

32 / 2017

GESUNDHEIT GERECHT GESTALTEN POLITISCH-ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUR SITUATION IN DEUTSCHLAND

AUF EINEN BLICK

Es gehört zu den wichtigsten Aufgaben des Sozialstaats, eine funktionsfähige Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen und eine soziale Differenzierung der medizinischen Versorgung zu vermeiden. Das deutsche Gesundheitssystem leistet dies im Grundsatz, weist aber auch eine Reihe von Strukturproblemen auf. Unbefriedigend ist nach wie vor die Vorsorgepolitik, die insbesondere nicht hinreichend auf den Abbau der erheblichen sozialen Gesundheitsungleichheiten fokussiert ist.

EINLEITUNG

Gesundheit ist ein besonderes Gut. Gesund zu sein, ist nicht nur ein zentraler Bestandteil persönlichen Wohlbefindens, sondern auch die Voraussetzung für viele andere Lebenszüge, etwa die Teilnahme am Arbeitsleben. Es gehört deshalb zu den wichtigsten Aufgaben des Sozialstaats, eine leistungsfähige, bedarfsgerechte und allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, die es allen Bürger_innen ermöglicht, gegen gesundheitliche Beeinträchtigungen anzugehen. Niemanden mit seiner Krankheit allein zu lassen, ist dabei auch symbolischer Ausdruck der gegenseitigen Achtung, die sich die Bürger_innen eines freiheitlichen und demokratischen Gemeinwesens schulden. Die Gesundheitsversorgung ist deshalb sozial differenzierungsfeindlich: Ob und welche medizinische Versorgung jemand erhält, darf nicht von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit abhängen. Eine „Zwei-Klassen-Medizin“ wäre ungerecht.

Gleichzeitig haben die Bürger_innen ein Interesse nicht nur an einer guten, sondern auch an einer bezahlbaren Gesundheitsversorgung. Deshalb ist ein sparsamer und zielgerichteter Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen geboten; das Versorgungssystem ist möglichst effizient zu gestalten („Rationalisierung“). Angesichts des medizinischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung

wird man aber auch überlegen müssen, welche Versorgungsleistungen vorrangig zu gewährleisten sind („Priorisierung“) und auf was gegebenenfalls verzichtet werden kann („Rationierung“), damit die Kosten der Versorgung keine unakzeptable Höhe erreichen (Huster 2011). Dabei ist immer zu bedenken, dass Leistungsausschlüsse und –begrenzungen die Gefahr einer sozialen Spaltung der Versorgung in sich tragen, weil diese Leistungen dann (nur) von den Bürger_innen privat zugekauft werden können, die über die finanziellen Mittel verfügen.

Dies wäre besonders problematisch, wenn man bedenkt, dass auch in Deutschland bereits ein deutlicher Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheitszustand besteht. So haben Männer im untersten Einkommensfünftel durchschnittlich eine fast elf Jahre kürzere Lebenserwartung als Männer im obersten Einkommensfünftel; bei Frauen beträgt der Unterschied ca. acht Jahre; stellt man auf die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre ab, sind die Unterschiede noch größer (Lampert/ Knoll 2014). Diese Ungleichheit der gesundheitlichen Chancen kann in einem Land, in dem 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert sind, nicht oder nur am Rande mit einem differenzierten Zugang zur Versorgung erklärt werden; vielmehr spielen hier soziale Gesundheitsdeterminanten – z.B. Arbeits- und Wohnbedingungen, Lebensstile und Erfahrungen sozialer Ausgrenzung – eine wesentliche Rolle (Siegrist/Marmot 2008). Will man gegen diese Ungleichheit angehen, wird man daher auch in anderen Politikbereichen als der Gesundheitspolitik – etwa Bildung, Umweltschutz, Sozialpolitik – aktiv werden müssen. Dies spricht auf der einen Seite dafür, bei Gesundheit – auch hinsichtlich der Verteilung der gesundheitsbezogenen Ressourcen – nicht nur an das Versorgungssystem zu denken. Auf der anderen Seite sollte

>

die Ausgestaltung des Versorgungssystems diese sozialen Gesundheitsungleichheiten nicht noch vergrößern; die Belange der „vulnerablen Gruppen“ sollten vielmehr dort besonders berücksichtigt werden.

