

## Die Dualität als Schutz vor Rationierung und „Zwei-Klassen-Medizin“

### Auswertung der WIP-Studie „Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen“

Das Leitmotiv der Gesundheitspolitik in ganz Europa lautet: Allen Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von ihren ökonomischen Möglichkeiten die notwendige medizinische Versorgung auf dem Stand des therapeutischen und diagnostischen Fortschritts zu gewährleisten. Dieses Leitmotiv verträgt sich schlecht mit den Leistungs- und Preisdifferenzierungen eines freien Marktes. Vielmehr zeichnen sich die Gesundheitssysteme gerade auch marktwirtschaftlicher Länder durch kollektive Finanzierung und einheitliche staatliche Preisregulierung von in der Regel ebenso einheitlichen Leistungskatalogen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung aus.

Infolge des fehlenden Preismechanismus müssen Angebot und Nachfrage durch gesetzliche Steuerung zur Deckung gebracht werden. Dies geschieht durch unterschiedliche Formen der Rationierung:

- Wartezeiten von Wochen und Monaten auf eine Behandlung, oft organisiert über offizielle Wartelisten;
- Einschränkung der freien Arztwahl durch „Gatekeeping“/Hausarztssysteme sowie Zuweisung zu einem Gatekeeper;
- Expliziter Ausschluss von Leistungen wie Zahnersatz oder von Arzneimitteln auf Basis von Positivlisten;
- Implizite Leistungseinschränkung durch Budgetierung;
- Verweigerung von Behandlungen sogar bei älteren Menschen, wenn der finanzielle Aufwand zu hoch, der Nutzen zu gering erscheint (Großbritannien, Schweden).

OECD-Welt	Situation in Deutschland (GKV)
Wartezeiten / Wartelisten	Sehr kurze Wartezeiten
Gatekeeping	Freier Zugang zum (Vertrags-)Arzt, freiwillige Teilnahme an Hausarztprogrammen.
Streichung von Leistungen	G-BA trifft Entscheidungen nach Evidenz, Ausschluss ist die Ausnahme, bei Arzneimitteln nicht mehr möglich. Gestrichen wurden OTC, Brillen, Lifestyle-Präparate.
Positivlisten	Gibt es nicht. Bei Arzneimitteln Preisverhandlungen über Innovationen.
Implizite Leistungseinschränkungen	Ja, über „Budgetierung“ (Regelleistungsvolumina)
Behandlungsverweigerung	Nein
Zahnersatz	Ist im Versicherungsschutz enthalten (befundorientierte Festzuschüsse)
Zuzahlungen	Geringer Umfang, mit Belastungsgrenze
Ausdünnung der flächendeckenden Versorgung	Flächendeckende Versorgung mit Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und and. Heilberufen

In der Gesamtbetrachtung schneidet Deutschland mit seinem umfangreichen medizinischen Leistungskatalog, den geringen Wartezeiten und Zuzahlungen sowie der großen Patientenautonomie bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern am besten ab. In allen anderen Ländern werden medizinische Leistungen deutlich stärker rationiert.

Der internationale Vergleich widerlegt zugleich die These, dass einheitliche Krankenversicherungssysteme ein Schutz vor „Zwei-Klassen-Medizin“ sein könnten. Das Gegenteil ist der Fall: Mit dem hohen

Rationierungsniveau korrespondieren in allen OECD-Staaten mit Einheitssystemen ebenso hohe Versorgungsunterschiede, da die vorenthaltenen Leistungen privat dazu gekauft werden oder in privaten Zusatzversicherungen abgesichert werden. Das staatliche Versorgungssystem wird umgangen, um sich in der reinen Privatpraxis oder in Privatkliniken behandeln zu lassen. Dabei kommt es sogar zu Doppelversicherungen. Auch Zusatzversicherungen spielen eine große Rolle bei der Übernahme der oft hohen Zuzahlungsverpflichtungen im staatlichen Gesundheitssystem.

