# Geschichtliche Entwicklung und gegenwärtige Situation des englischen Gesundheitswesens\*

Das englische Gesundheitswesen in der Form des 1948 begonnenen Nationalen Gesundheitsdienstes (National Health Service) ist weder ein ungetrübter Erfolg noch ein Mißerfolg. Ebenso wie andere Institutionen innerhalb der Klassengesellschaft ist es ein Kampffeld, auf dem beide Klassen um ihre Macht kämpfen. Die Krise der britischen Ökonomie in den letzten zehn Jahren hat zu der größten Umwälzung innerhalb des britischen Gesundheitssystems seit seiner Gründung im Jahre 1948 geführt. Die Interessen von Kapital und Staat haben Vorrang vor den Ansprüchen von sowohl Patienten als auch den im Gesundheitswesen Tätigen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, die Gründe für sowohl einige der wesentlichen Erfolge als auch Unzulänglichkeiten dieses Gesundheitsdienstes sowie möglicher zukünftiger Entwicklungen aufzuzeichnen.

### Historische Entwicklung

Es waren die Gewerkschaften, die in der Mitte und gegen Ende des 19. Jahrhunderts die ersten Schritte in Richtung auf eine sozialisierte medizinische Versorgung in Form des Klubwesens und der Krankenversicherungsverträge unternahmen\*\*. Die Arbeiter bezahlten ihre wöchentlichen Beiträge an den Klub und erhielten medizinische Versorgung und finanzielle Hilfe, wenn sie sie brauchten. In Gebieten, die sich durch einen hohen Grad politischen Bewußtseins auszeichneten, waren derartige Krankensicherungssysteme auch am weitesten entwickelt. Bei den Bergbauarbeitern in Süd-Wales und Northumberland war über die in gewerkschaftlichen Händen befindlichen Versicherungssysteme für Haus-Krankenpflege und Krankenhauspflege gesorgt; die Ärzte waren von Institutionen der Gewerkschaften angestellt'. Im Jahre 1911 schuf die liberale Regierung das sogenannte National Health Insurance Gesetz, nach dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer feste Sätze zu zahlen hatten, die für Krankengeld und freie Haus-Krankenpflege verwendet wurden. Dieses Gesetz schloß ausdrücklich die Elemente demokratischer Kontrolle aus, die vorher im System der Krankenversorgung durch die Institutionen der Gewerkschaften bestanden hatten. Es bezog sich nur auf die in der industriellen Produktion Tätigen. Ehefrauen, Kinder und

<sup>\*</sup> Übersetzung aus dem Engl.: H.-H. Abholz

<sup>\*\*</sup> Vergl. W. Thiele: Zum Verhältnis von Ärzteschaft und Krankenkasse 1883 bis 1913. in: ARGUMENT-Sonderband 4, Berlin/West 1974, S. 19-45. J. T. Hart: Von Quacksalbern zum staatlichen Gesundheitsdienst. Geschichte der ambulanten Versorgung in England. a.a.O., S. 164-87.

Arbeitslose waren den Zufällen des privaten Marktes, der Wohlfahrt oder staatlicher Unterstützung für die Mittellosen überlassen². Die Ärzte standen allein in ihrem festen Widerstand gegenüber diesem Gesetz, das in einem begrenzten Maße von den Organisationen der Arbeiterklasse und einheitlich von seiten der Unternehmer unterstützt wurde. Für die Arbeiterbewegung war dieses Gesetz jedoch eine pervertierte Antwort auf ihre Forderungen, während die Unternehmer in ihm sowohl die Grundlage der Erhaltung der Arbeitskraft für eine expandierende Wirtschaft als auch für die Schaffung einer gesunden Armee für Kriege kolonialer Expansion sahen. Das Gesetz brachte wenig für die Ärzte und noch weniger für die Patienten: Die Krankenhausversorgung war ungeplant, veraltet und unzureichend. Die ambulante Versorgung lag in den Händen des vereinzelt arbeitenden Allgemeinmediziners, der als "medizinischer Krämer" in Hinterhöfen arbeitete.

Mit dem Krieg 1939 bis 1944 kam etwas zentralisierte Planung in das Krankenhauswesen, aber es war erst 1945 die Labour-Regierung, die den alten Forderungen der Arbeiterbewegung nach kostenloser und aus den Steuern finanzierter allgemeiner medizinischer Versorgung Ausdruck gab. Die Nachkriegszeit, die einerseits durch relativen wirtschaftlichen Aufschwung und andererseits durch militante Ausdrucksformen politischen Bewußtseins der Arbeiterschaft charakterisiert war, brachte größere soziale Reformen. Die Kohle- und Stahlindustrie, die Eisenbahnen, der Straßentransport, Kanäle und Häfen sowie ein Teil des Lufttransportes wurden verstaatlicht. Das Wohnungswesen wurde zu einem Schwerpunkt der Politik. In der Sozialgesetzgebung gab es ebenfalls eine Zahl von Veränderungen, so die Einführung des Kranken- und des Arbeitslosengeldes, Rentenzahlungen, Muttergeld und Kindergeld sowie das neue Gesundheitssystem5. Aber hierbei ähnlich wie bei der Verstaatlichung der genannten Industriezweige - behielt das Kapital die Oberhand. Das System der sozialen Sicherheit basierte auf Beitragszahlung der Betroffenen - ein versicherungstechnisch solides System, das nichts zu einer echten Umverteilung des Reichtums beitrug. Wenn es zu einer Umverteilung kam, so innerhalb der sozialen Klassen dies entspricht dem Charakter des Wohlfahrtsstaates. Die Funktion des Gesundheitsdienstes war es, "Krankheit durch Heilung und Prävention zu verringern und eine sorgfältige Praxis ärztlicher Krankschreibung zu sichern, wie sie nötig ist, um die Kosten in dem hier vorgeschlagenen Rahmen zu halten"5.

