

---

# Gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen aus der Sicht des Hausarztes

Klaus-Dieter Kossow

Nach den einschlägigen Lehrbüchern der Allgemeinmedizin gehören zu den Handlungsfeldern des Hausarztes

- die haus- und familienärztliche Funktion,
- die Sieb- und Verteilerfunktion zur Steuerung der Patienten durch das Gesundheitssystem,
- die Langzeitbehandlung von Erkrankungen, die durch Risikofaktoren mitbedingt sind,
- die soziale Integrationsfunktion (zur Beteiligung der Patienten, der Angehörigen und der Gesundheitsfachberufe an der Behandlung),
- die Koordinationsfunktion
- und die Gesundheitsbildungsfunktion.<sup>1</sup>

Hausärzte reagieren somit nicht nur auf akute Endpunkterkrankungen, die aufgrund einer Querschnittsdiagnostik festgestellt und durch ärztliche Experten behandelt werden. Sie koordinieren nicht nur deren Diagnostik und Therapie. Vielmehr sind Hausärzte immer auch biografisch orientiert und präventiv tätig. Dies geschieht mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten zu Koproduzenten von Gesundheit zu machen. Hausärzte wollen bei chronischen Krankheiten so viel Selbstbehandlung wie möglich bewirken.

Nicht jede Patientin und jeder Patient ist dazu in gleicher Weise in der Lage. Gesundheitschancen sind auch deshalb schichtenspezifisch, weil Bildung, Einkommen, Familientradition und regionale Voraussetzungen zu variablen Ge-

sundheitschancen führen. Andererseits werden Hausärzte bei der Integration von Familienangehörigen in die Krankheitsbehandlung, bei der Koordination der Leistungen von Gesundheitsfachberufen und bei ihrer Gesundheitsbildungsfunktion davon ausgehen, dass die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen Selbsthilfe und Selbstbehandlung der Patientinnen und Patienten erforderlich machen, wo diese möglich, zumutbar und mobilisierbar ist. Angesichts knapper Ressourcen gerade auch im Gesundheitswesen darf das Solidaritätsprinzip erst in Anspruch genommen werden, wenn jemand sich nicht mehr selber helfen kann.

Die Stärkung der Eigenverantwortung und Probleme der Lastenverteilung zwischen Individuum und Kollektiv sind ausführlich von Nolting, Hagenmeyer, Hofmann und Häussler in der Monografie *Eigenverantwortung*<sup>2</sup> bearbeitet und diskutiert worden.

Die Gesundheitsreform des Jahres 2003 durch das GKV-Modernisierungsgesetz beabsichtigt eine Stärkung der Beteiligung der Patienten bei der Steuerung des Gesundheitswesens und will die Rolle der Patienten im Wettbewerb der Krankenkassen und Leistungsanbieter stärken. Dadurch werden aber möglicherweise Konflikte verschärft, die bei der Organisation einer gerechten Verteilung knapper Gesundheitsressourcen auftreten können.

Versicherte haben andere Ziele als Patienten. Ca. 80 % der Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind nicht in nennenswertem Umfang auf Erstattungsleistungen ihrer Versicherung angewiesen. Sie sind primär an einem niedrigen Beitrag interessiert. Insbesondere jüngere Versicherte wechseln die Kasse, wenn der Beitrag sich überdurchschnittlich entwickelt. Beispielsweise haben die Betriebskrankenkassen in den letzten zehn Jahren ihren Mitgliederbestand zulasten der großen Versorgerkrankenkassen verdoppelt, weil sie am unteren Ende der Beitragsskala angesiedelt waren.

Lediglich jene ca. 20 % der GKV-Versicherten, die unter chronischen Erkrankungen mit der Folge kostenaufwendiger Behandlung leiden, sind nicht primär an einem niedrigen Beitrag, sondern an einer optimalen Versorgung interessiert. Niedriger Beitrag und optimale Versorgung können entgegengesetzte Ziele sein, obwohl dies nicht notwendigerweise der Fall ist. Patienten werden eine gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen eher auf der Grundlage des Solidaritätsprinzips anstreben, während Versicherte mit der Pflicht zu hoher Beitragsleistung eher vom Subsidiaritätsprinzip ausgehen werden. Interessen beeinflussen die Urteile.

Die Ziele der Patienten sind auf einen freien Zugang zur Versorgung gerichtet. Zu ihren wichtigsten Postulaten zählt die freie Arztwahl. Patienten wollen möglichst selbst bestimmen, welche Versorgungsebene im Krankheitsfall in Anspruch genommen wird. Ca. 30 % der Patienten lehnen die Steuerung der Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte ab und verlangen auch bei geringfügigen Gesundheitsstörungen die direkte Inanspruchnahme des Facharztes oder bei schwereren Krankheiten die freie Wahl des Krankenhauses.

Patienten wollen eine umfassende und kontinuierliche, qualitätsgesicherte Versorgung. Über ihre Wertvorstellungen und Wünsche berichtet seit 2002 jährlich der Bertelsmann-Gesundheitsmonitor. Ca. zwei Drittel der Patienten wollen keine oder eine niedrige Selbstbeteiligung bezahlen. Patientenrechte, mit Entscheidungen über Krankheitsbehandlung im informierten Zustand und soviel Transparenz wie möglich, haben einen wachsenden Stellenwert.

Melanie Schnee formuliert es im Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003<sup>3</sup> folgendermaßen: Eigenverantwortung im Gesundheitswesen bedeutet, dass Versicherte und Patienten als souveräne Konsumenten auftreten.

Demgegenüber erleben Hausärzte die Patienten, insbesondere Behinderte und Ältere, meistens eher als hilf-

bedürftig, jedenfalls nicht als zu irgendeiner Entscheidung oder sonstigen Souveränitätsleistung fähig.

Aus hausärztlicher Sicht sind eigenverantwortliche Patienten nicht in erster Linie Konsumenten, deren Verbraucherschutz verbessert werden muss, sondern Produzenten von Gesundheit. Man muss sie befähigen, als Kotherapeuten mit Ärzten und Gesundheitsfachberufen aktiv zusammenzuarbeiten.

Es liegt auf der Hand, dass Entscheidungen über die gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen anders ausfallen, wenn man Patientinnen und Patienten nicht primär als Verbraucher sieht, die passiv eine Leistung in Anspruch nehmen, sondern ihnen vielmehr die Rolle von Kotherapeuten zuerkennt, die je nach Befähigung einen mehr oder weniger umfangreichen Beitrag zur Selbstbehandlung leisten können und folglich nach dem Subsidiaritätsprinzip auch müssen.

Hiervon geht auch das deutsche Sozialrecht aus. Nach § 2 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die im Leistungskatalog des Dritten Kapitels genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugeteilt werden.

Pflege der Gesundheit, Behandlung von Krankheiten, Finanzierung der Aufwendungen sind somit eng verknüpft mit der Frage, nach welchen Prinzipien die Verantwortung für die Pflege der Gesundheit und deren Finanzierung zwischen Individuum und Gesellschaft geteilt werden sollte. Es geht um möglichst konkrete Antworten auf die Fragen:

- „Was ist Sache des Staates?“
- „Was ist Sache des Einzelnen?“
- „Was ist Schicksal und damit Sache einer Versicherten-gemeinschaft?“

Auf diese Fragen gehe ich noch näher ein. Sie sind allerdings eng verknüpft mit gesundheitspolitischen Wertun-

gen in Bezug auf Luxus oder Notwendigkeit im Gesundheitswesen.

### *Gesundheitspolitik – Luxus oder Notwendigkeit?*

Die Meinungsforschungsinstitute bestätigen uns immer wieder, dass Gesundheit in der Skala der Wünsche unserer Mitbürger ganz oben rangiert. Entsprechend hoch ist der Stellenwert der Gesundheits- und Sozialpolitik. Parteien haben geringere Wahlchancen, wenn sie die Bürger auf ihre Eigenverantwortung hinweisen und die Rolle des Staates bei der Gesundheitssicherung zurücknehmen wollen. Der Ausgang der Bundestagswahlen im Herbst 2005 stützt diese These.

Der Züricher Ökonom Peter Zweifel hat in einem Interview in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* vom 19.5.2006 die Gesundheit als ein Luxusgut bezeichnet: „Je reicher wir sind, desto mehr wollen wir von allem – am meisten aber von der Gesundheit. Sie ist Voraussetzung für alles andere.“

Wenn Peter Zweifel Recht hätte, dann wären die Gesundheitspolitiker hierzulande gefordert, die Wünsche und Ansprüche der Bürger nach dem Konsum von Leistungen und Waren zu befriedigen, die dem Luxus zuzuordnen sind. Ist dies mit einem sozialpolitisch akzeptablen Gleichgewicht von Subsidiaritäts- und Solidaritätsprinzip vereinbar?

Solche Grundfragen müssen neu gestellt und beantwortet werden: Schon vor nahezu 40 Jahren beschrieb der damalige rheinland-pfälzische Sozialminister, Heiner Geißler, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, und seitdem ist eine Gesundheitsreform der anderen gefolgt. Aus der alten Reichsversicherungsordnung wurden (cum grano salis) die elf Bücher des Sozialgesetzbuches. Das fünfte befasst sich mit der gesetzlichen Krankenversiche-

nung und enthält anstelle des einen § 368 der Reichsversicherungsordnung mehr als 300 Paragraphen, die 1000-fach neu gefasst und umformuliert wurden. In all den Jahrzehnten blieb zwar der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt mit ca. 6–7 % in etwa gleich. Gestiegen ist aber der Aufwand für bürokratische Kontrolle, für einen regulierten Wettbewerb nach politischen Vorgaben, für die wachsende Sozialgerichtsbarkeit und das Bundesversicherungsamt. Die Eingriffe des Staates in das System der gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung und in die Verträge derselben mit den Leistungserbringern wurden immer detaillierter. Eine nachhaltige Kostenkontrolle, die der Entwicklung der Bevölkerung und den Forderungen der Wirtschaft nach Entlastung von finanziellen Beiträgen zur GKV gerecht würde, ist gleichwohl nicht gelungen. Man soll es nicht als Polemik abtun, wenn nach 40 Jahren zunehmender staatlicher Eingriffe in das System der gesetzlichen Krankenversicherung Zweifel angemeldet werden, ob der Staat überhaupt in der Lage ist, ein System der Gesundheitssicherung aufzubauen und zu steuern, welches den Ansprüchen der Bürger im 21. Jahrhundert gerecht wird. Jedenfalls ist das vorliegende Resultat staatlicher Eingriffe unbefriedigend. An der Qualität der Versorgung wird von den Fachleuten Kritik geübt. Die Transparenz reicht nicht aus für eine optimale Gestaltung des Wettbewerbs und für die Partizipation der Patientinnen und Patienten.

