

Gottfried Endel

Gesundheitssystem und (Mehr-) Klassenmedizin: System oder Missbrauch?

Healthcare System and (Multi-) Tiered Medical Care: System or Misuse?

Zusammenfassung

Die Zugangsregeln eines Gesundheitssystems sind eines der Kriterien für die Beurteilung und den Vergleich der Qualität der Versorgung. Mehrklassenmedizin impliziert Unterschiede zumindest im Bereich des Zugangs zu Leistungen.

Ob diese Differenzierung eine systemimmanente korrekte Regelung, Ausdruck eines qualitativen Mangels oder eines Missbrauchs mit Eigenschaften, wie sie im Bereich der Korruption zu finden sind, darstellt, hängt davon ab, welche Leitprinzipien für die Gestaltung eines Gesundheitssystems gesellschaftlich festgelegt werden. Das Gesundheitssystem kann als Teil des Wirtschaftssystems eines Landes verstanden werden oder als soziales Gemeingut basierend auf gesellschaftlicher Solidarität und als staatliche Aufgabe. Dementsprechend wird Mehrklassenmedizin unterschiedlich bewertet. Es wird versucht das Spannungsfeld zwischen diesen beiden Sichtweisen darzustellen und beispielhaft einige der möglichen Argumente abzuwägen.

Schlüsselwörter: Gesundheitssystem, soziale Gemeingüter, Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse, freier Marktmechanismus

Abstract

Access to healthcare is one of the criteria for assessing and comparing the quality of care across countries. A healthcare system that is multi-tiered implies a differentiation in the access to such services. Whether such differentiation represents a systematically correct regulation, or is a sign of insufficient quality, or represents a kind of abuse (with characteristics such as those found in the area of corruption) depends on the guiding principles used to design and establish a given society's health system. A healthcare system can be seen as either a sector of a country's economic system or as part of the social commons – i.e., Social Services of General Interest (SSGIs) – and thus as a task of the state. Accordingly, multi-tiered healthcare can be assessed differently. This article considers the tension between these two different views and discusses some of the possible arguments with examples.

Keywords: healthcare system, social commons, social services of general interest, free market mechanisms

Dr. Gottfried Endel
Dachverband der Sozialversicherungsträger
Kundmanngasse 21, A-1030 Wien
Gottfried.Endel@sozialversicherung.at

1. Das Gesundheitssystem

Krankheit und Gesundheit sind elementare Bestandteile des menschlichen Lebens. Jeder Mensch wird mit diesen Fragen zwischen Geburt und Tod konfrontiert. Daher muss auch jede Gesellschaft für diesen Bereich Regeln vorsehen.

Vereinfacht und eingeschränkt auf hier wesentliche Aspekte werden diese Regelungen als die in einem Staat oder einer Gemeinschaft geltenden Gesetze ausgeprägt. Das Alltagsgeschehen wird zusätzlich von dem gemeinsamen Verständnis der Betroffenen oder von der Einstellung und den Motivationen der situativ „Mächtigen“ bestimmt. Die Durchsetzung wird durch Kontrollen und allenfalls Strafbestimmungen auf einer generellen Ebene oder durch rechtsstaatliche Mechanismen im Einzelfall ermöglicht.

Welchen Mechanismen dabei der Vorzug gegeben werden soll, hängt stark davon ab, wie das Gesundheitssystem verstanden und im gesellschaftlichen Kontext eingeordnet wird.

2. Das Gesundheitssystem als (freier) Markt

In den letzten Jahrzehnten wurde als ein zentrales Gestaltungsprinzip der westlichen Gesellschaft die liberale Marktwirtschaft als für alle Bereiche anwendbar propagiert. Als Folge des „kalten Krieges“ wurde dieses Wirtschaftssystem als den „sozialistischen“ Systemen überlegen dargestellt. Ein wesentlicher Parameter der Beurteilung waren dabei die „Wachstumsgeschwindigkeit“ und der individuell erreichbare Wohlstand.

Wertvolle Inhalte und Voraussetzungen stellen dabei auch die Ausgestaltung der Individuellen Rechte – als Menschenrechte oder Grundrechte bezeichnet – dar. Die Betonung des Individualismus stellt nach den Erlebnissen von totalitären Regimen einen wichtigen Kontrapunkt dar, von dem erwartet wird, dass damit zukünftig Entwicklungen einer Gleichschaltung von Gesellschaften mit „Obrigkeits-“ oder „Führer-Gläubigkeit“ verhindert werden können.