Die Auseinandersetzung um den Nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service) zwischen 1942 und 1948 war sehr komplex. Die Unternehmer – repräsentiert durch die konservative Opposition – waren sich erst einmal in ihrer Opposition gegenüber dem von der Labour-Regierung eingebrachten Gesetz einig. Als aber der gesetzgeberische Anspruch einer demokratischen Kontrolle des neuen Gesundheitsdienstes, die durch die lokalen Gesundheitsverwaltungen hätte ausgeübt werden sollen, fallen gelassen wurde, spaltete sich die vorher oppositionelle Ärzteschaft auf. Die Spezialisten in den Krankenhäusern konnten schnell mit dem Versprechen, ihre Privatpraxis an den öffentlichen Krankenhäusern fortsetzen zu können, gewonnen werden. Die British Medical Association (englischer Ärzteverband) – die Allgemeinpraktiker zu repräsentieren vorgebend – blieb bei ihrer vehe-

menten und uneingeschränkten Opposition, bis sie von ihren Mitgliedern, die dann 1948 doch im neuen System gesundheitlicher Versorgung arbeiten wollten, verlassen wurde<sup>6</sup>. Für die Arbeiterklasse war der Gewinn eines allgemein zugänglichen, umfassenden und freien Gesundheitsdienstes, der durch die Steuern getragen wurde, ein Gewinn, dessen Wert nicht unterschätzt werden sollte. Aber die geplanten strukturellen Veränderungen im Versorgungssystem, die Voraussetzung einer adäquaten Versorgung gesundheitlicher Bedürfnisse in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts sind, fanden nie statt. Was die Primärversorgung gewann, waren vergrößerte Arztlisten (ein Arzt hatte also mehr Patienten als zuvor zu versorgen); die Gesundheitszentren\*, die die Eckpfeiler des neuen Gesundheitsdienstes werden sollten, wurden niemals in nennenswerter Zahl eingerichtet.

Stattdessen erhielt die Krankenhausversorgung den Vorrang. Das System gesundheitlicher Versorgung krankte jedoch nicht nur hieran, sondern nicht zuletzt auch an der Erhaltung der Privatpraxis. Obwohl die Spezialisten an den Krankenhäusern zu angestellten Ärzten wurden, war ihnen eine Teilzeitbeschäftigung gestattet, die zusätzlich privat zu praktizieren erlaubte.

Die Allgemeinmediziner erkämpften als Abrechnungsmodus eine Kopf-Pauschale (nicht jedoch eine Einzelleistungsabrechnung wie ihre zahnärztlichen Kollegen). Das System war dreigeteilt, bestehend aus getrennt verwalteten Bereichen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Krankenhauses und der ambulanten Versorgung. Die beiden letztgenannten Bereiche wurden von Anfang an von der Ärzteschaft dominiert. Ein betriebsgesundheitliches Versorgungssystem war in dem neuen Gesetz nicht vorgesehen. Auch wurde die expandierende Pharma-Industrie nicht in das Konzept öffentlicher Verantwortung für Gesundheit aufgenommen.

Auf diesem kurz beschriebenen Hintergrund sollen nun die Entwicklungen von 1949 bis heute dargestellt werden.

#### **Finanzierung**

Zwischen 1949 und 1974 verdoppelten sich die Ausgaben im Gesundheitswesen und der Anteil am Bruttosozialprodukt stieg von 4 % auf 5,1 %. Dennoch ist in den letzten Jahren eine Abnahme der *Anstiegsraten* für Ausgaben im Gesundheitswesen in Parallelität mit einer sich vermindernden Rate von Ausgaben für die sozialen Dienste insgesamt zu verzeichnen (vgl. Tab. 1 und Tab. 2).

**Tab. 1:** Prozentualer Anteil der Ausgaben für Soziale Dienste am Bruttosozialprodukt 1964–1974

1964	19,6	1968	23,3	1972	25,1
1965	21,0	1969	23,9	1973	25,9
1966	21,6	1970	24,2	1974	22,3
1967	22.1	1971	24.3		

<sup>\*</sup> Anm. d. Übers.: In Gesundheitszentren arbeiten staatlich angestellte Ärzte, Schwestern und Sozialarbeiter kooperativ zur Versorgung einer Region zusammen. Zumeist ist hierbei auch eine relativ gute apparative Versorgung gewährleistet.

Tab. 2: Prozentualer Anteil der Ausgaben für den Nationalen Gesundheitsdienst am Bruttosozialprodukt 1964–1974

1964	3.93	1968	4,54	1972	5,00
1965	4,17	1969	4,52	1973	4,91
1966	4,33	1970	4,84	1974	5,16
1967	4,50	1971	4,91		

Quelle: Central Statistical Office Annual Abstract of Statistics No. 112, HMSO 1975

In der Tat ist es so, daß die Ausgaben für das Gesundheitswesen in Großbritannien hinter denen fast aller anderen westlichen kapitalistischen Länder – mit der bemerkenswerten Ausnahme von Westdeutschland – zurückgeblieben sind (vgl. Tab. 3).

**Tab. 3:** Gesundheitsausgaben in sieben Ländern – Prozentsatz am Bruttosozialprodukt und durchschnittlicher Anstieg von 1961 bis 1969

	% des BSP (1969)	durchschnittlicher Anstieg von 1961–1969 (in %)
USA	6,8	9,0
Schweden	6,7	8,7
Holland	5,9	8,7
Kanada	7,3	7,7
Frankreich	5,7	6,5
BRD	5,7	4,7
Großbritannien	4,8	5,1

Quelle: J. Simanis: Medical care expenditure in seven countries. Social Services Bulletin. Vol 36, No. 3, 1973

Die laufenden Ausgaben für Löhne und Gehälter machen 73 % der Gesamtausgaben im Nationalen Gesundheitsdienst im Jahre 1975/76 aus?. Der – wenn auch geringe – Anstieg in den Ausgaben für das Gesundheitswesen seit 1973 ist zum größten Teil auf Lohnerhöhungen – besonders bei Schwestern, Küchen- und Transportpersonal – zurückzuführen. Die Löhne bei diesen schlecht bezahlten Gruppen stiegen – nach Streikaktionen – um 82 % im Vergleich zu 54 % für alle Lohnabhängigen im gleichen Zeitraum?. Während die Teile der Lohnabhängigen, die sich mit den Gewerkschaften verbündet haben, kleine aber deutliche Lohngewinne erreichen konnten, mußten die Ärzte (mit Ausnahme der militanteren jüngeren Ärzteschaft im Krankenhaus) einen Abfall des Lohnniveaus in Kauf nehmen<sup>8</sup>. Die Verminderung des Lohnniveaus in der Ärzteschaft ist nicht zuletzt auf die ungeschickte Verhandlungsführung von seiten amateurhaft sich gebärdender Berufsverbände zurückzuführen, die sich zum Beispiel durch ihre reaktionäre Position in Fragen der Privatpraxis von der Arbeiterbewegung isoliert haben.

