

losigkeit. Wirkungen der Globalisierung, Neuen Ökonomie und Europäisierung auf den Faktor Arbeit. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 12, Baden-Baden 2003.

¹⁴ Wilkinson, R. G. / Marmot, M. G.: Social determinants of health – The solid facts. WHO Europe, 1998. Ausführlicher: Marmot, M. G. / Wilkinson, R. G.: Social determinants of health. Oxford 1999.

¹⁵ Siehe im einzelnen: Rürup, B. / Henke, K.-D.: Alternde Gesellschaft – Lösungsansätze für die Probleme der Kranken- und Pflegeversicherung. Karlsruhe 2002.

¹⁶ Siebert, H.: Mehr Markt für mehr Wachstum. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 20, 24.01.2004, S. 13.

¹⁷ Börsch-Supan, A.: Die Produktivität des Gesundheitssystems. Was kann die Wissenschaft dazu beitragen, sie zu messen und zu verbessern? Vortragsmanuskript, Mainz 2004. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren. Jahresgutachten 2003/04.* Wiesbaden 2004. *Institut für Weltwirtschaft: Ressourcen und Ergebnisse der globalen Gesundheitsökonomie – Einführung und Überblick – von Michael Stolpe,* Manuskript (2003), S. 1–89.

¹⁸ Siehe z. B. Marinker, M. (Hrsg.): Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise. London 2002.

Zweiklassenmedizin als Ausweg aus der ökonomischen Misere?

Christian Weber

Einen Vertreter der privaten Krankenversicherung zur Zweiklassenmedizin zu Wort kommen zu lassen, ist nicht ganz unproblematisch. Damit ist automatisch die Frage der Trennlinie zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV), und ausdrücklich nicht die Frage der Trennlinie zwischen Solidargemeinschaft und Privat, angesprochen, sondern wir haben es mit der Trennlinie zwischen zwei unterschiedlichen Solidargemeinschaften zu tun.

Im Rahmen dieses Buches hat der Begriff Ethik einen hohen Stellenwert. Man wird deshalb auch die Frage der Zweiklassenmedizin unter dem Stichwort der Ethik beleuchten müssen. Es gilt in der gesundheitspolitischen Diskussion als ethisch korrekt, gegen die Zweiklassenmedizin einzutreten. Aber ist damit die Frage beantwortet, was Zweiklassenmedizin eigentlich ist? Eine genaue Analyse dürfte zu dem Ergebnis kommen, dass der Begriff Zweiklassenmedizin ebenso schillernd wie unscharf definiert ist wie der Begriff der Gesundheit selber.

Wenn Zweiklassenmedizin trotzdem unethisch ist, dann bleibt mit Bezug auf das Thema die Frage: Kann etwas Unethisches eigentlich ein Ausweg aus der ökonomischen Misere sein? Oder anders zusammengefasst: Ist Ökonomie unethisch? Man wird sich also letztlich der Frage anders nähern müssen.

Vorab sei betont, dass die PKV keine Institution ist, die

die Zweiklassenmedizin will oder sie aktiv fördert. Gleichwohl wissen wir, dass es Aspekte gibt, wo die PKV im Image der Bevölkerung als der GKV deutlich überlegen angesehen wird. Die PKV gilt gegenüber ihrem Konkurrenten, der GKV, als sicherer, als transparenter, als glaubwürdiger und auch als leistungsfähiger und unkomplizierter. Ist das aber bereits Ausdruck der Zweiklassenmedizin oder handelt es sich vielmehr nicht um Vorteile, die im Wettbewerb gegenüber einem Mitbewerber erworben werden dürfen, ohne direkt in den Verdacht der Zweiklassenmedizin zu geraten? Damit könnte man im Sinne des gegebenen Themas bereits die Antwort zusammenfassen: Die Zweiklassenmedizin ist kein Ausweg aus der ökonomischen Misere. Aber unbeantwortet geblieben ist immer noch die Frage, was eigentlich Zweiklassenmedizin und was die ökonomische Misere ist? Dafür muss man zunächst mit der ökonomischen Situationsanalyse beginnen.

