

# Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD

Von

Anton Burghardt

Ingolf Metzke, Theo Thiemeyer

Herausgegeben von Heinz Lampert



DUNCKER & HUMBLLOT / BERLIN

Schriften des Vereins für Socialpolitik  
Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Neue Folge Band 82

SCHRIFTEN DES VEREINS FÜR SOCIALPOLITIK

Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Neue Folge Band 82

---

**Aktuelle Probleme der  
Gesundheitspolitik in der BRD**



DUNCKER & HUMBLLOT / BERLIN

# Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD

Von

Anton Burghardt

Ingolf Metze, Theo Thiemeyer

Herausgegeben von Heinz Lampert



DUNCKER & HUMBLLOT / BERLIN

Alle Rechte vorbehalten  
© 1975 Duncker & Humblot, Berlin 41  
Gedruckt 1975 bei Berliner Buchdruckerei Union GmbH., Berlin 61  
Printed in Germany  
ISBN 3 428 03464 3

## Vorwort

Der Ausschuß für Sozialpolitik hat auf seinen Tagungen in Wien im September 1973 und in Hamburg im September 1974 — neben Problemen der Arbeitsmarktpolitik — einige zentrale Fragen der Gesundheitspolitik diskutiert. Im Mittelpunkt dieser Diskussionen standen erstens soziologische Aspekte der Krankheit, zweitens die Arzthonorare und ihre Reform und drittens die Krankenhausfinanzierung.

Der Aufgabe, soziologische Aspekte der Phänomene „Krankheit“ und „Gesundheit“ zu verdeutlichen, hat sich dankenswerterweise Anton Burghardt unterzogen. In seinem Referat „Die Krankheit als soziologisches Phänomen“ hat er die Inhalte der Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ aus medizinischer, sozialpolitischer und rechtlicher Sicht analysiert, Krankheit als soziales Phänomen, d. h. in ihrer Verhaltens- und Umweltbedingtheit, dargestellt, einen Überblick über Interpretationen der Krankheit als Anomie, d. h. als sozial diskriminierte Abweichungen von der Norm, gegeben, krankheitsbedingte Rollen wie die des Patienten, des Arztes und des Krankenhauspersonals durchleuchtet und schließlich Krankheit auch als Gewinnchance behandelt.

Einer der heikelsten Fragen des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik, die ebenso wie der Problemkreis der Arzneimittelmärkte nicht länger einer rationalen, umfassenden ökonomischen Analyse entzogen bleiben sollte, hat sich Ingolf Metze in seinem materialreichen Aufsatz „Probleme der Ärztehonorigung und ihre Reform“ angenommen. Metze zeigt zunächst wesentliche Bestimmungsfaktoren des ärztlichen Einkommens auf, vergleicht die Einkommen der niedergelassenen Ärzte mit denen anderer Erwerbstätiger und geht nach einer Analyse der Ursachen hoher ärztlicher Einkommen auf beachtenswerte Möglichkeiten zur Dämpfung des Preisanstiegs für ärztliche Leistungen ein.

Theo Thiemeyer hat das 1972 verabschiedete Krankenhausfinanzierungsgesetz zum Anlaß genommen, um grundsätzliche Fragen der Krankenhausfinanzierung zu untersuchen. Er versucht in seiner Analyse u. a. Gesichtspunkte für eine „optimale“ Finanzierung der Krankenhäuser zu gewinnen. Er fragt insbesondere nach dem Einfluß der Finanzierungsverfahren auf die Nachfrage nach und auf das Angebot an Krankenhausleistungen und behandelt verteilungspolitische Aspekte alternativer Fi-

nanzierungsverfahren. Angesichts der anhaltenden „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen der Bundesrepublik kommt der Arbeit von Thiemeyer hohe Aktualität zu.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, den Autoren für ihre Ausarbeitungen im Namen aller Mitglieder des Ausschusses zu danken. Herrn Dietrich Schönwitz, wiss. Assistent am Institut für Volkswirtschaftslehre an der Universität Augsburg, danke ich im Namen des Ausschusses für Sozialpolitik für seine Hilfe bei der Herausgabe dieser Schrift.

