss Monrepos bei Ludwigsburg). Die Verhandlungsdauer ging von 9 bis 19 Uhr, unterbrochen von einer zwei-stündigen Mittagspause und den Kaffeepausen. Auch die Abende waren mit Gemeinschaftsaktionen belegt, die in aufgelockerten und sehr unterhaltsamen Begegnungen mit den bedeutenden Kulturgütern und -einrichtungen der damit reich gesegneten Region bestanden (s.u.). Wer nach der Einladung zusagte, musste an mindestens vier aufeinander folgenden Kolloquien teilnehmen und mindestens einen Originalbeitrag liefern. Die Zeit für die Diskussionen war so lang wie die für den jeweiligen Beitrag. Die Diskussionen wurden mitgeschnitten, abgeschrieben, redigiert und thematisch geordnet. Die Beiträge mussten vom Verfasser zur Klärung der Verständnisfragen nach den Diskussionen überarbeitet werden und wurden bis 1985 auch honoriert. Die Publikation in einer eigenen Reihe, den Beiträgen zur Gesundheitsökonomie, verlief wegen des hohen redaktionellen Aufwandes recht mühsam und zeitraubend, hat sich aber quantitativ und qualitativ wohl gelohnt, wie dem Berichtersteller auch von damals nicht Beteiligten des Öfteren versichert wurde.

4. Themen, Dispute und Matadore

Für die inhaltliche Ausgestaltung der Kolloquien gab es keinen Plan, schon gar keinen systematisch konzipierten. Man suchte nach Wegen, wie man die Thematik Gesundheit ökonomisch fassen könnte, die ja einen Bereich betraf, in dem

die verschiedensten Elemente aller klassischen Wirtschaftsordnungen mehr antagonistisch als koordiniert nebeneinander existierten: Marktwirtschaft und Wettbewerb neben staatlich administrativer und kollektiver Steuerung (mit Selbstverwaltung und solidarischer Zwangsversicherung). Dementsprechend unverbindlich lauteten die thematischen Vorgaben für die ersten beiden Kolloquien einfach *Wege zur Gesundheitsökonomie I und II*. Herder-Dorneich begann im November 1978 mit einer „Problemgeschichte der Gesundheitsökonomie“, Ingolf Metze, der Finanzwissenschaftler aus Münster, identifizierte das Marktversagen als Problembereich der Gesundheitsökonomie. Theo Thiemeyer mit seinem belebenden Temperament und seinem großen Herzen (das zu früh versagte) beschäftigte sich mit den Besonderheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen und den sich daraus ergebenden ökonomischen, vor allem betriebswirtschaftlichen Problemen. Erich Kaufer, Nationalökonom aus Innsbruck, betrachtete die Arzneimittelversorgung aus Sicht der Industrieökonomie. Günter Sieben stellte Grundfragen zur Wirtschaftlichkeit und deren Prüfung im Krankenhaus zur Debatte und Reinhardt Schmidt, Professor für Betriebswirtschaftslehre in Kiel prüfte die Anwendungsmöglichkeiten betrieblicher Planungsmodelle im Gesundheitswesen.

Das zweite Kolloquium im Mai 1979 begann mit einer sehr grundsätzlichen Auseinandersetzung über Systemplanung im Gesundheitswesen, speziell im stationären Bereich, die Professor Eichhorn, Chef des Deutschen Krankenhausinstituts in Düsseldorf in Gang gebracht hatte. Gérard Gäfgen stellte institutionsökonomisch die Frage nach den Allokationswirkungen verschiedener Eigentumsrechte im Krankenhauswesen. Leonhard Männer, Professor für Volkswirtschaftslehre

und Versicherungswirtschaft in Göttingen diskutierte mit seinem bedächtigen, aber insistierenden Beharrungsvermögen den möglichen Beitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlung. Heinz Hauser, Professor für Außenwirtschaftstheorie und -politik in St. Gallen, stellte die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und die Finanzierungsmechanismen gegenüber und versuchte eine Integration verschiedener Ansätze zu deren Bewältigung. Uwe Reinhardt, Professor of Economics and Public Affairs in Princeton, USA, machte seine deutschen Kollegen mit den Health Economics in den Vereinigten Staaten bekannt und erinnerte immer wieder daran, wie gut es Deutschland mit seinem von den „richtigen“ – d. h. marktwirtschaftlich orientierten – Ökonomen eher distanziert betrachteten sozialen Krankenversicherungssystem ginge.

Im dritten Kolloquium unter dem Titel „Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen“ überprüfte Günter Neubauer, Professor für Volkswirtschaftslehre an der Hochschule der Bundeswehr München, auf sozialem empirischem Weg einige zentrale Thesen zur Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Heinz Lampert, Professor für Wirtschafts- und Sozialpolitik in Augsburg (zuvor in Berlin an der TU, Lehrer des damals noch studierenden Berichterstatters), befasste sich mit Verfassung und Struktur der Märkte für Gesundheitsgüter als Problem der Gesundheitsökonomik. Ingolf Metzke vertrat die marktwirtschaftliche Lenkung als Alternative zur staatlichen Planung.

Auch die nächsten Kolloquien beschäftigten sich immer wieder mit grundsätzlichen Steuerungsfragen: Klaus-Dirk Henke, Professor für Finanzwissenschaften in Hannover (und der einzige im heutigen Ausschuß für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpoli-

tik, der vom ersten Kolloquium an dabei war) referierte zur Dezentralisierung im Gesundheitswesen. Joseph Newhouse, Senior Economist der Rand Corporation in Santa Monica, USA, referierte über Results of Cost Sharing in Health Insurance und Uwe Reinhardt führte in die Theory of Physician-induced Demands ein. Peter Oberender, damals Privatdozent für Volkswirtschaftslehre in Marburg (aber bereits berufen nach Bayreuth), analysierte den Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt, Peter Zweifel, 1981 in Zürich habilitiert, untersuchte den Einfluss des medizinisch-technischen Wandels auf den privaten (niedergelassenen) Arzt, Matthias Graf von der Schulenburg, 1982 noch Assistent und Akad. Rat an der LMU in München, nahm in einem besonders prominent und fachlich breit besetzten Kolloquium zum Wettbewerb im Gesundheitswesen kritisch Stellung zur Pro-Competitive Strategy im Gesundheitswesen. (Ähnlich gewichtige Beiträge von Peter Oberender, Eckhard Knappe, Friedrich Geigant und Frank Münnich finden sich in Band 8 zum Tagungsthema: Marktsteuerung im Gesundheitswesen.)

Bis einschließlich zum Band 13 der *Beiträge zur Gesundheitsökonomie* hinein stand der Disput über Steuerungsfragen im Vordergrund. Der war einerseits ergiebig, weil sich die unterschiedlichen Ansätze klar herausbildeten und sich so das gegenseitige Verständnis vertiefte, andererseits aber auch frustrierend, weil sich an den eingeschliffenen Überzeugungen und Grundhaltungen der Vertreter der verschiedenen Steuerungsansätze natürlich wenig änderte. Typisch dafür war der „ewige“ Gegensatz zwischen Gérard Gäfgen und Herder-Dorneich: Ersterer argumentierte „binnenökonomisch“ auf der Basis einer eigenständigen Ökonomie zur Bewertung von Gestaltungsoptionen, letzterer „politökonomisch“ aus dem konkret gegebenen

Gesundheitssystem heraus, dessen Verfassung er als politisch gewollt und nicht zur Disposition stehend interpretierte und aus diesem Maßstab heraus das Ungenügen anderer Modelle konstatierte.

