

Einführung

1 Was ist Gesundheit? – Wie kann man sie messen und wovon hängt sie ab?

Wer sich mit dem Gesundheitswesen beschäftigt, mit seiner Organisation, seinen Einrichtungen, Berufen usw., tut gut daran, sich zunächst Gedanken darüber zu machen, was Gesundheit eigentlich ist. Man mag denken, die Antwort auf diese Frage sei einfach, gleichwohl ist die Definition von Gesundheit bzw. von Krankheit eines der diffizilsten Probleme des Gesundheitswesens. Die wohl berühmteste und am häufigsten zitierte Definition von Gesundheit ist jene der WHO (World Health Organisation), einer Unterorganisation der UNO. Sie lautet: »*Gesundheit ist der Zustand des vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit.*«

Wer wäre nach dieser Definition über einen längeren Zeitraum gesund? – Wohl kaum ein Mensch. Ist diese Definition nicht eher eine Zielsetzung oder eine Aufruforderung an die Politik, die Gesellschaft bzw. jeden einzelnen, Bedingungen zu schaffen, dass jeder dem WHO-Zustand möglichst nahe kommt?

Unstrittig dürfte sein, dass die Definition der WHO für Leute, die sich pragmatisch mit dem Gesundheitswesen befassen, nicht brauchbar ist. Was ist aber dann Gesundheit? Man mag einwenden, Gesundheit sei wohl eher auf individueller Ebene, also von jedem einzelnen Menschen zu definieren. Würde man Leute mit Schnupfen befragen, ob sie krank seien oder nicht, so würde dies ein Teil von ihnen bejahen, ein anderer Teil würde argumentieren, ein Schnupfen sei noch lange keine Krankheit. Stellte man Ärzten die Frage, ob ein Schnupfen eine zu therapierende Krankheit ist oder nicht, so ergäbe sich mutmaßlich Ähnliches. Ein Teil von ihnen würde die Frage mit ja, ein anderer Teil mit nein beantworten. Was fängt nun der Pragmatiker im Gesundheitswesen damit an? Tatsache dürfte sein, dass es Zustände gibt, die niemand als gesund bezeichnen würde, etwa einen Menschen mit einer Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium oder einen Menschen mit schweren Verletzungen. An den Randbereichen zwischen Gesundheit und Krankheit, wie das Schnupfen-Beispiel zeigt, wird es schwierig.

Krankheit ist aber ein versichertes Risiko, ob nun in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Und tatsächlich stellt die **Unschärfe der Definition von Gesundheit bzw. Krankheit** eines der größten Probleme für die Kalkulation der Versicherungen dar. Hinzukommt: Der Gesundheitsbegriff ist keineswegs statisch, sondern er verändert sich. Durch medizinischen Fortschritt ist es immer wieder

möglich, Zustände als Krankheiten zu diagnostizieren, die man zuvor nicht hätte identifizieren können.

Wie also soll man etwas messen, das man nicht definieren kann? Hier behilft man sich in aller Regel damit, dass man so genannte harte Indikatoren (aus dem Lat.: indicator = Anzeichen, Merkmal) verwendet, vor allem Mortalitäts- (aus dem Lat.: mortalitatis = Sterblichkeit) und Morbiditätsziffern (aus dem Lat.: morbidus = krank).

Unterschiede in der Sterblichkeit bzw. der Lebenserwartung zeigen sich zwischen verschiedenen Ländern; sie hängen hauptsächlich vom Wohlstand der jeweiligen Gesellschaften und dessen Verteilung auf die Mitglieder der Gesellschaft ab. Je höher das Durchschnittseinkommen eines Landes ist und je gleichmäßiger das Einkommen verteilt ist, desto höher ist tendenziell die Lebenserwartung. Am ältesten werden Menschen im Durchschnitt in Japan, Kanada, der Schweiz und den skandinavischen Ländern. Japanische Frauen werden im Durchschnitt 87 Jahre alt, japanische Männer 81 Jahre. Die niedrigste Lebenserwartung findet sich in den ärmsten Ländern der Welt südlich der Sahara (Lebenserwartung in Simbabwe 52 Jahre für Männer und Frauen). Der **Unterschied in der Lebenserwartung** der reichsten und der ärmsten Bevölkerungen auf der Erde beträgt also **in etwa 40 Lebensjahren**. Deutschland nimmt mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 83 Jahren für Frauen und 78 Jahren für Männer (Angaben für 2009/11) im Vergleich aller Länder einen vorderen Platz, im Vergleich der entwickelten wohlhabenden Länder einen Mittelplatz ein.