Blickt man auf dieser Grundlage auf das deutsche Gesundheitssystem, hat es Stärken und Schwächen (vgl. Busse et al. 2017). Es bietet im internationalen Vergleich eine zwar verbesserungsfähige, aber doch gute medizinische Versorgung, die auch allgemein zugänglich ist, verursacht aber gleichzeitig hohe Kosten und enthält eine Reihe von Strukturproblemen, die die Qualität, Effizienz und Gerechtigkeit der Versorgung behindern. Dies betrifft sowohl die Finanzierung als auch die Organisation und die Leistungsseite des Systems. Erheblicher Handlungsbedarf besteht bei der Gesundheitsvorsorge und insbesondere bei der Bekämpfung sozialer Gesundheitsungleichheiten.

DIE FINANZIERUNG DES VERSORGUNGSSYSTEMS

Grundlegendes Gerechtigkeitsgebot für die Art und Weise, wie das Versorgungssystem finanziert wird, ist die Forderung, dass niemandem aus finanziellen Gründen der Zugang zur medizinischen Versorgung verwehrt ist. Neben der gerechten Verteilung der finanziellen Lasten sind dabei auch die Anreiz- und Gestaltungswirkungen zu bedenken, die sich aus einem bestimmten Finanzierungsmodus ergeben können.

Innerhalb dieses Rahmens gibt es eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten. Das deutsche Krankenversicherungssystem stellt mit den einkommensabhängigen Versicherungsbeiträgen, über die die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Wesentlichen finanziert wird, ein im Grundsatz sozialverträgliches Modell dar, das eine Umverteilung nicht nur von den guten zu den schlechten Gesundheitsrisiken, sondern auch von den Einkommensstärkeren (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) zu den Einkommensschwächeren enthält. Der dadurch erreichte soziale Ausgleich könnte aber auch in anderen Transfersystemen – etwa im Steuersystem – vorgenommen werden; in mancherlei Hinsicht wäre das sogar vorteilhaft, weil einkommensabhängige Versicherungsbeiträge zu Fehlsteuerungen im Wettbewerb der Krankenkassen führen können. Zudem kann man fragen, ob die Anknüpfung an das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung noch eine realistische Abbildung der finanziellen Leistungsfähigkeit darstellt.

Kritikwürdig bleibt jedenfalls der – im internationalen Vergleich singuläre – Dualismus von GKV und privater Krankenversicherung. Ein einheitliches Versorgungssystem für alle Bürger_innen („Bürgerversicherung“, „Integrierte Krankenversicherung“) würde nicht nur verhindern, dass Beamte, Selbstständige und Besserverdienende sich der solidarischen Finanzierung in der GKV entziehen können. Es würde auch die Fehlanreize auf Seiten der Leistungserbringer vermeiden, die sich daraus ergeben, dass die Versorgung von Privatversicherten höher vergütet wird. Allerdings ist das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung historisch gewachsen und nur mit erheblichen Schwierigkeiten abzuschaffen. Ob die Gesundheitspolitik ihre Energien in diesen teuren, komplexen und mit zahlreichen politischen und juristischen Hindernissen versehenen Umbauprozess investiert, ist eine Frage des politischen Willens.

DIE STRUKTUR DES VERSORGUNGSSYSTEMS

Das deutsche Gesundheitssystem ist gekennzeichnet durch einen Regulierungsmix aus staatlichen Vorgaben, Wettbewerbselementen und – prägend – korporatistischen Selbstverwaltungsstrukturen. Dieses komplexe Steuerungssystem führt nicht selten sowohl zu einer Überregulierung als auch zu einem Stillstand durch gegenseitige Blockaden.

Besondere Aufmerksamkeit hat dabei in den letzten Jahren der zunehmende Einbau von Wettbewerbselementen gefunden, etwa der Kassenwettbewerb um Mitglieder oder der Wettbewerb der Leistungserbringer um Versorgungsverträge mit den Kassen. Auch das Fallpauschalensystem im Krankenhaus ist darauf angelegt, einen Wettbewerb um die beste und gleichzeitig kostengünstigste Versorgung zu initiieren. Inzwischen ist allerdings vielfach der Eindruck entstanden, dass mit diesen Instrumenten eine Ökonomisierung oder Kommerzialisierung des Versorgungssystems entstanden ist. So gehört es etwa zu den Grundvoraussetzungen eines Versorgungssystems, dass Patient_innen darauf vertrauen können, dass über ihre Behandlung ausschließlich nach medizinischen Kriterien entschieden wird und die finanziellen Interessen des Krankenhauses keine Rolle spielen. Sollte sich der Verdacht bestätigen, dass zunehmend nicht medizinisch, sondern ökonomisch induzierte Eingriffe vorgenommen werden (vgl. zur Diskussion Schreyögg/Busse 2014), wäre dies eine dramatische Entwicklung, der politisch begegnet werden muss. Dabei besteht gerade im Krankensektor das Problem, dass es in Deutschland zu viele Häuser gibt, die deshalb unter wirtschaftlichen Druck geraten (Leopoldina 2016).

Auch in der vertragsärztlichen Versorgung existieren erhebliche Ungleichgewichte. Es ist absehbar, dass insbesondere in manchen ländlichen Regionen ein niedergelassener Arzt bzw. eine niedergelassene Ärztin nur mit erheblichem Aufwand zu erreichen sein wird. Hier sind innovative Lösungsansätze erforderlich, die ein Zusammenwirken von Ärzteschaft, Krankenkassen und Kommunen erfordern. Auch die Möglichkeiten der Digitalisierung und der Telemedizin werden insoweit genutzt werden müssen, um insbesondere ältere Patient_innen angemessen versorgen zu können.

Zahlreiche Struktur- und Leistungsentscheidungen werden in der GKV von dem zentralen Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzt_innen und Krankenkassen getroffen, dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Ob dieses Gremium, der „kleine Gesetzgeber“ im Gesundheitswesen, die betroffenen Interessen angemessen repräsentiert, wird seit langem diskutiert, weil hier die Patientenbelange gegenüber den finanziellen Interessen der Leistungserbringer und der Krankenkassen vernachlässigt zu werden drohen. Auch das Bundesverfassungsgericht hat nun Zweifel an der Legitimation einzelner Entscheidungsbefugnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses angemeldet (Bundesverfassungsgericht 2015). Hier wird das Gemeinwesen neue Verfahren entwickeln müssen, in denen Versorgungsentscheidungen sowohl rational als auch demokratisch legitimiert erfolgen und in denen insbesondere die Belange der vulnerablen Gruppen hinreichend zur Geltung kommen. Eine „Politisierung“ von Versorgungsentscheidungen, die unter den Druck von Lobbyinteressen und medialen Darstellungen gerät, ist allerdings auch nicht unproblematisch.

Eine strukturelle Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems ist die strikte Trennung von ambulantem und stationärem Bereich, die zu Fehlsteuerungen und Schnittstellenproblemen führt. Diese Trennung muss aufgehoben oder zumindest deutlich relativiert werden; den Patient_innen muss mehr Orientierung im Übergang zwischen diesen Sektoren gegeben werden (Brandhorst et al. 2017).

DER LEISTUNGSKATALOG

Aus Sicht der Patient_innen lautet die zentrale Frage, welche Leistungen im System der öffentlichen Gesundheitsversorgung vorgehalten werden und von ihnen in Anspruch genommen werden können. Das Leitprinzip muss dabei lauten, dass eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet wird, zu der jedermann Zugang hat. Angesichts der begrenzten Ressourcen werden sich daraus allerdings keine absoluten Ansprüche auf konkrete – etwa sehr teure, aber nur begrenzt nützliche – Leistungen ableiten lassen, sondern nur ein Anspruch auf diskriminierungsfreie Teilhabe an der Standardversorgung.

Im Grundsatz entspricht das deutsche Gesundheitssystem diesen Anforderungen. Probleme können allerdings für die Bezieher_innen von Grundsicherung („Hartz IV“) und Sozialhilfe entstehen, wenn sie durch Leistungsausschlüsse oder Zuzahlungen finanziell belastet werden. Zudem gibt es eine Gruppe, für die deutliche Leistungseinschränkungen gegenüber der Standardversorgung in der GKV bestehen, nämlich die Anspruchsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, dessen § 4 den Anspruch auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ beschränkt. Ob dieses – allerdings für höchstens 15 Monate – abgesenkte Versorgungsniveau den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums noch genügt, ist umstritten. Noch schwieriger stellt sich die Versorgung von Personen dar, die (wie etwa Flüchtlinge ohne Aufenthaltsstatus oder Wohnsitzlose) von den medizinischen Leistungen gar nicht erreicht werden.

Im Übrigen muss der Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit in der Versorgungspraxis konkretisiert werden. Hier hat sich in den letzten Jahren die Auffassung durchgesetzt, dass nach wissenschaftlichen Maßstäben und Methoden festzustellen ist, ob eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode einen patientenbezogenen Nutzen besitzt („evidenzbasierte Medizin“). Grundsätzlich ist diese Entwicklung zu begrüßen, aber nicht immer ist der Verdacht von der Hand zu weisen, dass in diese Bewertungen auch Wertentscheidungen und Kostenerwägungen eingehen, die nicht offen ausgewiesen werden, und Belange der Patient_innen nicht hinreichend berücksichtigt werden. Jedenfalls für die notstandsähnlichen Konstellationen einer lebensbedrohlichen Erkrankung hat das Bundesverfassungsgericht inzwischen unmittelbare verfassungsrechtliche Leistungsansprüche konstruiert, die von diesen Bewertungen unabhängig sind (Bundesverfassungsgericht 2005). Dies mag man durchaus kritisieren, weil die Bewertung des Nutzens medizinischer Methoden eine komplexe Aufgabe ist, die geeignete Verfahren und Institutionen erfordert. Diese Rechtsprechung zeigt allerdings, dass die gegenwärtige Ausgestaltung der Bewertungsverfahren nicht mehr auf ungeteilte Zustimmung stößt; insbesondere wird insoweit – wie bereits erwähnt – die Legitimation des Gemeinsamen

Bundesausschusses angezweifelt. Um Leistungsbegrenzungen plausibel begründen zu können, wird man letztlich auch um offene Kosten-Nutzen-Bewertungen nicht umhinkommen.

PRÄVENTION VON KRANKHEITEN UND BEKÄMPFUNG SOZIALER GESUNDHEITSGLEICHHEITEN

Die medizinische Versorgung von konkreten Patient_innen besitzt in einem Sozialstaat, der nach Art. 1 Grundgesetz auf die Achtung und den Schutz der individuellen Menschenwürde verpflichtet ist, eine besondere Dringlichkeit. Allerdings sollte demgegenüber nicht übersehen werden, dass die Gesundheit der Bevölkerung in ihrer Gesamtheit maßgeblich von sozialen Gesundheitsdeterminanten beeinflusst wird, die dem Versorgungssystem vorausliegen; dies gilt auch für die soziale Verteilung von Gesundheit und Gesundheitschancen. Eine Vorsorge- und Public Health-Politik, die sich dieser Determinanten annimmt, ist aus mehreren Gründen ein anspruchsvolles Unterfangen.

Zunächst lässt sich diese Politik nicht auf Gesundheitspolitik im engeren Sinne, die auf das Versorgungssystem fokussiert ist, reduzieren. So ist die Verbesserung des Impfschutzes fraglos eine wichtige Aufgabe, aber die Gesundheitsvorsorge erschöpft sich bei weitem nicht in derartigen medizinischen Maßnahmen. Public Health erfordert vielmehr die Berücksichtigung der für Gesundheit und Krankheit maßgeblichen Faktoren in allen Politikbereichen. Damit ist eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Ebenen und Akteure erforderlich, die in Deutschland schon aufgrund der sektoralen und föderalen Zersplitterung des Gesundheitssystems schwerfällt.