Eine solche Kritik ist zwar immer auch durch internationale Vergleiche – wie beispielsweise durch die kürzlich erschienene Studie des Instituts für Gesundheitssystemforschung in Kiel unter der Leitung von Professor Beske – relativiert worden. Tatsache ist, dass auch andere Länder ihre Probleme mit der Gesundheitssicherung haben und dass Deutschland im Vergleich zu ihnen nicht so schlecht dasteht, wie dies angesichts der Kritik, die der Sachverständi-

genrat für das Gesundheitswesen am deutschen System übt, zu vermuten wäre.

Nach 40 Jahren Unzufriedenheit mit den Ergebnissen von Reformen, an denen nahezu alle im Bundestag vertretenen Parteien beteiligt waren, muss aber gefragt werden, ob wir unser System der Gesundheitssicherung vonseiten der Politik mit Ansprüchen überfordern, ob und in welchem Umfang Gestaltungs- und Managementfehler vorliegen und ob die Erwartungen der Bürger an die gesetzliche Krankenversicherung zu hoch sind bzw. der Staat diesen Erwartungen zu weit entgegenkommt.

Man kann auch nach weiteren Schuldigen suchen und wird sie vielleicht finden, z. B. Leistungserbringer, die sich dem Wettbewerb nicht stellen wollen, Krankenkassenrepräsentanten, denen es nur um den Ausbau ihrer Macht geht, Krankenhausträger, die ihre Marktposition verteidigen, Arzneimittel- und Medizingerätefirmen, deren Aktionären es nur um den Gewinn geht usw.

Vier Jahrzehnte intensiver Reformbemühungen unter Beteiligung aller politischen Kräfte sollten aber in einem staatlich geregelten Versorgungssystem genügen, um Fehler und Unterlassungen einzelner Systembeteiligter nicht nur zu diagnostizieren, sondern auch durch geeignete Maßnahmen zu therapieren. Die entscheidende Nachricht ist daher: Die regulierende Kraft hat es nicht geschafft, mit ihrer Aufgabe fertig zu werden. Diese Kraft ist nicht anonym, sondern gut bekannt. Es sind die jeweils mit Mehrheit regierenden Politiker auf Bundes- und Landesebene. Aber in den zurückliegenden 40 Jahren waren schon alle politischen Kräfte am Scheitern politischer Zielsetzungen und Konzepte beteiligt. Somit eignet sich die Gesundheitspolitik nur bedingt für parteipolitische Auseinandersetzungen.

Auch die FDP war in der Vergangenheit als Koalitionspartner der CDU/CSU an Reformkonzepten mit unbefrie-

digendem Ergebnis beteiligt. Immerhin hat diese Partei daraus die Konsequenz gezogen, dem Staat weniger und der Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger in Zukunft mehr zuzutrauen. Dies steht im Einklang mit dem Fazit dieses Aufsatzes.

Ein kritisch-rationaler Zeitgenosse wird dessen ungeachtet nicht primär nach der politischen Schuld fragen, wenn er mit dem Fazit konfrontiert wird, dass 40 Jahre währende Reformbemühungen unbefriedigende Ergebnisse aufzuweisen hatten.

Die wichtigere Frage muss lauten, ob es übergeordnete Systeme gab und gibt, die die politischen Kräfte ganz unabhängig von ihrer jeweiligen Zielsetzung in der Gesundheitspolitik zum Scheitern verurteilt haben. Und die gibt es.

### *Gesundheit, ein unscharfer Begriff*

Erfolgreiche Politik ist abhängig von einer Verständigung über weltanschauliche Grenzen hinweg. Denn ohne Kommunikation entstehen keine Kompromisse für Mehrheitsentscheidungen. Ganz offensichtlich fällt aber in der Gesundheitspolitik eine Verständigung mit dem Ziel langfristig stabiler Mehrheiten besonders schwer. Gesundheit ist ein unscharfer Begriff. Dessen inhaltliche Bestimmung ist mit übergeordneten weltanschaulichen Orientierungen eng verflochten.

Die Weltgesundheitsorganisation hat seit einigen Jahrzehnten als Oberziel einen Zustand „völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ postuliert. Gesundheit rückt damit in die Welt der Utopien. Für den einen wird sie zur Ersatzreligion, für den anderen zum Inhalt des „Prinzips Hoffnung“. Und die subjektiven Interpretationen des Gesundheitsbegriffes sind ohne Zahl.

Aber auch der medizinischen Wissenschaft fällt die Be-



schreibung der Gesundheit nicht viel leichter. Die wissenschaftlich fundierte Medizin ist nach methodischen und klinischen Gesichtspunkten in viele Fächer gegliedert. Sie haben Teilaspekte von Krankheit zum Inhalt. Diese können fokussiert und selektiv betrachtet werden. Am Ende entsteht gerade dann eine gewisse Beliebigkeit der Definition von Gesundheit, wenn Interessenaspekte im Spiele sind. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn es um die Definition von Nutzen und Wirtschaftlichkeit beim Einsatz von Arzneimitteln durch das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen geht.

Auch die Gesundheitspolitik anderer Länder ist von diesen Problemen nicht völlig frei. Hierzulande sind sie aber besonders gravierend. Das deutsche Sozialrecht unternimmt schon seit Jahrzehnten den Versuch, prinzipiell unvereinbare Ziele und Normen unter einen Hut zu bringen.

Hierzu ein Beispiel:

Der § 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) verpflichtet die Krankenkassen, den Versicherten Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen zur Verfügung zu stellen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen müssen.

Die deutsche Gesellschaft für Pharmakologie hat bereits vor 15 Jahren in einem Gutachten festgestellt, dass weder die Homöopathie noch die Anthroposophie dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Gleichwohl sind sie nach sozialrechtlicher Norm in Deutschland im Prinzip nicht ausgeschlossen.

Unauflösbare logische Widersprüche dieser Art sind die unmittelbare Folge von Entscheidungen des Gesetzgebers, der sich selbst nicht darüber im Klaren zu sein scheint, ob er den Anspruch der Bürger auf sozialstaatliche Gesundheitspflege auf der Grundlage subjektiver Wünsche und

weltanschaulicher Ausrichtungen oder nach objektiv-wissenschaftlichen Prinzipien gewähren will.

Wilhelm von Oranien soll einmal frei nach Seneca gesagt haben: „Solange man nicht weiß, in welchen Hafen man will, ist jeder Kurs der falsche!“

Solange also die Gesundheitspolitiker in Deutschland und für Deutschland keine eindeutigen Gesundheitsziele festgelegt haben, ist eine Gesundheitspolitik nicht möglich. Dies gilt analog für den Ordnungsrahmen, in dem die Gesundheitspflege organisiert werden soll. Man wird sich entscheiden müssen, welche Leistungen mit dem Ziel besserer Gesundheit der Staat sicherstellen muss, was Sache des einzelnen Bürgers ist, welche Güter und Dienstleistungen im Wettbewerb marktwirtschaftlicher Systeme zu erbringen sind, wer dabei nach welchen Kriterien in den Wettbewerb einzutreten hat. Man wird aber auch – wenn man es für sinnvoll hält – Teilaspekte der Gesundheitspflege planwirtschaftlich in der Verantwortung des Staates ansiedeln können.

Es ist ein Charakteristikum der deutschen Gesundheitspolitik, dass sie im SGB V detaillierte sozialrechtliche Normen aufstellt, ohne dass zuvor vom Gesetzgeber eindeutige Zielvorgaben formuliert worden wären. Vielmehr werden Oberziele in unbestimmte Rechtsbegriffe gekleidet. Deren Konkretisierung obliegt dann den Verbänden der Krankenkassen und Leistungserbringer im sogenannten Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser ist aber nicht souverän in Bezug auf wertende Entscheidungen; diese werden vielmehr zunehmend im Wege der Rechtsaufsicht durch das kontrollierende Gesundheitsministerium getroffen. Darüber hinaus verfügen weder das Parlament noch die Regierung oder der Gemeinsame Bundesausschuss, wenn sie von ihren Ermessensspielräumen Gebrauch machen, über eine hinreichende Kenntnis des objektiven Gesundheitszustandes der Bevölkerung.

Zwar gibt es beim Robert-Koch-Institut eine repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung, auf deren Grundlage Gesundheitszustände in der deutschen Bevölkerung beschrieben werden (sog. Gesundheitssurvey). Diese Stichprobe ist aber so klein, dass in Bezug auf Massenkrankheiten nur einige wenige Aussagen darauf aufgebaut werden können. Die epidemiologische Erkenntnisbildung ist in Deutschland wesentlich schwächer ausgeprägt als in vergleichbaren anderen Industriestaaten. Somit fehlt hierzulande eine wesentliche Grundlage einer rationalen Gesundheitspolitik. Man weiß in Deutschland einfach nicht, welche Teile der Bevölkerung in welchem Ausmaß welche gesundheitlichen Probleme haben, wie dabei die Versorgung beschaffen ist, welche Kosten dabei anfallen, welche Risiko- oder Chancenfaktoren durch das Verhalten der Bürger beeinflusst werden und welche durch die politisch gestaltbaren Verhältnisse. Dieses aber sind die entscheidenden Grundfragen, mit denen eine erfolgreiche Gesundheitspolitik beginnen müsste.

An die Stelle einer Gesundheitsstrategie auf der Grundlage rationaler Analyse der Verhältnisse treten oberflächliche ordnungspolitische Ansätze, möglicherweise sogar schwerwiegende Grundirrtümer. Dies lässt sich aus Postulaten ableiten, die von nahezu allen politischen Richtungen geteilt werden.

Zu den im Gemeinsamen Bundesausschuss vertretenen Verbänden gehören beispielsweise die Verbraucherschutzverbände. Ganz offensichtlich betrachtet die überwiegende Mehrheit der Politiker in Deutschland die Waren und Dienstleistungen zur Gesundheitspflege kategorisch ebenso wie andere Güter und Dienstleistungen des täglichen Lebensbedarfes, die der Verbraucher sich aussuchen, bestellen und bezahlen kann, um seine Gesundheit zu pflegen. Dies aber ist ein Grundirrtum.