Insgesamt bildete sich bald ein Konsens über vier verschiedene Steuerungsmodelle heraus, wie sich das in witziger Form beim 10. Kolloquium im Mai 1983 zeigte: Zur Feier dieses Kleinjubiläums wurde an einem der Abende unter den Teilnehmern ein launiges Schützenfest veranstaltet. Als Preise für die Sieger in vier Gruppen wurden vom damaligen Karikaturisten der Stuttgarter Zeitung vier Karikaturen als Schützenscheiben nach Bildideen von Friedrich Geigant entworfen, die die vier in den Beiträgen und Diskussionen erarbeiteten Grundmodelle der Steuerung des Gesundheitswesens persiflierten: die **Neoklassik** mit ihrem radikalen Marktansatz, das **Bargaining**, bei dem frei konstituierte Verbände nach marktlichen Regeln über Leistung und Gegenleistung verhandeln, das korporatistische Modell der **Neuen Politischen Ökonomie**, bei dem politisch konstituierte Verbände mit vom Staat an sie delegierten Aufgaben das Leistungsgeschehen steuern sollen, und schließlich das als **Gemeinwirtschaft** bezeichnete staatliche Modell, bei dem verantwortliche Gesundheitspolitiker mit direkt eingreifenden Instrumenten und Plänen Angebot und Nachfrage zum Wohle aller zusammenbringen sollen.

Die Karikaturen kann man heute nur mehr flüchtig zeigen. Sie sind aus heutiger Sicht „incorrect“. Ihre ersatzweise verbale Beschreibung würde ihren Witz zerstören. Ihr Wert bestand vor allem darin, auf ironische und launige Weise aufzuzeigen, dass es in den vielen Diskussionen gelungen war, aus den sehr unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen und methodischen Vorgehensweisen einen Grundkonsens über die eben genannten

ÜBERSICHT

Steuerungsmodelle zu entwickeln, innerhalb dessen man die verschiedensten ökonomischen Probleme des Gesundheitswesens mit Aussicht auf einleuchtende Erklärungen und Handlungsansätze untersuchen und diskutieren konnte. Dass man dann mit ein paar realen Bleikugeln auf die karikaturistische Überzeichnung der Gestaltungs- und Steuerungsmodelle zielen durfte, verstärkte diesen Konsens als gemeinsam errungenes Erfolgserlebnis. Nachzutragen ist, dass die meisten „Schützen“ im intellektuellen Scharfschießen weitaus geübter waren als im ballistischen. Die Idee, die vier Steuerungsmodelle auf Schützenscheiben zu karikieren, entstammte einem Besuch des Fränkisch Hällischen Museums in Schwäbisch Hall. Dort findet sich eine Sammlung der jährlichen Schützenscheiben ab etwa 1770, deren Bilder einen einzigartigen kulturhistorischen Blick auf den Lauf und Wandel der Zeit über mehr als zweihundert Jahre vermitteln.

Das kleine abendliche Schützenfest zur Feier des 10. Kolloquiums verweist auf ein zwar nebensächlich erscheinendes, für das Gelingen solcher Veranstaltungen aber wesentliches Element. Wenn man eine Gruppe von 15 bis 20 Wissenschaftlern an einem verkehrstechnisch abgelegenen Ort für zwei volle, zwei halbe Tage und drei Übernachtungen in Klausur zusammensperrt und zudem volle Präsenz bei allen Vorträgen und Diskussionen verlangt, dann müssen dieser Ort und seine Umgebung landschaftlich und kulturhistorisch attraktiv sein. Denn nur so kann der Beschränkung der wissenschaftlichen Diskussionen auf das ausschließlich rationale Argumentieren ein sinnliches und emotionales Erleben entgegengesetzt werden, das als Ausgleich für das intellektuelle Hochleistungstraining über zwei volle Tage taugt. Peter Oberender hat noch vor seinem allzu frühen Tod den Berichtersteller gebeten,

auch eine Schilderung des damaligen kulturellen Begleitprogramms in diesen Bericht mit aufzunehmen, die hier jedoch nur andeutungsweise möglich ist.

Im Mittelpunkt dieses Begleitprogramms stand eine Person, die wohl allen Teilnehmern der Kolloquien in Erinnerung geblieben ist: Dr. Rolf Schweizer aus Murrhardt, studierter und promovierter Zoologe, handwerklich arbeitender Tierpräparator, Eigentümer und Betreiber eines Naturkunde- und Römermuseums, ururgrüner Stadtrat in Murrhardt (als man noch gar nicht wusste, was politisch grün ist), Orts- und Regionalhistoriker, Kunsthistoriker für Romanik und Gotik, Ausgräber und Sammler von Relikten der Römerzeit, des Mittelalters (Walterich) und der Neuzeit (Oetinger), begnadeter Redner auf Limestürmen und Freitreppen, in Museen, Barocksälen, Wirtshäusern und Omnibussen. Seine Einführungen im Limesmuseum in Aalen in das römische Militärwesen und die wirtschaftlichen und ökologischen Gründe für seinen Untergang, in den wirtschaftspolitischen Sinn des ständigen Limesumbaus (früher Keynes) und in die erfreulichen Folgen der suebisch-römischen Migration (schwarzhaarige und braunäugige Schwabenmädchen) dürften ebenso unvergessen bleiben wie die Analyse der Sozioökonomie des Raubrittertums auf der Freitreppe von St. Michael in Schwäbisch Hall, die Analyse der Stauferherrschaft als ideologiegetriebene Illusion im Kloster Lorch, die Schilderung der verschlungenen Wege der arabisch geprägten frühen gotischen Formen aus dem tiefsten Süden Italiens in das noch romanisch bestimmte Hinterland des schwäbischen Waldes, die Entzauberung des Götz von Berlichingen im Kloster Schöntal, die Demonstration des Risikos spätgotischer experimenteller Gewölbeformen im Münster von Schwäbisch Gmünd samt praktischer Erprobung einer historischen Tretmühle,

der sich Frank Münnich und Uwe Reinhardt unterziehen mussten. Nicht weniger interessant waren auch die Erklärung der ausgetüftelten Wasserversorgung auf der Comburg in Schwäbisch Hall und die Darstellung des wirtschaftspolitisch fragwürdigen Silberbergbaus in der Nähe von Murrhardt, der sogar Eingang in Schillers „Räuber“ gefunden hat (Spiegelberg), weil dessen Vater sich dabei wirtschaftlich engagierte (und z.T. verspekulierte).

Auch Murrhardt selbst und Schwäbisch Hall (wo die letzten fünf Kolloquien bis 2001 stattfanden) waren als kulturhistorische und städtebauliche Erlebnisräume äußerst attraktiv, egal, ob es um die Geburt der Frühgotik in der Walterichskapelle in Murrhardt, um den Einfluss der dortigen Probstprälaten auf die deutsche Geistesgeschichte, die Bedeutung der Salzsiederei auf Politik und Kultur in Schwäbisch Hall, um das Einmauern der Stadtelite in Geschlechtertürme oder die Verbreitung der Reformation von Schwäbisch Hall aus auf den ganzen süddeutschen Raum ging. Das Erleben war authentisch und wurde von den Teilnehmern des Kolloquiums als „Belohnung“ für die aufgebrachte Tagungsdisziplin auch immer erwartet und nachgefragt.

Bis zum 13. Kolloquium wurde die am Anfang gefundene strenge Form beibehalten. Nach dem Übergang der Gruppe der ständigen Teilnehmer in den im Jahr 1988 von der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik – gegründeten Ausschuss für Gesundheitsökonomie wurden die Kolloquien bis zum 25. Kolloquium in einer personell und inhaltlich offeneren Form fortgesetzt. Die Ergebnisse der Tagungen und einiger thematisch daraus hervorgegangener Projekte wurden in insgesamt 30 Bänden als Beiträge zur Gesundheitsökonomie im Bleicher Verlag in Gerlingen, die letzten vier Bände bei Schattauer in Stuttgart, veröffentlicht.

Einzelheiten zu Themen und Personen finden sich unten im Anhang.

