

Prof. Dr. Johannes Siegrist

Ist die Zwei-Klassen-Medizin angesichts knapper Mittel noch vermeidbar?

Beitrag zum Ethikforum Bergerkirche am 9. Mai 2007

Ein öffentlicher Dialog über kritische Entwicklungen im Gesundheitswesen erscheint gegenwärtig besonders dringend. Es ist daher zu begrüßen, dass das Ethikforum Bergerkirche diesen Dialog fördert. Was meine ich, wenn ich von kritischen Entwicklungen im Gesundheitswesen spreche?

Zunächst: Wir haben in Deutschland ein gut ausgebautes Gesundheitssystem mit weit reichendem Versicherungsschutz, hoher Arztdichte und einem von Jahr zu Jahr steigenden Leistungsumfang. Tatsache ist aber auch, dass unser Gesundheitssystem mit jährlichen Gesamtausgaben von über 230 Milliarden Euro an Grenzen der Finanzierbarkeit stößt. Selbst wenn man feststellt, dass manche Ausgaben für die Gesundheit verzichtbar, weil unwirksam, sind und dass Einsparreserven durch verbesserte Organisation und Qualitätskontrolle erzielbar sind, sieht die längerfristige Perspektive dennoch kritisch aus. Denken wir an die demographische und gesellschaftliche Entwicklung der vor uns liegenden Jahre. Der rasche Zuwachs der Älteren und Hochbetagten bringt zweifellos weitere hohe Kosten mit sich. Im Durchschnitt gibt die Gesetzliche Krankenversicherung heute für ein 40jähriges Mitglied im Jahr etwa 1.200 € aus. Für ein 60jähriges Mitglied sind es 2.500 €, und für ein 80jähriges Mitglied 5.000€. Nicht alle Älteren sind chronisch krank oder behindert, aber deren Anteil steigt jenseits von 70, und besonders von 80 Jahren stark an.

In den nächsten 20 Jahren werden voraussichtlich etwa acht Millionen Deutsche über 80 Jahre alt sein, gegenüber den heute 4 Millionen eine Verdoppelung. Und der Anteil der Pflegebedürftigen wird ebenso ansteigen, voraussichtlich auf über 3 Millionen Personen, ganz unabhängig von den sich abzeichnenden drastischen Änderungen der Familienstruktur, v. a. der vielen kinderlosen Alten.

Nun kann man einwenden, dass Gesundheit unser höchstes Gut ist und dass daher immer mehr Geld für Gesundheit aufgewendet werden sollte. Warum soll man nicht 20 Prozent des Brutto sozialprodukts für die Gesundheit ausgeben? Ein solches Argument verkennt, dass auch andere ebenso dringliche Bereiche der Daseinsvorsorge stets teurer werden, so beispielsweise die Sicherung von Altersrenten, der Erhalt von Infrastruktur in den Städten, der Umwelt- und Klimaschutz, die Bildung und Forschung. Wir kommen also nicht umhin, zu sparen, und das heißt im Kern, zu rationieren.

Rationierung bedeutet, dass knappe Gesundheitsgüter lediglich einem Teil desjenigen Personenkreises zugeteilt werden, der einen Bedarf an diesen Gütern hat. Also: Die dringende Nachfrage übersteigt das Angebot. Hier taucht nun der Begriff der Zwei-Klassen-Medizin auf. Er besagt, dass in solchen Situationen knapper Gesundheitsleistung diejenigen Personen bevorzugt werden, welche die Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche finanzieren können.

Nehmen wir ein Beispiel. In Deutschland kommen gegenwärtig auf 100.000 Einwohner 700 Dialyse-Patienten. Dies ist eine im internationalen Vergleich gute Versorgungssituation. In Großbritannien sind es beispielsweise lediglich 100 Dialyseplätze, die dementsprechend verfügbar sind, also siebenmal weniger. Sicher ist der Bedarf nicht siebenmal geringer, daher ist davon auszugehen, dass hier implizit oder explizit eine Rationierung erfolgt. Noch sind wir in Deutschland von einer Zwei-Klassen-Medizin, also von hohen privaten Zuzahlungen, langen Wartezeiten oder einer offenen Altersdiskriminierung weitgehend verschont. Aber diese Entwicklung wird sich zuspitzen.