Wer einen guten Haarschnitt haben möchte, ist auf das handwerkliche Können einer Friseurin oder eines Friseurs

angewiesen. Wer saubere Lebensmittel genießen will, benötigt Landwirte, die die Früchte des Feldes ohne giftige Rückstände liefern. Wer aber seine Gesundheit optimal gestalten möchte, wer Krankheiten bewältigen will, muss als Patientin oder Patient die wesentlichen Leistungen selbst erbringen. Dies gilt besonders für Erkrankungen, die von Risikofaktoren abhängig sind wie

- Zuckerkrankheit als Folge von Übergewicht,
- Schlaganfall oder Herzinfarkt als Folge von Bewegungsmangel, Übergewicht, hohem Blutdruck und Rauchen,
- Asthma und obstruktive Lungenkrankheit als Folge von Rauchen,
- Gelenkabnutzung als Folge von Bewegungsmangel und Übergewicht,

um nur einige Beispiele zu nennen.

In der deutschen Gesundheitspolitik werden Gesundheit und Krankheit nicht nur unzureichend und uneindeutig definiert, sie werden auch in Bezug auf ihre Beeinflussbarkeit falsch aufgefasst. Ob jemand gesund oder krank ist, wird in erster Linie nicht durch das Verhalten von Gesundheitsfachberufen und Ärzten, sondern durch die Lebensweisen und -stile der Bürgerinnen und Bürger beeinflusst. Diese wiederum können und müssen auch Gegenstand gesundheitspolitischer Gestaltung sein. Aber der eine Aspekt kann nicht an die Stelle des anderen treten. Verhaltensmängel der Bürgerinnen und Bürger bei eindeutig verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken führen auch dann zu Krankheiten, wenn die politischen und materiellen Bedingungen für die Krankheitsprävention optimal sind.

Ein Gesundheitssystem ohne systematische und epidemiologisch fundierte Verhaltens- *und* Verhältnisprävention wird nur suboptimale Ergebnisse zeitigen.

Die Reformaktivitäten der letzten vier Jahrzehnte im deutschen Gesundheitssystem haben aber weder die erforderliche epidemiologische Grundlage noch ein Präven-

tionssystem zustande gebracht. Vielmehr ist ein System entstanden, in welchem durch präventive Mängel eine Tendenz zur Erzeugung von Krankheiten besteht. Deren Versorgung ist mit steigendem Aufwand an Mitteln immer besser geworden. Der Mangel an fundierter Epidemiologie hindert uns daran, dieses Fließgleichgewicht zwischen der Produktion von Krankheiten und ihrer Behandlung quantitativ so zu analysieren, dass darauf eine optimale Gesundheitspolitik aufgebaut werden kann.

### *Patienten als Gestalter von Gesundheit*

Die Politik hat bisher die Patienten als Gestalter von Gesundheit überhaupt nicht ernst genommen. Vielmehr hat sie gar keinen Unterschied gemacht zwischen Patienten und Sozialversicherten. Sie ist der Tatsache nicht gerecht geworden, dass nur ca. 20 % der Krankenversicherten in nennenswertem Umfang Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung entnehmen. 80 % der Versicherten sehen sich primär als Beitragszahler, sind an einem niedrigen Sozialversicherungsbeitrag interessiert und verlassen ihre Krankenkasse, wenn der Beitrag zu hoch wird, um in eine Krankenkasse einzutreten, die einen niedrigeren Beitrag bietet. Im Ergebnis wird durch Wanderung von Versicherten zu den Krankenkassen mit dem niedrigsten Beitrag dem System der gesetzlichen Krankenversicherung kontinuierlich Geld entzogen. Bisher funktioniert der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung erkennbar nur als Wettbewerb um möglichst niedrige Beiträge und damit als Sparwettbewerb. Einen Wettbewerb um eine bessere Qualität der Gesundheitspflege gibt es in Bezug auf die freie Arztwahl bei manchen Leistungserbringern im Ansatz, aber in Bezug auf die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils bei Versicherten kaum.

Eine Gesundheitspolitik, die sich mit der Rolle von Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen differenziert auseinandersetzt, wird sich primär die Frage stellen müssen, welches der Leistungsbeitrag von Versicherten und Patienten bei der Vorbeugung gegen und bei der Behandlung von Krankheiten ist. Eine solche patientenorientierte Gesundheitspolitik wird ferner fragen, welche Verhältnisse und Anreize geschaffen werden müssen, damit die Versicherten der GKV die Möglichkeiten zur Prävention optimal nutzen und sich im Krankheitsfall möglichst selbst helfen können. Patientenautonomie ist in dem Maße vorhanden, in dem die Abhängigkeit von Experten, Ärzten und Gesundheitsfachberufen eingeschränkt und das Selbstbestimmungsrecht sowie die Selbsthilfemöglichkeiten optimiert werden.

Es kann nicht bestritten werden, dass einzelne Politiker solche Fragen in der Vergangenheit immer wieder aufgeworfen haben. Aber insgesamt haben sich in Deutschland die Politiker aller Parteien im Dickicht der Probleme verlaufen. Hierzu einige Beispiele:

1. Die Bedeutung der Prävention für die Patientenautonomie liegt auf der Hand. Auf keinem Gebiet können Patientinnen und Patienten in freier Selbstbestimmung mehr für ihre Gesundheit und zur Abwehr von Erkrankungen tun wie durch die Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholgebrauch und Bewegungsmangel oder durch einen Lebensstil, der angeborenen Risikofaktoren wie Übergewicht, Diabetes, hohem Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen usw. Rechnung trägt. Tatsache ist aber, dass ein Präventionsgesetz gar nicht zustande gekommen ist.
2. Das Management komplexer Systeme (und das Gesundheitswesen ist ein solches) macht eine sorgfältige Analyse der Systemelemente und ihrer Beziehungen zueinander erforderlich. In der Gesundheitswissen-

schaft geschieht dies durch die Epidemiologie. Ein Merkmal deutscher Gesundheitspolitik ist jedoch, dass zwar in den Computern der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen gigantische Datenfriedhöfe angehäuft werden, dass aber eine für das Management verwertbare Auswertung der Daten nicht erfolgt. Die Qualität der politischen Steuerung ist deshalb zwangsläufig mangelhaft.

3. Im deutschen System werden wichtige kostenträchtige Entscheidungen nicht Fachleuten übertragen, sondern Laien. Ob ein Patient mit Kopfschmerzen zum Heilpraktiker, zum Apotheker, zum Hausarzt, zum Neurologen oder zur Poliklinik einer Universität geht, dies ist seine Sache. Die Kostendifferenzen liegen je nach Patientenentscheidung mehrere Zehnerpotenzen auseinander. Die Krankenkasse oder die Leistungserbringer müssen mit den Folgen leben.
4. Mit sinnvollen politischen Instrumenten wie z. B. dem Verbraucherschutz wird im Gesundheitswesen ohne klares Konzept gearbeitet. Der Patient, also der erkrankte Mensch, ist aber bei den meisten Krankheiten nicht nur Verbraucher, sondern auch Produzent von Gesundheit.

Bei einer Gruppe von Erkrankungen (z. B. Allergien oder der chronischen obstruktiven Lungenkrankheit, COPD) ist das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten fast ausschließlich von ihrem Verhalten abhängig, z. B. davon, dass sie nicht rauchen oder ein Nahrungsmittel nicht zu sich nehmen, gegen das sie allergisch sind.

5. Leistungsansprüche werden im Leistungsrecht des SGB V „ohne Ansehen der Person“ und unabhängig von ihrem Verhalten formuliert. Ausnahme: Bonuszahlungen in Abhängigkeit von der Zahnpflege. Damit wird der Tatsache nicht Rechnung getragen, dass Kran-

kenversicherte in fünf Bereichen Beiträge zur Gesundheitspflege leisten:

- 5.1. Sie zahlen einkommensabhängig den regulären Krankenversicherungsbeitrag.
- 5.2. Sie leisten eine Zuzahlung aufgrund des Leistungsrechts des Fünften Buches des SGB, das als Obergrenze eine Sozialklausel enthält. Zuzahlungen über dem Festbetrag werden allerdings von dieser Sozialklausel nicht erfasst.
- 5.3. Versicherte leisten, wie oben ausgeführt, durch ihren Lebensstil einen Eigenbeitrag zur Gesundheitspflege. Dieser bestimmt unter Umständen über das finanzielle Wohlergehen der Solidargemeinschaft in wesentlich größerem Umfang mit als der Prämienbeitrag nach 5.1.
- 5.4. Versicherte leisten einen Beitrag zum Finanzergebnis der gesetzlichen Krankenversicherung je nachdem, ob sie Leistungen sparsam oder verschwenderisch in Anspruch nehmen (wie oben ausgeführt).
- 5.5. Versicherte zahlen Steuern, die auch der Gesundheitspflege dienen.

Wenn die Gesundheitspolitik nachhaltig finanzierbare Systeme schaffen will, dann wird sie mit Bonussystemen dort ansetzen müssen, wo die finanzwirksamen Steuerungsimpulse entstehen – beim Gesundheitspflege- und Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten.

6. Die Gesundheitspolitik hat durch entsprechende gesetzliche Regelungen den Gemeinsamen Bundesausschuss der Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser und damit Krankenkassen und Leistungserbringer insgesamt in ein bürokratisches Regelungssystem des Leistungsrechts und des Leistungserbringerrechts eingebunden, welches ausufert. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind in ihren Konsequenzen für niemanden zu überbli-



cken und dennoch für alle Leistungserbringer verbindlich. Die Arbeitszeit der Ärzte und Gesundheitsfachberufe wird in der Konsequenz zu etwa einem Drittel durch Bürokratie in Anspruch genommen. Diese Zeit fehlt für die Betreuung der Patientinnen und Patienten und für die Kommunikation mit ihnen. Hinzu kommt, dass Leistungserbringer Vermeidungsverhalten an den Tag legen, z. B. Ärzte bei der Arzneimittelverordnung, sodass Patienten die erforderliche Medikation nicht erhalten. Über-, Unter- und Fehlversorgung haben auch in einer bürokratischen Fehlsteuerung des Systems ihre Ursache. Die näheren Zusammenhänge wird man nur durch sorgfältige epidemiologische Versorgungsforschung aufdecken können.