*Heinz Lampert, Augsburg*

## **Inhaltsverzeichnis**

Die Krankheit als soziologisches Phänomen	
Von <i>Anton Burghardt</i> , Wien .....	9
Probleme der Ärztehonorigung und ihre Reform	
Von <i>Ingolf Metze</i> , Münster .....	29
Krankenhausfinanzierung	
Von <i>Theo Thiemeyer</i> , Bochum .....	95



# Die Krankheit als soziologisches Phänomen

Von Anton Burghardt, Wien

„Wenn der gesunde Mensch eine soziale Erscheinung ist, dann ist es auch der Kranke“

(Robert Musil, in:  
Der Mann ohne Eigenschaften)

## I. Relevanter Begriffskatalog

### 1. Krankheitsbegriff

#### 1.1 Laienbegriff

Laien, d. s. im gegebenen Fall Personen ohne medizinisch-fachliche Kompetenz, diagnostizieren ihre eigene Krankheit oder die anderer Personen im Sinn eines überwiegend intersubjektiv angenommenen Krankheitsverständnisses, das in einem wachsenden Umfang kognitiv begründet, jedoch im Kern auch sozial kodeterminiert ist. Jede von Laien gestellte Krankheitsdiagnose über ein Kranksein ist milieugebunden und reicht von einer Bagatellisierung bis zur Hypersensibilisierung<sup>1</sup>. „Die Basis für die Klassifikation eines Zustandes als ‚krank‘ ist für den Laien ein hypothetischer Normal (‚Gleichgewichts‘-)zustand“<sup>2</sup>, gleichsam das Normale<sup>3</sup>. Die Abweichung vom Normalen ist jedoch für sich allein noch nicht logisch und sachlich als Krankheit zu klassifizieren, da etwa auch das Pathologische zuweilen normal und andererseits eine andauernde Gesundheit anormal sein kann (wenn nicht eine Anomie, also von Regeln abweichend).

Für jenes Phänomen, das man als Krankheit kennzeichnet, gibt es ein Aggregat von aufeinander keineswegs abgestimmten Nominal- und Realbegriffen, wozu noch kommt, daß es jeweils erforderlich ist, die Krankheit von dem abzugrenzen, was unter Gesundheit verstanden wird, falls man nicht bereit ist anzunehmen, daß Kranksein zur „normalen Gesundheit“ gehört<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> F. Keiter, Art. „Medizinsoziologie“. In: Hwb. der Sozialwissenschaften.

<sup>2</sup> G. Ganguilhem, Das Normale und das Pathologische, München 1974, S. 20.

<sup>3</sup> Ebd., S. 90 ff.

<sup>4</sup> A. J. Ziegler, Gesundheit als Heiligtum? In: NZZ vom 14. 7. 1974, S. 33.

Die gegenwärtig gewichtigste Determinante für die Bildung des Krankheitsverständnisses der Laien sind die in den Bestimmungen der obligatorischen Krankenversicherung angelegten Rechte und Pflichten der Versicherten, die auch Fast-Krankheiten und bedingt den Anspruch auf Krankheitsverhütung einschließen.

Durch die von der gesetzlichen Sozialversicherung gebotenen Chancen, die heute einen wesentlichen Teil des Komplexes der öffentlichen Güter bilden, ist die ehemals vorhanden gewesene negative Korrelation der persönlich vom Erkrankten oder seiner Familie zu tragenden Kosten und der Inanspruchnahme kurativer Dienste in ihrer Bedeutung weitgehend vermindert worden. Zwischen Einkommenshöhe und Häufigkeit des Arztbesuches wirken dagegen einkommensneutrale intervenierende Variable. In London besuchen bei Erkrankung 37 % der Versicherten keinen Arzt, obwohl die Inanspruchnahme ärztlicher Dienste kostenlos ist. Vor Einführung des Nulltarifes in der ärztlichen Betreuung waren es freilich 43 % gewesen<sup>5</sup>. Daher kann man trotz einer Selbstdiagnose auf ein Kranksein und einem Nulltarif von einem defizitären Krankenverhalten sprechen, das u. a. mit der Abneigung von Kranken gegen die langen Wartezeiten bei Kassenärzten begründet wird. Das Spürbarwerden (Erkennen) einer Krankheit beim Individuum (Laien) und die Behandlungsneigung des Erkrankten ist daher nicht allein kognitiv, sondern auch soziokulturell und durch Mentalitäten bestimmt; sie stellt vielfach einen Ausweis raumzeitlich eingebundener Sozialisationsformen dar.