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor nie gekannten Herausforderungen. Erstens gibt es eine überproportionale Kosteninflation im Gesundheitswesen, die typisch für eine Dienstleistungsökonomik ist, da im Dienstleistungsbereich Lohnsteigerungen weniger durch Rationalisierungsfortschritte aufgefangen werden können, als das im produzierenden Gewerbe der Fall ist.

Zweitens wirkt der medizinisch-technische Fortschritt im Gesundheitswesen in den meisten Fällen nicht substitutiv, sondern additiv. Neue Diagnostik und Behandlungsmethoden treten zu bestehenden Verfahren hinzu und bewirken in der Regel deutliche Kostensteigerungen.

Die größte Herausforderung der Zukunft schließlich wird der demografische Wandel sein. Heute ist jeder fünfte Bundesbürger älter als 60 Jahre und im Jahre 2030 wird jeder dritte Bundesbürger älter als 60 Jahre sein. Zugleich steigt die Zahl der Hochbetagten, die besonders viele Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, überdeutlich in

den nächsten 30 Jahren. Und wir haben gleichzeitig eine sinkende Gesamtbevölkerung.

Alle drei Faktoren zusammengekommen sind ein Sprengsatz für die deutschen Sozialversicherungssysteme. Dabei wäre es falsch, nur die GKV isoliert zu betrachten, für die die meisten ökonomischen Prognosen einen Beitragssatzanstieg auf deutlich über 20 Prozent in den nächsten Jahrzehnten voraussehen. Auch für die ebenfalls demografieanfällige Rentenversicherung gibt es Beitragsprognosen, die von einem Anstieg auf deutlich über 26 Prozent bis zum Jahre 2050 ausgehen. Und, was ebenfalls oft übersehen wird, ist, dass die gesetzliche Pflegeversicherung außerordentlich demografieanfällig ist. Während die Sozialversicherungsquote heute bei etwa 42 Prozent liegt, wird sie in den nächsten Jahren insbesondere demografisch bedingt ansteigen. Nach einer Untersuchung von Prof. Hof ist auf der Basis des heutigen Leistungsniveaus mit einem Gesamtsozialversicherungsbeitrag bis zum Jahre 2050 von über 60 Prozent zu rechnen. Da eine solche Entwicklung weder wirtschaftspolitisch akzeptabel wäre noch den Arbeitnehmern überhaupt ein ausreichendes Nettoeinkommen belassen würde, besteht heute die Notwendigkeit der politischen Handlung, um das Eintreten der Prognose morgen zu verhindern.

Vor diesem Hintergrund ist zunächst die derzeitige Reform des Gesundheitswesens im Rahmen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes zu beurteilen. Eine Gesamtbetrachtung ergibt, dass dieses Gesetz zwar durch Leistungskürzungen und Zuzahlungserhöhungen ein Stück weit die Eigenverantwortung der Versicherten ausgeweitet hat, aber insgesamt an den heutigen Systemzusammenhängen nichts geändert hat. So ist die Lösung zum Krankengeld, die diese Leistung in der GKV belässt, ebenso wenig überzeugend wie die Lösung zum Zahnersatz, die GKV und PKV hier in einen gemeinsamen unfairen Wettbewerb entlässt. Konsequenter wäre es gewesen

die Chance zu nutzen, Leistungen definitiv aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen. Dies gilt umso mehr für den Zahnersatz, da Deutschland derzeit europaweit das einzige Land ist, in dem Zahnersatz noch in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Die PKV hätte für demografiefeste alternative Versicherungskonzepte zur Verfügung gestanden.