Diese Beispiele für Fehlsteuerungen im System der Gesundheitssicherung Deutschlands mögen genügen, um folgende Postulate zu begründen:

1. Die Gesundheitspolitik muss sich regelmäßig einen Gesundheitsbericht auf epidemiologischer Grundlage verschaffen, aus dem hervorgeht, welche Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung vorhanden sind, welche Probleme durch verbesserte Patientenbeteiligung lösbar sind und welche durch professionelle Fachdienste angegangen werden müssen.
2. Das System muss von der behandlungszentrierten Versorgung in den Spätphasen der Erkrankung schwerpunktmäßig auf Prävention umgestellt werden. Prävention ist relativ billig, Behandlung sehr teuer.
3. Bei gefährlichen und teuren Erkrankungen wie beispielsweise der Influenza, der Pneumokokkenpneumonie und den Masern ist eine Impfpflicht einzuführen.
4. Es sind nach dem Subsidiaritätsprinzip gestufte Inanspruchnahmemöglichkeiten zu schaffen. Beispielsweise macht es keinen Sinn, wenn die gesetzliche

Krankenversicherung die Kosten für eine Direktinanspruchnahme von subspezialisierten Fachärzten wie z. B. Kardiologen, Nephrologen, Pulmologen, Endokrinologen usw. übernimmt. Medizinische Laien können nicht beurteilen, ob sie Leistungen solcher spezialisierten Fachärzte brauchen. Die freie Arztwahl sollte zwar erhalten bleiben, aber auf Leistungsbereiche begrenzt werden, die die Patientinnen und Patienten (als medizinische Laien) überschauen können.

5. Das Nebeneinander zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sollte vollständig überdacht werden. Die gesetzliche Krankenversicherung sollte nur bis zu einer Versicherungspflichtgrenze in Anspruch genommen werden können. Es sollte eine gemeinsame Rückversicherung bzw. ein gemeinsamer Risikostrukturausgleich für GKV und PKV gebildet werden, weil die Regelung der Basisversorgung den Staat finanziell überfordert, aber andererseits die Unterstützung der Solidargemeinschaft bei Hochrisikofällen unverzichtbar ist.
6. Gesundheitsleistungen mit zukünftiger und kollektiver Bedeutung müssen auf gesetzlicher Grundlage durch den Staat geregelt werden. Leistungen mit ausschließlich individueller Bedeutung sind aus der sozialen Krankenversicherung auszugliedern. Die Philosophie, die Sozialwissenschaften und die Rechtsprechung der Obergerichte haben sich immer wieder mit dem Gesundheitsbegriff, mit der Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit und – was die Rechtsprechung betrifft – in diesem Zusammenhang auch mit den Leistungsansprüchen der Patienten an die gesetzliche Krankenversicherung auseinandergesetzt.

Der Versorgungsanspruch wird, insbesondere sofern er in unbestimmte Rechtsbegriffe gekleidet ist, durch die Richt-

linien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert. Die Krankenkassen schließen auf der Grundlage dieser Richtlinien und der Gesetze Verträge mit den Leistungserbringern über die Versorgung. Dabei befinden sie sich im Wettbewerb. Versicherte, die mit den Leistungen der Krankenkassen nicht zufrieden sind oder denen der Krankenkassenbeitrag zu hoch erscheint, können die Kasse wechseln.

Dies hat Konsequenzen, weil die Interessen der gesunden Versicherten sich eher auf einen möglichst niedrigen Beitrag richten, während die erkrankten eine möglichst gute Versorgung erwarten. Die Kranken sind aber systematisch in der Minderzahl. Die Krankenkassenpolitik wird folglich durch die Sparsamkeitsziele der Versicherten bestimmt.

Die Sozialpolitiker und insbesondere die Wirtschaftspolitiker neigen ebenfalls dazu, Sparsamkeitsziele politisch in den Vordergrund zu rücken. Seit ca. 1975 zählen Kostenkontrolle und Kostendämpfung zu den vorrangigen Zielen der Sozialpolitiker aller regierenden Parteien.

Gleichzeitig hat man sich bemüht, und zwar mit Unterstützung der Rechtsprechung, den Leistungskatalog aufrechtzuerhalten und sogar auszubauen, die Leistungserbringer vertraglich und gesetzlich unter Rationalisierungsdruck zu setzen und Qualitätssicherungsmaßnahmen für sie verpflichtend zu machen. Im Ergebnis ist ein System entstanden, welches sich an der Beitragsstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als politischem Oberziel orientiert. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um niedrige Beiträge funktioniert. Die Krankenkassen mit niedrigem Beitrag, insbesondere die Betriebskrankenkassen, haben ihren Marktanteil seit 1995 etwa verdoppelt. „Teurere“ Versorgungskassen wie beispielsweise die AOK haben entsprechend Mitglieder verloren, unter anderem deshalb, weil sie eine höhere Morbidität unter ihren Versicherten aufweisen.

Zur Lösung des Problems ist ein Risikostrukturausgleich eingeführt worden, der bisher nicht funktioniert, aber Verträge zur Folge hatte, die von den Leistungserbringern, insbesondere den Ärztinnen und Ärzten, als sehr bürokratisch empfunden werden.

### *Wettbewerb und Patientenversorgung*

Der Wettbewerb um eine qualitätsgerechte Patientenversorgung funktioniert nicht. Versuche, die Qualität mit bürokratischen Instrumenten zu heben, sind bisher gescheitert und teilweise sogar ins Gegenteil umgeschlagen, weil der bürokratische Aufwand Arbeitszeit der Ärzte und Heilberufe kostet, die dann bei der Betreuung der Patienten fehlt.

Hinzu kommt, dass das deutsche Versorgungssystem nicht nur wegen der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Zahl älterer Menschen steigende Leistungsansprüche entwickelt, sondern auch deswegen, weil die Prävention gegen die zahlenmäßig vorherrschenden großen Volkskrankheiten nicht funktioniert.

Im deutschen System dominiert ein Versorgungsmanagement, welches sich an der Optimierung der Versorgung von Endpunkterkrankungen orientiert, die auf der Grundlage von Risikofaktoren entstehen.

Deutlich mehr als die Hälfte des Versorgungsaufwandes in der gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf Erkrankungen, denen ein oft jahrzehntelanges Leben mit Risikofaktoren vorausgeht.

Wer mit Übergewicht, Nikotingebrauch, Alkoholmissbrauch, Bewegungsmangel, hohem Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, erhöhtem Blutzucker und anderen Risikofaktoren lebt, erfährt mit größerer Wahrscheinlichkeit in der zweiten Lebenshälfte einen Herzinfarkt, einen Schlag-

anfall, eine chronische obstruktive Lungenerkrankung, eine bösartige Neubildung, einen Nierenschaden, Alzheimer oder andere neurologische Erkrankungen oder muss sich einer Operation zum Ersatz der abgenutzten Gelenke unterziehen.

Die Risikofaktoren lassen sich in zwei Gruppen aufteilen: Einmal gibt es solche, die ausschließlich oder überwiegend Folge des Verhaltens oder des Lebensstils der Betroffenen sind, wie dies z. B. bei Bewegungsmangel und Nikotingebrauch der Fall ist. Andererseits gibt es viele Erscheinungen, wie z. B. hoher Blutdruck, Typ-2-Diabetes, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, die eine mehr oder weniger stark ausgeprägte erbliche Komponente aufweisen. Aber auch bei diesen genetisch mitbedingten Risikofaktoren bestimmt der Lebensstil des Einzelnen darüber, ob lebensgefährliche Endpunkterkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Nierenversagen auftreten oder nicht.

Aus alledem resultiert ein gesundheitspolitisches Dilemma. Die Wahlbürger erwarten von der Sozialpolitik, dass ein Versorgungssystem zur Verfügung gestellt wird, welches die Risikofaktoren passiv behandelt, um Endpunkterkrankungen zu vermeiden, und welches im Falle einer Erkrankung eine optimale Behandlung mit unbegrenztem Rückgriff auf die dafür erforderlichen Mittel zur Verfügung stellt.

Andererseits ist es eine medizinische Tatsache, dass niemand für die Mehrzahl der Patienten – Diabetiker, Hypertoniker, Patienten mit Fettstoffwechselstörungen, Übergewichtige, Raucher, Bewegungsarme usw. – mehr tun kann als die Betroffenen selbst. Erst wenn gefährliche Endpunkterkrankungen entstanden sind, gilt für eine Reihe von Erkrankten diese Regel nicht mehr. Dann können Ärzte und Gesundheitsfachberufe ihre Expertenrolle bei der Behandlung von passiven Patientinnen und Patienten einnehmen.

### *Patientenautonomie*

Mit Patientenautonomie ist dies dann allerdings nur sehr begrenzt vereinbar. Wenn eine risikofaktorenabhängige Endpunkterkrankung mit hohem Schweregrad erst einmal eingetreten ist, dann ist es meistens auch um die Autonomie von Patientinnen und Patienten geschehen. Dann können sie zumindest vorübergehend nicht für sich selbst sorgen und sind nahezu vollständig auf Pflege und Betreuung durch Pflegekräfte, Gesundheitsfachberufe und Ärzte angewiesen. Mit autonomer Patientensouveränität hat das dann nicht mehr viel zu tun.

Ganz anders liegen aber die Dinge in den vielen Jahrzehnten zwischen der Zeugung eines Menschen, bei der die Erbanlagen erworben werden, welche die Risikofaktoren mit sich bringen, und dem Beginn der Endpunkterkrankungen, welche meistens erst im letzten Lebensdrittel auftreten. Über diese bis zu neun Jahrzehnte sind Patientinnen und Patienten völlig autonom, sich auch ohne die Hilfe von Gesundheitsfachberufen und Ärzten um einen Lebensstil zu bemühen, der diese Risikofaktoren kontrolliert, sodass Endpunkterkrankungen gar nicht oder später auftreten.

Wer Patientenautonomie zum politischen oder medizinischen Postulat erhebt, muss die Verantwortung für risikofaktorenabhängige Erkrankungen dem einzelnen Bürger zuordnen, noch bevor er Patient ist.

Oft wird dieser Denkansatz mit dem Einwand abgewehrt, dass man dem Einzelnen nur bei völliger Chancengleichheit in der Gesellschaft diese Eigenverantwortung zumuten könne, dass es mehr auf die Verhältnisse als auf die Verhaltensprävention ankomme usw. Man kann diese Argumente teilweise gelten lassen, wenn auf der anderen Seite auch akzeptiert wird, dass ein System der Betreuung, welches die betroffenen Risikofaktorenträger zu passiv Be-

handelten macht, von vornherein die falschen Signale setzt und die Verantwortung vom Patienten wegverlagert oder das wenigstens suggeriert.