Auch innerhalb Deutschlands gibt es Unterschiede in der Sterblichkeit: Sie liegt tendenziell in den südlichen Bundesländern niedriger als in der nördlichen, tendenziell am höchsten in den neuen Bundesländern. Belegbar sind soziale Unterschiede in Deutschland, aber auch in allen übrigen entwickelten Volkswirtschaften: Menschen mit körperlich belastenden Berufen werden im Durchschnitt nicht so alt wie Menschen gehobener Berufsgruppen (leitende Angestellte, Unternehmer). Menschen aus höheren Einkommensschichten weisen eine überdurchschnittliche Lebenserwartung auf, ebenso Menschen mit höherer Ausbildung.

Einer statistischen Überprüfung hält auch nicht die oft geäußerte Meinung stand, Herzinfarkte und andere möglicherweise stressbedingte Krankheiten seien so genannte Managerleiden. Das Gegenteil ist der Fall. Das Infarktrisiko steigt mit zunehmender Armut. Als bedrückend werden auch die in letzter Zeit häufig in den Medien thematisierten Morbiditätsunterschiede zwischen Kindern aus wohlhabenden und armen Familien empfunden. Je geringer der Wohlstand von Familien ist, desto schlechter ist im Durchschnitt der Gesundheitszustand der Kinder.

Die aufgeführten Zusammenhänge sind zwar statistisch nachweisbar, sie dürfen jedoch nicht auf einzelne Menschen bezogen werden. Statistische Erkenntnisse werden anhand von **großen Kollektiven** von Menschen gewonnen und haben **nichts mit einem einzelnen Individuum zu tun**. Ein weiterer Fehler der Interpretation wäre es, einfache Ursache-Wirkungszusammenhänge zu unterstellen. Mortalität und Morbidität werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, wie z. B. den Arbeits-, Bildungs-, Wohnbedingungen und den mit ihnen einhergehenden Belastungen, der Sicherheit des Straßenverkehrs, der Umweltbelastung und nicht zuletzt dem Zugang zur medizinischen Versorgung. Welchen Stellenwert die

einzelnen Variablen bei der Erklärung der Mortalitäts- und Morbiditätsunterschiede haben, kann schwerlich beziffert werden.

2 Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik in Deutschland

In Deutschland existiert bisher keine vollständige (die gesamte Bevölkerung umfassende) und systematische Morbiditätsstatistik. Erfasst werden einzelne Indikatoren wie etwa der Krankenstand der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Vom Robert-Koch-Institut, einer Bundesbehörde, die für die Überwachung des Infektionsgeschehens zuständig ist, werden Daten über meldepflichtige Krankheiten gesammelt (► Kap. IV 9). Darüber hinaus gibt es Statistiken über die Ergebnisse der Vorschul- und der Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern. Erfasst wird das Krankheitsgeschehen an bösartigen Neubildungen (Krebserkrankungen) bei Kindern unter 15 Jahren.

Vollständige und systematische Informationen liefert eher die Mortalitätsstatistik nach Todesursachen, gegliedert nach dem ICD-10-WHO (International Classification of Diseases, 10. Version, ► Kap. VI 1.4). In Tabelle 1 sind die wichtigsten Todesursachen in Deutschland als Prozentsatz aller Sterbefälle ausgewiesen.

Die Anteile der einzelnen Todesursachen an der gesamten Sterblichkeit, wie sie die Tabelle zeigt, sind in Deutschland weitgehend stabil. Knapp 40 % der Todesfälle werden durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (zu denen neben Herzerkrankungen auch Schlaganfälle zählen) verursacht, etwa ein Viertel durch Krebs. Die Häufigkeit beider Krankheitsarten steigt – wenngleich sie auch junge Menschen befallen können – mit dem Lebensalter an. Die Tatsache, dass diese beiden Todesursachen dominieren, ist der hohen Lebenserwartung in Deutschland geschuldet.