Eine wirklich glaubhafte Alternative der Gesundheitsreform wäre es gewesen, wenn die Chance für eine neue Balance zwischen Kapitaldeckung und Umlageverfahren genutzt worden wäre. Nur das Kapitaldeckungsverfahren stellt sicher, dass mit den Kosten für eine steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter nicht nachwachsende Generationen belastet werden, sondern die jeweils verursachende Generation. In diesem Kapitaldeckungsverfahren, das die PKV anwendet, bildet jede Generation durch die Altersrückstellung selbst Vorsorge für die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Mit diesem System leistet die PKV übrigens längst nicht nur Vorsorge für den demografischen Wandel im Alter, hinzu gekommen sind in den letzten Jahren eine weitere Zahl von zusätzlichen Instrumenten, so z. B. die Überzinsverwendung oder auch der 10-Prozent-Zuschlag, die gemeinsam dafür Sorge tragen, dass nicht nur nachwachsende Generationen nicht mit den Gesundheitskosten der jeweils älteren Generation belastet werden, sondern das gleichzeitig auch die Beitragsentwicklung im Alter verstetigt wird. So hat der seit 2000 eingeführte 10-Prozent-Beitragszuschlag beispielsweise bewirkt, dass jemand, der heute in jungen Jahren zur PKV kommt, selbst dann mit einem absolut konstanten Beitrag im Alter rechnen kann, wenn die Gesundheitskosten weiter so steigen, wie dies im Durchschnitt der zurückliegenden Jahre der Fall war.

Wenn man heute für den demografischen Wandel Vorsorge leisten will, dann kann dies nur geschehen, indem die Kapitaldeckungsfinanzierung ausgeweitet wird. Von Seiten der PKV haben im Zuge der Gesundheitsreform konkrete Vorschläge beispielsweise beim Krankengeld oder auch beim Zahnersatz und bei privaten Unfällen vorgelegen. Gleichwohl hat die Politik im Zuge des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes eindeutig auf die Umlagefinanzierung gesetzt und insofern dem vor uns stehenden demografischen Wandel nicht hinreichend Rechnung getragen. Es ist der Herzog-Kommission zu verdanken, dass sie das Augenmerk darauf gerichtet hat, dass ohne eine Kapitaldeckung der Generationenvertrag in der Umlagefinanzierung ernsthaft gefährdet ist. Ohne eine zumindest stückweise Umstellung auf Eigenverantwortung und Kapitaldeckung bleibt die gesetzliche Krankenversicherung ein Opfer permanenter Reformen, die auch mit permanenten Kostendämpfungsgesetzen dem künftig stattfindenden Finanzierungsdruck nicht hinreichend entsprechen können wird. Der große Teil des demografischen Wandels findet zudem nicht heute, sondern erst in wenigen Jahrzehnten statt. Noch ist deshalb hinreichend Zeit Vorsorge für den demographischen Wandel zu bilden. Wenn dies nicht rechtzeitig gelingt, dann wird das Gesundheitswesen unter so großen finanziellen Druck geraten, dass die Gefahr der Dynamik einer eigenen Rationierungsspirale entsteht. Spitzen- und Hochleistungsmedizin für jeden ohne Wartelisten wird es in Zukunft nur noch dann geben, wenn heute rechtzeitig mit der Bildung der Vorsorge für die zukünftigen Anforderungen begonnen wird. Die rechtzeitige Vorsorgebildung ist folglich eine Frage der Vermeidung einer drohenden Zweiklassenmedizin.

Dieser Zusammenhang sollte auch vor dem Hintergrund der derzeitigen Diskussion zur Bürgerversicherung und Kopfpauschalen gesehen werden. In der Tat werden die Dis-

kussionen über Bürgerversicherung und Kopfpauschalen zwar bundesweit in heftiger Intensität geführt, dabei wird aber in der Regel das Zielsystem im Gesundheitswesen ausgeblendet. Diese Diskussionen werden insbesondere vor dem Hintergrund einer auszubauenden Gerechtigkeit im Gesundheitswesen geführt. Dabei wird völlig verkannt, dass die größte Gefährdung der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen gerade vor dem Hintergrund der Generationengerechtigkeit stattfindet. Ein System ohne Kapitaldeckung bedeutet die zwangsläufige Entscheidung zu einer Mehrbelastung nachwachsender Generationen. Deshalb ist die fehlende Kapitalbildung in der Krankenversicherung ökonomisch nichts anderes als eine permanent zunehmende Verschuldung zu Lasten nachwachsender Generationen. Mehr Gerechtigkeit würde es also erforderlich machen, heute dafür Vorsorge zu tragen, dass eine nachwachsende Generation nicht mit übermäßigen Finanzierungsansprüchen konfrontiert wird. Gerade vor diesem Hintergrund des erforderlichen Ausbaus der Kapitaldeckung ist die Diskussion über Bürgerversicherung und Kopfpauschalen wenig hilfreich, da beide Systeme, zumindest in der von der Rürup-Kommission vorgestellten Version, einseitig auf die Umlagefinanzierung setzen.