Im Übrigen ist es aus der Sicht der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitswissenschaften (Public Health) nicht zulässig, zwischen Gesundheit und Krankheit nach dem Prinzip „alles oder nichts“ bzw. „ja oder nein“ zu unterscheiden. Selbst innerhalb der Medizin wird nicht nur gefragt, ob eine Krankheit vorliegt oder nicht. Vielmehr wird nach Schweregrad der Erkrankung differenziert und insbesondere innerhalb der Allgemeinmedizin auch darauf geachtet, ob Patienten bei der Behandlung der Erkrankung für sich selber sorgen können bzw. durch Anleitung einen Zustand zu erreichen vermögen, der ihnen ein selbstständiges Leben mit der Erkrankung bei Eigenbehandlung gestattet.

### *Was der Einzelne, was die Gesellschaft regeln muss*

Aus der Sicht von Politik und Gesellschaft kommt es bei der Gestaltung eines wirtschaftlichen Versorgungssystems darauf an, Krankheitsarten zu definieren, die für die Gesellschaft insgesamt von besonderer Bedeutung sind, d. h. die nicht nur Angelegenheit des einzelnen Kranken sind.

Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von solchen gesellschaftsrelevanten Erkrankungen sind Kollektivgüter. Dies gilt ganz besonders für Infektionskrankheiten, für Krankheiten infolge von Umwelteinflüssen usw.

Diesen „Gesellschaftskrankheiten“ sind einige Charakteristika eigen, die sie von Individualerkrankungen ganz grundsätzlich unterscheiden.

Unter Individualerkrankungen leidet grundsätzlich nur der einzelne Patient und allenfalls noch seine nächsten Angehörigen (z. B. weil sie durch die Pflege des Erkrankten be-

troffen sind). Maßnahmen zur Behandlung von solchen „Persönlichkeitserkrankungen“ sind Individualgüter.

Ob jemand Zahnschmerzen hat oder Migräne, dies kann nur der Einzelne beurteilen. Behandlungsmaßnahmen setzen für gewöhnlich zunächst bei der individuellen Persönlichkeit an. Dort ist der primäre Ansatz der Lösung der Probleme.

Individualerkrankungen sind eng mit den individuellen Wertungen und Lebenszielen einer Persönlichkeit verknüpft. Deren Leidensfähigkeit ist ganz entscheidend dafür, ob überhaupt eine Erkrankung vorliegt oder nicht.

Beispielsweise empfindet ein Mensch mit Akne oder einer Skelettverformung den Krankheitswert eines solchen Ereignisses sehr individuell. Verschiedene Persönlichkeiten mit physikalisch völlig identischen Krankheitszeichen können stark unterschiedliche subjektive Krankheitserlebnisse durchmachen. Persönlichkeitskrankheiten sind janusköpfig. Das eine Gesicht blickt auf den Arzt oder einen anderen objektiven Beobachter. Er kann Krankheitszeichen messen, physikalisch ordnen, objektivieren. Das andere Gesicht blickt den Patienten an: Die Krankheit kann den Lebensplan stören, bedrohlich wirken und Schmerz und Angst auslösen, und dies bei verschiedenen Persönlichkeiten zu einem individuell völlig unterschiedlichen Grad. Individualgüter zur Vorbeugung und Behandlung von Persönlichkeitskrankheiten sind niemals nur objektiv physikalisch oder medizinisch klassifizierbar. Sie weisen eine starke subjektive Komponente mit interindividuellen Bewertungsunterschieden auf. Auch deshalb ist die freie Arztwahl und die Auswahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten und Behandlungsmethoden wichtig.

Individualgüter zur Behandlung von Persönlichkeitskrankheiten eignen sich nur begrenzt für eine kollektive Prävention und Behandlung „ohne Ansehen der Person“. Vor dem Recht des Sozialstaates sind alle gleich, ganz



gleich, bis zu welchem Grade sie individuell leiden. Eine bürokratische und stereotype Organisation der Gesundheitspflege wird den Persönlichkeitserkrankungen daher nicht immer gerecht.

Der eine Patient bekommt zu viel mit der Folge unwirtschaftlicher Überversorgung – zumindest aus der subjektiven Sicht der Betroffenen. Der andere bekommt zu wenig, sodass sich das subjektive Gefühl der Unterversorgung einstellt.

Ein angemessener Ausgleich zwischen den jeweils unterschiedlichen Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Gesundheitsgüter, die von den Leistungserbringern erstellt werden, ist nur zu erwarten, wenn die autonomen Patientinnen und Patienten selber bestimmen können, wie sie sich versichern, welche Tarife sie wählen, welche Leistungen aus einem vielfältigen Angebot erbracht werden, welche passive Behandlung durch Experten erfolgt und in welchem Ausmaß Behandlungen durch Fachberufe vermieden werden, weil die Patienten sich selbst versorgen wollen und können.

Im Prinzip sind aus den genannten Gründen Individualgüter auswählbar und austauschbar nach Angebot und Nachfrage in einem „freien Markt“. Mindestens in der Primärversorgung sollte eine freie Arztwahl bzw. Therapeutenwahl sichergestellt sein.

Aber ganz ohne organisatorischen Einfluss des Staates oder der Institutionen der Gesellschaft, die für die Gesundheitspflege zuständig sind, funktioniert auch der Austausch von Individualgütern bei der Behandlung von Persönlichkeitserkrankungen nicht.

Immer dann, wenn es sich um chronische Erkrankungen mit sehr langfristigem Verlauf auf der Grundlage von Risikofaktoren handelt, stellt sich die Frage, ob ein privatwirtschaftlicher Versicherungsvertrag für jene lange Zeit haltbar und belastbar ist, in der die Erkrankung prophylaktisch oder therapeutisch angegangen werden muss.

Oben wurde bereits darauf hingewiesen, dass zwischen der Zeugung eines Menschen, mit der man erbbedingte Risikofaktoren erwirbt, und den entsprechenden Folgekrankheiten bis zu neun Jahrzehnte liegen können. Dies ist beispielsweise bei Diabetikern, Hypertonikern, Patienten mit Fettstoffwechselstörungen usw. der Fall. Diese kommen mit ihren Risikofaktoren auf die Welt und erkranken dann später an Herzinfarkt, Schlaganfall oder Alzheimer.

Wenn man nach den marktwirtschaftlichen Prinzipien die Folgen solcher über Jahrzehnte wirksamen Risikofaktoren absichern will, dann sind dafür einige Rahmenbedingungen erforderlich, die nur der Staat sicherstellen kann:

1. Ein über bis zu neun Jahrzehnte konstanter Rechtsrahmen für eine private Krankenversicherung. Durch diesen muss gewährleistet sein, dass der Versicherte nicht krankheitsbedingt „ausgesteuert“, also aus der Versicherung herausgeworfen werden kann.
2. Die privaten Versicherungen müssen verpflichtet werden, die Versicherten unabhängig von der Risikofaktorenkonstellation aufzunehmen.
3. Es müssen Altersrückstellungen gebildet werden, die bei einem Wechsel der Versicherung dem Versicherten in die neue Versicherung mitgegeben werden.
4. Die Prämien- und Tarifgestaltung muss der Tatsache Rechnung tragen, dass die Bereitschaft der Versicherten, einen risikofaktorenadäquaten Lebensstil zu entwickeln, unterschiedlich ausgeprägt ist.

Auf den zuletzt genannten Aspekt kommt es besonders an, weil die Versicherten nicht nur ihren festen Geldbeitrag für das finanzielle Wohlergehen ihrer Versicherung leisten, sondern auch freiwillige persönliche Selbstbeteiligung (z. B. Arzneimittelkauf ohne Verordnung), gesundheitsgerechten Lebensstil oder sparsame Inanspruchnahme von Leistungen im Krankheitsfall. Zwischen diesen vier „Bei-

trägen“ besteht ein innerer Zusammenhang. Die Solidargemeinschaft sollte nicht ohne Grenzen und ohne Wenn und Aber für die Folgen von angeborenen Risikofaktoren haften müssen, die durch einen gesundheitsgerechten Lebensstil der Betroffenen vermeidbar sind. Auch sollte eine kostenaufwendige Inanspruchnahme des Versorgungssystems nicht zulasten der Allgemeinheit gehen, wenn sie bei objektiver Betrachtung vermeidbar war. Beispielsweise ist eine teure Fach- und Krankenhausversorgung nicht von der Allgemeinheit zu bezahlen, wenn sie die Folge subjektiver Wertungen der Patientinnen und Patienten ist.

In der privaten Krankenversicherung hat man gute Erfahrungen mit Wahltarifen und Selbstbeteiligungen gemacht, die eine teure oder unwirtschaftliche Inanspruchnahme mit einer erhöhten Versicherungsprämie oder Selbstbeteiligung korrelieren lassen.

### *Markt und Planwirtschaft*

Beim Austausch von Individualgütern zur Vorbeugung und Behandlung von Persönlichkeitserkrankungen sind marktwirtschaftliche Prozesse zum Ausgleich von Angebot und Nachfrage bzw. von Leistungserwartung und Leistungsangebot prinzipiell geeignet. Wegen der langfristigen Wirkung von Risikofaktoren bei chronischen Erkrankungen bedarf es eines verlässlichen, über Jahrzehnte konstanten Rechtsrahmens, der wohl nur vonseiten des Staates gewährleistet werden kann. Möglich erscheinen aber Wahltarif- und Selbstbeteiligungssysteme, die mit dem interindividuell unterschiedlichen Selbstbehandlungsbeitrag bei der Behandlung der Risikofaktoren verbunden werden und die dem Inanspruchnahmeverhalten des Einzelnen angepasst werden.

Mit der Einführung der Versichertenkarte wird die patientenbezogene Dokumentation des Krankheitsverlaufes

und der Präventions- und Behandlungsmaßnahmen erleichtert und auch langfristig möglich. Künftig wird man den Beitrag des Einzelnen zur Gesundheitspflege aufzeichnen können. Impfungen, Blutdruckselbstmessung, Blutzuckereinstellung sowie der Verlauf der entsprechenden Parameter sind dokumentierbar. Ob jemand Arzneimittel regelmäßig oder nicht eingenommen hat, wird sich aus einer elektronischen Krankenakte ergeben, deren Einführung bereits im SBG V vorgesehen ist. Dies eröffnet Möglichkeiten, den Beitrag zur Krankenversicherung und die Selbstbeteiligung mit dem individuellen Verhalten zur Vermeidung teurer Endpunkterkrankungen zu verknüpfen. Wer konsequent Do-it-yourself-Medizin betreibt, zahlt weniger. Auch kann man diejenigen belohnen, die z. B. durch Blutspenden und Impfungen nicht nur für die eigene Gesundheit, sondern auch für die ihrer Mitmenschen Leistungen erbringen.

