

Krankheit, Heilung und Gesundheit: ökonomische, rechtliche und soziale Dimensionen

Lars Thielmann

Seit der Antike bis ins 19. Jahrhundert erlebten die Menschen Krankheit vorwiegend als individuelles Schicksal, dessen finanzielle und soziale Lasten die Betroffenen und ihre Familien zu tragen hatten. Um Zugang zu ärztlichen und pflegerischen Hilfen zu erlangen, mußten sie entweder ihr Vermögen einsetzen oder auf wohlthätige Hilfe anderer hoffen. Krankheit verband sich mit Armut, ein Zustand, der in den meisten Ländern der Erde auch heute noch nicht überwunden ist.

In den letzten 125 Jahren nun entwickelten sich in den westlichen Industrienationen Systeme zur Krankenversorgung, deren ökonomische, rechtliche und gesellschaftliche Implikationen im Laufe der Zeit enorm an Bedeutung gewonnen haben. Anfangs steht die medizinische Versorgung der sich organisierenden Industriearbeiter im Vordergrund, deren Arbeitskraft während der industriellen Revolution dringend benötigt wird und deren Bestrebungen, an der politischen Macht teilzuhaben, auf diese Weise befriedet werden sollen.¹ Lag die Wahrnehmung sozialer Verantwortung bisher bei karitativen Einrichtungen, so übernimmt ab Mitte des letzten Jahrhunderts der Staat immer mehr diese Aufgabe. Der moderne *Sozialstaat* entsteht. Gesetze werden geschaffen, die den Zugang zur und die Finanzierung der Krankenversorgung regeln. Eine umfassende Sozialgesetzgebung löst frühere rein berufsständische Regelungen ab. Deutschland, das eine führende Rolle in dieser Entwicklung spielt, gründet seine gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung.² Eine neue Situation in der Krankenversorgung entsteht.

Die Vergesellschaftung von Krankheit

Die entscheidende Errungenschaft des modernen Sozialstaats ist die *Vergesellschaftung von Krankheit*. Endlich ist der Kreislauf von Krankheit und Armut unterbrochen. Menschen erlangen Zugang zur medizinischen Versorgung, unabhängig von ihrer sozialökonomischen Stellung. Dabei finden sich gewichtige Unterschiede zwischen den westlichen Staaten. So gibt es z.B. in den USA eine staatliche, steuerfinanzierte Grundversorgung nur für die Armen und Alten (Medicaid und Medicare). In erster Linie wird das Gesundheitssystem durch private Krankenversicherungen finanziert, wobei ca. 14% der Bevölkerung gar nicht krankenversichert sind (bei der spanischsprechenden Bevölkerungsgruppe liegt

der Anteil sogar bei ca. 32%).³ Das individuelle Versorgungsniveau sinkt entsprechend dem Einkommen. In anderen Staaten existieren steuerfinanzierte Versorgungssysteme für alle (z.B. der National Health Service, NHS, in Großbritannien) oder über Sozialversicherungen finanzierte (Deutschland) oder Kombinationen aus beiden Systemen. Am stärksten ist die Idee der Vergesellschaftung von Krankheit in Deutschland realisiert. Sie findet ihren Ausdruck im sogenannten Solidarprinzip, das den solidarischen Ausgleich von Schaden, Risiko, Alter, Einkommen und Familienlasten festschreibt.

Allen diesen Systemen jedoch sind ungeachtet grundsätzlicher Unterschiede zwei Dinge gemeinsam: erstens eine hohe Regelungsdichte und zweitens ein stetig wachsender Finanzierungsbedarf. Aufgrund des steten Ausbaus der Versorgungssysteme und eines rasanten medizinischen Fortschritts sehen sich die Gesetzgeber vor allem mit folgenden Problemen konfrontiert: die Regelung des Zugangs zum Gesundheitssystem, die Bestimmung seines Leistungsumfangs sowie die Zulassung und Kontrolle von Leistungserbringern und Versicherungsträgern.