Hinzu kommt, dass beide Modell latent auch die Gefahr einer Einheitsversicherung beinhalten. Denn in beiden Systemen werden die anbietenden Krankenkassen gezwungenermaßen die gleichen Leistungen anbieten müssen und zwar zu Preisen, die, bedingt durch den noch um Morbiditätsfaktoren ausgeweiteten Risikostrukturausgleich, eher früher als später nivelliert werden. In letzter Konsequenz bieten alle Kassen das Gleiche zum gleichen Preis an. Dies beinhaltet im Kern aber eine Tendenz zur Einheitsversicherung und damit zu Lösungen, die einem staatlichen Gesundheitssystem sehr nahe kommen.

Da gleichzeitig der Wettbewerb zur privaten Kranken-

versicherung herabgesetzt wird, hat der Staat die Möglichkeit, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen ohne Berücksichtigung des Wettbewerbes der PKV einseitig zu bestimmen. Die Konsequenzen sind in anderen Ländern mit einem staatsnahen Gesundheitssystem zu beobachten. Alle staatlichen Gesundheitssysteme in Europa verwalten die steigenden Finanzierungsanforderungen durch eine Mangelwirtschaft mit Wartelisten. Die rechtlichen Ansprüche werden letztlich durch ein künstliches verknapptes Ressourcenangebot rationiert. Solche Systeme schaffen aber gerade dann regelmäßig die Grundlage für eine Zweiklassenmedizin, weil sich finanziell Bessergestellte nicht mit dem Standardangebot und Wartelisten zufrieden geben und sich ein eigenes Versorgungssystem mit Privatärzten und Privatkliniken finanzieren werden. Deshalb muss deutlich gemacht werden, dass die Bürgerversicherung nicht die Zweiklassenmedizin verhindert, sondern gerade erst den Grundstein für die Zweiklassenmedizin legt.

Dies leitet unmittelbar zu der Frage über, ob wir heute in Deutschland bereits über eine Zweiklassenmedizin verfügen. Dies ist in erster Linie eine Frage der Definition. Wenn Zweiklassenmedizin bedeutet, dass es einige Patienten gibt, die zuweilen kürzere Wartezeiten beim Arzt haben als andere, dann müsste man in der Tat bereits von einer Zweiklassenmedizin sprechen. Aber nicht die Frage der Wartezeit kann letztlich ethisch problematisch sein, sondern die Frage der generellen Verfügbarkeit.

Wenn einige Patienten im Krankenhaus heute Chefarztbehandlung und Einbettzimmerunterbringung bekommen, ist das als Zweiklassenmedizin zu interpretieren? Hier ist darauf hinzuweisen, dass diese Leistungen jedem Versicherten, also auch dem GKV-Versicherten, in Deutschland zur Verfügung stehen, wenn er eine entsprechende Zusatzversicherung abschließt. Etwa 4,5 Mio. GKV-Versicherte haben sich für einen entsprechenden Versiche-

nungsschutz entschieden. Im übrigen bedeutet die Chefarztbehandlung und Einbettzimmerunterbringung im Krankenhaus nicht, dass den Patienten unterschiedliche medizinische Leistungen zur Verfügung stehen. Im Kern bekommen alle Versicherten im Krankenhaus die gleichen Leistungen, allerdings unter jeweils anderen Organisationsbedingungen. Insofern ist auch hier der Vorwurf der Zweiklassenmedizin im Kern nicht berechtigt.