Die „Gesellschaftskrankheiten“ folgen anderen Gesetzen als die „Persönlichkeitserkrankungen“. Bei Persönlichkeitserkrankungen profitiert von den Behandlungsmaßnahmen nur die oder der Einzelne. Bei Gesellschaftserkrankungen profitieren von Prophylaxe und Behandlung alle, die von einer Erkrankung bedroht sind – selbst wenn sie sich nicht behandeln lassen und keine Maßnahmen zur Prophylaxe oder Therapie finanzieren.

Nehmen wir als Beispiel eine häufige und gefährliche Infektionskrankheit wie die Influenza. Natürlich hat jeder, der sich impfen lässt oder eine Krankheitsbehandlung einer Influenza B mit Neuraminidasehemmern vornimmt, einen individuellen Nutzen von dieser Prophylaxe bzw. Therapiemaßnahme (sofern die Impfungen und Behandlungen gegen den Erreger wirksam sind).

Typisch für die Gesellschaftskrankheiten – und dazu gehören alle übertragbaren virus- oder bakterienbedingten Erkrankungen – ist es aber, dass von den Behandlungsmaß-

nahmen und deren Finanzierung auch jene Mitglieder der Gesellschaft profitieren, die sich selbst weder impfen noch behandeln lassen und auch nichts zur Finanzierung solcher Maßnahmen beitragen.

Bei Infektionskrankheiten fällt die Erkrankungswahrscheinlichkeit für die unbeteiligten Mitglieder der Gesellschaft in dem Maße, wie sich andere beteiligen. Gesellschaftskrankheiten werden somit durch „kollektive Güter“ verhütet bzw. behandelt.

Gesundheitsökonomisch resultiert daraus eine Art Trittbrettfahrerproblematik. Trittbrettfahrer nutzten früher das Transportmittel Straßenbahn, ohne für ein Ticket zu bezahlen. Ihnen entsprechen im modernen Gesundheitswesen mit „Patientenautonomie“ jene Mitbürger, die sich nicht impfen lassen, aber im Falle der Erkrankung die gleichen Behandlungsrechte geltend machen wie die Geimpften.

### *Politik für ein bezahlbares und wirtschaftliches Gesundheitswesen*

Die Gesundheitspolitik sollte im Bemühen um ein bezahlbares und wirtschaftliches Gesundheitswesen aus den oben genannten Gründen zwischen Persönlichkeits- und Gesellschaftskrankheiten unterscheiden.

- Um die Gesellschaftskrankheiten muss sie sich kümmern und die Trittbrettfahrer anders behandeln als die kooperativen Mitglieder der Gesellschaft.
- Bei den Persönlichkeitskrankheiten muss die Gesundheitspolitik zwischen den langfristigen Risikofaktorerkrankungen und den kurzfristigen akuten Erkrankungen unterscheiden. Bei den langfristigen Erkrankungen müssen Leistungen heute erbracht werden, damit es viele Jahrzehnte später keine schlimmen Folgekrankhei-

ten gibt. Dies ist nur mit der tätigen Selbstbeteiligung der Betroffenen möglich, die daher zu prämiieren ist.

- Grundsätzlich ist bei den Persönlichkeitserkrankungen zu differenzieren zwischen Gesundheitsgütern, die als Folge der subjektiven Wertung der Individuen nachgefragt werden, und denen, die objektiv nötig sind.
- Die Balance zwischen Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzip macht es erforderlich, zwischen Erkrankungen zu unterscheiden, die die Einzelnen selbst behandeln können, und solchen, die ohne organisatorische oder finanzielle Hilfe der Gesellschaft nicht bekämpft werden können.

Bei den Gesellschaftskrankheiten muss man die Unterschiede bei den Krankheitsursachen sehen. Infektionskrankheiten können durch Beiträge Einzelner (z. B. durch Impfungen) abgewehrt werden, sodass ein Ansetzen beim Einzelnen sinnvoll ist. Umweltbelastungen hingegen können nur durch Kollektivmassnahmen angegangen werden.

Gesundheitsverhalten und gesundheitsbestimmende Verhältnisse haben höchst komplexe Ursachen. Zwischen der sozialen Lage der Bürger und ihrer Schichtenzugehörigkeit und dem Gesundheitszustand besteht eine empirisch dokumentierbare Beziehung. Niedriges Einkommen und niedriger Bildungsstand sind mit schlechten Gesundheitsparametern und niedrigerer Lebenserwartung korreliert.

Sehr zu Recht weist daher der Gesundheitsmonitor 2005 der Bertelsmann-Stiftung<sup>4</sup> darauf hin, dass jede Gesundheitspolitik eine Verringerung der sozialen Ungleichheit und die Verbesserung der Gesundheitschancen von statusniedrigen Personen zum Ziel haben sollte, denn „Armut macht krank“. Andererseits beeinflusst der Gesundheitszustand den sozioökonomischen Status: Krankheit macht arm.

Gefragt ist ein pragmatisches Vorgehen, welches die Autonomiemöglichkeiten und Selbstversorgungskräfte des Einzelnen nutzt, ohne ihn zu überfordern. Es sollte ein

Gleichgewicht zwischen Solidarität und Subsidiarität angestrebt werden, welches die schwächeren sozialen Schichten nicht überfordert und die Last des Risikostrukturausgleichs auch auf die starken Schultern verteilt.

Der Gesundheitsmonitor (auch der Vorjahre) weist aus, dass dies bisher nicht ausreichend geschieht. Hierzu seien folgende Ergebnisse zitiert:

- Patienten unterer Schichten informieren Ärzte weniger über die eigenen Gesundheitsprobleme.
- Die untere Bildungsgruppe meint, dass der Arzt über ärztliche Maßnahmen allein entscheiden soll.<sup>5</sup>
- Das eigenständige Suchen nach Informationen über Gesundheit ist in den unteren Schichten besonders selten.<sup>6</sup>
- Das Vertrauen in die angemessene gesundheitliche Versorgung durch das heute vorhandene Versorgungssystem ist in der unteren Schicht besonders gering.<sup>7</sup>
- Die Angst vor einer medizinischen Unterversorgung im Alter ist in der unteren Schicht besonders stark ausgeprägt.<sup>8</sup>
- Der Anteil der Ausgaben für Selbstbeteiligung und private Ausgaben für Gesundheit am Nettoeinkommen ist in den unteren Schichten besonders hoch.<sup>9</sup>
- Aufgrund der Praxisgebühr wird in den unteren Schichten besonders häufig ein Arztbesuch vermieden.
- Aus diesen Gründen kommen Mielck und Helmert zu dem Schluss, dass Probleme der gesundheitlichen Versorgung vor allem bei den unteren Schichten vorhanden sind. Andererseits erwähnen sie, dass einige Vorschläge zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem in den oberen Schichten befürwortet werden:<sup>10</sup>
  - Die Einführung von Grund- und Wahlleistungen.<sup>11</sup>
  - Die Erhöhung der finanziellen Eigenbeteiligung der Versicherten.<sup>12</sup>
  - Ein Teil der Befragten aus der oberen Einkommensgruppe wäre bereit, einen größeren finanziellen Bei-

trag für die gesundheitliche Versorgung selbst zu übernehmen.

Bernard Braun weist auch im Gesundheitsmonitor 2004 abermals daraufhin, dass der Anteil der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt sich seit Jahrzehnten in einer stabilen Bandbreite zwischen 5,5 % und 6,8 % bewegt.<sup>13</sup> Die GKV habe kein Ausgaben-, sondern ein Einnahmenproblem.

Zu dieser formal begründbaren Auffassung kontrastiert das Verhalten der Politik. Diese fährt fort – wie 1977 begonnen – Kostendämpfungsgesetze vorzuschlagen. Ein in sich schlüssiges Finanzierungskonzept zur Verringerung der Lohnnebenkosten liegt nicht vor, und seine Durchsetzung würde auch zumindest dann schwierig werden, wenn es dem Bundeshaushalt und/oder die Landeshaushalte belasten würde.

Der GKV zugedachte Steueranteile aus der Tabaksteuer sind ihr durch das Haushaltsgesetz 2006 wieder entzogen worden.

Die Frage ist also, wie die Quadratur des Kreises nun gelingen soll angesichts der wachsenden Diskrepanz zwischen den eher steigenden Anforderungen einerseits, die von den unteren sozialen Schichten und einer älter werdenden Bevölkerung überhaupt an die gesundheitliche Sicherung gestellt werden, und der schrumpfenden Finanzierungsbasis andererseits. Alles deutet auf eine Verschärfung der Rationierungsmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung hin.

Rationierung, das bedeutet Streichung im Prinzip sinnvoller Maßnahmen zur Gesundheitspflege und Krankheitsbehandlung mangels finanzieller Mittel bzw. mangels Möglichkeiten, sie zu beschaffen. Moralische Voraussetzung dafür ist, dass Rationalisierungsreserven nicht mehr vorhanden sind. Hierfür gibt es Argumente. Beispielsweise hat Deutschland einen der höchsten Generikaanteile in der



Arzneimittelversorgung im ambulanten Bereich, die Akutkrankenhauskapazitäten sind stark rückläufig, die Arztlzahlentwicklung ist in ihrer Dynamik gebrochen, und im hausärztlichen Sektor gibt es weiße Flecken auf der Versorgungslandkarte. Andererseits hat Deutschland in der fachärztlichen Versorgung immer noch Doppelstrukturen. Die Integrationsversorgung ist mangelhaft entwickelt. An den Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren gibt es Probleme, die zu Reibungsverlusten führen.

### *Rationalisierungsreserven*

Es ist schwer zu quantifizieren, wie hoch die möglicherweise noch vorhandenen Rationalisierungsreserven sind. Keineswegs ist davon auszugehen, dass sie ausreichen, auf der Grundlage des derzeit etablierten Leistungskataloges der GKV die Finanzierungslücke zu schließen. Also wird man bei anhaltendem Bemühen um die Rationalisierung von Leistungen der Frage nähertreten müssen, nach welchen politischen Prinzipien und rechtlichen Grundsätzen der Leistungsanspruch an die gesetzliche Krankenversicherung reduziert werden kann.