Während in den USA darüber gestritten wird, ob ein noch zu schaffendes staatliches Versorgungssystem für die gesamte Bevölkerung finanzierbar und zu rechtfertigen wäre⁴, debattiert man in Großbritannien und Deutschland, ob die bestehenden Systeme auf dem aktuellen Niveau weiter zu finanzieren sind. Mit fortschreitenden medizinischen Möglichkeiten und den auch damit verbundenen demographischen Veränderungen steigen die Ausgaben schneller an, als neue Einnahmequellen erschlossen werden können. Da in den westlichen Industriestaaten die Ausgaben für den Gesundheitssektor einen beträchtlichen Teil des Bruttoinlandsprodukts (BIP) ausmachen - die Spanne reicht von ca. 8% in Großbritannien über ca. 9% in Deutschland bis zu 14% in den USA -, wird Krankheit so zu einem volkswirtschaftlichen Kostenfaktor. Von Kostenexplosion ist die Rede, jedoch ist diese Charakterisierung nicht präzise, handelt es sich doch weitgehend um eine Leistungsexplosion einerseits und einen verhältnismäßigen Einnahmeschwund andererseits. In diesem Dilemma befinden sich die westlichen Staaten. So stehen die gesundheitspolitischen Ziele zur Debatte, deren Stichworte u.a. lauten: Rationierung, neue Steuerungsmodelle, Liberalisierung des Marktes oder Prioritätensetzung. Dabei richtet sich der Blick (zu) stark auf die ökonomischen (und in deren Gefolge auf die rechtlichen) Aspekte. Soziale und politische Gesichtspunkte finden kaum Beachtung, obschon sie doch in einem gesellschaftlichen Diskurs vorrangig sein müssten. So zeigt sich auch hier wiederum die fortschreitende *Ökonomisierung der Gesellschaft*.⁵

Der Autor

Lars Thielmann, geb. 1966, studierte Katholische Theologie an der Ruhr-Universität Bochum und Medizin an der Universität Köln. Seit Oktober 1997 ist er Mitglied des Graduierten-Kollegs „Ethik in den Wissenschaften“ am Zentrum für Ethik in den Wissenschaften der Universität Tübingen. Er arbeitet über ethische Aspekte der Ressourcenallokation im Gesundheitssystem. Anschrift: Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Keplerstrasse 17, D-72074 Tübingen, Deutschland.

Heilung als Reintegration

Diese fortschreitende Ökonomisierung in der Medizin hebt z.B. in Deutschland allmählich das o.g. Solidarprinzip aus. In Großbritannien führt sie zu weiteren Rationierungen im NHS. Und in den USA vergrößert sie die Kluft in der Versorgung von Reichen und Armen. Vor einer Kritik der Ökonomisierung scheint es allerdings sinnvoller zu sein, zunächst einige gesundheitspolitische Ziele näher zu bestimmen, die oft von ökonomischen Zielen verdeckt werden.

Den Ausgangspunkt bei der WHO-Definition von Gesundheit (ein „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“⁶) zu nehmen, ist hier wenig sinnvoll. Zu utopisch ist diese Beschreibung. Günstiger ist es, von einem Krankheitsbegriff aus gesundheitspolitische Ziele zu entwickeln.⁷ Anstelle eines idealen Gesundheitszustandes der einzelnen (oder der Gesellschaft?) könnte eher die Stärkung der Fähigkeiten von Individuen und Gesellschaft, mit Krankheit umzugehen, ein erstrebenswertes Ziel abgeben. Krankheit ist dabei als ein vielschichtiger Begriff zu verstehen. Während der deutschen Sprache nur das eine Wort für „Krankheit“ zur Verfügung steht, unterscheidet die englische Sprache vielfältig. *Disease* meint Krankheit im engeren diagnostischen Sinn von Krankheitssymptomen und -syndromen. *Illness* hingegen bezeichnet Krankheit als persönliches sowie soziales Phänomen. Letzteres wird auch *sickness* genannt. Bei psychiatrischen Erkrankungen schließlich spricht man von *mental disorders*. Diese sprachliche Differenzierung verdeutlicht die Vielschichtigkeit von Krankheit. Krankheit ist, recht verstanden, nicht allein eine Herausforderung für die Medizin, sondern für die Gesellschaft. Eine präzise und starke Formulierung des Krankheitsbegriffs erfüllt zwei wichtige Funktionen: als *diagnostischer* Begriff ermöglicht er eine genaue Bestimmung der Leistungspflichten des medizinischen Versorgungssystems (auch in Abgrenzung zu anderen sozialstaatlichen Versorgungssystemen), als Begriff eines *persönlichen* sowie sozialen Phänomens stellt er sich einer Privatisierung von Krankheit entgegen.

Ebenso muß *Heilung* vor allem als soziales und gerade nicht als individuelles Ereignis begriffen werden. Krankheit, vor allem schwere und chronische, führt häufig zum Rückzug der Betroffenen aus der Gesellschaft. Sie selbst ziehen sich zurück, aber auch ihre Umwelt distanziiert sich von ihnen. So tritt zu den physischen und psychischen Leiden eine soziale Isolation hinzu, die meist als noch belastender empfunden wird. Reformansätze in der medizinischen Versorgung ziehen daraus Konsequenzen: Sie fordern eine wohnortnahe und möglichst ambulante Versorgung. Die Lebenswelt der Betroffenen wird in die Versorgungsplanung mit einbezogen. Sogenannte Hausarzt-Modelle sehen vor, daß in der medizinischen Grundversorgung tätige Ärzte zu langjährigen Begleitern ihrer Patienten werden, die deren jeweilige Lebenswelt genau kennen und in Heilungsprozesse mit einbinden können. *Partizipation* wird so zu einem Ziel gesundheitspolitischer Bemühungen: Mündige Patienten und ihre Angehörige überlegen gemeinsam mit Ärzten und Politikern, wie ein Gesundheitssystem zu gestalten ist.⁸ Hier knüpft

die soziale Dimension von Heilung an: In ihr zeigt sich Heilung als Reintegration in die Gesellschaft. Besonders deutlich wird dies in der Versorgung von schwer und chronisch Erkrankten. Die gesellschaftliche Integration z.B. von chronisch psychisch Kranken kann als Indikator für die Qualität eines Versorgungssystems angesehen werden.⁹ Gerade die Bevölkerung räumt, wie Umfragen in Schweden und Australien belegen, der Versorgung der am schwersten Erkrankten Priorität vor allen ökonomischen Erwägungen ein.¹⁰

*Krankheit,
Heilung und
Gesundheit:
ökonomische,
rechtliche und
soziale
Dimensionen*

Zurück zur Privatisierung von Krankheit?

Angesichts stetig wachsender Ausgaben im Gesundheitssektor stehen jedoch in den öffentlichen Debatten ökonomische Erwägungen im Vordergrund. Nun ist die finanzielle Situation der Gesundheitssysteme unstrittig äußerst angespannt. Doch erscheint es mir unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten nicht ratsam zu sein, Lösungen ausschließlich im Ökonomischen zu suchen, da dadurch die fatale Ökonomisierung der Medizin und der Gesellschaft vorangetrieben wird.

Welche Lösungen schlägt die Ökonomie vor?

Auf der *Einnahmenseite* scheinen die Möglichkeiten weitgehend ausgeschöpft. Steuerquoten mag niemand weiter erhöhen. Vielmehr wird gerade überall eine Senkung der Staatsquote angestrebt. In Deutschland wird diskutiert, ob nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Kreis der Beitragszahler erweitert werden sollte, indem man die Beitragsbemessungsgrenzen anhebt.¹¹ Gegen diesen Vorschlag wenden sich energisch die privaten Krankenversicherungen, die um ihre Kunden bangen. Hier kann man nicht auf Lösung hoffen.

Auf der *Ausgabenseite* hingegen wird eine Vielzahl von Lösungsvorschlägen erwo-gen. Dabei sind grundsätzlich zwei Ebenen zu unterscheiden: Lösungen auf der *volkswirtschaftlichen* (Makro-) von Lösungen auf der *betriebswirtschaftlichen* (Mikro-) Ebene.

Auf der Makroebene ist als erstes eine durch den Staat festgesetzte Begrenzung der Ausgabenhöhe zu nennen, die nicht überschritten werden darf. In Deutschland wurden im Rahmen einer sogenannten „Gesundheitsreform“ etliche neue gesetzliche Bestimmungen erlassen, die die Beitragssätze der GKV ebenso fixierten wie die Budgets von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern.¹² Derartige Maßnahmen, Beispiele aus dem britischen NHS belegen dies, führen zu Rationierungen.

Eine zweite Maßnahme ist die Liberalisierung des Gesundheitssektors. Das bedeutet zum einen, daß der Staat sich aus der Steuerung des Sektors zurückzieht, zum andern, daß in dem nun als „Markt“ verstandenen Sektor verstärkt Wettbewerbselemente eingeführt werden. Ob sich eine solche Maßnahme allerdings positiv auswirkt, darf bezweifelt werden. Die USA, die ihren Gesundheitssektor weitgehend liberalisierten, geben mit Abstand am meisten für ihn aus, nämlich ca. 14% des BIP. Ferner haben sie mit 23% die höchste Verwaltungskostenquote. In Großbritannien mit seinem kostengünstigen NHS

(ca. 8% des BIP) verdoppelten sich nach Einführung des gesteuerten Wettbewerbs 1991 die Verwaltungskosten auf 11-16% des NHS-Budgets. In Deutschland belaufen sie sich auf 13%. Die Befürchtung, daß mehr Wettbewerb nur die Verwaltungs- und Werbungskosten in die Höhe triebe, ist also nicht unberechtigt und bestätigt sich bei deutschen privaten Krankenversicherungen.

Während ein steuerfinanziertes System wie der NHS zwar unter makroökonomischen Aspekten durchaus kostengünstig ist, aber immer zur Rationierung tendiert, zeigen sich beim vorwiegend privatwirtschaftlich organisierten US-amerikanischen System einige Schwächen. Es ist erstens nicht in der Lage, makroökonomisch kostengünstig zu wirtschaften, es tendiert zweitens zur Selektionierung bezüglich Risiko oder Einkommen und führt so drittens zu starken Versorgungsdifferenzen zwischen Reichen und Armen.

Auf der Mikroebene wird Krankheit bzw. Gesundheit als etwas verstanden, das „gemanagt“ werden muß. Es wird also ein ökonomisierter Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff eingeführt, der die oben genannten Dimensionen von Krankheit zugunsten eines Teilaspektes ausblendet. *Managed-care*-Systeme, die in den USA weit verbreitet sind und in Deutschland gefordert werden, sollen zum einen auf die Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser u.a.), zum andern auf die (gesunden) Versicherten und die (kranken) Patienten steuernd einwirken.¹³ Dabei findet bezüglich der Leistungserbringer die Tatsache Berücksichtigung, daß ca. 80% des Ausgabenvolumens durch Arztentscheidungen bestimmt sind. Hingegen sind die Leistungsempfänger, ganz im Sinne des Marktgedankens, Kunden, die souverän für sich ein ihren Wünschen entsprechendes Versicherungsangebot auswählen können. Sie sollen sich für oder gegen bestimmte Leistungen im Krankheitsfall entscheiden, bevor dieser eintritt. Das Individuum soll für sich privat Risikovorsorge treffen, zwangsläufig bemessen am Einkommen und Vermögen. In den USA hat das zur Folge, daß nach Risiken und Einkommen selektiert wird. Die freie Wahl des „Kunden“ Patient wird gelobt als Stärkung der Selbstbestimmung. Dieses Argument ist auch in der deutschen Debatte zu vernehmen. Es scheint hier allerdings eine Verwechslung von „*Kundensouveränität*“ mit einer *Partizipation der Betroffenen* vorzuliegen.