Tab. 1: Anteil einzelner Todesursachen an den Sterbefällen in Deutschland 2013

Todesursachen nach ICD-10	Anteil an allen Sterbefällen 2013 in %
Alle Todesursachen	100,0
Krankheiten des Kreislaufsystems ICD-Kapitel IX	39,7
Neubildungen (Krebs) ICD-Kapitel II	25,8
Krankheiten des Atmungssystems ICD-Kapitel X	7,3
Krankheiten des Verdauungssystems ICD-Kapitel XI	4,5

Tab. 1: Anteil einzelner Todesursachen an den Sterbefällen in Deutschland 2013
– Fortsetzung

Todesursachen nach ICD-10	Anteil an allen Sterbefällen 2013 in %
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität ICD-Kapitel XIX	3,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ICD-Kapitel IV	3,5
Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen ICD-Kapitel V	4,0
Übrige Todesursachen	11,4

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/GestorbeneAnzahl.html>, Zugriffssdatum 19.1.2015

3 Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheit

Werden Menschen in Meinungsumfragen gebeten anzugeben, was ihnen im Leben am wichtigsten ist, dann nimmt Gesundheit immer einen der vorderen Ränge ein. Gute Gesundheit, nicht nur für sich selbst, sondern auch für andere, ist ein Grundbedürfnis. Aber Gesundheit besitzt **nicht nur in individueller Hinsicht** hohe Priorität, sie ist vielmehr **auch in gesamtgesellschaftlicher** und gesamtwirtschaftlicher Hinsicht ein wichtiges Gut. Wer gesund ist und zudem eine gute Ausbildung genossen hat, ist leistungsfähig – sei es im Beruf, sei es als Eltern von Kindern, als Großeltern, die ihre Enkel betreuen usw. Deshalb zählt man Gesundheit neben der Ausbildung zum so genannten Humankapital einer Gesellschaft. Investitionen, die der Gesundheit der Menschen dienen, haben damit einen Stellenwert wie Investitionen in die Bildung.

Die Verbreitung von AIDS in vielen Staaten Afrikas ist – zusätzlich zum menschlichen Leid – auch eine ökonomische Katastrophe. Die Krankheit befällt vor allem junge Erwachsene, also Menschen, die im Arbeitsleben stehen. Der Ausfall wirtschaftlicher Aktivitäten, der durch die Krankheit verursacht wird, vermindert Chancen auf Wohlstand für jetzige und künftige Generationen. Erstes Ziel vernünftiger Entwicklungspolitik werden deshalb Investitionen zur Bekämpfung der HIV-Infektion sein.

Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt. Wie viele andere reiche Länder ist es mit dem Problem der **Überalterung der Bevölkerung** konfrontiert (► Kap. II 1.2.1). Es ist absehbar, dass in den kommenden Jahrzehnten der Anteil

von Menschen im erwerbsfähigen Alter zurückgeht. Deshalb ist es nicht zu umgehen, die Lebensarbeitszeit der Menschen zu verlängern und das Renteneintrittsalter auf 67 Jahre heraufzusetzen. Wenn Menschen aber bis in ein höheres Alter hinein im Erwerbsleben stehen, werden verstärkte Anstrengungen nötig sein, um ihre Gesundheit und ihre Leistungsfähigkeit aufrecht zu erhalten.

Teil I

Sozialstaat und Gesundheitswesen

1 Deutschland ist ein Sozialstaat

»Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.«

So lautet der Artikel 20 Abs. 1 des Grundgesetzes. Artikel 20 Grundgesetz genießt, ebenso wie Artikel 1, der die Wahrung der Menschenwürde fordert, **Ewigkeitsrecht**, d. h., er kann nie geändert werden, egal wie die Mehrheitsverhältnisse im Bundestag aussehen.

Der Satz ist kurz, gleichwohl enthält er die wichtigsten Prinzipien unseres Staates. Deutschland ist eine Demokratie, die Bürger bestimmen in freien und geheimen Wahlen ihre Parlamente, Deutschland ist in Bundesländer gegliedert und Deutschland ist ein Sozialstaat.

Wer sich mit dem Gesundheitswesen beschäftigt, dem wird der Sozialstaat in vielerlei Gestalt begegnen. Es gehört zum Wesen eines Sozialstaates, dass er Menschen mit gesundheitlichen Sorgen unterstützt.

