Solidarität und Subsidiarität im Gesundheitssystem

Zur Problematik von Ineffizienz und Mißbrauch

Enrique H. PRAT

Zusammenfassung

Beim Anstieg der Aufwendungen für die medizinische Versorgung in den westeuropäischen Ländern spielt der Mißbrauch nur eine untergeordnete Rolle. Für das gesamte System der sozialen Sicherheit können aber die Mißbräuche eine beträchtliche Bedeutung haben. Außerdem ist Fehlallokation der Ressourcen mindestens zum Teil systemimmanent. Ethisch gesehen ist aber der Mißbrauch immer eine gesellschaftlich relevante Größe. Die westeuropäischen Systeme der sozialen Sicherheit basieren auf dem Prinzip der Solidarität. Sie können deshalb nicht funktionieren, weil in unserer Gesellschaft ein Prozeß der Entsolidarisierung feststellbar ist. Die christliche Soziallehre bietet einen Lösungsansatz zu diesem Problem, indem sie die drei Prinzipien postuliert: das Gemeinwohlprinzip, das Solidaritätsprinzip und das Subsidiaritätsprinzip. Das letzte findet in den aktuellen Systemen der medizinische Versorgung kaum einen Niederschlag. Eine Reform, die nicht nur eine Scheinreform sein will, wird vor allem auf die Verwirklichung des Subsidiaritätsprinzips hinzielen müssen.

Schlüsselwörter: Gesundheitskosten, Mißbrauch, Ressourcenallokation, Subsidiaritätsprinzip zip, Solidaritätsprinzip

ABSTACT

When considering the increase of expenditures for medical care in Western European Countries, abuse plays only a subordinate role. On the other hand abuse could be of great importance with regard to the overall social security system. Besides that, wrong allocation of resources is often immanent in these systems. Seen ethically, abuse is always a relative factor in society. The Western European social security systems are based on the principle of solidarity. At present they can not function well because a process of de-solidariation in society can be noted. The Catholic "Christian Social Teaching" presents a solution to this problem in that three principles are postulated: the good of community principle, the solidarity principle and the subsidiarity principle. The latter principle is hardly ever found in the present medical care systems. A reform in this direction if it is not to remain just a sham reform, must have the implementation of this subsidiarity principle as its goal

keywords: medical expenditures, abuse, allocation of resources, subsidiarity priciple, solidarity principle

LÜCKLICHERWEISE gehören die Bürger Westeuropas zu jenem Fünftel der Weltbevölkerung, das im Wohlstand lebt, den sich unsere Ahnen nicht einmal erträumen hätten können. Entscheidend an diesem Wohlstand sind die Standards der medizinischen Versorgung. Dieser Tatsache zum Trotz breitet sich seit einigen Jahren in unserer Öffentlichkeit, in den meisten westeuropäischen Ländern¹ und auch in Österreich2 ein starkes Unbehagen über die Entwicklung des Gesundheitssystems aus, und es wird mit zunehmender Intensität über die dringende Notwendigkeit seiner Reform diskutiert. Der konkrete Anlaß dazu ist die anhaltende Steigerung der Ausgaben und die daraus folgende zunehmende Belastung des Staatshaushaltes. Die geltenden Finanzierungssysteme scheinen tatsächlich nicht mehr in der Lage zu sein, alle Leistungen des Gesundheitssystems zu tragen.

I. Mißbrauch und Kostenexplosion

In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder vom Mißbrauch des Krankenversorgungssystems gesprochen, als ob dieser in der letzten Zeit zugenommen hätte, ja sogar, mitunter ein gewichtiger Faktor bei der Kostenexplosion gewesen wäre. Man kann Mißbrauch verschieden definieren. Hier wollen wir ihn als den absichtlichen und bewußten, zweckentfremdenden Verbrauch von jenen Ressourcen ansehen, welche die Solidargemeinschaft für die Gesundheit ihrer Mitglieder bereitgestellt hat, d.h. als die Mißachtung der von ihr festgelegten und dem Prinzip der Gerechtigkeit folgenden Grundsätze und Verteilungsregeln bzw. als die eigennützige Ausnutzung von Regelungslücken, die den Grundsätzen und dem Geist der Regulierungen widersprechen. Simplifizierend kann man folgende zwei idealtypische Mißbräuche anführen: a) Bewußte Verschwendung von Mitteln, z.B. unnötige Ver-Krankenhausaufenthalten, schreibung von

