

„Zwei-Klassen-Medizin“: Ein Beitrag zur Versachlichung der Diskussion

„Zwei-Klassen-Medizin“ gilt im Gesundheitswesen gewöhnlich als krasser Verstoß gegen die political correctness. In jeder Diskussion um „Zwei-Klassen-Medizin“ werden Leistungsunterschiede zwischen PKV und GKV thematisiert und gleichzeitig Privatpatienten implizit für Versorgungsnachteile von gesetzlich versicherten Patienten verantwortlich gemacht. Mit diesem Vorwurf gewinnt die politische Forderung nach einem einheitlichen Versicherungssystem für alle schnell an Fahrt. Eine Analyse des PKV-Verbands, die wir hier in Kurzfassung wiedergeben, hilft dabei, diese Diskussion zu versachlichen.

Leistungsunterschiede sind im deutschen Gesundheitswesen nicht nur zwischen PKV und GKV vielfältig gegeben. Nicht erst seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vereinbaren auch die gesetzlichen Krankenkassen zahlreiche Privilegien für ihre Versicherten im Rahmen ihrer kollektiven Vertragsgestaltung. Bevorzugte Terminvergabe, verkürzte Wartezeiten sind mittlerweile Selbstverständlichkeiten jedes anspruchsvolleren Vertrages. Es handelt sich bei Mehrleistungen also mitnichten ausschließlich um ein Privileg von Privatpatienten. Der Damm zur Leistungsdifferenzierung nach oben ist also – je nach individuellen Versichertenbedürfnissen – auch in der gesetzlichen Krankenversicherung gebrochen. Somit geht es letztlich weniger um den Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ zwischen privat und gesetzlich Versicherten, sondern darum, wie eine Gesellschaft insgesamt mit einer sich weiter differenzierenden Versorgungslandschaft umgeht.

GKV-Budgetpolitik hat deutliche Spuren hinterlassen

Die Breitenversorgung allerdings wird trotz der inzwischen möglichen Leistungsprivilegien in der GKV auch in Zukunft anders aussehen. Fast 25 Jahre Budgetpolitik in der GKV-spezifischen Versorgung haben deutlich erkennbare Spuren hinterlassen. Dabei ist Budgetpolitik nichts anderes als eine Leistungseinschränkung nach unten“ – eine Politik der Verknappung von Leistungen. Politisch mag man dies mit Wirtschaftlichkeitsreserven begründen,

vor Ort beim Patienten werden nicht Rationalisierungen, sondern Rationierungen und sich verschlechternde Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung wahrgenommen.

Verantwortlich für diese Leistungsentwicklung in der GKV – das zeigt das vorliegende Papier – ist die erwähnte, langjährige Budgetpolitik des Gesetzgebers und nicht die in der Regel als besser wahrgenommene Versorgung von Privatversicherten. Schon von daher kann von einer „Zwei-Klassen-Medizin“ keine Rede sein. Es bedarf deshalb eines anderen Kriteriums, um eine „Zwei-Klassen-Medizin“ zu charakterisieren und die Diskussion um genau diese gezielt zu versachlichen: Das Problem der „Zwei-Klassen-Medizin“ tritt erst dann tatsächlich auf, wenn Leistungsunterschiede einen wie auch immer gearbeteten negativen Einfluss auf die „Andersversorgten“ haben – also zu Lasten Dritter gehen oder zur Verdrängung anderer führen. Ökonomisch lägen dann sogenannte negative externe Effekte vor.

Privatsprechstunden sind keine Benachteiligung von Kassenpatienten

Genau diese Kausalität zu Lasten Dritter ist im deutschen Gesundheitswesen zwischen PKV und GKV nicht gegeben. Vergewärtigt lässt sich das am konkreten Beispiel: Ein Arzt, der für Privatpatienten eine Samstagssprechstunde abhält, benachteiligt damit keinen Kassenpatienten. Im Gegenteil: Eine wirtschaftlich erfolgreiche Praxis kann zum Wohle aller Pati-

enten viel in die medizinisch-technische Ausstattung investieren. Würde die Samstagssprechstunde hingegen abgeschafft, würde das direkt zu (zusätzlichen) Kapazitätsengpässen und damit zu längeren Wartezeiten für alle Patienten unterhalb der Woche führen.