5. Nah- und Fernwirkungen der Murrhardt-Kolloquien

Von welchen Wirkungen kann nach über 40 Jahren berichtet werden?

- Das operationale Ziel, das Kolloquium Gesundheitsökonomie in einen Ausschuß für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik zu überführen, ist nach der Akkreditierungsphase 1988 gelungen. Dieses freudige Ereignis ist dem Berichtersteller deswegen noch in nachhaltiger Erinnerung, weil er das Büfett der Robert Bosch Stiftung aus Anlass der Gründung des Ausschusses auf der Jahrestagung 1988 des Vereins für Socialpolitik so hoffnungslos unterdimensioniert hatte, dass es allenfalls für ein Drittel der Gäste reichte.
- Auch das weitergehende Ziel, die Gesundheitsökonomie als akademisches Forschungs- und Lehrgebiet an den Hochschulen zu verankern, junge Menschen in diesem Fachgebiet auszubilden und eine wissenschaftliche Durchleuchtung der ökonomischen Probleme des Gesundheitswesens als Daueraufgabe einzurichten, konnte erreicht werden. Inzwischen gibt es nahezu keine wirtschaftswissenschaftliche Fakultät und keinen ökonomischen Fachbereich mehr, an dem die Gesundheitsökonomie als Lehr- und Forschungsfach nicht verankert ist. Dem Bayreuther Beispiel, einen eigenen Studiengang für Gesundheitsökonomie einzurichten, sind viele andere Fakultäten und Fachbereiche gefolgt. Was insbesondere an Forschung in den zurückliegenden vierzig Jahren geschehen und erreicht worden ist, hat Matthias Graf von der Schulenburg in

seiner Festansprache zur zehnten Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie – dggö (s.u.) in Hamburg im Frühjahr 2018 eindrucksvoll dargestellt (vgl. in Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement Br. 3/2018, S. 166-168).

- Ferner konnte die Vorstellung, man könne mit dem entfalten geistigen Kapital bis in die Politikberatung vordringen, verwirklicht werden. Dazu braucht man nur die Besetzungslisten von verschiedenen Beiräten und Kommissionen – darunter die Kommission der Bundesregierung zur Reform der Krankenhausfinanzierung, die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur Reform der Krankenversicherung und insbesondere der Sachverständigenrat (ehemals) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – mit den Teilnehmerlisten aus Murrhardt zu vergleichen.
- Schließlich wurde auch die Erwartung erfüllt, dass aus dem Kolloquium heraus Projekte entstehen könnten, die bestimmte Probleme in Forschungsprojekten oder in Kommissionen vertiefen und für die Politikberatung aufbereiten sollten. Erinnert sei an die Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, das Pilotprojekt für ein leistungsorientiertes Entgeltverfahren im Krankenhaus (gewissermaßen die Geburtsstunde der DRGs), die Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Reform der Krankenversicherung und die Prüfung von Bonus-Malus-Regelungen in der Krankenversicherung sowie an Projekte zur Reform der Trägerschaft und des Managements im Krankenhaus, nicht zu vergessen das Reformprojekt zur Mediziner Ausbildung (als Ansatz zur Verbesserung der Strukturqualität) im Murrhardter Kreis, in der die sozioökonomische

Deutung des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle spielte.

- Eine völlig ungeplante, aber umso erfreulichere Nachwirkung war die Gründung der „deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie – dggö“ als Fachverband aller im Gesundheitswesen tätigen Gesundheitsökonominnen. In zehn Jahren ist er auf mehr als 800 Mitglieder gewachsen, denen er auf seinen Jahrestagungen ein von Einzelinteressen und kommerziellen Erwägungen freies Forum des wissenschaftlichen Austausches bietet.
- Es gab für die Kolloquien nie inhaltliche oder politische Vorgaben der Stiftung für die zu behandelnden Themen. Von allein durchgesetzt hat sich die Sichtweise einer weitgehend eigenständigen Gesundheitsökonomie mit dem Fokus auf die Kosten-Nutzen-Relationen bei zahllosen Einzelleistungen und den Anbietern dieser Leistungen. Im Rückblick stellt sich jedoch die Frage, ob es nicht an der Zeit ist, auch wieder stärker mit der Sichtweise einer politökonomisch orientierten Gesundheitsökonomie zu arbeiten, die nicht nur den Nutzen der einzelnen Leistungen für den Patienten den verursachten Kosten gegenüberstellt, sondern auch deren Zusammenführung zu Allokationsentscheidungen auf regionaler und überregionaler Ebene gedanklich vorbereitet.

In diesem Zusammenhang bewegt den Berichtersteller die Sorge, dass die öffentlich erhobenen und zum Teil zutreffenden Vorwürfe der „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens das Fachgebiet in Misskredit bringen könnte. Berechtigt ist sicher die Kritik an den Missständen und Missbräuchen, die eine jenseits aller rechtlichen und ethischen Normen ausschließlich am monetären Vorteil orientierten Verhalten von

Akteuren im Gesundheitswesen bewirkt. Denn bekanntlich können inadäquate Anreize vor allem im Entgeltverfahren die Leistungserbringer im Wettbewerb zu Verhaltensweisen verleiten, die zu einzel- und gesamtwirtschaftlich schädlichen Fehlsteuerungen führen (z.B. Erhöhung der OP-Zahlen ohne ausreichende Indikation, Bindung der Arbeitsplatzsicherheit an Auslastungsindikatoren, monetäre Beteiligung von Ärzten an Einrichtungen für die Erbringung der von ihnen indizierten Leistungen). Das Problem sind nicht die Missstände; solche werden immer auftreten und müssen durch Nachjustieren des Allokationssystems behoben werden. Das Problem ist vielmehr, dass sie Anlass zur Diffamierung des gesundheitsökonomischen Denkens schlechthin geben, indem der Begriff der „Ökonomisierung“ in denunzierender Absicht für Sachverhalte verwendet wird, die eigentlich als „Kommerzialisierung“ bezeichnet werden müssten. Dies umso mehr, als der nicht selten von Verbandsvertretern, Medizinethikern, Politikern und Publizisten gepflegte Denunziation bisher kein ausreichender Protest gestandener Ökonomen entgegensteht. Sie müssten weit stärker als es bislang der Fall ist klarstellen, dass es genuine Aufgabe der Ökonomie ist, Wege aufzuzeigen, die zu einer Erhöhung des Nutzens für den Verbraucher – und das heißt im Gesundheitswesen: für den Patienten – führen.

Das alles ist inzwischen beileibe kein akademisches Problem mehr. Es besteht darin, dass die gesellschaftliche Sinnhaftigkeit ökonomischen Denkens generell bezweifelt wird und die Illusion nährt, man könne dem absoluten oder partiellen Mangel an Ressourcen mit der Affirmation entgegenzutreten, der Bedarf an Gesundheitsleistungen und vor allem dessen Art der Befriedigung bestimmen sich rein fachlich aus dem Beruf (der Berufung) des Heilers und der Ökono-

mie käme dabei die Rolle zu, zu einem sparsamen Umgang mit den benötigten Ressourcen anzuhalten. (Vgl. dazu z.B. Giovanni Maio, Geschäftsmodell Gesundheit, Suhrkamp, 2. Aufl., 2016). Dass das Denken in Aufwand und Nutzen, in diesem Fall an Gesundheitsnutzen für den einzelnen Patienten und die Ableitung von Allokations- und Steuerungsmodellen zur wenigstens tendenziellen Optimierung dieses Verhältnisses zu den ja ethisch fundierten Kernaufgaben der Ökonomie gehört, wird in der breiteren Öffentlichkeit der Versicherten und der Patienten nicht gesehen oder nicht wahrgenommen. Am deutlichsten hat sich dies in der Priorisierungsdebatte gezeigt, in der die Mediziner, Ethiker und Juristen es abgelehnt haben, die Priorisierung von Leistungen nicht nur nach dem sicher schwierig zu bestimmenden Nutzen (für den einzelnen Patienten), sondern auch nach dem Verhältnis von Nutzen zu Aufwand zu bestimmen, um so zu einer wenigstens tendenziell optimierenden Allokation bei knappen Ressourcen zu kommen. Stattdessen wird von Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern eine reale Allokation (die bei Knappheit unvermeidlich ist) in Kauf genommen, die nicht nur intransparent ist, sondern sich de facto an den realen Einflussmöglichkeiten und Interessen (der vorhandenen) Leistungserbringer und Kostenträger orientiert. Der Vorwurf der Ökonomisierung dient so nicht nur der Leugnung des nicht vermeidbaren Knappheitsproblems, sondern der Stabilisierung der real dominanten Kommerzialisierung. Kein Gesundheitsökonom will schließlich beschuldigt werden, durch ökonomische Überlegungen, die gerade aus ethischen Maximen abgeleitet sind, einen Beitrag zu einer ethisch fragwürdigen Ökonomisierung zu leisten. Wann trauen sich die Gesundheitsökonom, der Öffentlichkeit zu erklären, wie eine

„richtige“, am Nutzen des Patienten und nicht primär am monetären Nutzen der Anbieter von Gesundheitsleistungen orientierte Ökonomie aussieht?

Anhang: Teilnehmer und Themen

Nachfolgend erfolgt eine Übersicht über alle insgesamt 25 Kolloquien. Die Teilnehmerliste für das erste Kolloquium weist folgende Personen mit Ort der Hochschule oder Forschungseinrichtung aus:

- Gérard Gäfgen, Konstanz
- Klaus-Dirk Henke, TU Hannover
- Philipp Herder-Dorneich, Köln
- Erich Kaufer, Innsbruck
- Heinz Lampert, Augsburg
- Leonhard Männer, Münster
- Paul Riebel, Frankfurt
- Peter Rosenberg, BMAS Bonn
- Reinhart Schmidt, Kiel
- Günter Sieben, Köln
- Theo Thiemeyer, Bochum

Erich Kaufer schied auf eigenen Wunsch nach dem ersten Kolloquium aus. Peter Rosenberg, vom DIW in Berlin kommend und gerade Ministerialdirigent für Grundsatzfragen im damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geworden, stellte die notwendige Brücke zur politischen Gestaltung her.

Beim zweiten Kolloquium stießen auf Dauer neu hinzu:

- Siegfried Eichhorn, Düsseldorf
- Heinz Hauser, St. Gallen
- Uwe Reinhardt, Princeton, USA

Die Einladung an Uwe Reinhardt war die Folge einer Empfehlung der Ford Foundation in New York an den Berichterstatter bei einem Informationsbesuch im Sommer 1978 und entsprach dem Wunsch der Stiftung, auch das Denken in anderen Wissenskulturen und die Erfahrung mit anderen Versorgungssystemen für die

Diskussionen in Deutschland nutzbar zu machen ...

Zwischen dem 3. und dem 13. Kolloquium, das in der Reihe der insgesamt 25 Kolloquien eine Zäsur bildete, wurde der Kreis der ständigen Teilnehmer bis zum 10. Kolloquium laufend erweitert (die Ortsangaben beziehen sich auf den Zeitpunkt des Beitritts):

- Ingolf Metze, Münster, 3.K.
- Günter Neubauer, Bundeswehrhochschule München, 3.K.
- Friedrich Wilhelm Schwartz, Köln, 3.K.
- Frank Münnich, LMU München, 4.K.
- Karl Oettle, LMU München, 4.K.
- Friedrich Geigant, Hannover, 5.K.
- Ulrich Geißler, WiDO Bonn, 5.K.
- Peter Oberender, Marburg, 5.K.
- Romuald Schicke, MH Hannover, 5.K.
- Peter Zweifel, Uni Zürich, 5.K.
- Herbert F. K. Zöllner, Regionalbüro WHO Kopenhagen, 6.K.
- Dietrich Adam, Münster, 7.K.
- Walter Hamm, Marburg, 7.K.
- Matthias Graf von der Schulenburg, Wissenschaftszentrum Berlin, 8.K.
- Eckhard Knappe, Trier, 9.K.
- Werner Zohlhöfer, Mainz, 10.K.

Damit ist der Kreis derer, die dem Kolloquium Gesundheitsökonomie als ständige Teilnehmer angehörten, beschrieben. Dieser Kreis wurde ergänzt durch mehr oder weniger regelmäßig teilnehmende Gäste zu einzelnen Themen. Unter den vielen Gästen eine Auswahl aus dem Inland:

- Michael Arnold, Tübingen – Fritz Beske, Kiel – Werner Gerdemann, Düsseldorf – Jörg Dietrich Hoppe, Köln – Wolfgang Kartte, Berlin – Otto Krasney, Kassel – Hartmut Krukemeyer, Osnabrück – Robert Leu, Basel – Heinrich Rüschemann, Kiel – Johannes Siegrist, Marburg – Eberhard Wille,

Mannheim – Dieter Cassel, Duisburg, – Hartmut Kliemt, Duisburg aus dem Ausland:

- Paul M. Ellwood jr., Minnesota USA – Robert G. Evans, Vancouver, Canada – Paul Ginsburg, Washington, USA – Lynn Jensen, Chicago, USA – Walter Mc Clure, Minnesota, USA – Joseph Newhouse, St. Monica, USA – Frank A. Sloan, Nashville, USA

Die Themen, die bearbeitet wurden, umfassten ein breites Spektrum, in dem sowohl die Diskussion der Zugangswege zu einer Gesundheitsökonomie als auch die Vertiefung einzelner und wichtiger Teilbereiche ihren Platz fanden:

- 1. Koll.: Wege zur Gesundheitsökonomie 1, Moderation: Herder-Dorneich, Sieben, Thiemeier, November 1978, Ludwigsburg
- 2. Koll.: Wege zur Gesundheitsökonomie 2, Moderation: Herder-Dorneich, Sieben, Thiemeier, Mai 1979, Ludwigsburg
- 3. Koll.: Klärung von Grundbegriffen: Ziele, Bewertung, Kontrolle, Nachfrage, Ordnungspolitik, Moderation: Gäfgen, Lampert, November 1979, Ludwigsburg
- 4. Koll.: Markt, Bedarf und Kostenrechnung im Gesundheitswesen, Moderation: Gäfgen, Lampert, Mai 1980, Murrhardt
- 5. Koll.: Steuerung im Gesundheitswesen, Moderation: Henke, November 1980, Murrhardt
- 6. Koll.: Planung, Kontrolle und Effektivität im Krankenhaus, Moderation: Eichhorn, Schmidt, Mai 1981, Murrhardt
- 7. Koll.: Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin, Moderation: Münnich, Oettle, November 1981, Murrhardt

- 8. Koll.: Wettbewerb im Gesundheitswesen, Moderation: Hamm, Neubauer, Mai 1982
- 9. Koll.: Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Moderation: Geigant, Oberender, November 1982, Murrhardt
- 10. Koll.: Preisbildung im Gesundheitswesen, Moderation: Adam, Zweifel, Mai 1983, Murrhardt
- 11. Koll.: Finanzierung im Gesundheitswesen, Moderation: Henke, Metze, November 1983, Murrhardt
- 12. Koll.: Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen, Moderation: Männer, Sieben, Mai 1984, Murrhardt
- 13. Koll.: Die Zukunft des Gesundheitswesens: Struktur seiner ökonomischen Probleme, Moderation: Münnich, Schwartz, November 1984, Murrhardt

Mit dem 13. Kolloquium ging die erste Phase der Kolloquienreihe zu Ende, für die die o.g. strikten Zugangsbedingungen galten.

Von der ersten Phase unterschied sich die zweite durch die andere Zusammensetzung des Teilnehmerkreises. Dieser wurde entsprechend den Themenstellungen interdisziplinär und interprofessionell. Theoretische Ansätze wurden durch empirische ergänzt. Zu den Ökonomen kamen Juristen, Soziologen, Mediziner, Epidemiologen, Statistiker und Ethiker hinzu. Die Wissenschaftler kamen nicht mehr nur von den Hochschulen, sondern aus allen Bereichen der Forschung, und sie wurden ergänzt durch praktisch und verantwortlich tätige Fachleute aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik. Auch wurde der Kreis der internationalen Teilnehmer bedeutend vergrößert: Inhaltlich wichtige und vom Renommee her illustre Gäste aus den USA, GB, Frankreich und den Niederlanden liefer-

ÜBERSICHT

ten bedeutende Beiträge zu den nachfolgend aufgeführten Themen. Möglich war diese Erweiterung durch die Öffnung der Teilnahmebedingungen. Man musste nur noch seine Präsenz während einer ganzen Tagung zusagen. Das Kolloquium stand weiterhin dem alten Teilnehmerkreis offen und wurde von diesem auch lebhaft besucht.

Da die Zielsetzung, die Gesundheitsökonomie an den Hochschulen zu entfalten und eine erste Gruppe unabhängiger wissenschaftlicher Berater der Gesundheitspolitik sich profilieren zu lassen, weggefallen war, konnte man sich in der zweiten Phase ganz auf das Aufgreifen gesundheitspolitisch wichtiger und aktueller Themen konzentrieren. Dies zeigt sich deutlich in der Themenliste der zweiten Phase mit dem 14. bis 28. Kolloquium in der Zeit von 1985 bis 2001:

- 14. Koll.: Neue Ansätze der Bedarfsforschung und neue Formen der Angebotsplanung im Gesundheitswesen, Moderation: Zweifel, Mai 1985, Stuttgart-Degerloch
- 15. Koll.: Die Funktionen freigemeinnütziger Krankenhäuser im öffentlich-rechtlich organisierten Krankenhausversorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland, Moderation: Eichhorn, Lampert, November 1985, Murrhardt
- 16. Koll.: Health Maintenance Organizations – Ein Reformkonzept für die Gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschlands?, Moderation: Graf von der Schulenburg, Hauser, Mai 1986, Murrhardt
- 17. Koll.: Epidemiologie und Ökonomie der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Moderation: Arnold, Henke, November 1986, Murrhardt
- 18. Koll.: Die demographische Herausforderung – Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur, Moderation: von Ferber, Graf von der Schulenburg, Radebold, Mai 1987, Murrhardt
- 19. Koll.: Alternative Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung – Konsequenzen der Modellversuche und Experimente im In- und Ausland für die Reformbemühungen im deutschen Krankenhausfinanzierungssystem, Moderation: Neubauer, Sieben, November 1987, Schwäbisch Hall
- 20. Koll.: Gesundheitsberichterstattung, Orientierungsdaten und Prioritätensetzung – Die Rolle der Experten im Gesundheitswesen, Moderation: Knappe, Oberender, November 1988, Mayschoß a.d.Ahr
- 21. Koll.: Einsatz von Motivationssystemen im Krankenhaus, Moderation: Eichhorn, Schmidt-Rettig, Juni 1990, Schwäbisch Hall
- 22. Koll.: Gesundheitsversorgung im Alter zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang – Der Beitrag ethischer Theorien zur Lösung eines gesundheitsökonomischen Problems, Moderation: Lauterbach, Wille, Dezember 1996, Schwäbisch Hall
- 23. Koll.: Struktur und Organisation der Krankenhausleitung, Moderation: Eichhorn, Schmidt-Rettig, Juni 1999, Meerbusch
- 24. Koll.: Mikroallokation medizinischer Ressourcen – Medizinische, medizinethische und gesundheitsökonomische Aspekte der Knappheit medizinischer Ressourcen, Moderation: Imhoff, Kliemt, Dezember 2000, Schwäbisch Hall
- 25. Koll.: Standardisierung in der Medizin – Qualitätssicherung oder Rationierung?, Moderation: Imhoff, Kliemt, Dezember 2001, Schwäbisch Hall

Autor:

**Dipl.-Kfm. Hans-Jürgen Firnkorn
Burgunderstraße 12
71263 Weil der Stadt
Firnkorn@t-online.de**

Ulrike Elsner | Katharina Carstensen

Sichere und lückenlose Versorgung mit Arzneimitteln – was tut die GKV?

In den Medien häufen sich die Meldungen über Lieferengpässe von Arzneimitteln. Gleichzeitig liest man in den Zeitungen von Fällen, wo sich unwirksame oder sogar schädliche Arzneimittel im Verkehr befinden. Es ist nachvollziehbar, dass Patientinnen und Patienten dadurch verunsichert sind. Dieser Beitrag geht den Fragen nach: Ist die Versorgung mit Arzneimitteln in Deutschland tatsächlich nicht sicher? Welche Weichenstellungen braucht es, um bestehende Probleme zu beheben? Welche Einflussmöglichkeiten haben die Krankenkassen?

Für die Beantwortung der Fragen lohnt ein genauer Blick auf den Weg eines Arzneimittels von der Ausgangssubstanz bis zum fertigen Produkt, das beim Patienten ankommt. Das gesamte Verfahren ist hochgradig reguliert und kontrolliert. Es beginnt mit der Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder die europäische Zulassungsbehörde (EMA=European Medicines Agency), die sicherstellen soll, dass ein Arzneimittel wirksam, sicher und unbedenklich ist. Der weitere Verlauf der Herstellung soll behördlich überwacht werden. Das gilt für alle Herstellerbetriebe, von der Produktion der Ausgangsstoffe bis zur Arzneimittelherstellung in Form applikationsfähiger Darreichungsformen (z. B. Tabletten). Der Unternehmer muss natürlich dafür sorgen, dass die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Produktion eingehalten werden. Bei der Überwachung sind die regionalen Aufsichtsbehörden gefragt. Der letzte Schritt auf dem Weg zum Patienten ist

die Abgabe durch die Apothekerin oder den Apotheker mit ihrer heilberuflichen Verantwortung. Die Apotheke bildet die letzte Kontrollinstanz, bevor das Arzneimittel ausgegeben und verwendet wird.

Drei Fälle haben in der jüngeren Vergangenheit viel Raum in der Berichterstattung eingenommen und damit für große Verunsicherung gesorgt:

1. Der Fall Lunapharm, in dem ein in Brandenburg ansässiger Pharma-Händler Ware aus Griechenland importiert und vertrieben hat. Es handelte sich um gestohlene Ware, die aus dubiosen Quellen ihren Weg in deutsche Apotheken gefunden hat. Das Fernsehmagazin „Kontraste“ des rbb hat den Fall publik gemacht und die unzureichende Überwachung durch die regionale Behörde kritisiert. Selbst nach Bekanntwerden der ersten Vorwürfe ist die Aufsicht zu lange untätig geblieben. Ob dadurch Behandelte tatsächlich Schaden erlitten haben, bleibt weiterhin unklar.
2. Der Fall Valsartan, bei dem Blutdruck-Arzneimittel mit potentiell krebsauslösenden Substanzen verunreinigt waren. Grund dafür war die Umstellung des chemischen Syntheseprozesses in einer Zuliefer-Firma in China, bei der die sog. Nitrosamine als Nebenprodukt entstanden waren. Diese Firma belieferte eine große Anzahl von Herstellern weltweit, sodass sehr viele Arzneimittel zurückgerufen werden mussten und deshalb auch viele Patientinnen und Patienten betroffen waren. Um eine lücken-

lose Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, haben die Ersatzkassen die Kosten für die Alternativ-Präparate schnell und unbürokratisch übernommen.

3. Der Bottroper „Zytoskandal“, bei dem ein Apotheker in Zubereitungen, die individuell für Krebserkrankte hergestellt werden, zu wenig oder gar keine Arzneistoffe verarbeitet hat. Damit erhöhte er seinen Profit. Aufgedeckt wurde der Fall durch Mitarbeiter der Apotheke.

So unterschiedlich die drei Sachverhalte im Detail auch sind, sie machen allesamt deutlich, dass es darauf ankommt, dass alle Beteiligten/Institutionen die ihnen zugewiesenen Aufgaben im Sinne einer sicheren und lückenlosen Versorgung mit Arzneimitteln gewissenhaft erfüllen. Darauf müssen sich Patientinnen und Patienten und am Ende auch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Kostenträger verlassen können. Dabei ist es für die Betroffenen völlig unerheblich, wo der Fehler entstanden ist und ob die Probleme auf kriminelle Machenschaften oder andere Gründe zurückzuführen sind. Offenbar gab es in der Vergangenheit doch noch zu viele Lücken in der Überwachung, die zu diesen Fällen geführt haben.

Der Gesetzgeber tut nun mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) einen Schritt in die richtige Richtung, um das verlorene Vertrauen wiederzugewinnen: Die Kompetenzen der beteiligten Behörden auf Bundes- und Länderebene, deren Rolle

IST DIE ARZNEIMITTELVERSORGUNG DER PATIENTEN NOCH SICHER?

und Zusammenspiel werden neu justiert, die Überwachung der Einhaltung von Verantwortlichkeiten wird koordinierter und damit schneller. In wieweit sich die Regelungen in der praktischen Umsetzung bewähren, bleibt abzuwarten. In jedem Fall wird es erforderlich sein, dass die Behörden personell aufstocken und sachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit diesen wichtigen Aufgaben betrauen. Positiv ist, dass es erstmals einen Schadensersatzanspruch der Krankenkassen gegenüber dem Verursacher gibt, damit nicht am Ende die Versicherungsgemeinschaft für die entstehenden Kosten aufkommen muss.

Auf der Suche nach den Gründen für vermehrt auftretende Lieferengpässe rücken immer wieder vorschnell die Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen in den Fokus. Mit dieser Begründung machen es sich die Kritiker der Rabattverträge aber zu leicht. So erkennt auch das Bundesministerium für Gesundheit an¹, dass eine bessere Planbarkeit für die Produzenten durch Rabattverträge die Liefertreue von Arzneimitteln und damit die Versorgungssicherheit stärken. Wer pauschal behauptet, dass Rabattverträge für vermehrt auftretende Lieferengpässe verantwortlich sind, verkennt, dass Arzneimittel und deren Grundstoffe global gehandelt werden. In der Regel produziert ein Hersteller-Unternehmen für mehrere pharmazeutische Unternehmen (weltweit), die wiederum alle lieferunfähig werden, wenn in der Grundstoffproduktion Probleme auftauchen. Und es ist in der Tat zu beobachten, dass die Produktion sich auf immer weniger Herstellbetriebe konzentriert. Es handelt sich also um eine Entwicklung, die sich weltweit auswirkt und der deshalb auch nach Lösungen in einem

europäischen oder globalen Kontext verlangt.

Und dennoch müssen die beteiligten deutschen Institutionen (Hersteller, Arzneimittelgroßhandel und Apotheken) ihren Aufgaben gerecht werden, die ihnen das Arzneimittelgesetz zuweist: Dazu zählt neben der Qualitätssicherung auch die Verantwortung für eine ausreichende Bevorratung, welche die Versorgung garantiert (§ 52b Arzneimittelgesetz).

Das BfArM² führt eine Liste mit Arzneimitteln, die derzeit nicht lieferbar sind. Die Basis sind freiwillige Meldungen der pharmazeutischen Unternehmer. Ein Blick auf diese Übersicht zeigt, dass eine ganze Reihe von Präparaten aufgeführt ist, für die Alternativen verfügbar sind. So wird deutlich, dass nicht jeder Lieferengpass auch zu einem Versorgungsengpass wird. Die GKV und der Deutsche Apothekenverband haben unlängst im Rahmenvertrag dafür gesorgt, dass im Falle eines Lieferengpasses von Rabattvertragsarzneimitteln die Apotheken die Versicherten weiterhin zügig mit Alternativ-Präparaten versorgen können. Kritisch wird es jedoch, wenn es sich um Arzneimittel wie Antibiotika (z. B. mit der Wirkstoffkombination Tazobactam/Piperacillin) handelt, die bei lebensbedrohlichen Situationen zum Einsatz kommen und für die wenig Alternativen zur Verfügung stehen. Für solche Produkte schließen die Krankenkassen im Regelfall keine Rabattverträge, da sie üblicherweise nur im Krankenhaus zum Einsatz kommen. Dies macht nochmal deutlich, dass es keinen Zusammenhang zwischen Rabattverträgen und Lieferengpässen gibt.

Im internationalen Vergleich erfolgt die Arzneimittelversorgung in Deutschland auf sehr hohem Niveau und grundsätz-

lich sicher. Da wo noch Probleme bestanden (z. B. in der Überwachung), wird jetzt durch die neuen gesetzlichen Regelungen des GSAV nachgeschärft. Hier wird es auf die Umsetzung und den Ausbau der staatlichen Überwachungsstellen ankommen. Zur sicheren Versorgung zählt auch der nahezu uneingeschränkte Anspruch der Versicherten auf alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel direkt nach Markteintritt – und das völlig unabhängig vom Preis. Dafür bringt die Versicherungsgemeinschaft pro Jahr ca. 40 Mrd. Euro auf. Im Gegenzug müssen die Beitragszahler darauf vertrauen können, dass die Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass die Versorgung sicher erfolgt. Hierzu gehört auch die Verantwortung der Industrie, der aktuellen Konzentration bei der Herstellung entgegenzuwirken, um bei Produktionsproblemen Alternativen nutzen zu können.

Autorinnen:

**Ulrike Elsner,
Vorstandsvorsitzende**

**Katharina Carstensen,
Referat Arzneimittel, Abteilung
Ambulante Versorgung**

**Verband der Ersatzkassen e. V.
(vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin**

² https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaeisse/_functions/Filter suche_Formular.html

¹ Drucksache 19/9778, Seite 3, 29.04.2019

Siegfried Throm

Sichere Versorgung mit Arzneimitteln – was tun die forschenden Pharmafirmen?

Eine sichere Versorgung mit Arzneimitteln ist eine ganz wesentliche Säule des Gesundheitswesens. Denn nach einer exakten Diagnose benötigen die meisten Patienten zur Heilung oder Besserung ihrer Erkrankung vorübergehend oder dauerhaft ein oder mehrere Medikamente. Und für die Prävention von Infektionskrankheiten sind Impfstoffe unverzichtbar. Daher hat eine sichere Impfstoff- und Arzneimittelversorgung für Patienten und Ärzte, aber auch für die Pharmafirmen eine sehr hohe Bedeutung.

Die 45 Mitgliedsfirmen des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (vfa) bestreiten mit ihren rund 82.000 Mitarbeitern, davon 17.000 im Bereich Forschung und Entwicklung über zwei Drittel des deutschen Arzneimittelmarktes. Sie sind global tätig und investieren jährlich erhebliche Summen auch in Deutschland in die Erforschung und Entwicklung innovativer Medikamente (2017: 6,2 Mrd. Euro) und in die Instandhaltung und Errichtung von Forschungs- und Produktionsanlagen (2 Mrd. Euro). So liegt Deutschland bei der Zahl der gentechnisch hergestellten Wirkstoffe für in der EU zugelassene Biopharmazeutika weltweit nach den USA auf Platz 2, und hier befinden sich drei der größten Biotech-Produktionsstandorte Europas. Über zwei Drittel der hier produzierten Wirkstoffe und Arzneimittel werden exportiert.

I. Lieferengpässe minimieren

Alle Pharmafirmen sind bestrebt, möglichst immer lieferfähig zu sein. Denn eine prompte Lieferfähigkeit bedeutet gute Umsätze, zufriedene Kunden und eine gesicherte Patientenversorgung. Dennoch kommen Lieferengpässe vor; diese treten öfter bei Generika auf, können aber auch Originalpräparate betreffen. Bei Generika wären sie vor der Zeit der Rabattverträge meist nicht aufgefallen, da dann der Apotheker das Präparat eines anderen Herstellers abgegeben hätte. So ärgerlich jeder Lieferengpass auch ist – gemessen an den mehr als 40.000 Medikamenten mit verschiedenen Wirkstoffen, Wirkstärken, Darreichungsformen und Packungsgrößen sind Lieferengpässe in Deutschland auch im Vergleich zu anderen Ländern ein eher seltenes Ereignis.

Im Jour Fixe Lieferengpässe beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM ist ein Lieferengpass wie folgt definiert worden: Eine voraussichtlich über 2 Wochen hinausgehende Unterbrechung einer Auslieferung im üblichen Umfang oder eine deutlich vermehrte Nachfrage, der nicht angemessen nachgekommen werden kann. Die Gründe für Lieferengpässe sind sehr vielfältig:

Im Bereich Zulieferung:

- Probleme eines Zulieferers für einen Wirk- oder Hilfsstoff

Im Bereich Produktion

- Ausfall einer Produktionsanlage oder der IT durch Schaden, Umrüstung oder Um-/Ausbau, Computerviren, durch Anpassung an geänderte behördliche Anforderungen, wegen Sanierungsmaßnahmen oder wegen einer Katastrophe (z. B. Feuer, Erdbeben, Flut)
- Probleme beim Transfer einer Herstellung zu einem anderen Betrieb
- Sperrung oder Rückruf von Produktionschargen wegen Mängeln
- Verzögerungen durch neue regulatorische Anforderungen, z.B. durch Änderungen von Arzneimittelmonographien
- unerwartet gestiegener Bedarf/unerwartet hohe Nachfrage

Bei Impfstoffen ist der Herstellprozess besonders komplex und zeitaufwendig. Er dauert meist weit länger als ein Jahr, wobei 70 % der Produktionszeit auf die Qualitätskontrolle aufgewendet werden. Bei diesen Präparaten werden Lieferengpässe vor allem durch folgende Fakten verursacht:

- Impfstoffe sind biologische Arzneimittel mit komplexen Produktionsprozessen
- Verzögerungen im Produktionsprozess können immer wieder auftreten (z. B. beim Vermehren von Virusstämmen/Zellkulturen oder durch unerwünschte Verunreinigungen)
- Lieferausfälle können ad hoc schwer kompensiert werden

- Produktionskapazitäten sind global limitiert; ein Ausweichen auf andere Anlagen i. d. R. zulassungsbedingt nicht möglich
- Vorratsproduktion ist bei Impfstoffen kaum möglich; Nachproduktion braucht Zeit und erübrigt sich damit meist bei saisonalen Impfstoffen
- andere Hersteller halten nicht einkalkulierte Mengen i. d. R. nicht vorrätig und können nur sehr begrenzt einspringen
- weltweit steigende Nachfrage nach Impfstoffen; daher keine freien, kurzfristig nutzbaren Kapazitäten

Im Jour Fixe Lieferengpässe kamen die verschiedenen Beteiligten überein, dass eine Meldung aller Lieferengpässe nicht sinnvoll sei; vielmehr sollten insbesondere Lieferengpässe bei Medikamenten mit versorgungsrelevanten Wirkstoffen gemeldet werden. Hierzu wurde von den medizinischen Fachgesellschaften eine Auflistung erstellt, die die Grundlage für die letztendlich konsentrierte Liste der versorgungsrelevanten Wirkstoffe mit rund 340 Positionen bildete. Darin wurde auch die WHO-Liste der essenziellen Arzneimittel berücksichtigt. Für die darin aufgeführten Wirkstoffe gibt es drei oder weniger Zulassungsinhaber oder endfreigebende Hersteller oder Wirkstoffhersteller, was für die Versorgungssicherheit von Bedeutung ist. Für Impfstoffe wurde vom dafür zuständigen Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ein eigenes Verfahren mit den Impfstoffherstellern entwickelt; Wirkstoffe von Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen (Orphan Drugs) sind nicht enthalten. Zusätzlich wurde eine Teilliste der Arzneimittel/Wirkstoffe erarbeitet, die aufgrund eines erhöhten Versorgungsrisikos unter besonderer behördlicher Überwachung stehen; dies sind solche mit nur *in* Zulassungsinha-

ber, endfreigebenden Hersteller oder Wirkstoffhersteller. Sie umfasst 85 der 340 Wirkstoffe.

Für alle Krankenhauspräparate gilt seit Mai 2017 eine gesetzliche Meldepflicht für Lieferengpässe. Gem. § 52b Arzneimittelgesetz, neuer Absatz 3a müssen pharmazeutische Unternehmer im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit Krankenhäuser im Falle ihnen bekannt gewordener Lieferengpässe bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur stationären Versorgung umgehend informieren.

Für die genannten 340 Wirkstoffe gilt eine Selbstverpflichtung der Pharmafirmen. Seit April 2013 sind entsprechende Meldungen der Firmen auf der Webseite des BfArM verzeichnet. Für Impfstoffe führt das PEI ein entsprechendes Register, bei dem in Abstimmung mit dem Robert-Koch-Institut und der Ständigen Impfkommission (STIKO) auch Handlungshinweise zur Handhabung des Engpasses einschließlich alternativer Impfoptionen zu finden sind.

EU-weite Lieferengpässe von zentralisiert zugelassenen Medikamenten sind im Shortages Catalogue der europäischen Zulassungsagentur EMA verzeichnet (derzeit fünf Einträge; 13 Lieferengpässe konnten nach 3 Monaten bis 5 Jahren behoben werden).

Zur Erhaltung oder weiteren Verbesserung der Liefersicherheit in Deutschland tragen die Firmen mit folgenden Aktivitäten bei:

- Produktionsanlagen gut in Schuss halten bzw. ausbauen – erfordert hohe Investitionen
- fundierte Bedarfsvorhersage, ausreichende Vorratshaltung und enge Abstimmung mit dem Großhandel
- enge Zusammenarbeit mit den Zulassungs- und Überwachungsbehörden, um Lieferprobleme möglichst im Vorfeld zu verhindern bzw. schnellstmöglich zu lösen

- Mitwirkung am Aktionsplan der EMA, um qualitätsbedingte Lieferprobleme weiter zu minimieren

Die Impfstoffhersteller haben zur Erhöhung der Liefersicherheit bei Impfstoffen mit dem PEI ein gemeinsames Risikomanagement vereinbart:

- Hersteller informieren das Paul-Ehrlich-Institut über Lieferschwierigkeiten
- Behörden prüfen, ob Impfeempfehlungen temporär angepasst werden müssen, ob auf alternative Impfstoffe ausgewichen werden kann etc.
- impfende Ärzte erhalten konkrete Handlungsempfehlungen
- „Hamsterkäufe“ von Impfstoffdosen und negative Auswirkungen auf die Impfbereitschaft sind zu vermeiden
- Engpässe werden auf der Website des Paul-Ehrlich-Instituts zusammen mit Ausweichmöglichkeiten veröffentlicht

II. Schutz vor Arzneimittelfälschungen weiter verbessern: securPharm

Zur weiteren Verbesserung der Arzneimittelsicherheit hat das Europäische Parlament 2011 die EU-Fälschungsrichtlinie verabschiedet. Diese sieht folgende beiden Maßnahmen gegen Arzneimittelfälschungen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten vor, die seit 9. Februar 2019 in Kraft sind:

- Packungen mit Erstöffnungsschutz (Originalitätsverschluss) ausstatten
- Individuelle Packungsnummern (Seriennummer) aufdrucken und ein Fälschungsabwehrsystem aufbauen, das diese zur Echtheitsprüfung nutzt

Um diese Anforderungen umzusetzen, wurde auf Betreiben des vfa securPharm gegründet, an der Apotheker, Pharmaverbände, Großhandel und ein Dienstleister

mitwirken. Es ist Teil eines EU-weiten Abwehrsystems mit folgenden Merkmalen in Übereinstimmung mit den EU-Vorgaben:

Eigenschaften und technische Spezifikation des Datenträgers	2 D-Data Matrix Code
Eigentümerschaft und Betrieb des Verifizierungssystems	Stakeholdermodell; kein staatliches System
Anforderungen an die Kodierung	Wettbewerbsmodell mit IFA-(PPN)- und GS1-(NTIN)-Code
Modalitäten der Überprüfung der Sicherheitsmerkmale (Verifizierung)	„end to end“-Verifizierung (Verifizierungspflicht für Großhandel nur bei „Nicht-Direktbezug“ vom Hersteller; sonst optional)
Einbeziehung von Generika und OTC-Produkten	Generika ja, OTC-Produkte nein

Mit diesem System ist es möglich, erfundene Nummern, kopierte Nummern sowie gemeldete gestohlene Packungen zu erkennen und damit das Einschleusen

von gefälschten Medikamenten wesentlich zu erschweren.

Fazit: Sichere Arzneimittelversorgung hat für Patienten und Ärzte, aber auch für Pharmafirmen sehr hohe Bedeutung. Dafür tun sie eine ganze Menge. Um Lieferengpässe zu minimieren, konzentrieren sich die Pharmafirmen insbesondere auf Maintenance, Logistik und auf die Zusammenarbeit mit den Behörden. Um Arzneimittelfälschungen zu verhindern, stehen seit Kurzem ein Manipulationsschutz der Packungen und securPharm zur Verfügung.

Autor:
Dr. Siegfried Throm
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.
Hausvogteiplatz 13
10117 Berlin

Buchbesprechung

Maximilian Kreßner:
Gesteuerte Gesundheit.
Grund und Grenzen verhaltenswissenschaftlich informierter Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.
 NOMOS (Baden-Baden) 2019.
 505 Seiten.
 ISBN 978-3-8487-5124-2.
 D: 129,00 EUR

Maximilian Kreßner ist Rechtsreferendar am Kammergericht Berlin. Die Arbeit ist entstanden im Rahmen eines Promotionsstipendiums am Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik. Die Dissertation wurde von Prof. Dr. Ulrich Becker betreut. Sie

wurde mit dem Fakultätspreis der Juristischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie dem Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen ausgezeichnet.

In der Einführung wird der Gegenstand der Untersuchung beschrieben, es werden Erkenntnisinteresse und Forschungsfragen dargelegt sowie ein Überblick über den Forschungsstand gegeben. Schließlich werden der Gang der Untersuchung und die gewählte Methodik erläutert.

Das erste Kapitel „Public Health und die Sorge um den Gesundheitszustand der Bevölkerung“ dient dazu, dem Leser mit juristischem Hintergrund

einen Überblick über die Ansätze und Erkenntnisse der Public Health-Forschung zu geben, die für die Fragestellung relevant sind. Es werden insbesondere die „Wertgeladenheit der Begriffe Krankheit und Gesundheit“ sowie die Abhängigkeit von „moralischen Wertungen“ (S. 139) herausgearbeitet.

Das zweite Kapitel „Die Grundrechtsrelevanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention“ stellt zunächst die unterschiedlichen Instrumente der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention vor. Die anschließende verfassungsrechtliche Bewertung kommt zu dem Ergebnis, dass gesetzgeberische Verhaltenskonditionierung

im „Kontrast, wenn nicht gar (in) einem krassen Widerspruch zum Leitbild des selbstbestimmten Bürgers“ steht und das „Potenzial zu einem mitunter starken Grundrechtseingriff aufweisen“ kann (S. 317).

Vor dem Hintergrund dieser Analyse wendet sich das dritte Kapitel den Rechtfertigungsmöglichkeiten des gesundheitsfördernden Staates zu. Es geht auf vier Aspekte ein:

- Schutz des Einzelnen vor sich selbst,
- Schutz der Gesundheit Dritter und der „Bevölkerungsgesundheit“,
- Schutz der Solidargemeinschaft sowie
- Verringerung sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheiten.

Im abschließenden Abschnitt dieses Kapitels wird „die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention“ im Sinne eines Interessenausgleichs erörtert. Als Ergebnis dieser Abwägung äußert der Autor den Verdacht, „dass das Krankenversicherungsrecht nicht der geeignete Ort ist, um eine umfassende bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu leisten. (...) Ziel des gesundheitsfördernden Staates sollte es vielmehr sein, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass der Einzelne zu einer selbstbestimmten Wahrnehmung gesundheitlicher Belange befähigt wird“ (S. 462).

Das Buch lässt sich als ein clash of cultures lesen. Die Welt der Public Health trifft auf das Verfassungsrecht. Es sind vor allem unterschiedliche Menschenbilder, die hier aufeinandertreffen:

- Das aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Grundgesetzes abgeleitete Menschenbild, das auch die innere Entscheidungs- und Willensbildungsfreiheit als umfassend geschützt ansieht, wenn das Ergebnis von wünschenswertem Verhalten abweicht (z.B. Rauchen);
- das paternalistische Menschenbild, das auch weitergehende Eingriffe in das Persönlichkeitsrecht zur Gesundheitsförderung für sinnvoll oder geboten hält, um für richtig erkannte Verhaltensweisen zu erreichen.

Der Autor lässt „die unzureichende Evidenz der Konzepte der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention“ (S. 468) auf die harte Wirklichkeit des Verfassungsrechts prallen und setzt sie dem Stahlbad der Anforderungen aus, die insbesondere das Bundesverfassungsgericht in zahlreichen Urteilen konkretisiert hat. Die Konzepte der Gesundheitsförderung sind für den Autor nichts weiter als „moralische Wertungen“ „unter dem Deckmantel der wissenschaftlichen Argumentation“ (S. 139). Auch wenn kritische Anmerkungen zur fehlenden Evidenzbasierung von gesundheitsfördernden

Maßnahmen in vielen Fällen angebracht sein mögen, in dieser weitgehenden Kritik schießt der Autor über das Ziel hinaus. Die vorliegenden Studien z.B. zu den Folgen von Rauchen oder Bewegungsmangel lassen sich nicht als „moralische Wertung“ abtun.

Die vorliegende Dissertation kann sicher nicht das letzte Wort im interdisziplinären Dialog zwischen Jurisprudenz und Gesundheitswissenschaften sein. Die Notwendigkeit dieses Dialogs macht die Dissertation aber überdeutlich. Die Außensicht eines wohlwollenden Autors, der durchaus anerkennt, dass „eine gelungene gesundheitsfördernde und präventive Politik ... einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung leisten“ kann (S. 20), sollten die Public Health-Forscher aber ernstnehmen.

Die vorliegende Dissertation ist eine herausragende Arbeit, die insbesondere dem interdisziplinären Dialog zwischen Jurisprudenz und Gesundheitswissenschaften Impulse gibt, indem sie verfassungsrechtliche Grenzen paternalistischer Politikansätze aufzeigt.

**Dr. phil. Andreas Meusch,
Hamburg**