Erbringung von diagnostischen oder therapeutischen Leistungen bei fraglicher oder sogar fehlender Indikation; b) Die schwer kontrollierbare Missachtung der von der Solidargemeinschaft festgelegten Bestimmungen über Begünstigung: z.B. ungerechtfertigte Krankschreibung bis hin zur Invaliditätserklärung. Obwohl die Mißbrauchsdefinition ziemlich eindeutig ist, wird in der Praxis die Grenze zwischen Mißbrauch und richtiger Verwendung ziemlich unscharf, d.h. objektive und subjektive Faktoren lassen eine große Grauzone zu, innerhalb derer sehr schwer zu sagen ist, ob ein Sachverhalt Mißbrauch ist oder nicht. Aber hier geht es uns primär um die These, daß der Mißbrauch eine gewichtige Rolle bei der Kostenexplosion spielt. Dies wollen wir prüfen.

Kostenexplosion?

Vorerst sollte aber klargestellt werden, daß eine sachliche Analyse der Entwicklung der Aufwendungen im Gesundheitswesen den Schluß von Kostenexplosion nicht zuläßt3. Die Daten belegen zweifelsohne einen kontinuierlichen Anstieg dieser Aufwendungen sowohl in absoluten Zahlen, wie auch in der Relation zu der Gesamtheit der mit Geld bewerteten Leistungen einer jeden Volkswirtschaft. Der Anstieg ist meistens höher als das Wirtschaftswachstum, hält sich aber in Grenzen (siehe Tabelle). Man sollte deshalb den Tendenzen der Emotionalisierung des Themas vor allem durch die Massenmedien entschieden entgegentreten, sonst wird es die Gesundheitspolitik sehr schwer haben, sachliche und zielführende Strategien zu entwickeln.

Um diese Entwicklung richtig einzuschätzen, muß aber die Steigerung der Ausgaben in ihrer Relation zu zusätzlichen Leistungen, und zwar nicht nur zu materiellen hergestellt werden. Vor kurzem hat MATZNER in diesem Zusammenhang ganz richtig darauf hingewiesen, daß häufig übersehen wird, daß mit den Staatsaus-

Anteil der Gesundheitsangaben am Brutto-Inlandsprodukt (in %)				
	1965	1975	1985	1995
Österreich	4,7	7,3	8,1	9,6
Belgien	3,9	5,9	7,4	8,0
Dänemark	4,8	6,5	6,3	6,5
Finnland	4,9	6,4	7,3	8,2
Frankreich	5,2	7,0	8,5	9,9
Deutschland	5,1	8,1	8,7	9,6
Griechenland	2,6	3,4	4,1	5,2
Irland	4,2	7,6	<i>7</i> ,8	7,9
Italien	4,3	6,2	<i>7</i> ,0	7,7
Niederlande	4,3	7,6	7,9	8,8
Norwegen	3,6	6,2	5,9	7,3
Spanien	2,6	7,6	5, <i>7</i>	7,6
Schweden	5,5	7,9	8,9	7,7
Schweiz	4,5	7,0	8,1	9,6
Großbrittanien	4,1	5,4	5,6	6,9
USA	5,8	8,2	10,7	14,5

Tabelle: Quelle: OECD Health Systems, OECD Paris und eigene Berechnungen

gaben ein positive Leistung bezweckt wird, nämlich, "die Produktion von Sicherheit (...), die Produktion von öffentlichen Gütern", die Reduktion von "public bads", die Produktion von materieller Sicherheit angesichts subjektiver Unsicherheit von existentieller Bedeutung (wie Eintritt von Krankheit oder Arbeitslosigkeit)"⁴. Diese Sicherheit, die in der Finanzwissenschaft als ein Schlüssel zur Erklärung der Zunahmen der Staatsausgaben im Wohlfahrtsstaat betrachtet wird, hat ihren Preis, dem oft keine konkreten materiellen Leistungen gegenübergestellt werden können.

Gründe der Kostensteigerung

Eine Analyse der Ursachen der Steigerung der Ausgaben für die medizinische Versorgung der meisten westeuropäischen Länder in Anlehnung an Arnold⁵ zeigt, daß hier sowohl soziokulturelle wie institutionell-organisatorische Faktoren ins Treffen geführt werden können. Die vier soziokulturellen Faktoren sind:

1) Die demographische Entwicklung: Die Überalterung, ein allgemeines Phänomen in Europa (mit Ausnahme Irlands), das durch den Rückgang der Geburten und durch

Band III/Nr. 4 Seite 245

gleichzeitige Erhöhung der Lebenserwartung zustande kommt, bewirkt eine erhöhte Inanspruchnahme des Versorgungssystems.