Nein, die öffentliche Stimmung gegen das Schlagwort „Zwei-Klassen-Medizin“ ist anders verwurzelt. Nicht in der unmittelbaren Beobachtung, dass andere Menschen einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung haben als man selbst, sondern in der Befürchtung, dass im Bedarfsfall nicht mehr die notwendigen, sondern bestenfalls noch die notwendigsten medizinischen Leistungen erbracht werden, liegt der Ursprung der in vielen Meinungsumfragen immer wieder bestätigten Angst der Versicherten vor einer „Zwei-Klassen-Medizin“. Die Beobachtung, dass sie sich – verglichen mit Privatpatienten – immer schlechter versorgt fühlen, ist dabei lediglich der Anlass, nicht aber die Ursache der Ängste, in Zukunft Einschränkungen bei ihrer medizinischen Versorgung hinnehmen zu müssen.

Politiker wissen häufig zielgenau auf diese Ängste zu antworten. Gerade Verfechter der Bürgerversicherung argumentieren hier medial nicht ungeschickt. Sie machen Privatpatienten für die Entwicklung der medizinischen Versorgung in der GKV verantwortlich und präsentieren das Modell der Bürgerversicherung – die Abschaffung der PKV – als rettende Idee.

Eine politische Illusion:

Alles für alle auf höchstem Niveau

Die Realität ist eine andere. Alle seriösen Beitragsprognosen für die gesetzliche Krankenversicherung rechnen für die Zukunft mit einem gewaltigen Beitragsschub, der sich wohl nur mit weiteren Eingriffen in das Leistungsgeschehen vermeiden lassen wird. Die noch bis weit in die Neunziger Jahre im Gesundheitswesen vorherrschende Vision, es gäbe alles für alle auf höchstem Niveau, wird mehr und mehr zur politischen Illusion. In Zukunft wird es deshalb darum gehen, die Frage zu beantworten, ob die Prioritäten in der Pflichtversicherung richtig gesetzt sind. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist das Niveau des Versorgungsstandards politisch zu definieren. Mit den Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses und dem Start von Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen ist dieser Weg

längst eingeschlagen worden, wenngleich diese Entwicklung vielleicht in der breiten Öffentlichkeit noch nicht vollständig wahrgenommen wird.

Die bessere Versorgung zum Beispiel für Privatpatienten muss künftig eine realistische Alternative und Perspektive sein. Nur wenn jeder die Möglichkeit erhält, durch den Einsatz eigener finanzieller Mittel medizinische Mehrleistungen zu erhalten, ist die Akzeptanz für den Gedanken einer Grundversorgung – nicht zu verwechseln mit „Schmalspurmedizin“ – überhaupt zu erreichen. Die Zukunft einer erfolgreichen Gesundheitspolitik liegt deshalb auch weniger in einer einheitlichen Grundversorgung für alle, sondern darin, dass die Versicherten mehr Wahlfreiheiten erhalten. Nur so können sich mehr Menschen für ein höherwertiges Leistungsangebot in der PKV entscheiden.

Fazit

Schlussfolgernd stellt die Analyse der PKV damit fest, dass das „Schreckgespenst“ und Schlagwort der „Zwei-Klassen-Medizin“ unbegründet Leistungsunterschiede in der Gesundheitsversorgung brandmarkt. Das Problem der „Zwei-Klassen-Medizin“ tritt letztlich erst dann auf, wenn höherwertige Leistungen einen negativen Einfluss auf die Grundversorgung haben, also zu Lasten Dritter gehen. Weil das nicht der Fall ist, stellt die Analyse der PKV die Diskussion über die „Zwei-Klassen-Medizin“ vom Kopf auf die Füße und zeigt dies auch konkret in allen medizinischen Leistungsbereichen auf.

we/se

Das vollständige PKV-Positionspapier zur „Zwei-Klassen-Medizin“ ist im Internet abrufbar unter www.pkv.de.



Was Ihnen fehlt, weiß ich auch nicht. Aber um eine eventuelle Ungleichbehandlung prophylaktisch auszuschließen, bekommen Sie die gleichen Pillen wie alle.