

# Kirche und Gesellschaft



Dirk Sauerland

## Im Dienst am Menschen

Zur Frage der Gerechtigkeit  
im deutschen Gesundheitssystem

---

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ thematisiert aktuelle soziale Fragen aus der Perspektive der kirchlichen Soziallehre und der Christlichen Sozialethik.

### **THEMEN DER ZULETZT ERSCHIENENEN HEFTE:**

**September 2015, Nr. 422:** Marianne Heimbach-Steins  
Die Gender-Debatte. Herausforderungen für Theologie und Kirche

**Oktober 2015, Nr. 423:** Wolfgang Löhr  
Der Volksverein für das katholische Deutschland. Ein historisches Marken-  
zeichen der Stadt Mönchengladbach

**November 2015, Nr. 424:** Matthias Meyer  
Die Digitalisierung als sozioethische Herausforderung

### **VORSCHAU:**

**Januar 2016, Nr. 426:**  
Peter Schallenberg/Arnd Küppers zum Themenbereich „Flüchtlinge in Deutsch-  
land und Europa“

**Februar 2016, Nr. 427:**  
Stephan Leibfried zum Themenbereich „Soziales Europa“

**März 2016, Nr. 428:**  
Claus Dierksmeier zum Themenbereich „philosophische Grundlagen  
der Enzyklika *Laudato si'*“

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

### Bestellungen

sind zu richten an:

**Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle  
Brandenberger Straße 33**

**41065 Mönchengladbach**

Tel. 0 21 61/8 15 96-0 · Fax 0 21 61/8 15 96-21

Internet: <http://www.ksz.de>

E-mail: [kige@ksz.de](mailto:kige@ksz.de)

### Redaktion:

**Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle  
Mönchengladbach**

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

---

2015

© J.P. Bachem Medien GmbH, Köln

ISBN 978-3-7616-2898-0

## **Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems**

Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt. Die medizinische Versorgung erfolgt auf einem hohen Niveau, der Zugang zur Versorgung für alle Bürger ist aufgrund der allgemeinen Versicherungspflicht gesichert.

Dennoch – oder gerade deswegen – steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen: Der demographische Wandel in Deutschland beeinflusst nicht nur den Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen. Er wird sich auch auf die Finanzierung des Systems durch die gesetzliche und private Krankenversicherung auswirken. Gleichzeitig führt die Entwicklung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren dazu, dass die Medizin mehr Möglichkeiten haben wird, den Gesundheitszustand der Menschen zu beeinflussen – also hoffentlich zu verbessern. Während demographischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt zwei Entwicklungen sind, die lange absehbar waren, stellt auch die aktuelle Flüchtlingssituation das Gesundheitssystem und alle handelnden Akteure vor große Herausforderungen. Asylbewerber kommen ohne Krankenversicherungsschutz nach Deutschland. Sie sind weder gesetzlich noch privat versichert, benötigen aber oft auch intensive medizinische Versorgung. Welche Ansprüche haben sie an unser Gesundheitssystem?

Die beschriebenen Herausforderungen erfordern nicht nur politische, sondern auch ökonomische Antworten. Sie betreffen die nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems ebenso wie den verantwortungsvollen Umgang mit den Finanzmitteln, die diesem System zur Verfügung stehen. Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems, verstanden als Vermeidung von Verschwendung, ist daher eine gesellschaftliche Notwendigkeit, denn nicht nur das Gesundheitssystem benötigt Finanzmittel, sondern auch das Bildungssystem und die Alterssicherung. Eine Ökonomisierung, verstanden als Nutzung ökonomischer Anreize zur Beeinflussung des Verhaltens der Leistungserbringer, um die Ausgaben für Gesundheitsleistungen zu begrenzen, kann aber auch unerwünschte Effekte haben. Ökonomische Anreize können dazu führen, dass von den Leistungserbringern notwendige Leistungen rationiert werden (müssen).

Auch aus diesem Grund stellt sich die Frage nach der Gerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem. Wie steht es um die Gerechtigkeit zwischen den Generationen, wenn sich die Bevölkerungsstruktur verändert? Ist es gerecht, dass Privatversicherte aufgrund solcher ökonomischer Anreize anders (oder schneller) behandelt werden als gesetzlich Versicherte? Wie kann eine gerechte Verteilung der Mittel und Möglichkeiten im Gesundheitssystem erreicht werden, wenn die Möglichkeiten der Versorgung immer besser werden, die bisherige Finanzierung aber nicht mithalten kann. Diese und andere Fragen sollen im nachfolgenden Text behandelt werden.

Dazu werden wir im nächsten Abschnitt zunächst erläutern, was Gerechtigkeit überhaupt bedeutet und in welchen Ausprägungen bzw. Dimensionen Gerechtigkeit im Gesundheitssystem diskutiert werden kann und sollte. Anschließend werden wir kurz die wesentlichen Kennzeichen des deutschen Systems beschreiben, um die Herausforderungen und ihre Folgen für Gerechtigkeitsüberlegungen genauer fassen zu können. Danach geht es um die oft diskutierte Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland und um ökonomische Ursachen für eine Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten. Es folgt ein Abschnitt über die Wahrung der Verteilungsgerechtigkeit, wenn die medizinischen Möglichkeiten die verfügbaren Finanzmittel im System übertreffen. Die Frage der Generationengerechtigkeit, die das Verhältnis von Versicherungsbeiträgen und Gesundheitsleistungen betrifft, wird ebenfalls diskutiert. Der Beitrag schließt mit einigen Anmerkungen zur aktuellen Versorgung von Asylbewerbern.