Hier fällt zunächst der Blick auf die Krankheiten, die bisher vom Gesetzgeber nicht selektiv betrachtet wurden. Krankheit bedeutet Leistungsanspruch. Fehlende Krankheit führte zu Leistungsausschluss. Eine Begrenzung des Anspruchs erfolgt nur nach den Kriterien des § 70 SGB V, wobei der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien konkretisierte, was unter einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen und notwendigen Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse in der fachlich gebotenen Qualität zu verstehen ist.

Hier drängt sich die Frage auf, ob die Behandlung aller Erkrankungen wirklich gleich notwendig ist. Es liegt doch auf

der Hand, dass Menschen mit Nikotinmissbrauch, Alkoholmissbrauch, Kalorienmissbrauch, Bewegungsmangel, bei Diabetes, Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Muskelverspannungen und anderen funktionellen Störungen sich selbst durch ihr Bewegungs- und Ernährungsverhalten, durch ihren Suchtmittelgebrauch und durch die Selbstmessung von Blutdruck und Blutzucker weitgehend selbst versorgen können, wenn sie dazu angeleitet worden sind.

Sicher wird man auf dieses Argument sofort mit der Keule des Hinweises auf die schichtenspezifische Krankheitshäufigkeit einschlagen. Bei sachlicher Betrachtung steht aber fest, dass ein Großteil der Angehörigen unterer Schichten mindestens ebenso geschickt ist, sich regelmäßig den Blutdruck zu messen oder kostengünstig Gemüse auf dem Markt einzukaufen und zuzubereiten, wie dies bei Angehörigen der Oberschicht der Fall ist. Jedenfalls verbietet sich aus der Sicht eines jahrzehntelang tätigen Hausarztes, der gerade in der Unterschicht ein erhebliches Ausmaß von Selbsthilfe- und Nachbarschaftshilfe-Aktivitäten bei der Behandlung von Krankheiten beobachtet hat, das Argument, die Bildung und die finanziellen Möglichkeiten der Unterschicht seien nicht ausreichend, um wesentliche Selbstversorgungsanteile zu übernehmen. Im Gegenteil: Mit weniger Alkohol und ohne Nikotin, mit weniger fettem Fleisch und mehr Gemüse, Weißkäse und Kartoffeln kommt man auch mit schlechter gefülltem Portemonnaie besser zurecht.

Hier ist ein ganz anderer Engpassfaktor in den Vordergrund zu rücken: In deutschen Schulen gibt es zu wenig Gesundheitsunterricht, und das Gesundheitswesen ist nicht präventionsbezogen organisiert, sondern auf die klinische Behandlung von Endpunkterkrankungen ausgerichtet. Gesundheitsfachberufe und Ärzte werden schlecht für die Schulung der Patienten und gut für die Anwendung von Medizintechnik bezahlt. Das muss man zunächst ändern.

Wenn Rationierung nottut, dann muss die gesetzliche Krankenversicherung zunächst die notwendige Behandlung all jener Erkrankungen bezahlen, gegen die die Patienten mit eigenen Maßnahmen nichts auszurichten vermögen. Dazu gehören Unfallfolgen, Neubildungen, schwere Infektionskrankheiten usw.

Man sollte sich unter den Interessengruppen der Patientinnen und Patienten sehr genau informieren, was unbedingt nötig ist. Hierfür sind nicht Krankenkassenvertreter oder Leistungserbringer die Experten, sondern die Patienten selbst.

Wenn rationiert werden muss, sollte als Nächstes gefragt werden, ob man wie bisher alles bürokratisch regeln muss. Dies kostet immerhin im GKV-Bereich ca. 5 % der Beitragsmittel. In der privaten Krankenversicherung sind die Kosten noch höher, weil die Policen durch Vertreter im Wettbewerb „produziert“ werden. Die bürokratische Verschwendung der privaten Krankenversicherung ist folglich eher noch höher als die der GKV.

### *Die Grenze der Versicherungspflicht*

Aber dies ist nicht das Geld des Staates. Deswegen sollte beim Blick auf die Versicherten gefragt werden: „Wer benötigt den sozialen Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung?“ Hier sollte eine Pflichtversicherungsgrenze festgelegt werden. Wer sie überschreitet, hat die gesetzliche Krankenversicherung zu verlassen. Wenn sein Einkommen sinkt, mag er zurückkommen. Notwendige soziale Hilfen sollten im Übrigen nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern in der Rentenversicherung und über das Steuersystem sichergestellt werden, und zwar möglichst so, dass Doppelvergünstigungen vermieden werden.

Die private Krankenversicherung muss unter Öffnungs-

zwang gestellt werden und sich am Risikostrukturausgleich beteiligen.

Der Risikostrukturausgleich oder eine gemeinsame Rückversicherung für GKV und PKV sind dann die eigentliche Bürgerversicherung. In diese wird nach dem Einkommen der Versicherten (und zwar auch dem der PKV-Versicherten) eingezahlt. Sie bezahlt aber nur teure Leistungen, die den Einzelnen überfordern, die nicht durch eigenes Verhalten beeinflussbar sind und die aus schicksalhaften Erkrankungen und ihrer Behandlung resultieren.

Wo man die Grenze der Leistungspflicht einer solchen gemeinsamen Bürgerversicherung zieht, ist eine politische Frage. Wenn sie bei 5000 Euro pro Jahr läge, dann hätte beispielsweise jedes bisher noch freiwillig versicherte Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung diese zu verlassen und die Möglichkeit, sich erst ab 5000 Euro Jahreskosten zu versichern. Alle Leistungen unter 5000 Euro pro Jahr sind nur für die versicherungspflichtig in der GKV, deren Einkommen die jeweiligen Grenzwerte nicht erreicht.

### *Zwischenfazit*

Was also ist Sache des Staates? Seine Hauptverantwortung liegt im Felde der kollektiven Gesundheitssicherung. Er muss die gesetzlichen Grundlagen der sozialen Sicherung definieren. Er ist für einen Teil der Infrastruktur verantwortlich. Er regelt die Qualitätsstandards für Waren und Berufsbildungswege einschließlich des Zugangs zu den Heilberufen. Er organisiert das Versicherungsvertragswesen. Ganz obligatorisch muss er sich mit der Seuchenabwehr befassen.

Und was ist Sache des Einzelnen? Es sind die Individualgüter, ein gesundheitskonformer Lebensstil und vor allem die Wunschmedizin. Der Katalog der individuellen Wün-

sche sollte auf keinen Fall zum Gegenstand sozialer Absicherung erhoben werden.

Was ist Schicksal? Die Versicherungsgemeinschaft muss einstehen für Unfälle ohne Bezug zum Verhalten des Einzelnen, für Neubildungen (Krebserkrankungen) und Krankheiten mit unbekannter Ursache sowie für Endpunkterkrankungen bei erblich bedingten Risikofaktoren, wenn die erforderliche Präventionsleistung durch die Patientinnen und Patienten erfolgt ist. Schicksalhaft sind Infektionskrankheiten, wenn die Betroffenen sich haben impfen lassen, und schließlich Erkrankungen als Folge von Erbanlagen.

### *Wunschmedizin*

Eingangs wurde bereits darauf hingewiesen, dass Hausärzte sowohl individualmedizinische als auch kollektive Aspekte der Gesundheitspflege der Gesamtgesellschaft zu berücksichtigen haben.

Sie sind der naturwissenschaftlich-mathematischen, evidenzbasierten Medizin ebenso verpflichtet wie den subjektiven Aspekten, die der Patient mit ins Sprechzimmer bringt. Dies sind Wünsche und Wertungen im Zusammenhang mit der Gestaltung des Lebens. Aus der Sicht der Patienten ist Wunschmedizin ebenso gefragt wie evidenzbasierte Medizin und steht nicht zwingend zu ihr im Widerspruch. Wunschmedizin resultiert aus individuellen Wünschen der Patienten, ohne Bezug zu einer Krankheitsbehandlung nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin. Diese Wünsche können dabei gesellschaftlich akzeptiert sein oder auch nicht.

Die einzelnen Ärztinnen und Ärzte haben eine unterschiedliche Auffassung zu der Frage, ob man Patientenwünschen entgegenkommen sollte oder nicht. Es gibt Subjektivisten und Objektivisten. Erstere orientieren sich

primär an den Problemen und Gefühlen der Patienten und streben pragmatisch, bisweilen polypragmatisch, die Linderung der Beschwerden an, über die geklagt wird. Objektivisten hingegen orientieren sich primär an Organbefunden, Messergebnissen und den Regeln der evidenzbasierten Medizin. Bisweilen legen sie dogmatisch fest, wie die Patienten sich zu verhalten haben. Während die Subjektivisten durch eine Partnerschaft zwischen Patient und Arzt Compliance zu erreichen trachten, verkünden Experten das Behandlungsziel für ihre Patienten *ex cathedra*.

Wunschmedizin ist bei objektivistisch eingestellten Ärzten schlechter aufgehoben – es sei denn, es geht um pekuniäre Indikationsstellungen.

### Bedürfnisse und ihre Befriedigung durch das Gesundheitswesen

Bedürfnisse entwickeln und ändern sich. Zu Utopien passen Wünsche eher als rationale medizinische Normen. Soziale Begriffsinhalte können sich ändern. Sitten ändern sich auch, und die Rechtsnormen folgen ihnen mit Verzögerung; in der Übergangszeit leben Ärztinnen und Ärzte mit moralischen Konflikten und rechtlichen Risiken. Der Entwicklungsstand der Gesellschaft bestimmt, auf welcher Stufe der Bedürfnispyramide ärztliche Leistung gefragt ist.

Unter Bedürfnisbefriedigung versteht die Ökonomie die Beseitigung eines Mangels durch Konsum von Gütern oder Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Von dieser Regel sind ärztliche Dienstleistungen prinzipiell nicht ausgenommen.

Zunächst geht es um das physiologische Bedürfnis der Sicherung des nackten Überlebens in der Notfallmedizin. Es folgt das Bedürfnis nach Sicherheit durch Leistungen der sekundären Prävention. Dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit entspricht in der Medizin die Entwicklung der

Selbsthilfebewegung. Das Bedürfnis nach Wertschätzung findet seinen Ausdruck in der Verbesserung der Patientenpartizipation. Und schließlich geht es bei der Lifestyle-Medizin ausschließlich um Selbstverwirklichung auf der Grundlage individuellen Selbst- und Statusbewusstseins. Auch manche psychotherapeutischen Inhalte haben weniger mit Krankheitsbehandlung als mit dem Wunsch nach Selbstverwirklichung zu tun.