#### Arbeitskräfte im Gesundheitswesen

Der Zuwachs an im Gesundheitswesen tätigem Personal lag bis vor kurzem relativ konstant bei 2,5 % im Jahr. Mit 800 000 Beschäftigten ist das Gesundheitswesen der größte Arbeitgeber des Landes, hier waren 5,1 % aller Beschäftigten im Jahr 1974 tätig. Zwischen 1949 und 1974 nahm die Zahl der im Gesundheitswesen Tätigen um 75 % zu. Den größten Anstieg gab es bei den technischen Angestellten mit 181 % und in der Verwaltung mit 165 %, während die Zahl der Ärzte nur um 131 % und die der Schwestern nur um 106 % zunahm. Die Zahl des Küchenpersonals und der Transportarbeiter stieg nur um 40 %7. Innnerhalb der letzten fünf Jahre hat sich dieser Trend verstärkt: Verwaltungsangestellte, Schwestern und medizinisches Personal zeigen den größten Anstieg in der Beschäftigtenzahl. Allgemeinpraktiker schneiden am schlechtesten ab - eine Illustration für die Unterbewertung der ambulanten Medizin (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: Anstieg des Krankenhauspersonals und der Allgemeinpraktiker -1969-1974

	Anstieg 1969–74 (%)
Ärzte	22,5
Schwestern	23,1
Technisches Personal	19,7
Hilfskräfte	5,9
Verwaltung	44,6
Allgemeinpraktiker	6,6

Quelle: Health a. Personal Social Service Statistics in England a. Wales. DHSS 1975, p. 32

Obwohl es eine echte Verbesserung im Verhältnis von im Gesundheitswesen Beschäftigten zu Einwohnern gegeben hat, ist dies weniger beeindruckend, wenn man die steigende Zahl der behandelten Patienten pro Bett mit berücksichtigt: Sie nahm von 11,5 auf 12,8 Patienten pro Bett und Jahr in der gleichen Periode von 1969 bis 1974 zu (ein Anstieg um 11 % mehr Patienten, die nun intensiver untersucht und behandelt werden müssen)9.

Der Anstieg in der Zahl der Verwaltungsangestellten ist scharf kritisiert worden. Er ist aber zum überwiegenden Teil bei den einfachen Schreib- und Bürokräften zu verzeichnen und hat viel dazu beigetragen, die lästigen Schreibarbeiten für die Dokumentation, die ja eine so wichtige Rolle im Gesundheitswesen spielt, aus den Händen der Ärzte zu nehmen. Hinweise auf eine Überbesetzung des Gesundheitswesens mit Verwaltungsangestellten im Vergleich zu anderen, ähnlich personalintensiven Bereichen der freien Wirtschaft gibt es nicht. Dort, wo die Bürokratisierung der administrative Ausdruck politischer Leitung ist, liegt das Problem tiefer, als daß es mit einer rein numerischen Addition der in der Verwaltung Angestellten zu beschreiben wäre.

Zwei weitere Aspekte der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen sind von Bedeutung. Unter den Ungelernten im Gesundheitswesen Tätigen ist ein

hoher Prozentsatz von Einwanderern und weiblichen Lohnabhängigen. Sie haben sich erst in der letzten Zeit ausreichend organisiert, um das Problem ihrer Unterbezahlung anzugehen, was hier wie kaum in einem anderen Bereich britischer Industrie ausgeprägt ist. Probleme von Rassismus und Männervorherrschaft sind in gleicher Weise in der Ärzteschaft ausgeprägt: Die Krankenhausärzte in Großbritannien haben eine Positionshierarchie, bestehend aus den housemen (erstes Jahr nach dem medizinischen Staatsexamen), den senior house officers, den registrars, den senior registrars und schließlich den consultants. Großbritanniens historisch bedingte koloniale Verbindungen haben einen ständigen Zufluß medizinischen Personals hauptsächlich aus Indien und Pakistan erlaubt; momentan machen diese den Hauptanteil aller Ärzte in unterer Position aus; auf der Ebene der "consultants" sind sie hingegen unterrepräsentiert. Hierfür gibt es nur die Erklärung eines offenen oder versteckten Rassismus. Frauen haben unter ähnlichen Problemen der Diskriminierung zu leiden (vgl. Tab. 5 und Tab. 6).

**Tab. 5:** Prozentsatz der Krankenhausärzte aus Ländern der Dritten Welt – 1974

Consultants	13.9	Senior House Officer	61,1
Senior Registrar	27,2	House Officer	41,5
Registrar	56.9		

Tab. 6: Prozentsatz weiblicher Ärzte an der Gesamtzahl der Krankenhausärzte – 1974

Insgesamt:	15,5	Registrar	15,8
Consultants	8,1	Senior House Officer	19,2
Senior Registr	ar 14,6	House Officer	26,4

Quelle: DHSS Health and Personal Social Service Statistics in England a. Wales, 1975. p. 42, p. 34

#### Struktur des Gesundheitswesens

Trotz des konstanten Mangels im Bereich der laufenden Ausgaben und Kapitalinvestitionen haben sich begrenzte Veränderungen in der Struktur der gesundheitlichen Versorgung ergeben. Es waren jedoch das Krankenhaus und die Pharma-Industrie, die am meisten gewonnen haben, während die ambulante Versorgung und die Versorgung für unproduktive Gesellschaftsmitglieder – wie die Alten und psychisch Kranken – am schlechtesten weggekommen sind.

Zwischen 1948 und 1955 haben die Schöpfer des neuen Gesundheitssystems zufrieden auf ihren Lorbeeren ausgeruht, und fast kein Krankenhausneubau entstand. In den folgenden zehn Jahren bis 1965 ließ die konservative Regierung, die die Nachkriegs-Labour-Regierung ablöste, sechs neue Krankenhäuser bauen und beendete die Planung für zwei weitere große Projekte. Zwischen 1966 und 1975, ein Zeitraum mit vorwiegend von der Labour-Party geführter Regierung, wurde der Bau von 71 neuen Krankenhäusern begonnen oder beendet und 119 größere Projekte in Angriff genom-

men. Die Aktivität im Krankenhausbauwesen erreichte ihren Höhepunkt im Jahre 1972/73 und ist seidem wieder geringer geworden7.