### **Was bedeutet Gerechtigkeit im Gesundheitssystem?**

Mit Blick auf Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitssystem lassen sich mindestens zwei Gerechtigkeitsideen unterscheiden. Der egalitäre Ansatz geht davon aus, dass alle und alles gleich behandelt werden soll. Dieser Idee der gerechten, absoluten Gleichheit stellt der Gleichheitsgrundsatz, wie er auch im deutschen Recht verstanden wird, eine differenzierte Gleichheit gegenüber. Diese Idee macht Gerechtigkeit daran fest, dass Gleiches gleich, Ungleiches aber ungleich behandelt wird. Für beide Ideen lassen sich sinnvolle Ansatzpunkte im Gesundheitssystem finden.

Um diese Punkte zu benennen, ist es zunächst wichtig, sich die besondere Relevanz von Gesundheit an sich deutlich zu machen. Gesundheit an sich ist oftmals die Voraussetzung für die Teilhabe der Menschen am sozialen und ökonomischen Leben. Sie wird daher auch als Lebensvoraussetzungsgut bezeichnet. Gesundheit an sich ist auch eine Voraussetzung zum Beispiel für Chancengerechtigkeit im Bildungs- und Berufsleben. Gesundheit verbessert die Chancen auf Bildung, verbessert die Chancen auf ein erfülltes Berufsleben.

Der Begriff der Chancengerechtigkeit bezieht sich auf die Möglichkeiten, die einem Menschen innerhalb einer Gesellschaft und ihrer Teilsysteme offen stehen. Chancengerechtigkeit kennzeichnet damit den Einstiegspunkt in einen Prozess der aktiven Teilnahme an gesellschaftlichen Teilsystemen, der mit einem konkreten Ergebnis endet. Dieser Logik folgend werden neben der Chancengerechtigkeit (Start) auch die Prozess- oder Verfahrensgerechtigkeit und die Ergebnisgerechtigkeit (Ende) unterschieden. Die Idee der Prozess- oder Verfahrensgerechtigkeit bezieht sich dabei auf die Fairness der Spielregeln, mit denen sich die Menschen in gesellschaftlichen oder ökonomischen Teil-

systemen konfrontiert sehen. Das Ergebnis, das aus dem Handeln der Menschen unter diesen Spielregeln entsteht, kann ebenfalls nach Gerechtigkeitskriterien beurteilt werden.

Nimmt man nun die unterschiedlichen Ebenen, auf denen Gerechtigkeit eine Rolle spielt (also Chancen, Verfahren und Ergebnis) und kombiniert diese mit der Idee der egalitären Gerechtigkeit, bzw. der differenzierenden Idee des Gleichheitsgrundsatzes, ergibt sich für das Gesundheitssystem folgendes Bild:

Mit Blick auf die *Chancengerechtigkeit* im Gesundheitssystem ist es notwendig, dass ein gleicher, diskriminierungsfreier Zugang für alle Menschen zu denjenigen Leistungen des Gesundheitssystems ermöglicht wird, die für alle Menschen notwendig sind. Diskriminierungsfrei bedeutet hier auch, dass der Zugang nicht nach den finanziellen Möglichkeiten der einzelnen Patienten differenziert werden soll. Mit dieser egalitären Gerechtigkeitsidee wird deutlich, dass der deutsche Staat als Gemeinwesen jedem seiner Einwohner die gleiche Achtung entgegenbringt.

*Verfahrensgerechtigkeit* im Gesundheitssystem ist hingegen gegeben, wenn tatsächlich Gleiches gleich und Ungleiches ungleich behandelt wird. Diesem Gedanken folgend sollten alle Menschen mit einem gleichen Krankheitsbild den Anspruch auf die gleiche notwendige Behandlung haben. Unterschiedliche Krankheitsbilder müssen natürlich unterschiedlich behandelt werden.

*Ergebnisgerechtigkeit* im Sinne eines gleichen Gesundheitszustandes nach Behandlung gleicher Krankheitsbilder ist eine Verantwortung, die dem Gesundheitssystem nicht zugewiesen werden sollte. Der Grund dafür ist einfach: Der Gesundheitszustand eines Menschen ist nicht allein von der medizinischen und pflegerischen Behandlung abhängig, die nach den Regeln der medizinischen und pflegerischen Kunst erfolgt. Vielmehr haben etwa Umwelteinflüsse, der sozioökonomische Status (also etwa das Einkommen unter Bildungsstand) und insbesondere auch das individuelle Verhalten der Patientinnen und Patienten einen großen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand. Diese Faktoren liegen offensichtlich außerhalb des Einflussbereichs des Gesundheitssystems. Sollen gesundheitliche Unterschiede zwischen den Menschen aus Gerechtigkeitsgründen ausgeglichen werden (was man diskutieren kann), so sollte das – als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – etwa im Rahmen der Bildungspolitik und damit durch Steuern finanziert erfolgen. Ein beitragsfinanziertes Gesundheitssystem wie das deutsche, in dem die Bevölkerung in unterschiedlichen Versicherungsarten abgesichert ist, wäre ein dafür nicht geeigneter Aufgabenträger.