- 2) Morbidität: Durch den Rückgang der Infektionskrankheiten und den entscheidenden damit zusammenhängenden Anstieg der mittleren Lebenserwartung sind die chronischen Krankheiten zunehmend in den Vordergrund getreten.
- Der technische Fortschritt: das Spektrum der verfügbaren Verfahren und das Leistungsvolumen haben sich unglaublich rasch erweitert.
- 4) Erwartungen an eine Medizin, die alles kann, und an ein Versorgungssystem, das dem einzelnen alle Leistungen zugänglich machen muß. Dies impliziert sowohl bei Patienten wie bei Ärzten eine Mentalität, daß bei Entscheidungen die tatsächlichen Kosten keine Rolle spielen.

Die institutionell-organisatorischen Faktoren der Kostenzunahme sind:

- 5) Systeminhärente ökonomische Anreize. Alle Ausgaben im Gesundheitssystem sind gleichzeitig Einnahmen. Jedes Subjekt des Gesundheitssystems, Patient oder Leistungserbringer, ist auch einzelwirtschaftlich im Rahmen der vorgegebenen sozioökonomischen Bedingungen um eine Nutzenmaximierung bemüht.
- 6) Umfang des Angebots. Der wissenschaftliche Fortschritt, der ständig neue und bessere Methoden entwickelt, und die Sorge um die ausreichenden Kapazitäten führen tendenziell zu Überkapazitäten.
- 7) Zuwachs der Leistungsanrechte im Zuge des Ausbaus des Wohlfahrtsstaates. Den Versicherten werden Anrechte auf neue Leistungen (z.B. Untersuchungen zur Prävention und zur Erkennung von Krankheiten) eingeräumt.

Nun läßt sich sagen, daß der erste von den oben angeführten Mißbrauchtypen – Verschwendung von Mitteln – vor allem mit den Faktoren 4, 5 und 6 zusammenhängen. Wenn keine Überkapazitäten vorhanden wären, wäre es zumindest nicht so leicht, Leistungen bei fraglicher oder mangelnder Indikation zu erbringen. Die Erwartungen, die Überkapazitäten und die Anreize führen zweifellos zur Ineffizienz in der Allokation der Ressourcen. Die Frage ist, ob das gleich als Mißbrauch im Sinne einer Entscheidung zur bewußten und beabsichtigten Zweckentfremdung von Ressourcen bezeichnet werden kann. Erstens ist oft die Frage der Indikation nicht so eindeutig, mindestens solange keine bindenden Standards gelten. Zweitens, wenn die Kapazitäten (Betten, Apparate und Personal) schon vorhanden sind, sind die Zusatzkosten für ihre Ausnutzung (die Fixkosten müssen so oder so gedeckt werden) minimal. Die entscheidende Frage für den Kostenanstieg ist also, ob es Überkapazitäten gibt oder nicht. Diese dürfte es in Europa in beträchtlichem Ausmaß geben. Die Überkapazitäten - das leere Bett und der unausgelastete Apparat - verursachen Kosten⁶ und wirken als Anreiz für die Nachfrage auch bei fehlender Indikation: Eine Auslastung ohne effiziente Wirkung. Diese ineffiziente Auslastung von noch vorhandenen Kapazitäten verschleiert die wahre Nachfrage und erschwert folglich eine langfristige Investitionsstrategie, die darauf hinzielt, die Kapazitäten an den realen Bedarf anzupassen. Man kann also sagen, daß in der Regel nicht von einem Mißbrauch von Ressourcen durch den einzelnen - Arzt oder Patient - gesprochen werden kann, aber doch von einer systeminduzierten Fehlallokation der Ressourcen. Hierin liegt eine klare Schwäche des Systems: die geltenden einheitlichen und obligatorischen Gesundheitssysteme bauen auf Solidarität, aber entziehen dem einzelnen die Mitverantwortung für das System. Der Arzt z.B., der zu einer ökonomisch effizienten Haltung durch geeignete Anreize des Systems gefordert werden könnte, ist im derzeitigen System meistens besser dran, wenn er sich nicht um die ökonomische Effizienz kümmert. Wenn er anders handeln würde, würde ihn das System sogar strafen.