### 1.2 Ärztlicher Krankheitsbegriff

Der ärztlich-kompetente Krankheitsbegriff ist das Ergebnis einer sachlichen Diagnose, d. i. die Subsumtion eines an einem Individuum als „krank“ klassifizierten signifikanten und manifesten Symptombildes unter das jeweilige, taxonomisch geordnete medizinische Wissenssystem<sup>6</sup>. Dadurch steht die ärztliche Diagnose der Krankheit in einer komplementären, kognitiv begründeten Beziehung zu dem ungleich schwieriger zu formulierenden Begriff der Gesundheit<sup>7</sup>, die von der Weltgesundheitsorganisation als Zustand eines vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens verstanden wird und keineswegs als Nicht-Krankheit, d. h. lediglich als Fehlen von Leiden oder Schwächen. Zwischen einem ärztlich deklarierten Kranksein und der Gesundheit liegt ein nicht zu definierender Bereich von Zuständen, einschließlich der nicht erkennbaren oder der vom Kranken unterdrückten Krankheiten, die

<sup>5</sup> J. Siegrist, Lehrbuch der medizinischen Soziologie, München - Berlin - Wien 1974, S. 91.

<sup>6</sup> Ebd., S. 114.

<sup>7</sup> s. J. Kosa / A. Antonowsky, Poverty and Health, Cambridge/Mass. 1969, S. 36.

etwa die Folge der Angst eines (meist älteren) Arbeitnehmers sein können, wegen einer Krankheit (z. B. im Sinn des sog. Altersdefizitmodells) gekündigt oder am erwarteten Aufstieg gehindert zu werden. Andererseits ist durch den restriktiven Gesundheitsbegriff, von dem die Weltgesundheitsorganisation ausgeht, gegengleich der Rahmen dessen, was man als Krankheit versteht, erheblich erweitert worden.

### 1.3 Sozialpolitischer Aspekt

Die Normen der modernen Sozialpolitik legen (ähnlich der mittelalterlichen Almosenlehre) ein Recht auf Kranksein, besser eine Option auf Gesundheit fest, verbunden mit der rechtlich durchsetzbaren Zusicherung auf Tragung der Kosten einer Krankheit durch die Parafisci. Wegen des je soziales System spezifischen normativen Bezugssystems sind die sozialpolitischen Interpretationen der Krankheit und die korrelierenden Maßnahmen systemimmanent. Das gilt auch für die Auslegung der spezifischen Normen durch die Begünstigten, die u. U. im Sinn von mentalitätsbegründeten Vorstellungen davon ausgehen, daß, ähnlich wie beim Urlaub, je Jahr eine bestimmte Anzahl von Krankheitstagen „konsumiert“ werden darf.

Der sozialpolitische Aspekt bei Festlegung des Krankheitsbegriffes ist im allgemeinen sowohl ein kurativer Leistungsaspekt im Sinn normativer Wohlfahrtsvorstellungen als auch ein gegenläufiger Kostenaspekt. Die Krankheitsdefinition der Sozialversicherung ist daher eine Synthese von medizinisch-kognitiven Sätzen und einer juristisch-fiskalisch begründeten Bedachtnahme auf Kostenminimierung, die um so größeres Gewicht hat, je höher die Quote der Population eines sozialen Systems ist, welche von der sozialen Krankenversicherung erfaßt ist (1974: BRD ca. 90 %, Österreich 97 %). Aus diesem Grund besteht auch eine Abhängigkeit der jeweiligen sozialversicherungsrechtlichen und anspruchsbegründenden Krankheitsdefinition von der Höhe der für die Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung disponiblen Fonds (bedingt: dem BNP) bzw. von der Definition jener (Standard-) Risiken, die unter den Versicherungsschutz der Träger der Sozialpolitik genommen werden. Erfahrungen lehren jedenfalls, daß sowohl die spontan als auch die obligatorisch Versicherten häufiger einen Unfall erleiden oder eine Krankheit haben, die einen Arztbesuch erforderlich macht als Nichtversicherte (= subjektives Risiko, moral hazard).

Gleichzeitig werden aus praxeologischen Gründen alle mit einer Krankheit korrelierenden Risiken (Behandlungsbedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft) auf das Risiko der Krankheit zurückgeführt (Grundsatz der Einheit des Versicherungsfalles). Gegenüber einer Krankheit im allgemeinen Sinn legt eine Krankheit nach den spezifischen Be-