
Fall 1: „Selbstverschuldete“ Erkrankungen

Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine 36-jährige Patientin mit massivem Übergewicht (Body Mass Index [BMI] = $43 = 125 \text{ kg}$ bei 170 cm). Sie gibt an, schon immer dick gewesen zu sein. Auch ihre Eltern seien beide übergewichtig gewesen. Ursache des Übergewichts sei ihr Heißhunger auf „alles Süße“. Bis dato habe sie bereits mehrere erfolglose Diäten absolviert, davon zwei unter ärztlicher Aufsicht. Sie könne einfach nicht an Süßigkeiten vorbeigehen, weshalb sie immer wieder rückfällig geworden sei. Sie stellt sich nun mit der Bitte um einen chirurgischen Eingriff zur Verringerung ihres Übergewichts vor. Zusätzlich leidet sie an Bluthochdruck und Rücken- sowie Kniebeschwerden. Das Scheitern ihrer Ehe führt sie unter anderem auf ihre Gewichtsprobleme zurück.

Hintergrundinformationen:

Die Prävalenz des krankhaften Übergewichts (BMI > 30) beträgt in Westeuropa etwa 20 % der Bevölkerung. Eine akzeptierte Indikation zur Operation ist derzeit bei einem BMI > 40 oder einem BMI > 35 mit gleichzeitiger Komorbidität gegeben. Die chirurgische Therapie führt in 70–80 % der Fälle zu einer relevanten und dauerhaften Gewichtsreduktion (BMI > 10). Die Letalität des Eingriffs liegt unter 1 %, die Komplikationsrate bei ca. 20 %. Demgegenüber führt die konservative Therapie im Langzeitverlauf regelmäßig zum Versagen. Ab einem BMI von 30 ist statistisch mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität zu rechnen. Die Folgekosten einer abwartenden Haltung sind deshalb möglicherweise höher als bei frühzeitiger chirurgischer Therapie. Die Kosten des krankhaften Übergewichts inkl.

Komorbiditäten betragen 1995 5,4 % der Gesamtkrankheitskosten in Deutschland (20,7 Mrd. DM).

Frage zur Diskussion

Ist es gerechtfertigt, die Kosten einer Erkrankung, die weitgehend Folge eines persönlichen Fehlverhaltens ist, der Gesellschaft aufzubürden, oder soll die Patientin zumindest zum Teil selbst für die Behandlungskosten aufkommen?¹

Höflich

Der Fall beleuchtet symptomatisch eine seit etlichen Jahren geführte Diskussion darüber, ob und inwieweit die Kategorie der „Eigenverantwortung“² in das Finanzierungssystem insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung implementiert werden kann. Allerdings ist der Begriff der „Eigenverantwortung“, mehr aber noch der in der Fallfrage genannte Terminus des „persönlichen Fehlverhaltens“ oft von impliziten moralischen Vorverständnissen geprägt. So stellt sich gerade im Blick auf die vorgestellte Patientin und deren Biografie („auch ihre Eltern seien beide überge- wichtig gewesen“) die Frage, ob ihr krankhaftes Überge- wicht nicht seinerseits Ausdruck einer „Krankheit“ ist.

Im Übrigen ist zu bedenken, dass ein nicht in ein ange- messenes Präventionssystem integrierter Ausschluss sog. persönlichen Fehlverhaltens aus dem Leistungskatalog der

¹ Dieser Fall wurde bereits 2003 unter dem Gesichtspunkt „Gren- zen der Gesundheit“ vorgestellt und diskutiert. Aufgrund der Ak- tualität des Themas soll er nun erneut unter dem Gesichtspunkt der Finanzierung der Therapie behandelt werden.

² Siehe auch *Buyx, A.*: Eigenverantwortung als Verteilungskrite- rium im Gesundheitswesen. In: *Ethik in der Medizin* 17 (2005), 269ff.

GKV gerade in Konstellationen wie der vorliegenden letztlich zulasten anderer Sozialversicherungssysteme geht.

Kossow

Zur Diskussion steht die Frage, ob es gerechtfertigt ist, die Kosten einer Erkrankung, die weitgehend Folge eines persönlichen Fehlverhaltens ist, der Gesellschaft aufzubürden, oder ob die Patienten zumindest zum Teil selbst für die Behandlungskosten aufkommen sollen.