Das soll nun nicht heißen, das Gesundheitswesen sei die einzige Aufgabe des Sozialstaats. Sozialpolitik ist ein sehr weites Feld, zu ihr gehört die Unterstützung von Familien mit Kindern durch Kindergeld, ebenso der Schutz von Arbeitnehmern durch Unfallverhütungsvorschriften, durch einen gesetzlichen Urlaubsanspruch, durch Kündigungsschutz. Ein sozialer Staat wird dafür sorgen, den Lebensstandard von Menschen, die z. B. durch geringe Einkommen benachteiligt sind, nicht unter eine bestimmte Grenze sinken zu lassen. Dafür gibt es die **Sozialhilfe**. Anliegen eines Sozialstaates ist es ebenso, den Menschen gleiche Bildungschancen einzuräumen, z. B. durch Bafög. Die Aufzählung ist noch lange nicht fertig; es soll dem Leser überlassen werden, weitere Beispiele für sozialstaatliches Handeln zu finden.

Sozialpolitik hat heutzutage zwei Hauptanliegen:

1. Zwischen den Menschen soll ein **sozialer Ausgleich** stattfinden: Wer gesund ist, durch seine Leistungsfähigkeit ein gutes Einkommen erzielt, der gibt einen Teil seines Einkommens ab für jene, die z. B. krank oder arbeitslos sind und kein Einkommen erzielen können.
2. Auch Menschen, die Sozialeistungen erhalten, sollen an **steigendem Wohlstand** einer Gesellschaft **teilhaben**. Aus diesem Grund sind z. B. die Renten dynamisiert; steigen die Arbeitsentgelte, so steigen mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung auch die Renten. Wäre dies nicht so, würden die Rentner von zunehmendem Wohlstand abgekoppelt. Dieses zweite Ziel der Sozialpolitik rückt allerdings

immer mehr in den Hintergrund. Wer über ein Jahr arbeitslos ist, erhält Arbeitslosengeld II (so genanntes »Hartz-IV«), das nicht mehr wie noch vor 2005 vom früheren Arbeitsentgelt abhängt, sondern auf dem Sozialhilfeneuveau liegt.

Im weiteren Sinne ist auch staatliches Handeln, das sich den Schutz der schwächeren Marktpartei zum Ziel setzt, der Sozialpolitik zuzurechnen. Zu diesem Politikfeld gehört z.B. der Kündigungsschutz für Arbeitnehmer und für Mieter sowie zahlreiche weitere Schutzrechte.

Die kurze Skizzierung sozialstaatlicher Anliegen soll nun nicht bedeuten, der Staat löse alle diese Aufgaben jederzeit zur Zufriedenheit aller – das weiß jeder, der sich täglich aus den Medien über Politik informiert. Und es soll auch nicht bedeuten, der Sozialstaat sei so etwas wie ein guter Vater, der sich treusorgend um die ihm Anvertrauten kümmert. **Sozialstaatliches Handeln bedeutet vielmehr:** Der Staat organisiert die Solidarität der Menschen untereinander.

2 Grundprinzipien der Sozialpolitik

Das **Solidarprinzip** (aus dem Franz.: solidaire – wechselseitig für das Ganze haften) ist einfach und es ist umfassend. Menschen leben in gegenseitiger Abhängigkeit. Jedem kann es passieren, auf Hilfe anderer angewiesen zu sein und umgekehrt kann jeder in eine Situation kommen, in der er in der Lage ist, anderen zu helfen.

Das kann in **personeller Hinsicht** interpretiert werden: Es gibt Menschen, die chronisch krank sind und deshalb dauerhaft, vielleicht sogar ihr Leben lang solidarischer Hilfe bedürfen. Und es gibt eben gleichzeitig Menschen, die nicht chronisch krank sind und deshalb solidarische Hilfe zu geben vermögen. Es kann auch im Hinblick auf die jeweilige **Lebenslage** interpretiert werden: Jemand ist vorübergehend arbeitslos; ohne solidarische Unterstützung hätte er kein Einkommen. Hat er wieder Arbeit gefunden, so kann er nun selbst andere, die jetzt arbeitslos sind, solidarisch unterstützen.