## Das deutsche Gesundheitssystem: einige Daten

Ein wesentliches Kennzeichen des deutschen Gesundheitssystems ist seine Finanzierung über Versicherungen. Die wesentliche Säule der Finanzierung ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der im Jahr 2014 70,29 Millionen Personen versichert waren, also etwa 89 % der deutschen Bevölkerung. Etwa 11 % der Bevölkerung (8,83 Millionen Personen) sind in privaten Krankenversicherungen (PKV) abgesichert. Durch die in Deutschland geltende Versicherungspflicht soll sichergestellt werden, dass alle Deutschen im Krankheitsfall Zugang zur medizinischen und pflegerischen Versorgung haben – also nicht aufgrund fehlender finanzieller Mittel von Diagnose und Behandlung ausgeschlossen werden.

Das GKV- und das PKV-System haben einige Gemeinsamkeiten – aber mehr Unterschiede. Beide Versicherungssparten übernehmen grundsätzlich die Kosten für ambulante und stationäre Versorgung sowie für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Dazu kommen Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall. Während aber der Leistungskatalog in der GKV über alle Anbieter hinweg weitgehend identisch ist, sind die Leistungspakete in der GKV sehr viel differenzierter auf die Wünsche der Versicherten angepasst.

Im Jahr 2010 beliefen sich die Ausgaben der GKV auf 176,0 Milliarden €, im Jahr 2014 lagen sie bereits bei 205,5 Milliarden €. Umgerechnet auf die Ausgaben pro Versicherten bedeutet das einen Anstieg von 2.521 € im Jahr 2010 auf 2.942 € im Jahr 2014. Im Vergleich dazu lagen die pro Kopf Ausgaben in der PKV im Jahr 2010 bei 2.385 €, im Jahr 2014 bei 2.796 €. Dies entspricht Gesamtausgaben in Höhe von 21,2 Milliarden bzw. 24,7 Milliarden €. Allein aus diesen Zahlen wird sehr deutlich, dass die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in den letzten Jahren stark angestiegen sind. Angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts und der absehbaren demographischen Entwicklung wird sich diese Tendenz auch in Zukunft nicht verändern.

	GKV			PKV		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
Versicherte (Mio.)	70,50	69,80	70,29	8,37	8,90	8,83
Ausgaben (Mio. €)	143.810	175.990	205.540	16.750	21.216	24.690
Ausgaben pro Kopf	2.040€	2.521 €	2.924 €	2.000 €	2.385 €	2.796 €

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2015), Verband der privaten Krankenversicherungen (2015)

Diese (steigenden) Ausgaben werden in der GKV über einkommensabhängige Beiträge finanziert, während dies in der PKV über Prämien geschieht, die vom individuellen Risiko der Versicherten abhängig sind. Während die GKV über ein reines Umlageverfahren finanziert wird, in dem die laufenden Einnahmen zur Deckung der laufenden Ausgaben genutzt werden, bildet die PKV aus den laufenden Einnahmen auch Altersrückstellungen. Diese sollen dazu dienen, den Anstieg der Prämien für die Versicherten im Alter abzumildern.

Mit Blick auf Gerechtigkeitsüberlegungen stellt sich bei der GKV die Frage, ob Versicherte mit gleichem Einkommen (und damit gleichen Beiträgen) auch gleiche Leistungen erhalten. Dies ist nur sehr bedingt der Fall, denn ein Spezifikum der GKV ist die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Diese führt dazu, dass beispielsweise Singles mit einem beitragspflichtigen Einkommen von 3.000 € pro Monat genauso hohe Beiträge zahlen wie ein Versicherter mit Ehepartner und drei Kindern. Es braucht wenig Fantasie, um zu sehen, dass die Inanspruchnahme von Leistungen durch eine versicherte 5-Personen-Familie in der Regel höher ist als die durch eine einzige versicherte Person. Ob eine solche Familienförderung im Rahmen des Gesundheitssystems gerecht(fertigt) erscheint, ist zumindest diskussionswürdig. Ökonomen vertreten hier oft die Meinung, dass die – sinnvolle – Förderung von Familien nicht im Rahmen der beitragsfinanzierten GKV geschehen sollte, sondern über steuerfinanzierte Transferzahlungen. Bei der Familienförderung handelt es sich nämlich, ähnlich wie bei der oben angesprochenen Frage des Ausgleichs sozial bedingter Gesundheitsunterschiede, um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – und nicht um eine Aufgabe der GKV-Versicherten.

Eine Subventionierung von Familien erfolgt in der Welt der PKV nicht; hier werden Prämien in Abhängigkeit der individuellen Risiken der Versicherten kalkuliert. Familienmitglieder zahlen jeweils eigene Prämien. Auch dies zeigt, dass die GKV nicht der richtige Träger für Maßnahmen zur Familienförderung ist: Sollen Familien staatlich gefördert werden, müsste dies auch für die in der PKV versicherten Familien gelten. Und dann wäre eine Finanzierung der entsprechenden Transferzahlungen über das allgemeine Steueraufkommen gerecht.

## **Zwei-Klassen-Medizin und ökonomische Anreize**

Auch die anhaltende Diskussion um eine mögliche Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland betrifft die unterschiedliche Behandlung von GKV- und PKV-Versicherten. Gerechtigkeitsdiskurse laufen hier oft nicht auf der Ebene des Gesundheitssystems, sondern zunächst auf der Ebene der Leistungserbringer: Bekommen Privatversicherte schneller einen Termin beim Arzt? Werden sie besser behandelt? Gerade im ambulanten Bereich liegt der Auslöser für eine

mögliche Ungleichbehandlung nicht nur an den individuellen Entscheidungen der einzelnen niedergelassenen Ärzte. Der Auslöser ist vielmehr oft das Verfahren, nach dem die Ärzte entlohnt werden, genauer: die damit verbundenen ökonomischen Anreize. Da die Verfahren der Entlohnung auf der Systemebene festgelegt werden, muss auch die Gerechtigkeitsfrage auf der Regelebene des Systems diskutiert werden. Betrachten wir daher die unterschiedlichen Entlohnungsformen von Ärzten im GKV- und im PKV-Bereich.

Im Bereich der gesetzlich Versicherten werden die niedergelassenen Ärzte seit vielen Jahren anhand von Pauschalen entlohnt. So wurden die Ausgaben im ambulanten Bereich für die GKV besser kalkulierbar. Pauschale Entlohnungsformen bedeuten, dass nicht jede erbrachte Leistung einzeln abgerechnet werden kann. Im Bereich der Privatversicherten ist genau dies aber möglich. Hier besteht eine sogenannte Einzelleistungsvergütung, d. h. jede erbrachte Leistung kann dem Patienten vom Arzt in Rechnung gestellt werden.

Betrachtet man die Anreizwirkungen von pauschalen Entlohnungen, so ist der aus ökonomischer Sicht „profitabelste“ GKV-Versicherte derjenige, der einmal pro Quartal einen Arzt besucht, um sich ein Folgerezept abzuholen. Für diesen Patienten erhält der Arzt die Quartalspauschale – und hat nahezu keine Kosten. Die am wenigsten profitablen Patienten sind hingegen diejenigen, die sehr behandlungsbedürftig sind und bei denen die Pauschalen nicht die Behandlungskosten decken.

Wird der Arzt also über die pauschale Entlohnung in einen Konflikt zwischen seinen medizinischen und seinen ökonomischen Interessen gezwungen, so kann es zu Anreizen kommen, entweder nur „profitable“ Patienten zu gewinnen und/oder die Leistungen für die wenig profitablen Patienten zu begrenzen. Anreize zu einer solchen Rationierung auf der Ebene der Leistungserbringer bestehen insbesondere, wenn es dem Arzt nicht gelingt, mit Hilfe der „profitablen“ GKV-Patienten und der PKV-Patienten diese „unprofitablen“ Fälle so quer zu subventionieren, dass ihm noch ein angemessenes Einkommen übrig bleibt.

Mit der Festlegung einer pauschalen Entlohnungsform in den Verfahrensregeln des GKV-Bereichs wird ein Teil des Kostenrisikos von der Versicherung (hier eine gesetzlichen Kasse), die dafür eigentlich zuständig ist, auf die behandelnden Ärzte verlagert. Gleichzeitig wird damit eine mögliche Rationierungsentscheidung auf den Arzt „abgewälzt“.

Mit Blick auf die Gerechtigkeit sind diese Verfahrensregeln der Entlohnung zwar für alle PKV-Versicherten und ihre Ärzte gleich, ebenso wie für alle GKV-Versicherten. Jedoch gibt es, wie eben skizziert, große Unterschiede zwischen den Spielregeln der GKV und der PKV. Einzelleistungsvergütungen



vermitteln andere Anreize als pauschalen Entlohnungsformen. Dass das daraus resultierende Verhalten der niedergelassenen Ärzte von den Betroffenen GKV-Versicherten als unfair oder ungerecht empfunden wird, ist nachvollziehbar. Sollen (ökonomische) Anreize für die Gleichbehandlung von GKV- und PKV-Versicherten geschaffen werden, muss hier über eine Angleichung der Entlohnungssysteme nachgedacht werden. Die geplante Regulierung, die sicherstellen soll, dass GKV-Versicherte in einem bestimmten Zeitraum auch einen Arzttermin erhalten sollen, kann die grundlegenden Anreizeffekte nicht verändern.

Wichtiger noch als die aktuelle Frage nach der Zwei-Klassen-Medizin und ihren möglichen Ursachen ist jedoch die Betrachtung des sich abzeichnenden künftigen „Preis-Leistungs-Verhältnisses“ für die GKV-Versicherten. Hier gilt es zu unterscheiden zwischen der interpersonalen Verteilungsgerechtigkeit, die aus einem Auseinanderdriften medizinischer Möglichkeiten und finanzieller Mittel resultiert, und der eng damit verbundenen intertemporalen Verteilungsgerechtigkeit, auch Generationengerechtigkeit genannt. Beginnen wir mit der erstgenannten.

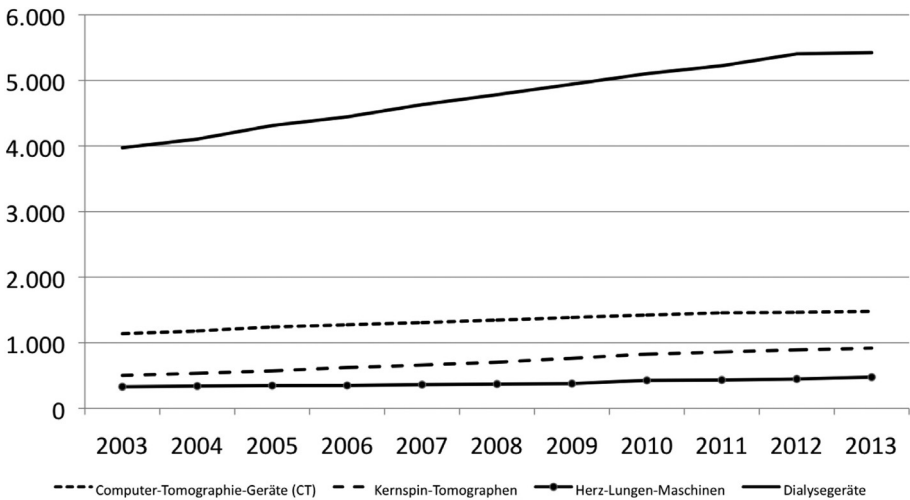
### **Medizinisch-technischer Fortschritt im Kontext begrenzter Finanzmittel**

Die Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem in den letzten Dekaden war zum einen durch deutliche Verbesserungen der Diagnose- und Behandlungsverfahren (medizinisch-technischer Fortschritt), zum anderen durch die bereits skizzierten Ausgabensteigerungen und damit auch durch steigende Versicherungsbeiträge gekennzeichnet – sowohl in der GKV als auch in der PKV.

Einen Anhaltspunkt für den medizinisch-technischen Fortschritt in Deutschland liefert die Zahl der medizinischen Großgeräte, die im Gesundheitssystem zur Verfügung stehen. Ein Blick auf die in der Abbildung dargestellten Daten (vgl. S. 10) des Statistischen Bundesamtes zeigt, dass diese Zahl in den letzten zehn Jahren (von 2003 – 2013) um etwa 40 % gestiegen ist.

Allein die Zahl der Dialysegeräte ist in diesem Zeitraum von 3.915 auf 5.422 angestiegen. Dies zeigt auch, dass sich die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung deutlich verbessert haben. Es ist nicht davon auszugehen, dass diese Entwicklung in absehbarer Zukunft endet.

Projektionen der zukünftigen Entwicklung der GKV-Ausgaben, die sowohl die medizinisch-technische als auch die demographische Entwicklung berücksichtigen, zeigen daher, dass diese Ausgaben in Deutschland auch zukünftig deutlich ansteigen werden.



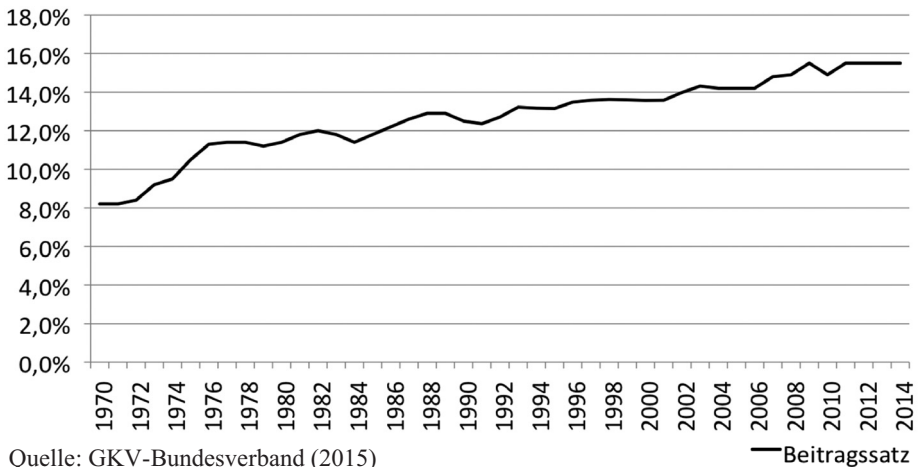
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015)

In der Vergangenheit wurde das Problem steigender Ausgaben von der Gesundheitspolitik zunächst so gelöst, dass die Beitragssätze im Umlageverfahren erhöht wurden, um so die Einnahmen der GKV zu erhöhen. Diese Strategie der Einnahmenerhöhung hatte aber aufgrund der paritätischen Finanzierung der Beiträge zur GKV durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer auch eine permanente Erhöhung der so genannten Lohnnebenkosten zur Folge. Steigende Lohnnebenkosten in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit in Deutschland waren aber politisch und ökonomisch unerwünscht, da sie die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft belasteten. Seit Mitte der 1980er Jahre wurde es damit zum Ziel der Gesundheitspolitik, die Beitragssätze zur GKV möglich konstant zu halten.

In der ersten Phase der Bemühungen zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Bereich der GKV (mit dem Ziel der Beitragssatzstabilisierung) wurde von Seiten der Gesundheitspolitik eine Reihe von Reformgesetzen verabschiedet. Diese hatten zum Ziel, die Ausgaben für Gesundheitsleistungen zu beschränken und die (vermuteten) Effizienzreserven im Gesundheitssystem zu heben. Zu den eingesetzten Instrumenten zählten direkte Preisregulierungen für Arzneimittel und die Einführung von Zuzahlungen von Versicherten für Arzneimittel. Auch die Veränderung der Anreize der medizinischen Leistungserbringer (niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser) sollte helfen, die medizinische Versorgung der Bevölkerung im Gesundheitssystem zu rationalisieren. Daher wurde im Bereich der GKV zunächst die Entlohnung der niedergelassenen Ärzte von Einzelleistungsvergütungen auf die bereits erwähn-

ten Pauschalen umgestellt. Später wurde auch die Entlohnung im stationären Bereich der Krankenhäuser umgestellt, durch die Einführung der so genannten *Diagnosis Related Groups*, kurz: DRGs.

Ein Blick auf die Entwicklung der Beitragssätze zeigt, dass deren Stabilisierung trotz vieler Reformmaßnahmen nicht gelungen ist.



Wenn aber Einnahmeerhöhungen und das Heben von Effizienzreserven (also Rationalisierung) nicht ausreichen, um Einnahmen und Ausgaben in Einklang zu bringen, bleibt nur noch eine Begrenzung der Leistungsansprüche, d. h. das Instrument der Rationierung von Leistungen. Diese kann grundsätzlich auf zwei Ebenen erfolgen: auf der Ebene des Systems und auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer.

Eine durch die Leistungserbringer vorgenommene Rationierung ist nicht nur, wie oben skizziert, aufgrund unterschiedlicher Entlohnungssysteme möglich. Sie ist etwa im Bereich der Notfallmedizin auch üblich: Im Rahmen der so genannten Triage müssen die vor Ort agierenden Mediziner und Rettungssanitäter im Notfall die verfügbaren Versorgungskapazitäten (zum Beispiel auf Unfallopfer) verteilen. Gibt es mehr Opfer als mögliche Versorger, treffen die Ärzte letztlich auf Basis einer Kosten-Nutzen-Abwägung eine Entscheidung darüber, welchen Verletzten man am besten sinnvoll (also mit Aussicht auf Erfolg) helfen kann. Eine solche Einzelfallentscheidung, bzw. Rationierung der Leistungen erfolgt nach der Erfahrung der Mediziner vor Ort. Für die Gerechtigkeitsdiskussion ist es wichtig festzuhalten, dass es bei einer solchen Notfallmedizin, bei der schnelle Entscheidungen gefällt werden müssen, keine Rolle spielt, welches Opfer wie versichert ist und ob der Notarzt anhand von

Pauschalen oder Einzelfallvergütungen entlohnt wird. Geht man allerdings auf die Ebene der regelhaften Rationierung von Leistungen über, so muss der Einfluss dieser Patienteneigenschaften auf das Verhalten der Akteure vor Ort berücksichtigt werden.

Wenn eine Rationierung auf der Systemebene notwendig wird, ließe sich der kollektiv finanzierte Katalog an GKV-Leistungen begrenzen bzw. reduzieren. Eine solche Begrenzung sollte sich an den medizinisch notwendigen Leistungen orientieren. Ein praktisches Problem besteht dabei in der Festlegung des Umfangs der notwendigen Leistungen. Hier sind die Regelsetzer auf der Systemebene, also die Gesundheitspolitiker, auf die Einschätzung von medizinischen und pflegerischen Experten angewiesen.

Legt man den Leistungskatalog, der allen Versicherten zur Verfügung stehen soll, auf der Systemebene fest, so entspricht dies der Idee der Verfahrensgerechtigkeit. Verantwortlich für die Rationierung sind die Repräsentanten des betroffenen Kollektivs, das heißt die Politiker. Die Entscheidung über eine solche Rationierung sollte aus Respekt vor der Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Menschen transparent und nachvollziehbar gestaltet werden. In eben dieser Transparenz liegt der Vorteil einer Rationierung auf der Systemebene: Jeder GKV-Versicherte kann das als notwendig definierte Mindest-Leistungspaket erkennen. Gerechtigkeit wird dadurch gewährleistet, dass ein identisches Leistungspaket für alle Bürger kollektiv finanziert wird. Gerechtigkeit bzw. Fairness bedeutet aber auch, dass Rationierungsentscheidungen nicht auf den einzelnen Leistungserbringer „abgewälzt“ werden.

Betrachtet man nämlich diese mögliche zweite Entscheidungsebene für Rationierungen, so haben die einzelnen Ärzte und Pfleger zwar den Vorteil, näher am Patienten zu sein und damit ihre individuell notwendige Behandlung besser einschätzen zu können. Dem steht jedoch der Nachteil fehlender Transparenz von Rationierungsentscheidungen gegenüber. Berücksichtigt man darüber hinaus die oben skizzierten Anreize, die aus unterschiedlichen Entlohnungsformen resultieren, so entsteht auf der Ebene der Leistungserbringer ein Entscheidungsspielraum. Wird dieser Spielraum (aus ökonomischen Gründen) zum Nachteil von Patienten genutzt, so verstößt dies gegen die Idee der Verfahrensgerechtigkeit. Daher ist die transparente Rationierung auf der Systemebene zu bevorzugen.

### **Generationengerechtigkeit im demographischen Wandel**

Wenn wir davon ausgehen, dass bereits heute die medizinisch-technischen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten die verfügbaren (Finanz-) Mittel im Gesundheitssystem übersteigen, so wird sich dieses Auseinanderdriften in

Zukunft noch verstärken. Damit stellt sich aber nicht nur die Frage, ob und wie Gesundheitsleistungen künftig im Sinne einer medizinischen Basisversorgung im Bereich der kollektiven Finanzierung der GKV rationiert werden sollen. Es stellt sich auch die Frage nach der Gerechtigkeit zwischen den betroffenen Generationen, d. h. den Generationen, die über den Generationenvertrag innerhalb der GKV miteinander verbunden sind.

Ein Blick auf die aktuelle Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zeigt die Veränderung der Bevölkerungsstruktur.

	Zahl der 20 bis 67-jährigen (Mio.)	Zahl der über 67-jährigen (Mio.)	Zahl der über 67-jährigen pro 100 20- bis 67-jährigen
2013	50,957	15,126	29,7
2020	51,262	16,365	31,9
2030	47,481	19,598	41,3
2040	44,097	22,349	50,7
2050	42,716	22,388	52,4
2060	39,870	22,890	57,4

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015), Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 4

Die erkennbare Alterung der deutschen Bevölkerung hat zunächst einen Einfluss auf die zu erwartende Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Ältere Menschen nehmen in der Regel mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch als jüngere. Dieser Effekt trägt zum prognostizierten Anstieg der Ausgaben für Gesundheit bei.

Aus einer Gerechtigkeitsperspektive ist aber ein anderer Effekt wichtiger: das Verhältnis der Zahl der Erwerbstätigen zur Zahl der Rentner. Setzt man die Gruppe der 20- bis 67-jährigen mit den Erwerbstätigen gleich und die der über 67-jährigen mit der Gruppe der Rentner, so stehen im Jahr 2013 einem Rentner 3,36 Erwerbstätige gegenüber, während es im Jahr 2060 nach diesen Prognosen nur noch 1,74 Erwerbstätige pro Rentner sein werden. Diese Veränderung der Erwerbstätigen-Rentner-Relation beeinflusst auch das Verhältnis von Beiträgen (also Einzahlungen) und Leistungen (Auszahlungen) für die heutigen erwerbstätigen Beitragszahler, die in den nächsten Dekaden zu den rentenbeziehenden, medizinisch Versorgungsbedürftigen werden.

Im heutigen System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hängen die Beiträge der versicherten Mitglieder von der Höhe ihres beitragspflichtigen Einkommens ab. Da die durchschnittlichen Renten niedriger sind als die durchschnittlichen Erwerbseinkommen zahlen die heutigen Erwerbstätigen mehr in die GKV ein als die heutigen Rentner. Die Inanspruchnahme von Leistungen ist – wie bereits erwähnt – gegenläufig.

Der Generationenvertrag, der den umlagefinanzierten Sozialversicherungen in Deutschland zugrunde liegt, basiert auf der Annahme, dass die heutigen Erwerbstätigen für die heutigen Rentner mitzahlen (sie also unterstützen). Sie tun dies in der Erwartung, dass die Erwerbstätigen von morgen dies auch für die dann Rentner Gewordenen tun werden. Generationengerechtigkeit bedeutet dann, dass das Preis-Leistungsverhältnis in der GKV über die Generationen hinweg stabil bleibt. Alle Generationen sollen also gleich behandelt werden. Angesichts der oben beschriebenen Schere, die sich zwischen den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung und den vorhandenen (Finanz-) Mitteln auftut, ist diese Generationengerechtigkeit allerdings massiv bedroht.

Wenn es nämlich in Zukunft tatsächlich zu einer Reduzierung des Leistungskatalogs in der GKV auf eine notwendige Basisversorgung kommt (also zu einer offenen Rationierung), wird die jetzige Generation der erwerbstätigen Beitragszahler weniger Leistungen erhalten als ihre Vorgängergeneration. Die Erwartung der heutigen Einzahler angesichts des noch gültigen Generationenvertrags ist aber vermutlich nicht, dass sie später „irgendwelche“ Leistungen erhalten. Da sie den heutigen Leistungskatalog der GKV kennen und selbst in Anspruch nehmen, erwarten sie, sofern sie nicht anders informiert werden, auch künftig dieses Leistungspaket zu erhalten. Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, so wird nicht nur Enttäuschung entstehen; es stellt sich auch die Frage nach der Generationengerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem und nach dem Fortbestand des Generationenvertrags in der GKV.

### **Zur aktuellen Situation von Asylbewerbern**

Wer an einer Krankheit leidet, soll die Möglichkeit haben, angemessen behandelt zu werden – und zwar unabhängig von seinem Einkommen oder anderen Kriterien. Mit dieser Form von Gleichbehandlung stellt der deutsche Staat die Chancengerechtigkeit beim Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems sicher und zeigt so, wie wir im zweiten Abschnitt erläutert haben, dass er jedem seiner Einwohner die gleiche Achtung entgegenbringt. Während also die Gruppe der deutschen Versicherten einen diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitssystem erhalten soll, werden andere, in Deutschland lebende

Gruppen, anders behandelt. Dies gilt aktuell auch für Asylbewerber, die aufgrund von Verfolgung aus ihrem Heimatland nach Deutschland kommen.

Betrachten wir zunächst den Zugang zur medizinischen Versorgung. Soll dieser sichergestellt werden, so stellt sich die Frage nach der „richtigen“ Quelle der Finanzierung. Wie schon bei den Gerechtigkeitsüberlegungen zur Familienmitversicherung in der GKV lässt sich hier wie folgt argumentieren:

Die Sicherstellung des Zugangs von Asylbewerbern zur medizinischen Versorgung stellt wohl eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Die Finanzierung dieser Aufgabe sollte durch den Staat erfolgen, genauer: aus dem allgemeinen Steueraufkommen. Eine Finanzierung aus den Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherungen wäre hier inadäquat. Adäquat wäre eine Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel durch den Bund als Repräsentanten der Gesamtgesellschaft. Dieser sollte die Finanzmittel an die Kommunen überweisen, also an die Ebene, die subsidiär am engsten an der Versorgungssituation liegt.

Neben der Frage der adäquaten Finanzierungsquelle muss auch geklärt werden, ob die Versorgung über das öffentliche Gesundheitswesen erfolgen soll oder über das gesamte Gesundheitssystem. Hier lautet die Antwort, dass die Versorgung durch das gesamte Gesundheitssystem erfolgen sollte. Die Kapazität im öffentlichen Gesundheitswesen (d. h. öffentlichen Einrichtungen, wie etwa Gesundheitsämter) ist zu klein, um solche „Ausnahmesituationen“ bzw. Zahlen von Asylbewerbern, wie wir sie momentan erleben, zu bewältigen. Betrachtet man die Versorgungssituation in den Orten der Erstaufnahme, so wird zurzeit vieles über das freiwillige Engagement der niedergelassenen Ärzte in den jeweiligen Aufnahmekommunen abgedeckt bzw. übernommen. Der Sozialstaat sollte sich allerdings nicht allein auf diese freiwillige Solidarität verlassen, denn auch sie kann überfordert werden. Daher ist die Organisation der Versorgung im Rahmen der üblichen Strukturen notwendig. Die Kosten dafür können aus den bereitgestellten Steuermitteln übernommen werden.

Die Frage des Zugangs und der Bereitstellung von Leistungen ist – auch aus der Perspektive der Gerechtigkeit – von der Frage des Umfangs der bereitgestellten Leistungen zu trennen. Die Spielregeln im relevanten Asylbewerberleistungsgesetz begrenzen den Leistungsumfang auf eine Mindestbasis. Hier ist die in Abschnitt vier beschriebene, regelhafte Leistungsrationierung schon gängige Praxis (wenn auch aus anderen Gründen als oben bei der Verteilungsgerechtigkeit diskutiert). In § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes heißt es nämlich, dass Asylbewerber lediglich Anspruch auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ haben. Vergleicht man diesen Leistungsanspruch mit dem, den gesetzlich Versicherte in Deutschland haben, zeigen sich deutliche Unterschiede.

Der Leistungsanspruch der GKV-Versicherten ist in § 11 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (kurz: SGB V) festgelegt und deutlich umfangreicher. Er bezieht sich unter anderem auf Leistungen „bei Schwangerschaft und Mutterschaft“, „zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch“, „zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten“ sowie „zur Behandlung einer Krankheit“. Diese Leistungsansprüche werden in § 12 SGB V dahingehend präzisiert, dass die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ müssen. Auch dürfen sie „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“.

Beide Spielregeln schaffen eine Verfahrensgerechtigkeit für die Mitglieder der jeweiligen Gruppen. Verglichen mit den Spielregeln des SGB V ist aber die im Asylbewerberleistungsgesetz definierte Versorgung deutlich eingeschränkter. Auch dies kann und sollte aus einer Gerechtigkeitsperspektive heraus diskutiert werden.

## **Fazit**

Die aktuelle und künftige Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems muss ökonomische Notwendigkeiten berücksichtigen, um seine Funktionsfähigkeit zu gewährleisten. Da aber die Kernfunktion des Systems darin besteht, eine gute Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, weil die zu versorgenden Menschen im Mittelpunkt des Systems stehen, müssen auch Gerechtigkeitsüberlegungen berücksichtigt werden. Der Beitrag hat gezeigt, auf welchen Ebenen Gerechtigkeit und ökonomische Überlegungen zusammenspielen können und sollten.

## **Der Verfasser**

Professor Dr. Dirk Sauerland ist Inhaber des Lehrstuhls für Institutionenökonomik und Gesundheitspolitik an der Universität Witten/Herdecke sowie Direktor des dortigen Dr. Hartmut-Krafft-Zentrums für Gesundheitsökonomik.