Man mag so viel Ökonomismus beim Thema Wunschmedizin ablehnen. Man mag sich bei dieser Ablehnung auf archaische Arztbilder von Hippokrates bis Paracelsus stützen. Es hat eine Weile gedauert, bis die Institution Kirche die Erkenntnisse der Himmelsmechanik und der newtonschen Physik an sich herangelassen hat. Ganz sicher wird es auch noch eine Weile dauern, bis das letzte Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer ärztliches Handeln mit den Erkenntnissen der Ökonomie in Einklang zu bringen vermag. Gleichwohl ist die Medizin von menschlichen Bedürfnissen und damit Wünschen nicht zu trennen. Ihre Befriedigung untersucht die Ökonomie.

### Typische Beispiele für Wunschmedizin

Der Lebensstil bestimmt die Nachfrage nach Sportberatung, Gewichtsregulierung, Muskelaufbau durch Anabolika, Potenz- und Erektionsförderung, Piercing und Tattoos, Beseitigung derselben, Behandlung von Folgekrankheiten derselben, Massagen, Yoga, Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Anthroposophie, Bachblütentherapie, indischer, chinesischer, religiöser und ritueller Medizin. Kommunikationsstile wie z. B. Transaktionsanalyse, Coaching und Verhaltensberatung oder Partnerschaftsberatung sind ebenso Bestandteil von Wunschmedizin wie durch Patienten veranlasste Verordnungen, Reisemedizin, Reiseimpfungen und Mittel zur Suchtentwöhnung.

Mode und Kosmetik generieren Nachfrage nach Bräunung, Glättung, Straffung und Bleichung der Haut. Die Körperform soll durch Fettabsaugung korrigiert werden. Die operative Korrektur der Hornhaut sowie Brillen und Kontaktlinsen unterliegen individuellen Wünschen, ebenso Gebisskorrekturen, Zahnimplantate, Haarimplantate und Enthaarungskampagnen.

In einer bürokratischen Welt ist auch in diesem Bereich die Hilfe der Ärzte gefragt. Bescheinigungen fürs Finanzamt, für den Führerschein, eine Zuzahlungsbefreiung oder die Befreiung vom Unterricht, über Reisefähigkeit oder Pflegebedürftigkeit sowie für Versicherungen, Rechtsstreitigkeiten sowie Renten- und Kuranträge werden gebraucht.

Besonders Innovationen werden gewünscht. Minimal invasive Chirurgie, bildgebende Verfahren und die Ablage der Aufnahmen im Massenspeicher stehen hoch im Kurs. Medieninformationen werden genutzt. Beim Laser hat schon das Wort therapeutischen Wert, egal wie die Technologie angewendet wird.

In der Familien- und Lebensplanung geht es nicht mehr ohne die Ärzte. Dies gilt für Eheberatung, Empfängnisverhütung, Samenleiterdurchtrennung, Tubenligatur, künstliche Befruchtung (im Ausland auch von Leihmüttern), Unterstützung und Beratung bei Adoptionen usw. Selbst bei Euthanasiewünschen müssen auf Wunsch der Patientinnen und Patienten ausgedehnte Gespräche geführt werden.

Menschen möchten Askese vermeiden. Die medikamentöse Therapie von Hypercholesterinämie, Hypertonie, Diabetes ist komfortabler als Bewegung und Gewichtsabnahme.

Ein besonderer Fall von Wunschmedizin sind die vielen Sonografiebilder für das Familienalbum. Aus Gründen der Schwangerenvorsorge würden zwei Bilder reichen. Für das Familienalbum sind neun Fotos besser. Hinzu kommen einige weitere Exemplare für Oma, Opa und die späteren Pa-



ten. Wenn es die Nachfrage werdender Eltern nach diesen Bildern nicht gäbe, wäre es um die Ertragskraft mancher frauenärztlicher Praxen in unserer kinderarmen Zeit noch schlechter bestellt.

Alle diese Ziele und Wünsche der Patientinnen und Patienten stehen im Einklang mit dominierenden sozialpolitischen Strömungen. Wenn aber Krankenkassenvorstände sich primär an solchen Patientenwünschen orientieren, kann es sein, dass der Beitrag über das Niveau der Konkurrenzkrankenkassen steigt.

### Organisatorische Konsequenzen für das Gesundheitssystem

Die gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen ist nur möglich, wenn alle Inhalte der Wunschmedizin im oben definierten Sinne aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden.

Im Übrigen ist es erforderlich, durch Wahltarife und gestaffelte Selbstbeteiligung die Leistungen der Gesundheitsfachberufe und Ärzte an die subjektiven Bedürfnisse der Versicherten und Patienten ebenso anzupassen wie an die objektiv-medizinischen Regeln.

Dies ist in einem System möglich, in welchem die Steuerung der Versorgung durch den Patienten mit seiner finanziellen Verantwortung in Einklang gebracht wird. Freie Arztwahl ja, aber nicht, wenn sie von einer Rechnung in beliebiger Höhe an die Gesellschaft bzw. Versichertengemeinschaft begleitet wird. (Vgl. dazu auch den Beitrag von Henke und Kossow in diesem Band.)

Im Übrigen sei noch einmal betont: „Es geht nicht ohne Wahltarife.“

Patienten haben ein Interesse an kurzfristigem Zugang zu Innovationen. Regierungsstellen, Krankenkassen, deren Versicherte und die Kassenärztlichen Vereinigungen leben

mit einer möglichst schleppend arbeitenden Gutachteninstanz für die vierte Hürde am komfortabelsten. Innovation ist meistens teuer. Sie zu verzögern ist für die Funktionsträger von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie für den Gemeinsamen Bundesausschuss am bequemsten.

Hierunter sollten aber nicht jene Patienten leiden, die selbst für die Innovation den Mehraufwand tragen wollen. Aus dem Bertelsmann-Gesundheitsmonitor wissen wir, dass ca. ein Drittel der Patienten ein Interesse an einem Leistungskatalog haben, der weitgehend auf die subjektiven Wünsche eingeht – und dies über die evidenzbasierte Medizin und die anerkannten Sitten hinaus!

### *Ziele der Behandlung*

Als Ziele der Behandlung sind innerhalb des gesetzlich geregelten Systems der Gesundheitssicherung anerkannt

- den Tod hinauszuzögern,
- das Leben zu verlängern,
- Schmerzen zu lindern,
- Lebensqualität zu verbessern sowie
- körperliche und seelische Funktionen zu verbessern.

Anerkannt ist auch das Ziel, den Menschen die Freiheit zur Gestaltung des Lebens in Würde zu wahren. Hier beginnen aber die Konflikte bereits, weil jeder unter den Inhalten eines würdevollen Lebens entsprechend seiner religiösen und weltanschaulichen Orientierung etwas anderes versteht. Die Bandbreite reicht hier von der jahrelangen Beatmung eines Hirntoten bis zum ärztlich unterstützten Suizid. Nicht vom System der Gesundheitssicherung anerkannte Ziele der Behandlung sind die Leistungen der Wunschmedizin, wie sie oben beschrieben wurden. Diese Leistungen wird man aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung

vollständig ausgrenzen müssen. Die Folge wird ein quasi gewerbliches Parallelsystem mit freiem Markt sein. Dies sollte man in Deutschland zulassen – schon um den Medizintourismus in Länder mit geringerem Qualitätsniveau, aber höherer Toleranz gegenüber gewerblichen medizinischen Leistungen zu vermeiden.

### *Literatur*

- Herder-Dorneich, Philipp*: Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Baden-Baden 1994
- Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard* (Hrsg.): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg/Basel/Wien 2006

### *Anmerkungen*

- <sup>1</sup> Detaillierte Ausführungen zu diesen Handlungsfeldern finden sich beispielsweise im Lehrbuch der Allgemeinmedizin von Gisela Fischer (Berlin/Heidelberg 1993).
- <sup>2</sup> *Bertelsmann Stiftung* (Hrsg.): *Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment*. Gütersloh 2004.
- <sup>3</sup> *Brinkmann, Henrik / Schnee, Melanie*: *Eigenverantwortung im Gesundheitswesen*. In: Böcken, Jan et al. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2003*. Gütersloh 2003, 85–98, 95ff.
- <sup>4</sup> *Mielck, Andreas / Helmert, Uwe*: *Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Akzeptanz bei verschiedenen Einkommensgruppen*. In: Böcken, Jan et al. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2005*. Gütersloh 2005, 99–119, 103.
- <sup>5</sup> *Streich, Waldemar / Klempner, David / Butzlaff, Martin*: *Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen*. In: Böcken, Jan et al. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2002*. Gütersloh 2002, 35–51.
- <sup>6</sup> *Marstedt, Gerd*: *Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle*. In: *Gesundheitsmonitor 2003* (Anm. 3), 117–135.
- <sup>7</sup> *Braun, Bernard / Niehoff, Jens-Uwe*: *Unterschiede und Ähnlichkeiten im Ost-West-Vergleich*. In: *Gesundheitsmonitor 2002* (Anm. 5), 69–87.
- <sup>8</sup> *Braun, Bernard*: *Häufigkeit und Auswirkungen von Leistungs-*

rationierungen im Gesundheitswesen. In: Gesundheitsmonitor 2002 (Anm. 5), 97–111.

<sup>9</sup> *Streich, Waldemar*: Der Hausarzt als Primärversorger und Lotse im Versorgungssystem – Stand der Praxis und Entwicklungschancen. In: Gesundheitsmonitor 2003 (Anm. 3), 26–40.

<sup>10</sup> *Mielck / Helmert* 2005 (Anm. 4).

<sup>11</sup> *Marstedt, Gerd*: Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV. In: Gesundheitsmonitor 2002 (Anm. 5), 112–129.

<sup>12</sup> *Brinkmann / Schnee* 2003 (Anm. 3); *Edgeton, Stefan*: Individuelle Gestaltungsoptionen der Verbraucher im Gesundheitswesen. In: Böcken, Jan et al. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. Gütersloh 2004; *Marstedt* 2002 (Anm. 11); *Streich* 2003 (Anm. 9).

<sup>13</sup> *Braun, Bernard*: Erwartungen an die mittelfristige Zukunft der Gesundheitsversorgung. In: Gesundheitsmonitor 2004 (Anm. 12), 122–136.