Es handelt sich um ein krankhaftes Übergewicht mit einem BMI über 30.

In ähnlichen Fällen ist die chirurgische Therapie geeignet gewesen, bei 70–80 % der Operierten eine relevante und dauerhafte Gewichtsreduktion um mehr als 10 BMI-Punkte zu bewirken.

Im Übrigen ist es nicht ausgeschlossen, dass Übergewicht dieses Ausmaßes an eine familiär gehäuft auftretende Suchtkomponente gebunden ist.

Es bestehen daher erhebliche Zweifel, ob es sich bei dem hier vorliegenden Fall um eine „selbstverschuldete“ Erkrankung handelt.

Es entspricht daher der gängigen Erstattungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen, in solchen Fällen Operationen zu bezahlen, wenn alternative Therapiemöglichkeiten, wie z. B. Beratungen und evidenzbasierte Programme zur Gewichtsabnahme, fehlgeschlagen sind.

Schuster

Eine Vorbemerkung, die sich auf alle Fälle bezieht: Unter ethischer Rücksicht gilt, dass jedem, der ärztliche Hilfe benötigt, diese nicht verweigert werden darf – auch dann

nicht, wenn sich der Betreffende in erheblichem Maß durch zurechenbares Fehlverhalten geschädigt hat.

Der § 1 von Sozialgesetzbuch V trägt die Überschrift „Solidarität und Eigenverantwortung“. Dort heißt es:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

Die Tradition zählte die Verantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit zu den Pflichten gegenüber der eigenen Person. Unter der Rücksicht einer solidarisch verfassten GKV handelt es sich zugleich um eine sozialetische Verpflichtung, denn jeder ist zunächst einmal für sich selber verantwortlich und soll nicht Lasten, die er selber tragen bzw. vermeiden kann, anderen aufbürden. Doch damit ist noch keine Entscheidung darüber getroffen, ob „Eigenverantwortung“ auch als Kriterium für die Beschränkung der Leistungen der GKV bei bestimmten Krankheiten und Verletzungen taugt, bei denen eigene Fahrlässigkeit, Bequemlichkeit oder Gedankenlosigkeit auch eine Rolle spielen oder spielen können. Denn die Bewertung eines Verhaltens als „selbstverschuldet“ im Zusammenhang mit Krankheit wirft schwerwiegende Fragen auf:

(1) Ist der Grad der Verantwortlichkeit bei Krankheiten festzustellen, die wir in der Regel unter die Folgen von

süchtigem oder suchtähnlichem Verhalten einordnen? Das Verhalten der 36-jährigen Patientin dürfte wohl zumindest als suchtähnlich zu beschreiben sein.

(2) Mediziner verstehen sich gewöhnlich als Experten für Diagnose und Therapie von Krankheiten, nicht aber in erster Linie als Experten für das Maß an persönlicher Verantwortung bei Krankheit. Wird ihnen aber diese Aufgabe zugewiesen, verändert sich das Arzt-Patienten-Verhältnis – jedenfalls bei solchen Patienten, deren Erkrankung auch durch persönlich zurechenbares Fehlverhalten verursacht sein kann. Aus dem Helfer wird der Gutachter.

(3) Prinzipiell stellt sich die Frage, ob bei jener Klasse von Krankheiten, die durch persönliches Verhalten wie auch gesellschaftliche Umstände mit verursacht werden, eine eindeutig zurechenbare Verantwortlichkeit feststellbar ist. Unter dieser Rücksicht aber wären Kranke u. U. als Opfer wie als Täter zu bewerten.

(4) Der § 1 SGB V spezifiziert jene Bereiche, in denen die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit zum Tragen kommen kann. Sie nachträglich als Kriterium für „Bestrafung“ einzusetzen, halte ich für unangemessen. Deshalb sollte der Patientin die chirurgische Therapie angeboten werden – und zwar ohne Beteiligung bei den Behandlungskosten.