Von eigentlicher Zweiklassenmedizin sollte deshalb nur dann geredet werden, wenn Patienten medizinisch unbedingt notwendige Leistungen verweigert werden, während sie anderen im Prinzip zur Verfügung gestellt werden, wie das beispielsweise in England mit den Wartelisten der Fall ist. Erst hier könnte man von einer Zweiklassenmedizin im Sinne von einer ersten ethischen Dimension reden. Die private Krankenversicherung ist in Deutschland immer gegen eine Zweiklassenmedizin eingetreten. Sie ist an allen Stellen dafür eingetreten, dass gesetzlich und privat Krankenversicherte auf die gleichen Versorgungsinstitutionen und Leistungsangebote zurückgreifen können. Weder gibt es in Deutschland ein eigenes nennenswertes Netz von Ärzten, die nur für Privatpatienten arbeiten, noch gibt es ein eigenes System von Krankenhäusern, die ausschließlich Privatpatienten offen stehen. Es gibt, und das ist ein ausdrückliches Bekenntnis der PKV, in Deutschland nur ein einheitliches Versorgungsangebot für alle Patienten.

Dieses grundsätzliche Bekenntnis zur Ablehnung der Zweiklassenmedizin schließt nicht aus, dass es in der Tat Einzelbereiche gibt, wo Versorgungsangebote für GKV- und PKV-Versicherte unterschiedlich organisiert sind. So ist die PKV für ihre Versicherten schon immer dafür eingetreten, dass die Krankenhäuser auch ambulante Behandlungsmöglichkeiten für Privatversicherte anbieten. Die GKV hat sich aus Gründen der sparsameren Mittelverwendung im ambu-

lantem Bereich für ihre Versicherten stets dafür eingesetzt, dass die Krankenhäuser weitestgehend für die ambulante Behandlung von GKV-Versicherten verschlossen bleiben. Es ist als gutes Recht zweier unterschiedlicher Systeme anzusehen, dass sie die Versorgungsbedingungen ihrer Versicherten auch jeweils unterschiedlich steuern können.

Ein ernsterer Fall der unterschiedlichen medizinischen Versorgungsqualität für Patienten ist mittlerweile in der Arzneimittelversorgung festzustellen. Es lässt sich nachweisen, dass teurere innovativere Arzneimittel mit einer wesentlich höheren Wahrscheinlichkeit Privatpatienten als Kassenpatienten verordnet werden. Dies dokumentiert auch die Kostensteigerung. Die Kosten je GKV-Versicherten sind von 1990 bis 2002 um etwa 60 Prozent in der Arzneimittelversorgung gestiegen; der Anstieg im Bereich der PKV betrug im Vergleichszeitraum 115 Prozent. Wenn man nach den Gründen der unterschiedlichen Arzneimittelversorgung zwischen GKV und PKV fragt, dann stößt man an erster Stelle auf die Wirkung der Budgets. Die Arzneimittelbudgets sind letztlich nichts anderes als eine von der Politik gewollte Rationierungsentscheidung der Arzneimittelversorgung, ohne dass die Politik zugleich die Verantwortung dafür übernehmen will, an welchen Stellen eine konkrete Rationierung eintreten soll. Dabei handelt es sich um den Fall der impliziten Rationierung, bei der die Frage der Verantwortung der konkreten Leistungseinschränkung auf den therapierenden Arzt vor Ort verlagert wird. Im Unterschied zur expliziten Rationierung, bei der die Politik von vornherein entscheidet, wie der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zugeschnitten sein soll und bei der der einzelne GKV-Versicherte sich beispielsweise durch Zusatzversicherungen entsprechend darauf einstellen kann, ist die implizierte Rationierung für den einzelnen Versicherten schwerer beherrschbar. Der Arzt, der die Rationierungsentscheidung treffen

muss, wird dies dem Patienten gegenüber immer wohl-begründend darstellen. Der Patient hat keine Ausweichmöglichkeiten und muss letztlich mit den Therapieentscheidungen des Arztes Vorlieb nehmen.