Obwohl es auch beim zweiten oben erwähnten Mißbrauchtyp – Mißachtung der Bestimmungen bzgl. der Begünstigungen – eine Grauzone gibt, die nicht immer die eindeutige Bestimmung des Sachverhaltes als Mißbrauch erlaubt, wird dabei die Solidargemeinschaft mit Kosten belastet, die mit der medizinischen Versorgung nur indirekt etwas zu tun haben, weil sie allein durch das bewußte oder unbewußte ethische Versagen einzelner Mitglieder – Trittbrettfahrer und Entsolidarisierte – entsteht, die Regulierungslücken ausnützen oder schwer kontrollierbare Übertretungen begehen.

Aus den Ausführungen ist also zu schließen, daß beim Anstieg der Aufwendungen für die medizinische Versorgung in den westeuropäischen Ländern der Mißbrauch im eigentlichen Sinne eine ziemlich geringfügige Rolle spielt. Für das gesamte System der sozialen Sicherheit können aber die Mißbräuche eine beträchtliche Bedeutung haben. Außerdem ist eine Fehlallokation der Ressourcen mindestens zum Teil systemimmanent. Darauf wird in den folgenden Abschnitten noch eingegangen werden.

II Der Mißbrauch aus ethischer Sicht

Individualethik und Mißbrauch

Aus individualethischer Sicht ist der bewußte Mißbrauch ein Versagen des Individuums, das die von ihm mitbestimmten oder zumindest zugestimmten Regelungen der Solidargemeinschaft nicht einhält. Man kann nicht leugnen, daß viele Fehlallokationen im Gesundheitsbereich aus solchem ethischen Versagen entstehen. Man kann aber berechtigterweise davon ausgehen, daß die meisten Ressourcenverschwendungen deshalb vorkommen, weil der einzelne wegen der Komplexität der Zusammenhänge nicht in der Lage ist, zu beurteilen, ob es sich hier tatsächlich um Verschwendung handelt oder nicht.

Natürlich kann man an das ethische Bewußtsein der Mitglieder der Solidargemeinschaft appellieren und darin eine Lösung des Problems erblicken, aber man muß sich vor Augen halten, daß bei komplexen sozialen Zusammenhängen weder rechtliche Vorschriften noch bürokratische Maßnahmen einen Mißbrauch verhindern dürften, wenn die systemimmanenten selbstregulierenden Marktmechanismen oder Steuerungsersatzlösungen fehlen⁸. werden solche Appelle, so notwendig sie auch immer sind, niemals ausreichen, um die Systemmängel zu beheben. Es ist dagegen die genuine Aufgabe der Gesundheitsökonomie, Steuerungsmechanismen zu entwerfen und vorzuschreiben, die trotz fehlendem Markt zur optimalen Allokation führen. Die Gesundheitsökonomie bezweckt, die Mittel - Geld und Ressourcen - in diesem Bereich effizient einzusetzen9, sie befaßt sich allerdings nicht mit der Frage, wieviel eine Gesellschaft und ihre Bürger für Krankheitsvorsorge und Heilung ausgeben sollten. Dies ist eine Frage, die rein politisch ist.

Sozialethik und Mißbrauch

In sozialethischer Hinsicht ist der Mißbrauch immer ein Bruch des Solidaritätsvertrages, der eine Gesellschaft zusammenhält. Es gibt in der letzten Zeit klare Anzeichen dafür, daß sich zunehmenden Wohlstandes solche trotz Vetragsbrüche häufen. Zweifelsohne sind die sozialen Netze der westeuropäischen Länder derzeit besonderen Belastungen ausgesetzt: die hohe Arbeitslosigkeit, die Überalterung der Gesellschaft, die Welle der Frühpensionierungen und die Steigerung der Kosten der medizinischen Versorgung. Man spricht davon, daß man die Grenze der Finanzierbarkeit erreicht hat.