In den zehn Jahren von 1995 bis 2004 sind die privaten Ausgaben der Bundesbürger für Gesundheitsleistungen um 40 Prozent gestiegen. Und wer die Liste der zurzeit geltenden Zuzahlungsregelungen und Therapieausgrenzungen der GKV genauer studiert, sieht sich in dieser Einschätzung bestätigt. Eine Umfrage der Bertelsmann-Stiftung hat neulich ergeben, dass zwei Drittel der 12.000 Befragten in Deutschland fürchten, im Alter nicht mehr ausreichend medizinisch versorgt zu sein. Dies führt mich zu meiner ersten These:

Erste These: Rationierung im Gesundheitswesen ist in Zukunft unumgänglich. Zuzahlungen und Therapiebegrenzungen leisten einer Zwei-Klassen-Medizin Vorschub.

Dem folgte eine **zweite These:** Die Altersdiskriminierung, d.h. das Vorenthalten bestimmter Versicherungsleistungen ab einer bestimmten Altersgrenze, ist keine notwendige Folge der Rationierung, aber die Versuchung ist groß, hier vorrangig anzusetzen.

Es gibt drei Gründe, welche den besonderen Kostenanstieg von Gesundheitsleistungen im fortgeschrittenen Alter erklären und damit den Druck auf Einsparungen in dieser Gruppe erhöhen. Erstens ist das letzte Jahr vor dem Tod für die Krankenversicherung stets das teuerste Jahr im gesamten Lebenslauf. Da die meisten Menschen hochbetagt sterben, summieren sich die Kosten hier dementsprechend. Zweitens bedeutet Alter Multimorbidität. Jeder dritte über 70-Jährige leidet an fünf und mehr behandlungsbedürftigen Krankheiten. Dabei handelt es sich überwiegend um chronisch-degenerative Erkrankungen, die nicht heilbar sind, und damit lebenslange Therapien erfordern. Drittens erfordert der Verlust der Selbstständigkeit infolge von Behinderung und schweren Gesundheitsstörungen einen hohen Betreuungs- und Kostenaufwand. Beispiele sind die Folgen von Sturzverletzungen im Alter oder die Pflege Demenzkranker.

Somit stellt sich die Frage: Wie weit reicht die Solidarität der Versicherten, durch steigende Beiträge die wachsenden Kosten der Hochbetagten mit zu tragen? Gibt es ein ethisches Argument, das eine Altersdiskriminierung rechtfertigen könnte?

Bevor ich diese Frage diskutiere, muss geklärt werden, was eine Zwei-Klassen-Medizin für Ältere im Kern bedeutet. Wir sprechen hier nicht von den durchschnittlich 20 bis 30 Minuten längeren Wartezeiten im Arztzimmer, die Pflichtversicherte im Vergleich zu Privatversicherten möglicherweise erdulden müssen. Auch sprechen wir nicht von Ein- oder Zweibettzimmern versus Vier- bis Sechsbettzimmer in Krankenhäusern, obwohl auch hier noch viel Verbesserungsbedarf besteht. Zwei-Klassen-Medizin und daran orientierte Altersdiskriminierung bedeutet, dass bestimmte Therapien durch Beschränkung von Finanzierungszusagen von Seiten der Krankenversicherung verweigert werden. So wird beispielsweise einem 75jährigen Schwerhörigen zwar ein Hörapparat verordnet, aber strittig ist, ob die Krankenversicherung die Kosten einer mehr als zehnfach so teuren Cochlea-Implantation übernimmt. Beliebige andere Beispiele ließen sich hier finden. Die Versorgungsqualität, und damit die Lebensqualität kranker Älter, wird durch solche Maßnahmen einschneidend vermindert.

Ganz besonders kritisch wird die Frage der Altersdiskriminierung jedoch in all den Fällen, in denen es um die sog. tragische Knappheit geht, also um Kernbereiche der Hochleistungsmedizin wie 1. die lebensrettende oder lebensverlängernde Organtransplantation und den Organersatz, 2. die intensivmedizinische Behandlung und 3. die Zuteilung innovativer, sehr kostspieliger Therapien (z.B. Stammzell-Therapie oder Antikörper-Therapie), die nachweislich lebensverlängernd wirken.