Das letzte Beispiel erinnert an das Zusammenleben einer Familie. Sind die Kinder klein, dann sorgen die Eltern für sie. Sind die Eltern alt und gebrechlich, wird ihnen von ihren nun erwachsenen Kindern geholfen. In einer kleinen Gruppe wie einer Familie funktioniert Solidarität meist (leider nicht immer) so, wie man es sich wünscht. Die Familienmitglieder lieben sich und gegenseitige Hilfe ist für sie selbstverständlich. Je größer und anonymer die Gruppe aber wird, desto schwieriger ist solidarisches Handeln: Solidarität zwischen den Bewohnern eines Wohnblocks, eines Stadtviertels, einer Stadt, gar der Bevölkerung eines ganzen Landes? – Solidarität stellt sich in den Beispielen mit abnehmender Wahrscheinlichkeit kaum von selbst ein und deshalb ist der Staat gefragt.

Wie und zwischen welchen Gruppen der Staat Solidarität organisiert, das kann recht unterschiedlich sein. In den Ländern der Europäischen Union existieren

verschiedene Organisationsformen der Solidarität (► Kap. XI). Hier soll nur gezeigt werden, wie Solidarität in Deutschland ausgestaltet ist.

Das Sozialsystem hierzulande wird dominiert von der **Sozialversicherung**. Für die großen Risiken des Lebens – Alter, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfall und Pflegebedürftigkeit – gibt es Sozialversicherungen. Der Grundgedanke dabei ist, dass alle Mitglieder einer Solidargemeinschaft, also z. B. die Mitglieder der Gesetzlichen Rentenversicherung oder die Mitglieder einer Krankenkasse, gegenwärtig Beiträge zahlen, aus denen die Leistungen für diejenigen finanziert werden, die gegenwärtig Hilfe brauchen. Das nennt man **Umlageverfahren**. Jedes Mitglied einer solchen Solidargemeinschaft bzw. Sozialversicherung hat im Bedarfsfall Anspruch auf Hilfe aufgrund seiner Zugehörigkeit zur Sozialversicherung.

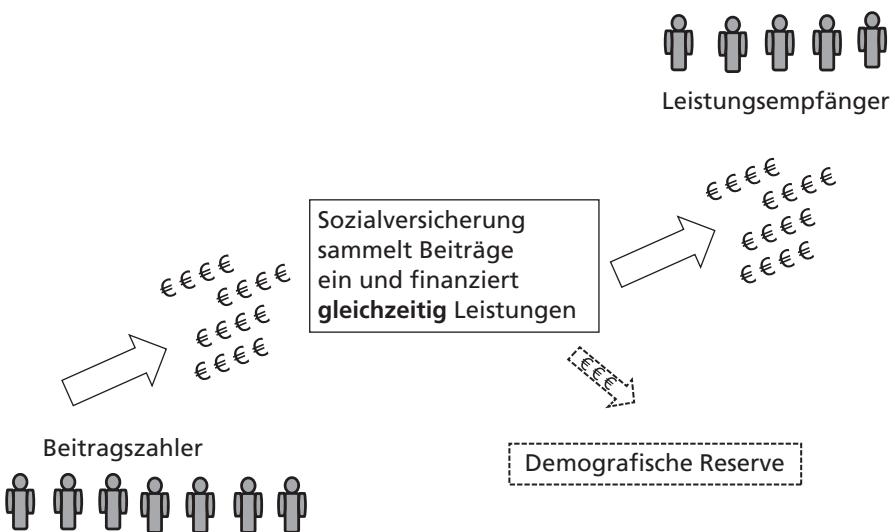


Abb. 1: Solidarität in der Sozialversicherung im Umlageverfahren

Kennzeichnend für das Umlageverfahren ist die **Gleichzeitigkeit von Beitragsszahlung und Leistungsgewährung**; alle finanziellen Mittel, die gegenwärtig von den Versicherten eingesammelt werden, dienen der gegenwärtigen Bezahlung von Leistungen. Sie sind deshalb auf eine annähernd gleichgewichtige Entwicklung der Beitragsszahlungen und der Leistungsausgaben angewiesen. Sinkt die Anzahl der Beitragsszahler oder sinken die Einkommen aus denen sie Beiträge zahlen, während die Leistungen mehr oder teurer werden, so gibt es folgende Möglichkeiten:

- die Beitragssätze steigen oder
- die Leistungsausgaben werden gekürzt oder
- beide Maßnahmen werden kombiniert.