Die westeuropäischen Systeme der sozialen Sicherheit basieren auf dem Prinzip der Solidarität. Sie wurden bis jetzt als Triumph der solidarischen Vernunft über den irrationalen Individualismus gefeiert. Die Grundidee lautet: nur

Band III/Nr 4 Seite 247

wenn alle solidarisch zusammenhalten, können alle Risiken effizient gedeckt und Ungerechtigkeiten und Härten aus der Welt geschafft werden. Eine optimale und effiziente Allokation der Ressourcen war nie ein Anliegen dieser Systeme, weil sie davon ausgegangen sind, daß die Gesundheit der erste Wert unserer Gesellschaft sei und daher die absolute Priorität in der Verteilung der Ressourcen hat. So lange die Mittel ausreichten, gab es keine Probleme und man hat die Annahme, daß es für Gesundheit keine Knappheit gibt, bestätigt gefunden. Erst als die oben erwähnten Faktoren, die zu einer anhaltenden Steigerung der Kosten geführt haben, klar zu Tage getreten sind, ist man sich bewußt geworden, daß die Ressourcen knapp werden und nicht alles finanzierbar ist. Nun wird diese Solidarität auf die Probe gestellt. Eine rein bedarfsorientierte Versorgungsregelung, welche die Eigenleistung der Begünstigten in keiner Weise mit ihren Anrechten in Beziehung bringt, scheint dazu zu führen, daß jeder vorsorglich für den Bedarfsfall das System überbeansprucht. Wenn eine Versorgungsgesellschaft, die keine oder nur wenige Begrenzungen vorsieht, funktionieren sollte, müßte sie eigentlich von ihren Mitgliedern, die heroische freiwillige Solidarität einfordern, auf Vorsorge zu verzichten. Dies führt zur Frage: Wie solidarisch ist unsere Gesellschaft wirklich?

Risse in der Solidargemeinschaft

Es gibt in unserer Zeit eine ganze Reihe von solidarischen Phänomenen, die es früher, zumindest in dem Ausmaß, nicht gegeben hat: Multinationale Gesellschaften, Internationale Organisationen und Vereinigungen, übernational agierende Netze aller Art sind in den letzten Jahrzehnten entstanden. Es wird immer stärker vom Phänomen der Globalisierung dieser Welt gesprochen. Tatsächlich ist die Internationalisierung eine klare Besonderheit unserer Zeit, die durch die Revolution auf dem Kommunikationssektor ermöglicht wurde. Der

Trend zum interkulturellen Zuammenschluß deutet auf eine Stärkung der Solidarität hin. Aber auf der anderen Seite verbirgt sich hinter einer durch immer mehr telematische und sonstige Netze zusammengehaltenen Fassade eine Welt, die zunehmend auseinanderfällt. Es ist ein Phänomen mit umgekehrten Vorzeichen. das die Soziologie als Fragmentierung bezeichnet. TAYLOR, der dieser Tatsache besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat, beschreibt sie wie folgt: "Eine fragmentierte Gesellschaft ist eine Gesellschaft, deren Angehörigen es immer schwerer fällt, sich mit ihrer politischen Gesellschaft als einer Gemeinschaft zu identifizieren. Dieser Mangel an Identifikation spiegelt vielleicht eine atomistische Einstellung wider, bei der die Menschen dahingelangen, die Gesellschaft rein instrumentell zu sehen. Außerdem trägt dieser Identifikationsmangel aber zur weiteren Verfestigung des Atomismus bei, denn durch das Fehlen wirksamen gemeinsamen Handelns werden die Menschen auf sich selbst zurückgeworfen"10. Diese Fragmentierung zeigt sich in vielfältigen und weltweit ausgebreiteten Phänomenen wie Regionalismus, Nationalismus, Entstehung neuer Subkulturen, emanzipatorische Bewegungen, inflationäres Aufkommen von "Ismen" aller Art, Sekten und zahllosen alternativen Gruppierungen.

Durch die Fragmentierung schrumpft der Zusammenhalt der Gesellschaft ein, deren Mitglieder sich vor allem innerhalb ihrer Gruppierung solidarisch verhalten, aber in Konkurrenz zu anderen Gruppierungen treten. Dadurch entsteht jene immer stärker von Politikern und Kulturkritikern, aber vor allem von Kirchenvertretern beklagte Entsolidarisierung, die zu neuen Gesellschaftskonflikten und auch zum zunehmenden Mißbrauch von bestehenden Institutionen führt. Es sprengt den Rahmen dieser Arbeit, das Phänomen der Fragmentierung zu analysieren. Hier ging es darum, zu zeigen, daß wir auf eine multikulturelle und äußerst pluralistische Gesellschaft zusteuern. Die Institutionen in dieser Gesellschaft können nicht

Seite 248 Band III/Nr. 4

ausschließlich auf das Solidaritätsprinzip abgestellt sein, weil es die Solidarität in der geforderten Form nicht gibt.

III Ansätze für eine neue Ordnung aus den Prinzipien der christlichen Soziallehre

Es fällt auf, daß in der Diskussion um die Lösung dieses Problems sehr häufig auf die Christliche Soziallehre und ihre Prinzipien Bezug genommen wird, auch dann, wenn sonst keine ausgesprochen christlichen Positionen vertreten werden¹¹. Besonders wird auf jenes Prinzip, das wirklich Markenzeichen¹² der Katholischen Soziallehre ist, hingewiesen: Das Tatsächlich gibt Subsidiaritätsprinzip. Christliche Soziallehre eine konkrete und klare Antwort auf die anstehenden Fragen, indem sie drei Prinzipien für die richtige Ordnung der Gesellschaft und ihrer Institutionen vorschreibt: das Gemeinwohlprinzip, das Solidaritätsprinzip und das Subsidiaritätsprinzip¹³. Durch das erste wird der einzelne verpflichtet, am Gemeinwohl mitzuwirken, dem prinzipiell und unter Wahrung der unaufgebbaren Würde der Person Vorrang vor dem Einzelinteresse einzuräumen ist. Das Prinzip der Solidarität besagt wechselseitiges Verbunden- und Verpflichtetsein unter den Menschen. Das Subsidiaritätsprinzip hat die Enzyklika "Quadragesimo anno" folgendermaßen definiert: "Wie dasienige, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen; zugleich ist es nachteilig und verwirrt die ganze Gesellschaftsordnung... Je besser durch strenge Beobachtung des Prinzips der Subsidiarität die Stufenordnung der verschiedenen Vergesellschaftungen innegehalten wird, um so stärker stehen gesellschaftliche Autorität und gesellschaftliche Wirkkraft da, um so besser und glücklicher ist es auch um den Staat bestellt"¹⁴. Das richtig verstandene Subsidiaritätsprinzip besagt nicht nur, daß der Staat zum Dienst am Bürger verpflichtet ist, sondern auch, daß der Bürger ein Anrecht auf Freiräume und Förderung der eigenen Fähigkeiten hat, damit er Initiativen entfalten kann.

Diese drei Prinzipien bilden eine Einheit, d.h. entweder treten sie zusammen auf oder sie entarten. Ohne das Gemeinwohlprinzip haben die anderen zwei – Solidarität und Subsidiarität – keinen Sinn, und umgekehrt Solidarität und Subsidiarität sind Garanten der Verwirklichung des Gemeinwohls. Ohne Solidarität rutscht die Gesellschaft in einen wilden Individualismus und ohne Subsidiarität besteht die Gesellschaft vorwiegend aus entmündigten Bürgern. Mit anderen Worten, und das ist die Aussage der christlichen Soziallehre, die Gesellschaft und ihre Institutionen (z.B. die Gesetze) müßten in ihrer Organisation und Funktionsweise von diesen drei Prinzipien geprägt werden.

Im Lichte dieser Aussage fällt deutlich auf, daß in den europäischen Systemen der sozialen Sicherheit das Subsidiaritätsprinzip sehr mangelhaft, wenn überhaupt, umgesetzt wird. Das System fordert vom einzelnen Bürger einen fast einheitlichen finanziellen Beitrag, der mit der Zeit kaum mehr gespürt wird, dafür hat er im Bedarfsfall ein Anrecht auf nahezu alles, was die Medizin kann. Es gibt zwar einige Begrenzungen, die jedoch mehr formell als real sind. Was dementgegen die meisten sachlichen Vorschläge fordern, ist ein System, in welchem der einzelne nicht mehr einfach alles erwarten kann, sondern auch im Rahmen seiner eigenen realen Möglichkeiten für seine eigene Gesundheit vorbeugend und kurativ Verantwortung tragen muß. Für eine Stärkung des Subsidiaritätsprinzips im Gesundheitssystem sprechen nicht nur ökonomische Faktoren, sondern auch kulturelle. In der pluralistischen, multi-

Band III/Nr. 4 Seite 249

kulturell stark fragmentierten Gesellschaft müssen eine Vielfalt von moralischen und kulturellen Werten koexistieren. Die individuell sehr unterschiedlichen Prioritäten im Hinblick auf soziale Güter und Lebensziele können am besten berücksichtigt werden, wenn die verschiedenen Gruppierungen auch die Möglichkeit erhalten, Initiativen zu entfalten und Verantwortung im Rahmen des gesamten Systems zu tragen¹⁵.

Im Grunde ist kaum daran zu zweifeln, daß an der Stärkung der Subsidiarität kein Reformweg vorbeigehen kann. Es geht vor allem um die Finanzierbarkeit der aktuellen Versorgungsstandards. Dies kann einerseits durch Effizienzsteigerung und andererseits durch Aufbringung von neuen finanziellen Mitteln gelingen. Die Gesundheitsökonomie sagt eindeutig, daß beide Ziele weniger durch eine Zentralverwaltung als durch eine geordnete, aber dezentral geführte Organisation erreicht werden können. In dieser soll auf keiner Entscheidungsebene (Staat, Krankenhaus, Arzt-Patient) Verantwortung übernommen werden, die auch von darunterliegenden Ebenen übernommen werden könnte. Durch ein ausgewogenes Zusammenspiel von Eigeninteressen, Eigenverantwortung und Eigenleistungen der Subjekte des Gesundheitssystems können diese Ziele zustande kommen. Auf der einen Seite herrscht darüber ein allgemeiner Konsens, daß das Gesundheitssystem nicht mit reinen Marktmechanismen zu regeln ist. Dies ist schon deshalb nicht möglich, weil Gesundheit nicht am Markt kaufbar ist. Abgesehen von ethischen Überlegungen, die ein Handeln mit Gütern und Leistungen, welche die Gesundheit betreffen, sehr einschränken würden, existiert ein solcher Markt nicht, weil in ihm der Patient nicht als souveräner, sondern als abhängiger Käufer auftreten würde¹⁶. Aber auf der anderen Seite hat die Wirtschaftswissenschaft eindeutig erwiesen, daß kein Mechanismus, jedenfalls sicher nicht der Staatsapparat, die Allokation der knappen Ressourcen so effizient regelt wie

der Markt selbst. In Anlehnung an den Nobelpreisträger K.J.ARROW17 hat neulich STREIßLER in Wien überzeugend dargelegt¹⁸, daß im Gesundheitssystem der Markt als alleiniger Entscheidungsmechanismus versagen muß. Aber auch der Staat alleine versagt. Genausowenig können die Einzelentscheidungen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung ohne weitere Steuermechanismen die Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit des Systems garantieren. Man sollte daraus schließen, daß nur ein Mischsystem, das in manchen Bereichen des Gesundheitswesens einen kontrollierten Wettbewerb und eine marktähnliche Organisation zuläßt, und ein soziales Netz mit marktähnlicher Struktur die Effizienz garantiert, allen Anforderungen des Gesundheitswesens optimal zu entsprechen.

Dieses Mischsystem ist gemeint, wenn man von Splittung in eine Grundkrankenversicherung und eine Privatkrankenversicherung (privatwirtschaftlich geführt), die nicht zu verwechseln ist mit der aktuellen Zusatzversichespricht¹⁹. Dieses nach der oben erwähnten Triade der Christlichen Soziallehre konzipierte System ist das gerechtere System²⁰, denn es erlaubt gemäß der Gesundheitsökonomie die bessere Ressourcenallokation und so wird die Mißbrauchsmöglichkeit verhindert bzw. stark eingeschränkt, d.h. das Wohl des einzelnen und das Gemeinwohl wird optimiert. Darüber, daß es für die Schwachen und sozial Bedürftigen weiterhin einen Halt in der Solidargemeinschaft geben muß, gibt es einen unerschütterlichen Konsens.

Referenzen

 Vgl. QUINTANA O. und INFANTE A. "Setting Priorities in the Spanisch Health Care System"; TER MEULEN R.J.J. "Limiting Solidarity in Netherlands: a Two Tier Health System on the Way"; VAN DER WILT G.J. "Towards a Two Tier System in Netherlands: How to put Theory into Practice"; HOLM S. "Socialized Medicine, Resource Allocation and Two-Tiered Health Care – The Danisch Experience; NORHEIM O.F. "The

Seite 250 Band III/Nr. 4

Norwegian Welfare State in Transition: Rationing and Plurality of Values as Ethical Challenges for the Care System"; CASSEL D. u. BOROCH W. "Free Choice of Sickness Funds: Economic Implications and Ethical Aspects of the 1992 Health Care Reform in Germany"; EDGAR A. "Enterprise Association or Civil Association? The UK National Health Service", alle in The Journal of Medicine and Philosophy", Vol 20, 1995, OECD Health System, Facts and Trends, 1960-1961, ROSLEFF F. und LISTER G. "Europäische Trends im Gesundheitswesen: In Richtung Managed Care", Cooper & Lybrand, 1995