Ferner sind Maßnahmen, die die gesundheitsbezogene Lebensführung der Bürger_innen zu beeinflussen versuchen, immer dem Verdacht ausgesetzt, eine staatliche Bevormundung und einen Gesundheitspaternalismus zu befördern. Ob und in welchem Umfang man durch eine gesündere Ernährung, mehr Bewegung und den Verzicht auf Tabak und Alkohol Gesundheitsrisiken vermindern will, muss in einer freiheitlichen Ordnung tatsächlich den einzelnen Bürger_innen überlassen bleiben, so dass die staatlichen Interventionsmöglichkeiten begrenzt sind (Huster 2015).

Die Präventionspolitik steht damit schließlich vor der Aufgabe, nicht nur an die Bürger_innen zu appellieren, ihren Lebensstil zu verändern – zumal durch diese Art der Verhaltensprävention bestimmte soziale Schichten kaum erreicht werden –, sondern auf eine gesundheitsförderliche Ausgestaltung der Lebenswelten hinzuwirken („Verhältnisprävention“), die ein gesünderes Leben leichter macht und zur Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit befähigt. Hier liegt auch der Ansatzpunkt für eine Verminderung der sozialen Gesundheitsunterschiede.

Ob diese Aufgaben durch das nach mehreren Anläufen 2015 beschlossene Präventionsgesetz angemessen erfüllt werden, ist umstritten. Es ist politisch und verfassungsrechtlich fragwürdig, dass die Präventionsleistungen aus GKV-Mitteln finanziert werden, obwohl Public Health eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt (Spiecker gen. Döhmman/Wallrabenstein 2016). Vor allem aber zeigen die ersten Erfahrungen mit diesem Gesetz, dass erhebliche Umsetzungsschwierigkeiten bestehen (Böhm 2017). Auch kann man bezweifeln,

ob die im Wettbewerb untereinander stehenden Krankenkassen die geeigneten Akteure für eine koordinierte Prävention sind. Von einer integrierten Vorsorgepolitik und nationalen Präventionsstrategie, die gesundheitlichen Belangen in allen Politikbereichen – etwa in der Sozial-, Bildungs- und Stadtplanungspolitik – Rechnung tragen („Health in All Policies“) und insbesondere auf den Abbau der gesundheitlichen Chancenungleichheiten fokussieren, sind wir daher noch weit entfernt.

Autor

Stefan Huster, Professor für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie an der Ruhr-Universität Bochum

Literaturverzeichnis

Bundesverfassungsgericht 2005: BVerfGE 115, 125.

Bundesverfassungsgericht 2015: BVerfGE 140, 229.

Böhm, Katharina 2017: Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention, Zeitschrift für Sozialreform 63, S. 275–299.

Brandhorst, Andreas; Hildebrandt, Helmut; Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.) 2017: Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden.

Busse, Reinhard; Blümel, Miriam; Spranger, Anne 2017: Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen, 2. Aufl., Berlin.

Huster, Stefan 2011: Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?, Berlin.

Huster, Stefan 2015: Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit. Normative Aspekte von Public Health, Baden-Baden.

Lampert, Thomas; Knoll, Lars Eric 2014: Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, Robert Koch-Institut (GBE kompakt 2/2014).

Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften 2016: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem, Halle.

Schreyögg, Jonas; Busse, Reinhard 2014: Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, Hamburg/Berlin.

Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (Hrsg.) 2008: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern.

Spiecker gen. Döhmman, Indra; Wallrabenstein, Astrid (Hrsg.) 2016: Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, Frankfurt.

Impressum

© 2017

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9202, 030 26935 9229
www.fes.de/wiso

Für diese Publikation sind in der FES verantwortlich:
Thomas Absmayr, Severin Schmidt, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.
Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-95861-965-4