Damit komme ich zu meiner dritten These.

Dritte These: Eine Altersdiskriminierung in allen Fällen tragischer Knappheit ist grundsätzlich abzulehnen, da sie mit dem grundgesetzlich garantierten Recht auf Leben nicht vereinbar und ethisch nicht begründbar ist.

Schwieriger wird die Argumentation jedoch in Fällen nicht-tragischer Knappheit. Hierbei geht es um das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit. Wer hat im Knappheitsfall ein Anspruchsrecht und wen kann man mit guten Gründen von diesem Recht ausschließen?

Damit zusammen hängt die Frage: Wer soll Rationierungsentscheidungen tragen und letztlich verantworten: der Staat, d.h. die Politik, die Selbstverwaltungsorgane, d.h. Kassen- und Ärzteverbände, also z.B. der Gemeinsame Bundesausschuss, oder der einzelne behandelnde Arzt? Sollen Bürgerinnen und Bürger mitentscheiden, wenn es um die so genannte Prioritätensetzung geht, d.h. um die Festlegung vorrangiger Leistungen, die für alle zugänglich sind und um die Ausgrenzung von Leistungen, die ausschließlich privat zu finanzieren sind?

Zur ersten Frage: Gibt es ein moralisches Argument, das eine sog. schwache Altersdiskriminierung rechtfertigt? Diese Frage wird heute international von Experten diskutiert, ohne dass sich bisher ein Konsens abzeichnet. Die Hauptargumente, die immer wieder zugunsten einer schwachen Altersdiskriminierung vorgebracht werden, lauten folgendermaßen: „Jeder Mensch soll die Chance eines hinreichend erfüllten Lebens besitzen. Gesundheit ist in der Regel eine wichtige Vorbedingung hierzu. Daher soll die Zuteilung von Gesundheitsleistungen nach diesem Prinzip erfolgen. Mit dem Erreichen des 80sten Lebensjahrs ist die Chance eines hinreichend erfüllten Lebens für einen Großteil der bis dahin Überlebenden weitgehend realisiert worden. Werden Gesundheitsleistungen knapp, so sollen sie vorrangig denjenigen, also in der Regel Jüngeren, gewährt werden, welche die Chance eines hinreichend erfüllten Lebens bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht so weit realisieren konnten.“

Diese Argumentation ist ernst zu nehmen, da sie den Grundsatz fairer Chancenverteilung der Lebensführung zwischen Generationen berührt. Sie verwahrt sich dagegen, dass Ältere auf Kosten Jüngerer grenzenlos eigene Ansprüche durchsetzen. Allerdings besteht das Problem darin, dass es in unserer pluralistischen Gesellschaft keinen Wertekonsens bezüglich eines ‚erfüllten Lebens‘ gibt.

Viel schonungs- und rücksichtsloser ist eine zweite, utilitaristisch zu nennende Argumentation, die gesundheitsökonomisch motiviert ist. Danach ist schwache Altersrationierung deshalb zu rechtfertigen, weil der Nutzen zu erbringender Gesundheitsleistungen bei Älteren geringer ist als bei Jüngeren. Das bedeutet, sie profitieren weniger lang als Jüngere von einer Leistung, die für beide gleich viel Geld kostet. Allerdings widerspricht eine konsequente Umsetzung dieser utilitaristischen Argumentation der ärztlichen Ethik und könnte daher allenfalls von staatlicher Seite verordnet werden.

Man sieht: Ein moralisches Prinzip der Altersdiskriminierung bei Gesundheitsleistungen ist nur schwer zu finden. Daher lautet meine vierte und letzte These:

Vierte These: Bevor Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen praktiziert wird, müssen die Effizienzreserven im vorherrschenden Versorgungsbetrieb konsequent ausgeschöpft werden. Diese Reserven sind groß. Ich kann sie hier nur stichwortartig benennen:

- Überversorgung
- Medikalisierung
- unwirksame Behandlung
- systembedingte Verschwendung
- mangelhafte Prävention.

Wenn eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen ernsthaft betrieben wird, muss auch das Thema der Altersdiskriminierung, mithin der Zwei-Klassen-Medizin auf den Tisch, aber erst dann!