Wenn man zwischen der impliziten und der expliziten Rationierung abwägt, dann wird man feststellen müssen, dass die implizite Rationierung im Kern die Schaffung einer unterschiedlichen Versorgungsqualität zwischen GKV- und PKV-Patienten beinhaltet. Dies ist politisch umso fragwürdiger, weil die Budgetierung und damit die implizite Rationierung gerade von denjenigen Politikern eingeführt wird, die auf der anderen Seite vehement gegen eine sogenannte Zweiklassenmedizin eintreten. Die PKV lehnt es aber ab, sich von jenen eine Zweiklassenmedizin vorwerfen zu lassen, die durch die Schaffung der impliziten Rationierung erst die Voraussetzung für eine Zweiklassenmedizin geschaffen haben.

Wenn man diese Überlegungen zusammenfasst, kommt man zu dem Ergebnis, dass es derzeit in Deutschland keine Zweiklassenmedizin im Sinne einer Ausgrenzung medizinisch unbedingt notwendiger Leistungen sowie im Sinne einer Verfügbarkeit von Ärzten und Krankenhäusern im Ausmaß einer ethischen Dimension gibt. Ausdrücklich ausgenommen hiervon sei die implizite Rationierung, die in ihrem Kern immer die Schaffung einer Zweiklassenmedizin enthält. Die Politik sei deshalb ausdrücklich aufgefordert, sich dort, wo Leistungseinschnitte aus ökonomischen Gründen unabweisbar sind, auch zu der Verantwortung für die Leistungsausgliederung zu bekennen und sich deshalb auch auf die explizite Rationierung zu besinnen. In Anbetracht der steigenden Anforderungen an das deutsche Gesundheitswesen brauchen wir eine Debatte in Deutschland über den wirklich unabweisbaren Kernkatalog eines gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Dies erfordert Mut zur expliziten Rationierung und auch Mut zu einer Debatte

über mehr Eigenverantwortung und sollte nicht einer unge-rechten impliziten Rationierung Vorschub leisten.

Wer die Gesamtsituation der vor uns liegenden Entwicklung im Gesundheitswesen bewertet, wird nicht umhinkommen festzustellen, dass eine Mehrfrontenstrategie erforderlich ist. Der Ausweg heißt nicht Schaffung einer Zweiklassenmedizin, sondern wir brauchen eine Diskussion, die auf mehr ökonomische Entscheidungs-rationalität im Gesundheitswesen abzielt. Es gehört zu den Widersprüchlichkeiten des deutschen Gesundheitswesens, dass wir in den Versorgungssektoren zunehmend eine stärkere Anwendung ökonomischer Entscheidungskriterien verlangen, dass aber bei der gezielten Therapie- und Mittelanwendung eine ökonomische Rationalität immer noch weitestgehend ausgeblendet wird. So ist die Leitliniendiskussion derzeit allein von Nutzenkriterien bestimmt, während Fragen der ökonomischen Mittelrationalität in der Regel keine Rolle spielen. Eine verantwortungsbewusste Mittelverwendung setzt aber voraus, dass solche ökonomischen Entscheidungs-rationalitäten zunehmend berücksichtigt werden. Wir brauchen gemeinsame gesellschafts-politische Maßstäbe, die festlegen, bei welchen Patienten welchen Schweregrades bestimmte kostenaufwendige Therapieverfahren verwendet werden.

Man wird bei einem zunehmenden Finanzierungsdruck nicht umhinkommen, die Leistung stärker auf Risiken zu konzentrieren, die den Einzelnen wirklich überfordern. Eine uferlose Breitenversorgung wird lediglich die Wahrscheinlichkeit dirigistischer Spareingriffe erhöhen mit der Gefahr individueller Rationierungsmaßnahmen, die dann auch keinen Halt vor Eingriffen in wirklich medizinisch notwendige Leistungen machen werden.

Zweiklassenmedizin ist also kein Mittel zur Lösung der ökonomischen Krise im Gesundheitswesen, sondern vielmehr müssen wir mehr wirtschaftliche Mittelrationalität

im Gesundheitswesen und zwar in der Form eines gemeinsamen Standards für GKV und PKV verlangen, um eine Zweiklassenmedizin, wie sie in vielen anderen Ländern Europas mit einer weit weniger ausgeprägten PKV bereits an der Tagesordnung ist, zu vermeiden.

VI. Perspektiven