Außer acht gelassen wird erstens, daß Gesundheit ein besonderes Gut ist. In der ökonomischen Güterlehre wird es als „öffentliches Gut“ bezeichnet (d.h. die Kriterien der Nichtausschließbarkeit, der Nichtrivalität und der Unteilbarkeit sind erfüllt). Zweitens gibt es im Gesundheitssektor kein echtes Marktgeschehen: Zum einen wählt kein Mensch die Krankheit, zum anderen existiert eine große Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient.

Alle diese Lösungsvorschläge bergen, besonders für das deutsche Versorgungssystem, eine Gefahr in sich. Daß nämlich die große Errungenschaft des modernen Sozialstaats, die Vergesellschaftung von Krankheit (und anderen sozialen Risiken), dem Marktgedanken geopfert wird. Eine *Privatisierung von Krankheit*, wie sie in vielen westlichen Industriestaaten gefordert wird, schlosse den alten Kreislauf, der doch unterbrochen schien. Krankheit verbände sich wieder mit Armut.

¹ Das Bismarcksche „Sozialistengesetz“ (1878) ist die „Peitsche“, seine Sozialgesetzgebung (1883–1889) das „Zuckerbrot“ für die Arbeiter.

² Es handelt sich um die Pflichtversicherungen gegen Krankheit (1883), industrielle Unfälle (1884) sowie Invalidität und Alter (1889).

³ Diese und die folgenden Daten zu den Gesundheitssystemen: OECD Health Data, Comparative Analysis of Health Systems 1995.

⁴ Als ein Beitrag unter vielen sei hier genannt: R. Dworkin, Will Clinton's plan be fair?, New York Review of Books 1994, Jan. 13th, pp. 20–25.

⁵ Ökonomisierung meint die unkritische Übernahme ökonomischer Imperative in andere Handlungskontexte. Es geht dabei nicht um eine *Dichotomie* zwischen ökonomischem und sozialem Kontext, sondern um die *Dominanz* ökonomischer Imperative.

⁶ Constitution of the World Health Organization (1948).

⁷ So argumentiert auch eine schwedische Parlamentskommission, s. Swedish Parliamentary Priorities Commission, Priorities in Health Care - Ethics, Economy, Implementation, Stockholm 1995, 5.

⁸ Im US-Bundesstaat Oregon, aber z.B. auch daran anknüpfend in den Niederlanden und in Schweden, wurde die Bevölkerung an den Diskussionen über Reformen des Versorgungssystems intensiv beteiligt. Diese Beteiligung ist, ungeachtet aller berechtigten Kritik am Oregon-Plan, zu begrüßen.

⁹ Diese Ansicht vertritt u.a.: W. Rössler, Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker - Daten, Fakten, Analysen, Baden-Baden 1996.

¹⁰ Swedish Parliamentary Priorities Commission (1995); E. Nord/J. Richardson/ A. Street/H. Kuhse/P. Singer, Who cares about costs? Does economic analysis impose or reflect social values?, in: Health Policy 34 (1995) 79–94.

¹¹ Beitragsbemessungsgrenze meint die Einkommenshöhe, bis zu der man in der GKV pflicht-versichert ist.

¹² Budgetierungen in dieser Form wurden erst mit den Reformgesetzen eingeführt.

¹³ Zu *Managed care* siehe z.B.: M. Arnold/K.W. Lauterbach/K.-J. Preuß (Hg.), Managed Care - Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Stuttgart/New York 1997.