Zum 1.1.2015 hat der Gesetzgeber erstmals einen neuen Weg beschritten. Für die **Pflegeversicherung** wird aus den Beitragseinnahmen ein kleiner Teil abgezweigt und

einer demografischen Reserve zugeführt (in Abbildung 1 gestrichelt dargestellt). Diese Reserve soll dann aufgelöst werden und für Leistungsausgaben verwendet werden, wenn die geburtenstarken Jahrgänge das Alter erreichen, in welchem das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt (► Kap. II 1.2 sowie 4.4).

Typisch für eine Sozialversicherung ist die **Versicherungspflicht** für bestimmte Personengruppen, in erster Linie Arbeitnehmer bzw. ehemalige Arbeitnehmer. Der Staat überlässt es per Gesetz nicht dem einzelnen, ob er sich versichern möchte oder nicht. Als Begründung dafür kann man anführen, dass vor allem viele junge Menschen ohne Verpflichtung nicht bereit wären, sich gegen Lebensrisiken abzusichern, die mit hoher Wahrscheinlichkeit erst im Alter auftreten. Man nennt dies »Minderschätzung künftiger Bedürfnisse«.

Das Solidarprinzip der Sozialversicherung wird durch ein weiteres wichtiges Prinzip der Sozialpolitik ergänzt: Die **Subsidiarität** (aus dem Lat.: *subsidiū* = Reserve, Rückhalt).

Subsidiarität heißt, der Sozialstaat wird nur dann aktiv, wenn der Einzelne sich nicht selbst helfen kann. Das ist einerseits für den Staat eine Aufforderung sich nicht in die Belange der Menschen einzumischen, wenn diese des Staates und seiner Hilfe nicht bedürfen. Und es bedeutet andererseits für den Einzelnen, dass er Hilfe durch den Sozialstaat nicht verlangen kann, wenn er in der Lage ist sich selbst zu helfen oder wenn er einer solidarischen Gruppe wie seiner Familie, seiner Sozialversicherung angehört, die ihn unterstützen kann. Im § 2 des Sozialgesetzbuches XII – Sozialhilfe – findet sich unter der Überschrift »*Nachrang der Sozialhilfe*«, folgende **Definition des Subsidiaritätsprinzips**: »*Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.*« In der einschlägigen Literatur findet sich für subsidiäre Sozialleistungen häufig der Begriff **Fürsorgeleistung**.

Nach dem Subsidiaritätsprinzip sind neben den Leistungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) XII (Sozialhilfe) das **Arbeitslosengeld II**, die **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit**, das **BaFinG** und das **Wohngeld** organisiert: Diese Leistungen werden nach einer **Bedürftigkeitsprüfung** gewährt. Wenn jemand Sozialhilfe beantragt, dann prüft das Sozialamt zunächst, ob der Antragsteller Lohnersatzleistungen aus einer Sozialversicherung bekommen kann. Wer z. B. als Ersatz für sein Arbeitseinkommen Krankengeld erhält, hat keinen Anspruch auf Sozialhilfe, weil die Krankenkasse als Solidargemeinschaft für ihn eintritt und er folglich den Rückhalt der Sozialhilfe nicht benötigt. Ist keine Sozialversicherung zuständig oder reichen deren Leistungen nicht aus, um den Lebensunterhalt zu sichern, muss der Antragsteller nachweisen, dass weder er selbst, noch seine nächsten Angehörigen ausreichend Einkommen erzielen oder Vermögen besitzen, bevor er Leistungen der Sozialhilfe erhält. Sozialhilfe und alle anderen subsidiären Hilfen sind somit **nachrangig**.

Subsidiäre Leistungen werden im Gegensatz zu Leistungen der Sozialversicherung **aus Steuern finanziert** und **nicht aus Beiträgen**. Wer Mitglied oder mitversicherter Angehöriger einer Sozialversicherung ist, hat aufgrund seiner Eigenschaft als Versicherter automatisch Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherung.