

## Grenzen der Sozialmedizin\*

Die Entwicklung der Sozialmedizin („Public Health“) stößt mittlerweile an ihre Grenzen. Zugegebenermaßen erfolgt diese „Rezession“ – nach einem massiven Aufwärtstrend – auf hohem Niveau. Derzeit liegt die Lebenserwartung von Frauen im Alter von 75 Jahren bei noch weiteren 21, für Männer bei noch 17 Lebensjahren. Zwischen 1970 und 2000 stiegen die Gesundheitsausgaben von 5,2 auf 9,9 Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP),<sup>1</sup> obwohl der Anteil der Über-60-Jährigen an der Wohnbevölkerung nur geringfügig zugenommen und die Zahl der Sterbefälle in dieser Altersgruppe um rund ein Viertel gesunken ist.

Es drängt sich daher die Frage auf, warum die markante Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Krankenversorgung nicht zu einer nachhaltigen Verringerung der Krankheitslast der Bevölkerung geführt hat.

Eine Antwort ist nicht möglich, solange man bei der Ursachenforschung den Blick auf das bestehende System der Krankenversicherung beschränkt. Es erscheint daher zweckmäßig, den Begriff der „Nachhaltigkeit“ auch auf die Sozialmedizin anzuwenden – ähnlich wie in der Ökologie, wo er seine historischen Wurzeln in der Forstwirtschaft des 18. Jahrhunderts hat: Der Wald sollte so bewirtschaftet werden, dass sich die Holzentnahme an der Möglichkeit des Nachwuchses orientiert.

### Was ist Sozialmedizin?

Die Sozialmedizin beschäftigt sich mit der Interaktion von sozialen Bedingungen, Gesundheit und Krankheit. Sie wird auch als die Lehre von der Gesundheitspolitik bezeichnet, welche die „Linienfunktionen“ (Prävention, Früherkennung, Therapie und Nachsorge) durch Planung unterstützt und evaluiert. Das Wissen um die sozialen und kulturellen Einflussfaktoren auf die Lebenserwartung der Menschen findet jedoch noch nicht

in allen Ländern in entsprechenden Institutionen seinen Ausdruck. Da wurde z. B. in Großbritannien ein Ministerium für Public Health geschaffen, das unter anderem die Aufgabe hat, wirksame Strategien und Maßnahmen zu erarbeiten, um den notorischen Begrenzungen zu begegnen, welche die Frage der gerechten Verteilung der Gesundheitsressourcen betrifft.

### Gerechtigkeit als Problem der allgemeinen Gesundheit

Die erhebliche Zunahme der Lebenserwartung in den Industrienationen ist unter anderem auf verbesserte allgemeine Lebensbedingungen zurückzuführen. Dennoch verbleiben hohe Diskrepanzen im Gesundheitszustand der Menschen, wenn der unbeschränkte Zugang zur medizinischen Versorgung nicht allgemein gewährleistet ist. Es besteht die Forderung nach der Bildung eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems, das auf einkommensabhängigen Beitragszahlungen basiert. Es hat primär die Verteilungsgerechtigkeit und nicht die Tauschgerechtigkeit zur Maßgabe.

### Gerechtigkeitsformen bei Aristoteles

Aristoteles unterscheidet zwischen distributiver (Verteilungs-) und kommutativer (Vertrags-) Gerechtigkeit. Bei ersterer ist es möglich, dass der Einzelne von einer höheren Distanz und in verschiedenem Maße wie ein anderer zugeteilt bekommt, und zwar nach Übereinkunft. Die andere Grundform sorgt dafür, dass die vertraglichen Beziehungen zwischen einzelnen Menschen rechtens sind (Nikomachische Ethik).<sup>2</sup>

Die *iustitia distributiva* beruht auf der staatlichen Zuweisung von Gütern und Rechten nach dem Prinzip der Angemessenheit. Aristoteles bedachte dabei, dass die Regeln der Proportionalität exakt auf die einzelne Situation angewendet werden können und forderte daher zusätzlich eine

Fallgerechtigkeit, die Epikie (*aequitas* oder Billigkeit). In späterer Folge lösten im Rahmen der Gerechtigkeitsdiskussion anthropologische Aspekte (etwa jene nach den Grundbedürfnissen) die alten Gesichtspunkte immer mehr ab.

### **Gerechtigkeitstheorie heute**

Erst in der Neuzeit haben sich David Hume, Adam Smith und John Locke mit der Gerechtigkeit befasst. Aber bei all diesen dominiert die Frage der Tauschgerechtigkeit, während die Verteilungsgerechtigkeit für lange Zeit in die Sphäre der privaten Tugenden verschoben wird. Erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts wird dieses Prinzip auch auf die Sozialpolitik und später auf das Krankenversicherungskonzept übertragen.

Solange die Gerechtigkeit in der Art einer Grundversorgung im Sozialstaat existiert, könnte nach Nozick der Einzelne aufgrund seiner stärkeren Präferenz für Gesundheit im Gegensatz zum Anderen, der sein Einkommen anderweitig ausgibt, eine bessere Versorgung erhalten.<sup>3</sup> Das Prinzip der Konsumentensouveränität sollte demnach auch am Gesundheitsmarkt einer sozialen Marktwirtschaft herrschen.

### **Das Gerechtigkeitsproblem in der Krankenversicherung**

Versicherungen haben seit dem 19. Jahrhundert die alte (intra-)familiäre Solidarität abgelöst. Seit Anbeginn durchlaufen sie aber eine Krise, da die meisten Versicherten glauben, im Falle der Krankenversicherung weniger zu erhalten, als sie eingezahlt haben. Dies deshalb, weil der Median der bezogenen Leistungen vom arithmetischen Mittel der Zahler weit entfernt ist.

Zudem betragen die kontinuierlich steigenden Gesundheitsausgaben im Jahr 2005 in Österreich 25 Mrd. Euro, das sind 10,2% des BIP. Davon waren 19 Mrd. Euro öffentliche Ausgaben (entsprechend 7,7% des BIP). Im Gesundheitswesen besteht das Problem nämlich darin, dass niemals ein Überfluss an medizinischen Leistungen gegeben sein wird.

Insoweit wäre das Rationalisierungsgebot in der Medizin als moralische Pflicht zu sehen. Gleichzeitig liegt es auf der Hand, dass die von Politikern angesprochenen Rationalisierungsserven keineswegs so groß sind, um sämtliche

Knappheiten in der gesundheitlichen Versorgung zum Verschwinden zu bringen. Mit dem Anwachsen medizinischer Möglichkeiten wird der Zusatznutzen weiterer Leistungen keineswegs vermindert, im Gegenteil: Er wächst mit steigender Zunahme des medizinisch-technischen Fortschritts. Gleichzeitig dringt es verstärkt ins allgemeine Bewusstsein, dass diese Leistungen nicht allen zur gleichen Zeit zugänglich gemacht werden können.

Wir sitzen nämlich in der Fortschrittsfalle: Je besser die Medizin, desto mehr überlebende Kranke in der Gesellschaft. Das führt zu der scheinbaren Paradoxie, dass die Versorgungsqualität der Patienten umso höher zu bewerten ist, je höher die Anzahl der Kranken ist. Tatsächlich bewirken viele medizinische Maßnahmen nicht mehr die Heilung eines Patienten, sondern nur die zeitliche Ausdehnung der Behandlungsbedürftigkeit, notwendigerweise verbunden mit einer Ausdehnung der Lebenszeit.

Da die Todesrate in einer Gesellschaft immer 100% beträgt, bedeutet die Vermeidung der einen Todesart lediglich, dass mehr Menschen an einer anderen Krankheit versterben werden.

Vorsorgeuntersuchungen für Krebserkrankungen könnte man zum Beispiel nicht nur jährlich, sondern theoretisch jeden Monat durchführen; ein Programm, das abgesehen vom Problem seiner praktisch-realen Durchführbarkeit immer noch einen gewissen Zusatzertrag an medizinischem Nutzen hätte. Theoretisch könnten wir bereits heute das gesamte Bruttosozialprodukt eines entwickelten Landes für Gesundheitsausgaben verwenden, welche die Lebensqualität und die erwartete Lebensdauer von Patienten erhöhen können. Ob wir das wollen sollen?

Daher können weitere Verbesserungen nicht unbegrenzt finanziert werden. Dies wird bedeuten, das heute gewährte Leistungen, z. B. in der Früherkennung von Krankheiten, zwar nicht vorenthalten werden, aber künftig mögliche Leistungsverbesserungen, die das derzeitige Niveau überschreiten, vorrangig gut definierten Risikogruppen zugänglich sein werden.

### **Das ASVG als Damm gegen die Zweiklassen-Medizin**

Im Zusammenhang mit der Gerechtigkeitsfrage in der Medizin wird immer wieder von der

Gefahr einer Zwei-Klassen-Medizin gesprochen. Eine – wie J. Kandlhofer meint – unzulässige Zuschreibung für das österreichische Gesundheitssystem, in der die Krankenbehandlung umfassend geregelt und für alle Versicherten – und das sind 99% der Österreicher – einheitlich im ASVG § 133 Abs. 2 definiert ist. Demnach muss *die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.*

Dieser Kernsatz des allgemeinen Krankenversicherungsgesetzes schließt vieles ein und einiges aus. Ausgeschlossen ist die Festschreibung einer Zwei-Klassen-Medizin, da ja auch bei knapper werdenden Ressourcen der gleiche Basisstandard des eingeschlossenen Notwendigen für alle gleichermaßen festgelegt ist. Und weiter heißt es im Gesetz: *Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. ... (3) Kosmetische Behandlungen gelten als Krankenbehandlung, wenn sie zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen.*

Für die Versicherten und Patienten entsteht die moralische Verpflichtung der Eigenverantwortung. Diese bezieht sich auf das Ernährungs- und Risikosportverhalten ebenso wie auf die gebotenen Alltagsnormen, sich ausreichend körperlich zu betätigen und die Besonnenheit im Genussmittelkonsum zu üben. Dabei kann die Solidarität gleichwohl als unabdingbare Voraussetzung für jede soziale Versicherungswirtschaft nicht ausgeklammert werden. Solidarität darf nur der erwarten, der selbst solidarisch ist.

### **Markt vs. Regulierung**

Wie aber in allen systemisch bezogenen Fragestellungen kommt es auf das Maß und die Balance an. Jegliches Marktelement auszuschalten hieße, der Willkür und der Zwei-Klassen-Medizin auf schnellem Wege die Türen zu öffnen. Sowohl innerökonomische wie gerechtigkeitsrechtliche Argumente sprechen gegen eine rein marktorientierte Verteilung von Gesundheitsgütern. Nach dem ökonomischen Argument weisen ganz spezifisch die Gesund-

heitsmärkte Elemente auf, die zu einem schnellen Marktversagen führen können.

Hiermit schwächt die soziale Krankenversicherung als Mittler zwischen Konsument und Leistungsanbieter den rauen Wind des Marktes etwas ab, aber ihr Radius und ihre Handlungsspielräume sind durch den Gesetzgeber und die politischen Rahmenbedingungen aufwendeterminiert.

Daher kann aus ethischer Sicht die theoretische Conclusio nur lauten: Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung und einen Basisanspruch auf Gesundheitsleistungen in ausreichendem Maß, und das für alle. Aufgrund des sozialetisch begründeten Anspruchs auf Hilfe im Krankheitsfall muss die medizinische Grundversorgung im Rahmen einer solidarisch finanzierten Gesundheitswesens einkommensneutral zur Verfügung stehen. Darüber hinausgehende individuelle Präferenzen sollen ihre Sättigung auf einem freien, für private Zusatzversicherungen offenen Markt finden.

Als Strategie gegen die Mittel- und Ressourcenknappheit stehen grundsätzlich zwei Wege zur Verfügung: Die Effizienzsteigerung (Rationalisierung) und die Leistungsbegrenzung (Rationierung). Wofür die österreichische Sozialversicherung steht, dürfte aus dem bisher Gesagten unzweifelhaft hervorgehen!

### **Das Arzt-Patienten-Verhältnis und sein Wandel**

Der Medizinhistoriker Edward Shorter unterteilt etwas vereinfacht, aber plausibel, drei Epochen im Umgang von Ärzten und Patienten zueinander:<sup>4</sup>

- Die traditionelle Periode (2. bis 19. Jahrhundert), in der die orthodoxe Schulmedizin mit anderen Heilern um Patienten konkurrierte;
- die moderne Periode (vom 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts), in der sich das Verhältnis zu Gunsten der Ärzte verschob;
- und schließlich die neueste Periode ab der Mitte des 20. Jahrhunderts, in welcher sich der informierte, selbstbewusste Patient „entwickelte“ und auf die Autorität der Ärzte zunehmend mit Rückzug oder Ärger reagiert.

Heute haben noch andere Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung Eingang gefunden, insbe-

sondere jene des „shared decision making“ (partizipative Entscheidungsfindung) und der „evidence-based-patient choice“ (auf Evidenz basierende Patientenentscheidung). Diese an sich vielversprechenden Fortentwicklungen älterer Modelle der patientenzentrierten Interaktion werden vielfach erprobt und diskutiert, auch bei uns in Österreich.

Bedeutsam ist, dass jede Dynamisierung dieser sensiblen Beziehung äußerste Behutsamkeit verlangt. Es wird auch weiterhin so sein, dass der Patient nicht seinen Körper als Rechtsgut in die ärztliche Ordination schleppt, sondern als Leib-Seele-Einheit dort selbst erscheinen wird.

Der Arzt mit hohem Verantwortungsgefühl für das Wohl des Patienten bestimmt nach wie vor das hohe Ansehen der Ärzteschaft über mehr als zwei Millennien. Er betrachtet den Patienten als seinen Schutzbefohlenen und trug schwer an der Verantwortung für sein Leben. Dieses oft als „paternalistisch“ abgetane Modell steht realiter aber sicher auch heute noch für über 90% aller Arzt-Patienten-Kontakte, von denen es in Österreich alljährlich rund 80 Millionen gibt.

Informierte Zustimmung umfasst im Rahmen von Diagnose und Therapie vor allem die Information des Patienten über seine medizinische Situation, aber auch die Erläuterung der Therapieoptionen durch den Arzt und die Sicherstellung, dass der Patient diese auch verstanden hat und dabei seine Entscheidungsfreiheit wahren konnte.

---

\* gekürzte Fassung von Kandlhofer J., *Die Grenzen der Sozialmedizin*, Imago Hominis (2008); 15: 319-327

---

<sup>1</sup> OECD-Gesundheitsdaten

<sup>2</sup> Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1131a

<sup>3</sup> Nozick R., *Anarchy, State and Utopia*, Basil Blackwell, Oxford (1974)

<sup>4</sup> Shorter E., *Das Arzt-Patient-Verhältnis in der Geschichte und heute*, Picus Verlag, Wien (1991)

**Impressum:**  
**Herausgeber, Verleger, Hersteller: IMABE-Institut**  
**Redaktion: W. DONNER**

**Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien**  
**Tel. +43-1-7153592, Fax: +43-1-7153592-4**  
**E-Mail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org)**  
**Web: <http://www.imabe.org/>**

*Alle bis jetzt erschienenen IMABE-Infos sind auf [www.imabe.org](http://www.imabe.org) kostenlos abrufbar.*