Im Jahre 1970 waren die Lehrkrankenhäuser allein für 24 % der gesamten Ausgaben im Nationalen Gesundheitsdienst verantwortlich, obwohl sie nur 6 % aller Betten bereitstellten 10. Innerhalb des Krankenhaussektors gibt es deutliche Unterschiede in den Kosten pro Patient, wenn man die verschiedenen Typen der Krankenhäuser betrachtet (vgl. Tab. 7).

Tab. 7: Wöchentliche Kosten pro Patient in verschiedenen Typen von Krankenhäusern, 1970 - ausgedrückt als Prozentsatz der Kosten in einem Gemeindekrankenhaus der Akutversorgung

Lehrkrankenhaus – London	147
Lehrkrankenhaus - außerhalb von London	130
Gemeindekrankenhaus, akut	100
Krankenhaus für Chronisch Kranke	40
Psychiatrisches Krankenhaus	33

Ouelle: Health and Personal Social Service Statistics in England a. Wales 1975, Tb. 2.7 a. 2.8

Es mag sein, daß die chronisch Kranken und psychiatrischen Patienten weniger untersuchungs- und behandlungsintensiv als die Patienten der Akutkrankenhäuser versorgt werden müssen, aber diese Erklärung kann nicht angeführt werden, um die Unterschiede zwischen Lehrkrankenhäusern und Gemeindekrankenhäusern zu rechtfertigen. Diese Unterschiede in den Aufwendungen spiegeln sich auch in Morbidität und Mortalität wider (s. weiter unten).

Obwohl die Gesundheitszentren die neuen Schwerpunkte der Versorgung innerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes werden sollten, nahmen die Ausgaben für allgemeinmedizinische Betreuung in der Gemeinde nur den zweiten Platz nach den Krankenhausausgaben ein. Dennoch hat sich das Bild des isoliert arbeitenden Allgemeinmediziners, das vor 1948 durch den Begriff des "medizinischen Krämers" charakterisiert war, wesentlich geändert. 1974 arbeiteten nur noch 5,5 % der Allgemeinmediziner alleine. Die meisten hatten sich in einer eigenen Gruppenpraxis zusammengeschlossen. Nur 17 % jedoch arbeiten in staatlichen Gesundheitszentren, die in ihrer überwiegenden Mehrheit seit 1968 gebaut worden sind 13. In den Jahren 1949/50 machte die ambulante Betreuung (durch das öffentliche Gesundheitswesen und durch die Allgemeinmediziner) etwa 35 % des gesamten Gesundheitshaushaltes aus; 1970/71 war der Anteil auf 19 % gefallen7. Projizierte Erhöhungen der Ausgaben in diesen Bereichen werden mehr als ausreichend durch die ansteigenden Kosten der Arzneimittel-Verordnungen aufgebraucht, die den schnellsten Kostenanstieg aufweisen<sup>14</sup>. Trotz gegenteiliger Behauptungen der Regierung sind die Aufwendungen für die chronisch Kranken und die psychiatrischen Patienten am geringsten gestiegen. Die laufenden Ausgaben im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind von 12,9 % der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens im Jahre 1964/65 auf 11,3 % im Jahre 1973/74 gefallen. Kapitalinvestitionen zeigen einen ähnli-

chen Abfall<sup>14</sup>. Es gibt keine Hinweise, daß sich in absehbarer Zukunft diese Tendenz umkehren wird.

#### Krankenhausstatistik

In der Zeit von 1949 bis 1974 stieg sowohl die Zahl der Krankenhausentlassungen als auch die der Todesfälle im Krankenhaus im gleichen Maß wie die Zahl der im Krankenhaus angestellten Personen; die Zahl der Patienten pro Bett und Jahr verdoppelte sich fast. Dies wurde trotz 14 % weniger Krankenhausbetten erreicht; die Verweildauer ging von 49 Tagen im Jahr 1949 auf 23 im Jahr 1974 zurück<sup>7</sup>. Daraus ergibt sich, daß mehr Patienten intensiver untersucht und behandelt wurden. Entwicklungen in der Medizin-Technologie führten zur Betreuung in Bereichen, die bisher unbekannt waren: Zwischen 1967 und 1973 stieg die Häufigkeit der Herzklappenoperationen um 71 %, die der Thorax-Chirurgie um 29 %, die der Schrittmacherversorgung um 500 %, die des Hüftgelenkersatzes um 238 %. Die Zahl der therapeutischen Schwangerschaftsunterbrechungen im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes nahm von 2000 auf 52 000 pro Jahr zu<sup>7</sup>.

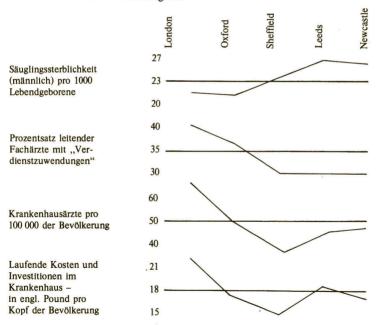
#### Gesundheitsbedürfnisse

Im Jahre 1948 wurde durch den Nationalen Gesundheitsdienst ein System gesundheitlicher Versorgung übernommen, das - im 19. Jahrhundert entworfen - auf die Bedürfnisse der privat praktizierenden Ärzte und einer Bevölkerung, die vorwiegend von Infektionskrankheiten betroffen war, ausgerichtet war. Die Gesundheitsbedürfnisse haben sich aber von denen nach Akutbetreuung am Krankenhaus zu denen nach längerfristiger Betreuung und Prävention in der Gemeinde gewandelt. Es ist gezeigt worden, daß sich das System gesundheitlicher Versorgung nicht entsprechend dieser gewandelten Bedürfnisse verändert hat. Obwohl diese Disparität nicht so groß wie in den Ländern ist, in denen im Gesundheitswesen die Gesetze des Marktes vorherrschen (in den USA sind z. B. 40 % der Bevölkerung ohne einen Hausarzt<sup>15</sup>), hat auch in Großbritannien die Krankenhausmedizin einen Vorrang vor der Primärversorgung in der ambulanten Medizin. Dies hat nichts mit einer Ablehnung der technischen Entwicklung in der Krankenhausmedizin zu tun. Das Beste moderner Technologie sowie moderne Krankenhäuser werden gebraucht (anhaltender Unwille besteht darüber, daß 48 % der Krankenhäuser in Großbritannien vor 1918 gebaut worden sind)7; der Bereich der Krankenhausversorgung jedoch sollte das System, das vorwiegend auf der Primärversorgung beruht, ergänzen und nicht, wie jetzt, Entwicklungen durch seine Dominanz verhindern oder verzögern.

Der Grund für die beschriebene inadäquate Dominanz des Krankenhaussektors über den der Primärversorgung liegt in historischen und gegenwärtigen Problemen gesundheitlicher Versorgung in einer kapitalistischen Wirtschaftsordnung. Zur Analyse dieses Problems gibt es zwei Ansätze, die – obwohl eng miteinander verbunden – der Einfachheit halber getrennt betrachtet werden sollen. Der erste ist der "ökonomische" Ansatz, der in dem Gesetz der "auf den Kopf gestellter Versorgungsintensität" zusammengefaßt werden kann¹6: Die Gebiete mit den größten gesundheitlichen Bedürfnissen

erhalten am wenigsten medizinische Betreuung. Ein derartiger Mechanismus ist maximal dort wirksam, wo die Gesetze des Marktes und die des Warentausches am größten sind<sup>17</sup>. Obwohl die Situation in Großbritannien nicht so zugespitzt wie in den Ländern ist, in denen die privat organisjerte medizinische Versorgung vorherrscht, finden sich entsprechende Disproportionalitäten in der Zugänglichkeit medizinischer Versorgung. Die Wohngebiete der Arbeiter zeichnen sich durch eine kränkere und mehr den Gesundheitsrisiken ausgesetzte Bevölkerung aus, die weniger gesundheitliche Betreuung bekommt als jene in Gebieten mit einer größeren Zahl von wohlhabenden und gesünderen Personen der oberen sozialen Schichten<sup>16</sup>, <sup>18</sup>. In der Abb. 1 sind Aufwendungen für das Gesundheitswesen und "Verdienstzuwendungen" einerseits zu der Säuglingssterblichkeit andererseits in Beziehung gesetzt. Diese "Verdienstzuwendungen" (merit award) werden an angesehene teilzeitbeschäftigte "consultants" als finanzielle Zuwendung und Auszeichnung zugleich vergeben; sie eignen sich als "Aushängeschild" bei der Führung einer Privatpraxis.

Abb. 1: Säuglingssterblichkeit, "Verdienstzuwendungen", Krankenhausärzte und Gesundheitsausgaben



Zusammengestellt aus: Report of Royal Commission on Doctors and Dentists Remuneration. p 78. 1960. Digest of Health Statistics. DHSS. 1970 Registrar General's Decennial Supplement, HMSO, 1971.

Obwohl die in der Abbildung wiedergegebenen lokalen und sozialen Unterschiede in einem gewissen Maß weiterbestehen, hat der Nationale Gesundheitsdienst auch eine wesentliche Bedeutung bei der Verminderung derartiger Ungleichheit gehabt. Im Jahre 1950/51 betrug der Unterschied zwischen dem Gebiet mit den höchsten finanziellen Aufwendungen im Gesundheitswesen und dem mit den geringsten 72 %; 1971/72 war dieser Unterschied auf 26 % vermindert<sup>19</sup>. Diese Unterschiede sind gering, vergleicht man sie mit dem benachbarten Frankreich, wo es in dem Gebiet von Paris 211 und in dem der Côte d'Azur 175 Ärzte pro 100 000 Einwohner gibt, verglichen zu Franche-Comté mit 89 und Picardie mit 90 Ärzten pro 100 000 Einwohner).

Der zweite Ansatz ist ein übergeordneter, der den Widerspruch zwischen Gebrauchs- und Tauschwert, d. h. den zwischen Produktionsbedingungen und Produktionsverhältnissen zur Grundlage der Analyse macht: nämlich die Widersprüchlichkeit, die in einer technischen Entwicklung liegt, die ihrer gesellschaftlichen Wirklichkeit über den Kopf wächst und die sich in zunehmendem Auseinandertreten von wissenschaftlich Möglichem und dessen gesellschaftlicher Anwendung zeigt. Selbst dort, wo medizinische Versorgung möglich ist, wird sie für die Mehrheit unerreichbar, unzureichend oder beides. Seit dem 19. Jahrhundert hat sich die Position medizinischer Versorgung hierin nicht wesentlich verändert. Die Französische Revolution, die den Aufstieg der Medizin aus dem Dunkel mittelalterlichen Verständnisses verkündete und die die unbekannte Seite der Krankheit dem ungeduldigen Blick der Medizin aussetzte, legte auch den Grundstein dafür, daß gesundheitliche Versorgung zu einer Ware in der sich entwickelnden Warengesellschaft wurde21. Mit Ende des Jahrhunderts war gesundheitliche Versorgung zum Synonym für die ärztliche Profession geworden. Die Ärzteschaft kontrollierte die Zahl und die soziale Herkunft der Auszubildenden sowie deren Leistungsstandard ebenso wie die Institution, das Krankenhaus, an der Ausmaß und Art gesundheitlicher Versorgung bestimmt wurde, um als "Ware" privaten Interessen zu dienen. Seither wird Gesundheitsversorgung durch ideologische und strukturelle Merkmale des Krankenhauses als dem Zentrum der Warendefinition und Privatmedizin (die "consultants" sind die einzigen, die privat praktizieren dürfen und auch Privatbetten beanspruchen können, Anm. d. Übers.) majorisiert.

Das Problem der Alten ist nur *ein* Beispiel inadäquater Versorgung. Die Bevölkerung in Großbritannien nahm zwischen 1949 und 1974 um 6 % zu. Innerhalb dieses Zeitraums nahm die Zahl derjenigen über 65 Jahre um 35 %, und die derjenigen über 75 Jahre um 55 % zu. Diese demographischen Veränderungen haben drastische Folgen für ein System der Versorgung, das von dem Krankenhaus dominiert wird. Obwohl die über 65jährigen nur 8 % der Bevölkerung ausmachen, belegten sie über 40 % der Gesamtbetten des Nationalen Gesundheitsdienstes im Jahre 1974 (viele von ihnen in akutmedizinischen oder chirurgischen Stationen)<sup>7</sup>. Es ist geschätzt worden, daß 93,7 % der nicht geburtshilflichen Krankenhausbetten für Frauen und 73,5 % der Betten für Männer im Jahre 1980 von den über 65jährigen belegt sein werden<sup>22</sup>. Diese Zahlen sind selbst schon eine Anklage des gegenwärtigen Systems gesundheitlicher Versorgung, und spiegeln – in sachlicher Weise –

die soziale Realität außerhalb des Krankenhauses wider. Wenn es das Ziel ist, zu Hause in Ruhe zu sterben, nachdem das Leben bis zum Zeitpunkt des Todes erfüllt war<sup>23</sup>, sind solche Lösungen des "Krankenhaustodes" gesellschaftlich unzulänglich. Für diesen Teil der Bevölkerung - ebenso wie für viele andere - kann das herrschende ökonomische System nicht einmal die Grundbedingung der Existenz - Wärme, Licht, Nahrung, Fortbewegung und sozialen Kontakt - garantieren. Es wird geschätzt, daß eine dreiviertel Million Menschen über 65 Jahre mindestens einmal pro Winter eine Körpertemperatur unter 35,5° C haben<sup>23</sup>. Die Masseninstitutionalisierung derjenigen, die ökonomisch unproduktiv und alt sind, kann nicht die Lösung von Problemen sein, die so eng mit den Mängeln im ökonomischen und sozialen Bereich verbunden sind.

#### Ergebnisse der Versorgung

Zwischen 1949 und 1974 ist die Lebenserwartung von 66,3 auf 69,1 Jahre bei den Männern und von 71 auf 75.3 Jahre bei den Frauen gestiegen. Die Säuglingssterblichkeit, ein sensibler Indikator für soziale Verhältnisse, wurde auf die Hälfte vermindert - obwohl sie immer noch hinter der einiger anderer europäischer Staaten liegt<sup>7</sup>. Dabei war es jedoch schon immer schwierig. die Ergebnisse gesundheitlicher Versorgung abzuschätzen; die Mortalität ist ein schlechter Indikator.

Grundsätzlich kann es keine Zweifel daran geben, daß politische und soziale Veränderungen den größten Anteil an der Verbesserung des Gesundheitsstandes einer Bevölkerung haben. Wie aus der Abbildung 2 zu ersehen ist, steht die direkte medizinische Intervention bei der Beeinflussung der Tuberkulose ganz hinten an.

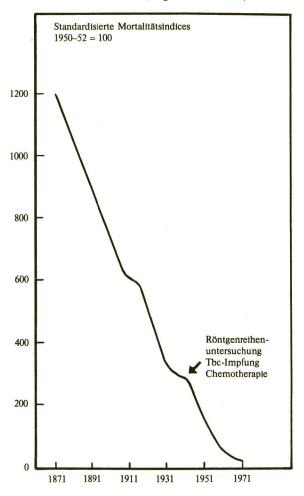
Dies heißt nicht, den metaphysischen Nihilismus von Illich zu übernehmen. Die Erfolge medizinischer Versorgung in Großbritannien sind genauso real24 wie die gleichzeitigen Mißstände, die - trotz modifizierender Intervention von seiten des Staates - einem Gesundheitssystem im Kapitalismus anhaften. Sicherlich sind diese Mißstände nicht so eklatant wie in den USA, wo - anstelle die Profitorientierung der Medizin anzugehen - sich die Kontrolle medizinischen Handelns auf "Gewebegremien" (Tissue Review Committees) beschränkt, die die Zahl histologisch unauffälliger, von den Chirurgen fälschlicherweise entfernter Organe überprüfen<sup>25</sup>.

Ein anderes Beispiel für die gleiche Misere bietet eine kanadische Untersuchung, die die erhöhte Sterblichkeit nach Appendektomie analysierte: Der Grund war einfach, er lag in der - medizinisch nicht indizierten - Erhöhung der durchgeführten Appendektomien<sup>26</sup>. Das britische Gesundheitssystem hat die Mehrheit der Bevölkerung vor der Aktivität derartiger Geschäftemacher bewahrt.

## Das Vordringen des Kapitals in das Gesundheitswesen

Die Nachkriegsiahre relativen wirtschaftlichen Aufschwungs sind von denen einer sich vertiefenden Krise des Kapitals gefolgt worden. Die Reaktionen der sich ablösenden britischen Regierungen darauf waren eher die von Nuancierungen als von strukturellen Veränderungen in der Wirtschaft. Das

Abb. 2: Tuberkulosesterblichkeit 1871-1971 (England und Wales)



Kapital hatte auf Kosten öffentlicher Ausgaben den Vorrang und größer, und größer werdende Einschränkungen im Bereich der Sozialdienste wurden durchgeführt; dabei ist das Gesundheitswesen nicht einmal so schlecht wie das Wohnungs- und das Bildungswesen weggekommen<sup>28</sup>.

Seit 1973 sind die Kürzungen im Gesundheitswesen verstärkt worden. Zwischen 1969 und 1974 wurden 121 Krankenhäuser mit insgesamt 32 435 Betten – dies entspricht 6,1 % der Gesamtbetten – geschlossen<sup>29</sup>. Zwischen 1973 und 1976 sind weitere 102 Krankenhäuser geschlossen worden und

weitere Schließungen sind geplant<sup>30</sup>. In vielen Bereichen werden leerstehende Stellen bei gleichzeitig arbeitslosen Schwestern und Küchenpersonal nicht besetzt. Ausgaben im Bereich der Primärversorgung sollen ebenfalls vermindert werden, und eine 10prozentige Kürzung der Ausgaben für die Schwangerenbetreuung konnte nicht umgangen werden<sup>31</sup>. Die Gebühren für Verordnungen und Zahnbehandlung sind erhöht worden, und die Erhebung neuer Gebühren wird erwogen<sup>32</sup>. Der jährliche Anstieg der Ausgaben für das Gesundheitswesen zwischen 1976 und 1980 ist auf 1,8 % pro Jahr festgelegt worden<sup>33</sup>, dies heißt bei einer Inflation zwischen 5 und 15 %, daß die Kürzungen an die Substanz gehen werden.

Die Auswirkungen der Kürzungen sind schon jetzt offensichtlich: 1975 lag die Zahl der stationären Patienten so niedrig wie sie zuletzt nur 1968 war (dies entspricht einer Verminderung von 4 % innerhalb des vorangegangenen Jahres). Die Zahl der in "outpatient-departments" betreuten Patienten fiel um 10 %, und die Zahl derjenigen, die auf Wartelisten für die Krankenhausaufnahme standen, stieg um 12 %; die letztgenannte Zahl ist seit 1948 nicht überschritten worden<sup>31</sup>. Wenn auch die Angaben zum Teil durch die Streikaktionen der im Krankenhaus Beschäftigten beeinflußt sind, gibt es dennoch kaum Zweifel daran, daß derartige Entwicklungen im wesentlichen die Folge von Kürzungen sind, die sich in den Statistiken der kommenden Jahre noch deutlicher widerspiegeln werden.

Der zweite Streitpunkt, den das Kapital offensiv angeht, ist der der Privatpraxis. Die Schaffung des staatlichen Gesundheitsdienstes beendete das System finanziellen Interesses am Patienten. Das Fortbestehen und sogar Ansteigen privatärztlicher Tätigkeit hat in den letzten Jahren jedoch zu zunehmender Besorgnis geführt. Das System der Einzelleistungsbezahlung ist 1948 aufgehoben worden, der Staat stellt seitdem gesundheitliche Leistungen zur Verfügung und die Ärzte erhalten ein Honorar. Aber eine dritte Form der Entlohnung tritt jetzt dadurch in den Vordergrund, daß die Ärzte in zunehmendem Ausmaß mit privaten Versicherungsgesellschaften Verträge abschließen und dabei öffentliche Mittel des staatlichen Gesundheitswesens benutzen. Privatkassen werden momentan von 4 % der Bevölkerung in Anspruch genommen und, wenn der Trend anhält, werden es 1984 15 % sein. Diese Zunahme ist nicht zuletzt durch Steuerabschreibungen für Gruppenmitgliedschaften ganzer Industrie-Unternehmen gefördert worden: Einzelmitgliedschaft macht einen geringen Anteil innerhalb dieser Versicherungssysteme aus34. Der Aufsichtsrat derartiger Krankenversicherungen spiegelt die Allianz zumindest eines Teils der Ärzteschaft mit dem Kapital wider: hier sind angesehene Ärzte des medizinischen Establishment mit den Vertretern der Banken sowie den Kapitaleignern vereint<sup>34</sup>. Wenn auch die Kampagne im Jahre 1975 für die Trennung von privaten und öffentlichen Mitteln im Krankenhauswesen nicht ein voller Erfolg war (75 % der Privatbetten bleiben auf unbestimmbare Zeit in Krankenhäusern des staatlichen Gesundheitsdienstes, und es gibt keine Beschränkung bezüglich der Zahl der Privatkrankenhäuser mit unter 100 Betten), so war es dennoch auch nicht eine Niederlage. Daß es der Rechten nicht gelang, die Medizinerschaft insgesamt bezüglich der Frage der Privatpraxis zu mobilisieren, ist ein deutlicher Unterschied zur Situation von 1948. Die Einheitlichkeit der Gewerk-

schaften in ihrer Opposition gegenüber der Privatmedizin stärkte sie sowohl organisatorisch als auch ideologisch. In vorderster Linie standen sie in letzter Zeit bei den Versuchen, Kürzungen im Bereich der öffentlichen Ausgaben zu verhindern.

Es sind hier auch die Aktivitäten der Pharma-Industrie zu nennen, die einen allgegenwärtigen und bedeutenden Einfluß auf das System gesundheitlicher Versorgung hat. Obwohl die Kosten für pharmazeutische Präparate pro Person in Großbritannien geringer als in fast allen anderen westlichen Ländern sind, ist dies mehr auf die versteckte Drohung einer Verstaatlichung als auf Einsicht zurückzuführen. Schließlich wird mehr für Pharmazeutika als für alle anderen Bereiche gesundheitlicher Versorgung – ausgenommen die Krankenhausversorgung – ausgegeben.

Vielleicht zeigt sich das Vordringen des Kapitals im Gesundheitswesen am deutlichsten an der Frage von Demokratisierung und Reorganisation des Gesundheitsdienstes im Jahre 1974. Die Planung hierfür wurde von McKinsey & Company - einer Gruppe für Wirtschaftsberatung - für die konservative Regierung durchgeführt. Die neue Struktur der Organisation basiert auf dem Prinzip maximaler Delegation nach unten und Verantwortlichkeit nach oben35, verbunden mit einer stärkeren Zentralisierung der Kontrolle über die zur Verfügung stehenden Mittel. Die Mitglieder der neuen kontrollierenden Behörden (14 auf der regionalen Ebene und etwa 90 auf der Gebietsebene) werden weiterhin durch Ernennung und nicht durch Wahl bestimmt. Diese Bestimmungen tragen wenig dazu bei, die erwähnte Vereinheitlichung des dreigeteilten Systems gesundheitlicher Versorgung zu erreichen. Die wesentliche Veränderung innerhalb des neuen Systems besteht in der Zusammensetzung der Verwaltungsgremien: 1964 waren die Ärzte die wesentliche Berufsgruppe in den Aufsichtsbehörden. Nach der Reorganisation 1974 ist es auf der regionalen und der Gebietsebene die Gruppe der Industrie-Direktoren oder entsprechender Berufsgruppen (Vertreter der Banken, des Kapitals, Aktienbesitzer usw.)18. Trotz geringer Veränderungen, die die folgende Labour-Regierung im Jahre 1974 durchführte, wurde das reorganisierte Gesundheitssystem fast einhellig von den Ärzten und anderen im Gesundheitswesen Beschäftigten abgelehnt. Dies kann als eine zunehmende Verbindung von medizinischer Profession und Gewerkschaft angesichts der gemeinsamen Bedrohung durch das Kapital gesehen werden. Die Kürzungen im Bereich der Gesundheitsausgaben haben ebenfalls ähnlich einheitliche Antworten provoziert. Im Gebiet von Newcastle zum Beispiel schickte der Dekan der Medizinischen Fakultät - noch nie bekannt für radikale Ansichten - Grußadressen an von den Gewerkschaften veranstaltete Versammlungen36.

Es gibt keinen Zweifel daran, daß die größte Gefahr von rechts kommt. Die British Medical Association (Ärzteverband), die ohne juristisches Mandat dafür aber mit der finanziellen Unterstützung von privaten Krankenversicherungsgesellschaften auftritt, setzt sich – zusammen mit der konservativen Partei – für die Schaffung neuer und ganz grundlegender "Hotelkosten" für Essen und Übernachtung im Krankenhaus, Kostenbeteiligung bei Arztbesuchen sowie für eine generelle Ausdehnung des privaten Sektors ein. Derartigen Vorschlägen mangelt es aber sowohl an Ehrenhaftigkeit als auch

an Unterstützung von seiten der im Gesundheitswesen Tätigen einschließlich der Mehrheit der Ärzte.

#### Fußnoten

- 1 Falk, L.: Coalminers per-paid care and some British relationships. 1792–1964. Medical Care. 437–43. 1966. Zitiert in Hart, J. T.: Primary care in industrial areas in Britain. International Journal of Health Services. Vol 2. No 2. 1972. Ebenso unveröffentlichtes Material über die Entwicklung des Ashington Hospital Northumberland. Robson. 1976.
  - 2 Fraser, D.: The Origins of the British Welfare State. Macmillan. London. 1975.
  - 3 Entfällt.
- 4 Zitiert von Hart. J. T. in Reform and Reaction in Medical Care, International Journal of Health Services. Vol. 1. no 4. p 567. 1972.
- 5 Report of the Committee on Social Insurance and Allied Services. HMSO Cmnd. 6404, 1942.
  - 6 Foot, M.: Aneurin Bevan 1945-1960. Davis Poynter. London. 1973.
- 7 Owen, D.: In Sickness and in Health, the politics of medicine. Quartet Books. London 1976.
- 8 Klein, R.: British Medical Journal. p 126. 2. 1976 and British Medical Journal p 526. 1977.
- 9 Health and Personal Social Service Statistics for England and Wales. DHSS. London 1975.
  - 10 Ibid. Table 2. 10. p 25.
- 11 Morris, J. N.: Fatality from three common surgical emergencies in teaching and non-teaching hospitals. Lancet ii. p 285. 1957 and Lancet i. p 170. 1960.
  - 12 Morris, J. N.: Lancet i. p 170. 1960.
- 13 Health and Personal Social Services Statistics for England and Wales Table 3. 19. p 53. DHSS. London 1975.
- 14 Whose Priorities? Radical Statistics Health Group. British Society for Social Responsibility in Science. London 1976.
  - 15 Hart, J. T.: The NHS in England and Wales. Marxism Today. Dec. 1971.
  - 16 Hart, J. T.: The Inverse Care Law. Lancet i. p 405. 1971.
- 17 Segall, M.: Health Care as a Commodity. Medicine in Society. pub. Marxists in Medicine. London. 1976.
- 18 Robson, J.: The social consequences of professional dominence in the NHS. International Journal of Health Services. vol 3. no. 3. 1973.
  - 19 Klein, R.: New Society. p 739. 28. June 1973.
  - 20 Entfällt.
  - 21 Foucault, M.: The Birth of the Clinic. Tavistock pub. London. 1973.
  - 22 Klein, R.: Old Age Health. New Society. 6. June. 1972.
- 23 Green, M. in: Challenges for the Future. Nuffield Provincial Hospitals Trust. London. 1971.
- 24 Dollery, C. in: A Question of Quality. Nuffield Provincial Hospitals Trust. 1976.
- 25 Doll, R.: Monitoring Health Care. p 739. vol 66 Proceedings of the Royal Society of Medicine 1973 and Mcwhinney, I.: Medical Audit in North America. British Medical Journal. 2. p 277. 1972.
- 26 Fessel, W. J. and Van Brunt, E.: Assessing quality of care from the medical record. New England Journal of Medicine. 286. p 134. 1972.
- 27 White, Anderson et al.: Health Care: An international comparison of perceived morbidity, health service resources and use. International Journal of Health Services. vol 6. no 2. 1976.

- 28 Cutting the Welfare State. Counter Information Services and Community Development Project pamphlet. London 1976.
- 29 Health and Personal Social Service Statistics for England and Wales. Table 4. 1. p.65. DHSS. London 1975.
  - 30 British Medical Journal. p 1512. 18. 12. 1976.
  - 31 Annual Report of the Department of Health and Social Security. 1975.
  - 32 British Medical Journal. p 243. January 1977.
  - 33 Priorities for Health and Social Services in England. DHSS. London. 1976.
- 34 Labour Research. Private Health Schemes. Vol 63. no 5. p 114. 1974 and vol 62. p 40. 1973.
  - 35 The National Health Service Reorganisation. HMSO. 1972.
- 36 Newcastle Trades Council Meeting, speaker Dr. J. Walton, Dean of Newcastle Medical School, 5, 3, 77.

Jobst Ricke, Wilfried Karmaus, Ruth Höh

## Frühinvalidität – Arbeiterschicksal?

Medizinalstatistische Ergebnisse über den Einfluß sozioökonomischer Faktoren auf Gesundheit und Krankheit am Beispiel der Frühinvalidität

#### 1. Einleitung

In der BRD gibt es nur wenige Arbeiten¹ über den Einfluß sozialer Faktoren auf Gesundheit und Krankheit. Unter den Untersuchungen über die Inzidenz von Krankheiten finden sich auch Arbeiten über die Frühinvalidität². Wir wollen im folgenden versuchen, über den begrenzten Rahmen der vorliegenden Arbeiten hinauszugehen. Ziel dieser Arbeit ist es, Unterschiede in der Morbidität zwischen Arbeitern und Angestellten nachzuweisen. Die Grundlage für diesen Vergleich bilden Angaben über 10 wichtige Diagnosegruppen aus den umfassenden Statistiken der Rentenversicherung³.

H. Schäfer und M. Blohmke sehen in der Frühinvalidität ein wichtiges Maß zur Beurteilung der Volksgesundheit<sup>4</sup>. Eine Auswirkung der Frühinvalidität ist jedoch auch die erhebliche Kostenbelastung der Rentenversicherungen. So ist eine Auseinandersetzung mit der Frühinvalidität im Zusammenhang mit der Diskussion über die Kostenentwicklung in der Rentenund Krankenversicherung wichtig. Unser Beitrag versucht zu zeigen, daß es eine Chancenungleichheit in bezug auf Frühinvalidität gibt. Die Beseitigung der Benachteiligung bestimmter sozialer Gruppen z. B. durch gezielte Gesundheitsmaßnahmen und präventiv-medizinische Veränderung der Arbeitsorganisation würde zur Senkung der Frühinvalidität führen. Dies bedeutete nicht nur eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch eine Kostenentlastung der Versicherten in Rentenversicherung und Krankenkassen.

Unsere Arbeit geht von den Daten der Rentenversicherungsträger aus: Landesversicherungsanstalt für Arbeiter (LVA) und Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). Diese geben Einblick in Ausmaß und Krankheitsursachen der Frühinvalidität fast aller lohnabhängig Beschäftigten<sup>5</sup>.