Ein Verständnis dieser freien Marktwirtschaft bedeutet auch, dass jedes Individuum vor allem den Eigennutzen fördern soll (oder will). Dieser Homo oeconomicus trifft daher – theoretisch – in Umsetzung seiner Grundrechte alle Entscheidungen nur zur Steigerung des eigenen Nutzens. Weitere Elemente, welche mit dem Begriff Markt verbunden werden, sind Konkurrenz und Wachstum. Wohlbefinden und Zufriedenheit oder Erfolg werden daran gemessen, dass „Andere“ schlechter sind, verdrängt werden – zusammengefasst „verlieren“.

Diese Inhalte wurden als wesentliche Unterschiede und Gegensätze zu „marxistischen“ oder „sozialistischen“, besonders aber kommunistischen Staaten des ehemaligen Ostblocks betont. Durch die argumentative Rückführung auf die Menschenrechte und die Herausstellung von Fehlern „staatlicher“ Institutionen wurde erreicht, dass diese Rahmenbedingungen für alle Lebensbereiche als anwendbar und geeignet dargestellt und zum Teil auch akzeptiert wurden. Diese einseitige Darstellung führt auch zur Forderung „weniger Staat – mehr privat“.

In der Folge wird dargestellt, welche Auswirkungen die Betonung dieser Prinzipien für das Gesundheitssystem zeitigen. Dabei ist zu beachten, dass Folgen nicht nur positiv oder negativ bewertet werden können, da erst die Überspitzung in der Umsetzung grundsätzlich Vernünftiges ins Gegenteil verkehren kann.

Rollenverständnis von Gesundheitsdienstleistern und Konsumenten

Im Sinne der individuellen Optimierung sind unter anderen folgende Verhaltensweisen von verschiedenen Gruppen zu erwarten und als „richtig“ zu bewerten. In der Beschreibung werden dabei eingeschränkt nur einige exemplarische Verhaltensweisen von Ärzten/innen, Krankenanstalten und Patienten (Versicherten) dargestellt. Die Auswirkungen sind auch in anderen Bereichen, wie der pharmazeutischen Industrie, den Herstellern von Medizinprodukten, dem Handel mit diesen

Erzeugnissen und natürlich allen anderen Gesundheitsberufen oder Organisationen, welche Leistungen in diesem Bereich erbringen, festzustellen.

Niedergelassene Ärzte/-innen haben vor allem die Aufgaben der Unternehmensleitung wahrzunehmen. Werbung, Kostenminimierung und Wachstum sind dabei wesentliche Zielsetzungen. Spezialisierung und Optimierung der Leistungserbringung können dazu beitragen.

Diese Sichtweise trifft auch auf Krankenanstalten zu. Dabei kommt dem Personalmanagement und dem Betrieb der Einrichtung besondere Bedeutung zu.

Patienten werden je nach Form der Organisation des Gesundheitssystems entweder nur die Leistungen nachfragen, welche unverzichtbar sind, oder in staatlichen Gesundheitssystemen oder bei Vorliegen eines Versicherungsschutzes

Leistungen so umfassend in Anspruch nehmen, wie es „wirtschaftlich“ erscheint.

Die Ausformung der Gesundheitsversorgung würde sich in solch einem System regional höchst unterschiedlich gestalten. Eine einheitliche Mindest-Qualität der Versorgung kann dabei nicht erreicht werden.

3. Gesundheitssystem als Gemeingut

Als Gegenpol zur liberalen Marktwirtschaft wurde die Gemeingüterwirtschaft beschrieben. Die Notwendigkeit einer Beschränkung der Marktfreiheiten zeigte sich zuerst im Bereich der natürlichen Lebensgrundlagen. Wasser, agrarische Produktionsflächen, Fischgründe konnten nur dann nachhaltig genutzt und bewirtschaftet werden, wenn individuelle Nutzung entsprechend beschränkt wurde. Auch Bewässerungssysteme oder Hochwasserschutzbauten konnten nur durch gemein-

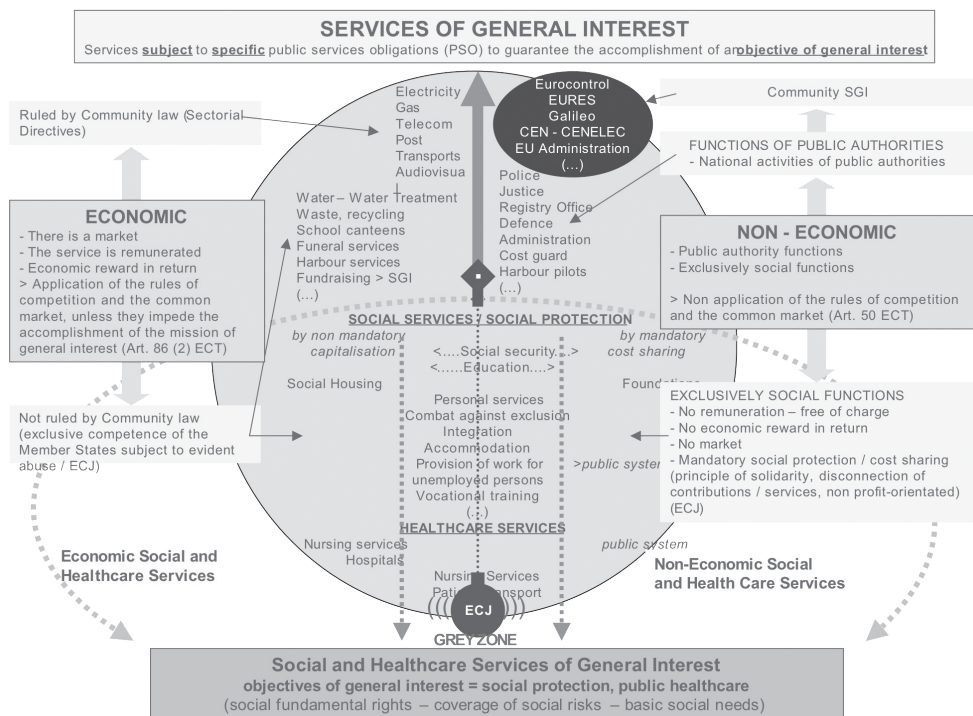


Abb. 1: Conceptual framework: SGI, SGEI, SSGI, SHSGI (Laurent Ghékière, with minor terminological adaptations by the authors).

sam organisierte und vereinbarte Anstrengungen geschaffen und erhalten werden. Im Jahr 2009 erhielt Elinor Ostrom als erste Frau den Nobelpreis in Wirtschaftswissenschaften in Anerkennung ihrer Arbeiten auf diesem Gebiet.¹

Ein qualitativ gutes und gerechtes Gesundheitssystem kann ebenfalls nur als Gemeingut geschaffen und erhalten werden. Es stellt auch eine der Säulen der sozialen Rechte in der Europäischen Union dar.² Diese leiten sich aus dem Vertrag von Lissabon her, welcher für sogenannte „Services of Special interest“ die Möglichkeit vorsieht, dass zur Sicherstellung dieser Bereiche der Daseinsvorsorge die sogenannten „wirtschaftlichen Freiheiten“ eingeschränkt werden. Die EU gründet historisch auf der Schaffung eines gemeinsamen Wirtschaftsraumes und der Umsetzung marktwirtschaftlicher Freiheiten und Prinzipien. Es wurde aber erkannt, dass diese nicht ausreichen, um wichtige Bereiche des menschlichen Lebens zu regeln. Daher war neben der Beschränkung der Zuständigkeit der EU – Gesundheit bleibt ja eine Zuständigkeit der einzelnen Mitgliedsstaaten – auch ein Instrumentarium erforderlich, mit welchem die Staaten ihre Aufgaben im eigenen Zuständigkeitsbereich umsetzen können.

Die Erbringung von Leistungen im Gesundheitssystem kann dabei als Service of General Interest (SGI) und dabei teilweise als Service of General Economic Interest (SGEI), aber auch als Social Service of General Interest (SSGI) in Erscheinung treten. Eine Darstellung aus der Studie zu Sozialen und Gesundheitsdiensten zeigt einen Überblick (siehe Abb. 1).³ Erkennbar ist hier die Zuordnung von Gesundheitsleistungen sowohl zu den SGEIs als auch zu den SSGI.

Damit wird der Charakter als Gemeingut dokumentiert und damit auch die Notwendigkeit Regelungen vorzusehen, welche auch individuelle Freiheiten einschränken können. Diese Ermächtigung kann wiederum von Betroffenen als nicht der Verhältnismäßigkeit entsprechend erlebt werden. Außer Streit sollte dabei jedoch stehen, dass zur Erfüllung der Zielsetzung des 16. Prinzips der Säulen der

sozialen Rechte die Organisation und Sicherstellung eines funktionierenden Gesundheitssystems eine „public service obligation“ – (PSO) darstellt. Diese Prinzip 16 lautet: „16. Health care – Everyone has the right to timely access to affordable, preventive and curative health care of good quality.“

4. Qualifikation einer „Mehrklassenmedizin“

Nach diesen grundsätzlichen Überlegungen zu den leitenden Prinzipien in einem Gesundheitssystem gilt es, die Frage einer „Mehrklassenmedizin“ zu untersuchen. Die Bezeichnung vermittelt eine Abstufung in der Versorgung. Nach allgemeiner Lebenserfahrung wird in der „1. Klasse“ die „beste“ Versorgung, sei es in Bezug auf Qualität oder Menge, zu erlangen sein. In nachrangigen Klassen wird die Menge oder die Qualität entsprechend „geringer“ ausfallen.

Welche Aspekte für die Beurteilung der Qualität eines Gesundheitssystems aus Sicht der Patienten wesentlich sind, wurde vom Institute of Medicine folgendermaßen dargestellt: siehe Abb. 2.

Eigentlich verlangt diese Ausgestaltung eine transparente Zuordnung von Leistungen oder Leistungsaspekten entweder zu der Sphäre der „Economic Social and Healthcare Services“ oder zu den „Non-Economic Social and Healthcare

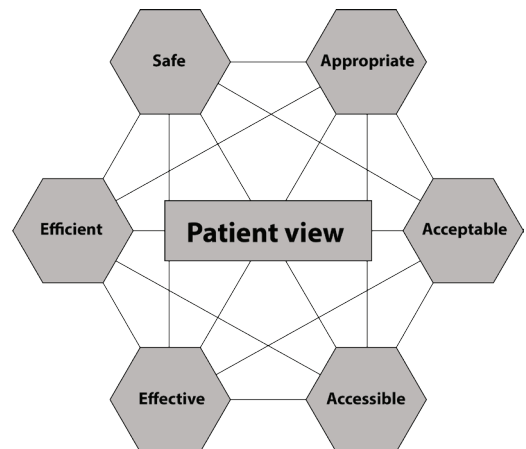


Abb. 2: Six Domains of Quality.

Services“. Dabei darf diese Zuordnung nicht erst im Nachhinein erfolgen, sondern muss bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung über eine Inanspruchnahme seitens des Konsumenten bzw. des Patienten erfolgt sein. Als Beispiel für eine solche durchaus korrekte Regelung kann der § 16 des Kranken- und Kuranstalten Gesetzes angesehen werden. Dort wird in Abs. 1 lit. d festgehalten, dass eine Aufnahme in die Sonderklasse keinen Unterschied in der ärztlichen Behandlung oder Pflege bewirken darf. In Abs. 2 wird der Unterschied auf die höheren Ansprüche bezüglich Verpflegung und Unterbringung eingegrenzt.

In § 5a Abs. 2 dieses Gesetzes wird unter dem Begriff der Patientenrechte unter anderem auf ein transparentes Wartelistenregime eine Kennzeichnung von Sonderklassepatienten gefordert, damit eine unterschiedliche Beurteilung der Dringlichkeit von Eingriffen allein aufgrund des ökonomischen Anreizes durch die Aufnahme auf die Sonderklasse hintangehalten werden kann.

Für Behandlungen im niedergelassenen Bereich wird für Vertragsärzte in den Gesamtverträgen eine Gleichbehandlung zwischen „Kassenpatienten“ und „Privatpatienten“ gefordert. In einem Beispiel eines Gesamtvertrages⁴ wird eine Trennung der Wartezimmer und Ordinationszeiten sowie eine Bevorzugung von Privatpatienten im §11 Abs. 1 als unzulässig erklärt.

Diese Beispiele zeigen, dass im österreichischen Gesundheitssystem einer gleichartigen Behandlung vor einer Differenzierung in „Klassen“ zumindest auf gesetzlicher oder öffentlich-rechtlich geregelter Ebene der Vorzug gegeben wird. Dies bedeutet nicht, dass im Alltag und in der Erfahrung vieler Bürger dies anders wahrgenommen wird und „Zusatzversicherung“ oder „Zuzahlungen“ als Mittel zur Erreichung einer „besseren“ Behandlung oder der Sicherstellung des „besseren“ Behandlers eingesetzt werden. Diese Situationen und Erlebnisse können zu Recht als „Missbrauch“ des Systems oder der Stellung von Einzelpersonen in diesem System gesehen werden.

5. „Missbrauch“ des Gesundheitssystems

Der zuvor beschriebene Missbrauch hat Gemeinsamkeiten mit dem Begriff „Korruption“. Um dies zu zeigen, wird eine Definition von Korruption von Transparency International zitiert:⁵

„Der Begriff Korruption stammt vom lateinischen Wort ‚corrumpere‘ und bedeutet verderben, vernichten oder auch bestechen. Transparency International definiert Korruption als Missbrauch von anvertrauter Macht zum privaten Nutzen oder Vorteil. Man spricht bei Korruption oft von einem unsichtbaren oder auch vermeintlich opferlosen Phänomen, denn es gibt auf den ersten Blick nur Täter: Bestecher und Bestochene. An einer Aufdeckung haben beide begreiflicherweise kein Interesse und setzen alles daran, ihr Tun zu verschleiern. Geschädigt wird dabei keine einzelne Person oder Personengruppe, sondern die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit.“

In einem Gemeingut ist Einzelpersonen immer auch „Macht“ anvertraut. Versicherten steht die Entscheidung frei, ob und wann sie das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen wollen. In Österreich steht es ihnen auch frei, das „Wo“ zu entscheiden, – gemeint ist auf welcher Versorgungsebene sie Leistungen nachfragen. Zusätzlich ist auch noch das „Wie“ den Einzelpersonen überlassen. Durch den Abschluss einer Zusatzversicherung, die Inanspruchnahme außerhalb des Kreises der Vertragspartner wie z. B. Ärztekammer, Apothekerkammer usw. oder auch durch explizite Erklärung „Privatpatient“ zu sein, kann jede Person diese Art der Inanspruchnahme mitbestimmen. All diese Entscheidungen können sie zu Beteiligten in einem Vorgang der Korruption machen.

Leistungsanbieter und Institutionen können ebenfalls die mit der anvertrauten Rolle als Repräsentanten des Gesundheitssystems verbundene Macht einsetzen, um den privaten Nutzen zu optimieren. In einem marktwirtschaftlichen System wäre das sogar ihre Verpflichtung! Im vorgestellten Ordnungsrahmen werden jedoch, wie zuvor dargestellt, die zulässigen Möglichkeiten stark eingeschränkt.

Wie zuvor dargestellt, ist eine individuelle Optimierung in einem sozialen Gemeingut in der Lage, die zur Erhaltung notwendige Solidarität zu untergraben und ein Gemeingut auch zu zerstören.⁶ Wenn kein Vertrauen in eine gute Qualität – insbesondere in den Ausprägungen der Angemessenheit, der (gleichen und gerechten) Zugänglichkeit und der Sicherheit sowie der zu erwartenden Wirksamkeit – mehr besteht, ohne dass „Zuzahlungen“ geleistet werden müssen, so wird zu Recht in Frage gestellt werden, wodurch Eingriffe in individuelle Freiheiten noch als verhältnismäßig betrachtet werden können.

Diese Beschränkungen im Bereich der Erwerbsfreiheit, so zum Beispiel im Sinne der Niederlassung (Stellenplan, Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG, Bedarfsprüfungsverfahren, Gesamtvertrag etc.), werden als für die Ausgestaltung eines Gesundheitssystems als PSO – public service obligation – aber als notwendig angesehen. In gleicher Weise wird die Art und der Umfang der Berufsausübung sowohl im niedergelassenen Bereich als auch für Krankenanstalten in weiten Bereichen normativ geregelt, beispielsweise wie und was zu dokumentieren und wie diese Informationen ausgetauscht werden müssen. Ebenso wären in einem marktwirtschaftlich organisierten System keine Regelungen einer Marktzulassung für Medizinprodukte oder Pharmazeutika erforderlich, da die Auswahl durch Wettbewerb und „die unsichtbare Hand des Marktes“ zu laufenden Verbesserungen führen muss.

Individueller Missbrauch

Aufgrund der gemeinsamen Interessenslage von „Bestecher“ und „Bestochenen“ liegen über diesen Bereich keine fundierten Informationen vor. In persönlichen Gesprächen werden von Einzelpersonen solche Vorkommnisse berichtet. Belastbare Tatsachen und Beweise lassen sich daraus allerdings in der Regel nicht ableiten. Einige „Erzählungen“ sollen berichtet werden, wenngleich der Wahrheitsgehalt nicht beweisbar ist.

- Einer Patientin wurde empfohlen, wegen der Indikationsstellung und Terminvereinbarung für eine Revisionsoperation nach einem Unfall die (Privat-) Ordination eines Operators aufzusuchen. Dieser stellt eine Notwendigkeit der Revision fest und bietet einen raschen Termin an. Auf die Frage nach der Zusatzversicherung – es liegt keine vor – vereinbart er keinen Termin und verweist auf eine lange Wartezeit. Das Ordinationshonorar ist beträchtlich.
- Ein Patient benötigt über einen längeren Zeitraum eine Nachkontrolle und einen regelmäßigen Verbandswechsel. In der Ambulanz des Krankenhauses, das ihn versorgt hat, wird ihm mitgeteilt, dass die Ambulanz überlastet sei, er aber bei dem Behandler in der Privator- dination betreut werden könne.
- Im Verlauf einer schwierigen Behandlung werden „ganzheitliche“ Zusatzbehandlungen, welche nur privat erhältlich sind (da ihre Wirksamkeit nicht belegt ist), angeboten und die „individuellen Teemischungen“ auch in der Ordination verkauft.
- Ein Patient erhält eine Zuweisung zu einem bildgebenden Verfahren. Bei der Terminvereinbarung wird er auf eine Wartezeit hingewiesen. Auf seine Nachfrage wegen einer Beschleunigung wird ihm eine sofortige Durchführung gegen private Bezahlung angeboten und am selben Tag mit Befundung abgeschlossen.

In den erzählten Beispielen entsteht der „Schaden“ vor allem dadurch, dass das Vertrauen in die Qualität und Gerechtigkeit des Gemeingutes Gesundheitssystem untergraben wird. Die spezielle Situation des Vertrauens in der therapeutischen Beziehung bedingt die Glaubwürdigkeit von Informationen. Dieses Setting wird dabei zur Erzielung eines persönlichen Nutzens eingesetzt.

Institutioneller Missbrauch

Im Unterschied zu den vorhergehenden Berichten handeln im Bereich eines institutionellen Missbrauchs nicht Einzelpersonen zur Erzielung

eines privaten Nutzens oder Vorteils. Es ist daher keinesfalls der Begriff der Korruption zutreffend. Die zugrundeliegenden Mechanismen sind dabei in der Verteilung der Kosten für basal nötige Infrastruktur wie etwa die Grundlagenforschung oder auch Vorhalteleistungen einer Notfallversorgung oder ausreichender intensivmedizinischer Kapazitäten zu suchen.

Mit diesen zumindest in Europa überwiegend öffentlich finanzierten Voraussetzungen werden in der Folge dadurch ermöglichte Innovationen wie Medizinprodukte oder neue pharmazeutische Substanzen und Verfahren, aber auch (Wahl-)Leistungen des Gesundheitswesens zur Erzielung privater Gewinne vermarktet. Bei Wahlleistungen ergibt sich der Gewinn dadurch, dass nicht alle für die Beherrschung der möglichen Risiken erforderlichen Strukturen, die in der Regel nicht voll ausgelastet werden, selbst vorgehalten werden.

Vergleichbar argumentiert die Preisbildung von Medikamenten nach dem System des „Value based Pricing“ den theoretischen rechnerischen Wert zur Gänze der Intervention zu. Die Verfügbarkeit eines hoch entwickelten Gesundheitssystems, welches für den Einsatz solcher neuer Substanzen meist erforderlich ist sowie ein funktionierendes Wirtschafts- und Gesellschafts-System zur Realisierung des Wertes von gewonnener Lebenszeit, wird nicht angerechnet.

Damit werden solidarisch geschaffene Vorteile zur Gewinnmaximierung privatisiert.

Neben diesen systemischen Spannungsfeldern zwischen marktwirtschaftlich orientierten Wirtschaftsbereichen und gemeinwirtschaftlich geschaffenen „Social Services of General Interest“ stellt die gesetzliche Regelung der Sonderklasse in Österreichs Spitälern ebenfalls eine Problemzone dar, da eine „Public Service Obligation“ als Basis für privates Optimieren von Vorteilen verwendet wird. Die entstehenden Spannungen durch widersprechende Intentionen und Regelungen sind der Glaubwürdigkeit einer bedarfsgerechten Leistungserbringung jedenfalls abträglich. Diese

Widersprüche müssen in den Personen, welche einerseits die Rolle des freiberuflichen Unternehmers und andererseits die Aufgaben des Dienstnehmers, der seinen Betrieb bei der Erreichung der zugewiesenen öffentlichen Versorgungsaufträge unterstützt, aufgelöst werden.

6. Diskussion

In der öffentlichen Diskussion werden dem Gesundheitssystem häufig Eigenschaften eines marktwirtschaftlichen Systems zugeordnet. Dort verwendete Mittel werden häufig nur als Aufwand, als finanzielle Belastung der Volkswirtschaft und als nach dem Grundsatz „weniger Staat – mehr privat“ grundsätzlich zu reduzieren – jedenfalls aber zu minimieren – dargestellt. Vereinfacht ist dies die Sichtweise einer liberalen Marktwirtschaft.

In der EU gehört ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem allerdings zu den 20 Grundsätzen der Säulen sozialer Rechte. Weite Bereiche sind daher als „Social Services of General Interest“ zu qualifizieren. Teilbereiche stellen auch „Service of General Economic Interest“ dar. Durch die Anwendbarkeit unterschiedlicher Regelungen und Zuständigkeiten für die Ausgestaltung entsteht eine Komplexität, welche für die handelnden Personen – sowohl als Konsumenten bzw. Patienten als auch als Leistungsanbieter – oft nicht durchschaubar ist.

Die Regelungen einer Mehrklassenmedizin stellen aus der Sichtweise einer „Public Service Obligation“ jedenfalls einen Missbrauch dar. Wird bereits im Regelbereich festgelegt, dass durch den Einsatz zusätzlicher Geldmittel eine Ungleich-Behandlung institutionalisiert wird, stellt es die Einschränkungen der persönlichen Freiheiten, die zur solidarischen Sicherstellung des öffentlichen Dienstes erforderlich sind, bezüglich ihrer Rechtfertigung in Frage. Eine logische Fortsetzung dieses Gedankens erfordert ein Abgehen vom Prinzip der Pflichtversicherung und eine Beitragsfestsetzung nicht aufgrund des Einkommens, sondern bestimmt durch das zu versichernde Risiko oder das gewählte Niveau des Versicherungsschutzes (z. B. Höhe eines Selbst-

behaltes, Leistungsobergrenzen in bestimmten Leistungsbereichen). Damit müsste das Gesundheitssystem vollständig als „Service of General Economic Interest“ organisiert werden.

Zu bedenken ist auch, dass marktwirtschaftliche Mechanismen durchaus auch ihre Vorteile haben, die für die Weiterentwicklung der Medizin, aber auch des Gesundheitssystems dringend benötigt werden. Sie dürfen daher nicht vollständig verworfen, sondern müssen in einer Form integriert werden, welche erkennbar die Erhaltung und Entwicklung des sozialen Gemeingutes Gesundheitswesen unterstützt.

Die Erhaltung des Gemeingut-Charakters mit einer Beteiligung und Unterstützung der betroffenen Personen muss aber sichergestellt und gefördert werden. Derzeit werden Regelungen, welche individuelle Gestaltungsfreiheiten beschränken, zunehmend schlechter akzeptiert – wie die Diskussion über Maßnahmen des „Social Distancing“ in der laufenden Pandemie erkennen lassen.

Referenzen

- 1 Ostrom E., *Beyond Markets and States: Polycentric Governance of Complex Economic Systems*, Nobel Prize Lecture.
- 2 Europäische Kommission, *Die europäischen Säulen sozialer Rechte in 20 Grundsätzen dargestellt*, <https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles.de> (zuletzt abgefragt 10.9.2020)
- 3 Huber M., Maucher M., Sak B., *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*, DG EMPL/E/4, VC/2006/131.
- 4 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Beispiel eines Gesamtvertrags*, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2014_0129/AVSV_2014_0129.pdf sig.
- 5 Transparency International, *Definition von Korruption*, <https://www.ti-austria.at/worum-es-geht/korruptions-grundwissen/definition-von-korruption/>.
- 6 Hardin G., *The Tragedy of the Commons*, Science (1968); 162(3859): 1243-1248.

Letzter Zugriff auf sämtliche Internetseiten am 10.9.2020.