- Für Österreich Vgl. KOHMAIER F. "Pension in Not. Das österreischische Sozialsystem vor dem Zusammenbruch", Signum Verlag, Wien, 1995 und "Das Ende der Illusion vom Wohlfahrtstaat" in "Conturen" Nr. 17 A/ 1984, 52 – 65.
- Arnold M. "Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende", Enke, Stuttgart, 1995, 17 ff
- MATZNER E. "Die Krise des Wohlfahrtstaates. Eine Neubetrachtung (frei) nach Schumpeter und Morgenstern".1996, S. 3. Zitiert aus der noch nicht veröffentlichen Fassung des Vortrages vor dem internationalen Symposium "Challenges to the Welfare State" (Paris/ Pamplona), 23.-26.Mai 1996.
- 5. Arnold M. "Solidarität 2000", 19 24
- Die Studie von ROSLEFF F. und GRAHAM L. "Europäische Trends im Gesundheitswesen: in Richtung Managed Care", (1996), hat errechnet, daß die angebotbedingten Faktoren, darunter fällt die Überkapazität, für mehr als die Hälfte des Kostenanstieges verantwortlich sind (vgl. S. 7)
- 7. Unter Trittbrettfahrermentalität (auch als Rationalitätsfall bekannt) ist jene gemeint, die zum Fehlverhalten des einzelnen führt. Ressourcen werden über ein sachlich notwendig hinausgehendes Ausmaß so schwierig dies auch zu bestimmen sei beansprucht, mit der Begründung, daß dadurch das System als Ganzes praktisch nicht belastet wird. Unter "Entsolidarisierten" sind hier jene gemeint, die ernsthaft davon

- überzeugt sind, nach jahrelangen Einzahlungen ein Anrecht auf jede Leistung des Systems zu haben.
- ARNOLD M. "Warum stellt sich das Thema "Ethik der Gesundheitsökonomie"?" in J.MOHR Ch.SCHUBERT (Hrsg.) "Ethik der Gesundheitsökonomie", Springer Verlag, 1992, 1-9
- GRAF-BAUMANN T. "Lebensqualität: gesundheitsökonomische Folgerungen", J.MOHR Ch.SCHUBERT (Hrsg.), Ethik der Gesundheitsökonomie, Springer Verlag, 1992, 12
- TAYLOR Ch. "Das Unbehagen an der Moderne", Suhrkamp, Stuttgart, 1995, 131.
- Vgl. SASS H.M. "The new triad: responsability, solidarity and subsidiarity", The Journal of Medicine and Philosophy, 1995, 20: 587-594 und ARNOLD M. "Solidarität 2000" 1995, 27 30
- SPIEKER M. "Das Menschenbild der katholischen Soziallehre" in E.H. PRAT (Hrsg.) "Ökonomie, Ethik und Menschenbild", Verlag Faßbaender, Wien, 1993, 62
- Vgl. Enzyklika "Centesimus annus", (1991), nn. 48 und 49, und Höffner J. "Christliche Gesellschaftslehre", Butzon & Brecker, Kevelaer, 1995, 42 – 55, Klose A. "Unternehmer Ethik", Veritas, Linz, 1988, 42 – 52.
- Enzyklika "QUADRAGESIMO ANNO" (Pius XI), 1931, nn. 79 und 80
- Vgl. SASS H.M. "Wer trägt eigentlich die Verantwortung für die Gesundheit?" in J.MOHR Ch.SCHUBERT (Hrsg.) Ethik der Gesundheitsökonomie, Springer Verlag, 1992, 55-59
- HORISBERGER B. "Das ökonomische Prinzip der Honorierung im Gesundheitssystem" in J.MOHR Ch.SCHUBERT (Hrsg.) "Ethik der Gesundheitsökonomie" Springer Verlag, 1992, 26
- Arrow, K.J. "Uncertainty and the Economics of Medical Care", AER, Vol. 53, 1963, 941 ff.
- STREIßLER E. "Was darf die Gesundheit kosten?" Noch unveröffentlichter Vortrag beim Österreichischen Ärztetag, Wien, 19.11.96.
- 19. ARNOLD M. "Solidarität 2000", 195
- 20. Schöne-Seifert B., "Was sind "gerechte" Verteilungskriterien?" in J.Mohr Ch.Schubert (Hrsg.) "Ethik der Gesundheitsökonomie" Springer Verlag 1992, 34-44