Alsleben

**Sie wird schlank operiert, wir zahlen!
Weil Gertrud M. Süßigkeiten liebt, genehmigt Kasse
Schönheits-OP**

Gertrud M. ist glücklich: Endlich passt ihr wieder Kleidergröße 40. Jetzt freut sie sich schon auf den nächsten Strandurlaub. Dank der Krankenkasse hat die 36-jährige Sekretärin jetzt 50 Kilo weniger. Vorher

wog sie 125 Kilo, traute sich kaum noch auf die Straße. „Ich konnte einfach nicht an Süßigkeiten vorbeigehen“, sagt Gertrud M. entschuldigend. Keine Diät hatte sie durchgehalten. Wo der Wille fehlte, sollte der Doktor helfen: Sie machte eine Fettabsaugung. Und die Kasse zahlt. Begründung der örtlichen AOK: Die Kosten für Fettleibigkeit seien langfristig höher als eine Operation. Ein schlechtes Gewissen hat Gertrud M. nicht. Schließlich zahle die Kasse ja auch die Behandlungskosten nach einem Skiunfall. Und niemand werde gezwungen, Ski zu fahren. Ihr Essverhalten will sie nicht ändern. Der Heißhunger auf alles Süße sei geblieben. „Ich kann doch nichts dafür“, so die Ex-Dicke.

Dicke zahlen, Raucher nicht

Kasse weigert sich, notwendige Operation komplett zu zahlen

Gertrud M. ist sauer: Zwar ist sie endlich von einem jahrzehntelangen Leiden erlöst, aber um welchen Preis: Die teure Fettabsaugung muss sie zur Hälfte mitbezahlen. Mit 125 Kilo Körpergewicht hatten ihr die Ärzte dringend zu einer Operation geraten. Die hat sie gemacht: erfolgreich. Sie wiegt jetzt 50 Kilo weniger, fühlt sich deutlich besser. Und die Krankenkasse spart auch noch dabei: Übergewicht ist teuer, zieht zahlreiche Folgeerkrankungen nach sich wie Diabetes, Herzprobleme oder Gelenkschmerzen. Und obwohl die örtliche AOK bei Gertrud M. von diesen Kosten künftig verschont bleibt, hat sie nur einen Teil der Operationskosten übernommen. Begründung: Wer dick ist, ist in der Regel selber schuld. Bei Gertrud M. sei das der Fall gewesen. Kein Wort über ihre nahezu suchtartigen Fressanfälle. Gertrud M. versteht das nicht: „Wenn Raucher Krebs bekommen, zahlt das die Kasse doch auch.“

Zwei Varianten für eine zugespitzte Aufarbeitung des Falles im Boulevard. Beide Artikel sind rein fiktiv, könnten aber so oder ähnlich veröffentlicht werden.

Allerdings: In den letzten Jahren, vor allem im letzten Jahr lässt sich in der Berichterstattung und Kommentierung ein immer stärkerer Trend „pro Eigenverantwortung“ beobachten. Das heißt: Die alte Auffassung, der Staat müsse für alles und jedes sorgen, schließlich werde er dafür

bezahlt, wird immer stärker abgelöst durch die Ansicht, der Staat seien wir alle – entweder als Steuer- oder als Beitragszahler –, und daher könne er sich vieles Wünschenswerte nicht mehr leisten und müsse nur noch für das Notwendige sorgen. Und Maßnahmen und Kosten, die man durch eigenes Verhalten leicht verhindern kann, gelten dabei nicht als notwendig. Insofern dürfte die erste Verarbeitung des Falles mit der Tendenz zu mehr Eigenbeteiligung inzwischen wahrscheinlicher sein.

Allerdings ist dann Konsequenz gefragt: Wer in der Krankenversicherung bei Übergewichtigen mehr Eigenbeteiligung verlangt, muss dasselbe auch bei Sportunfällen und Rauchern tun.

Problematisch sind allerdings die Grenzfälle: Soll z. B. Fußball zur Eigenverantwortung gehören? Es ist keine klassische Risiko-Sportart, und doch verursachen Fußballverletzungen höhere Kosten als z. B. Gleitschirm-Unfälle. Und lebt der Fußball-Sportler nicht insgesamt gesünder als der Sport-Verweigerer (siehe Fall 3)? Wie sieht es mit dem Fahrradfahrer aus, der ohne Helm fährt (siehe Fall 5)? Diese Abgrenzungsprobleme können stets medial so oder so dargestellt werden.