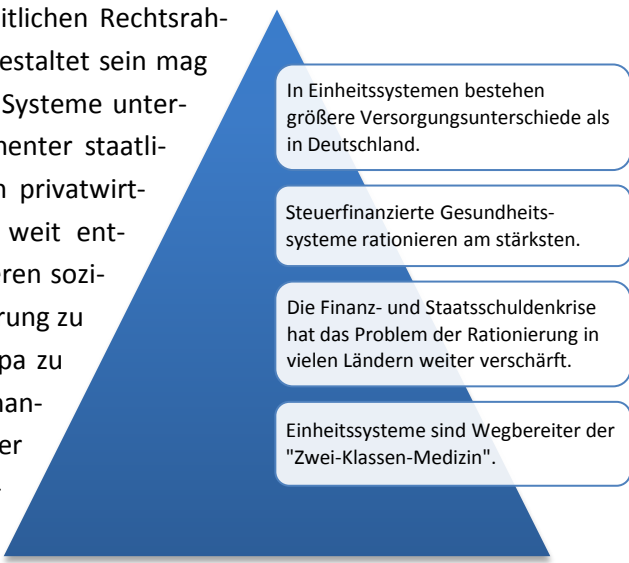
Folge: Der Gesundheitszustand von Personen ohne private Zusatzversicherung ist schlechter als der von Personen mit Zusatzversicherung, weil Arztkontakte wegen der finanziellen Belastungen vermieden werden. Eine weitere Reaktion finanzkräftiger Patienten auf Rationierung in Einheitssystemen ist der „Medizin-Tourismus“.

In Deutschland erweist sich indes der Systemwettbewerb von PKV und GKV in einem gemeinsamen Versorgungssystem als echte Sicherung gegen Leistungseinschränkungen in der GKV und gegen die „Zwei-Klassen-Medizin“. Von Serviceaspekten abgesehen, gibt es in der Grundversorgung von PKV- und GKV-Versicherten keinen substantiellen Versorgungsunterschied. Unterschiede existieren vielmehr in Segmenten, die GKV- und PKV-Versicherten über Zusatzversicherungen (Zahnersatz, Wahlleistungen) gleichermaßen offen stehen.

#### ERLÄUTERUNG

Anhänger eines einheitlichen Rechtsrahmens in der Krankenversicherung argumentieren häufig, dass über eine Egalisierung der Angebotsbedingungen in Deutschland – also über eine Angleichung von GKV und PKV – neue Wettbewerbspotentiale zugunsten verbesserter Leistungen für die Patienten generiert werden könnten und zugleich Ungleichheit in der medizinischen Versorgung vermieden würde.

Dagegen spricht die Empirie der gesamten OECD-Welt. Alle dort vorzufindenden Krankenversicherungssysteme unterliegen bekanntlich einem einheitlichen Rechtsrahmen. So unterschiedlich dieser auch im einzelnen gestaltet sein mag (z.B. steuer-, beitrags- oder mischfinanziert): Diese Systeme unterliegen ebenso wie die GKV in Deutschland permanenter staatlicher Einflussnahme und sind von einer klassischen privatwirtschaftlichen Wettbewerbsordnung mindestens so weit entfernt wie die GKV – was zweifellos mit der besonderen sozialpolitischen Aufgabenstellung von Krankenversicherung zu tun hat. Damit neigen alle Einheitssysteme in Europa zu einer permanenten gesetzlichen Regulierung von Finanzen und Leistungen der Krankenversicherung – aber ohne das Korrektiv einer zweiten privatwirtschaftlichen Krankenvollversicherungssäule wie der PKV in Deutschland.



In Einheitssystemen bestehen größere Versorgungsunterschiede als in Deutschland.

Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme rationieren am stärksten.

Die Finanz- und Staatsschuldenkrise hat das Problem der Rationierung in vielen Ländern weiter verschärft.

Einheitssysteme sind Wegbereiter der "Zwei-Klassen-Medizin".

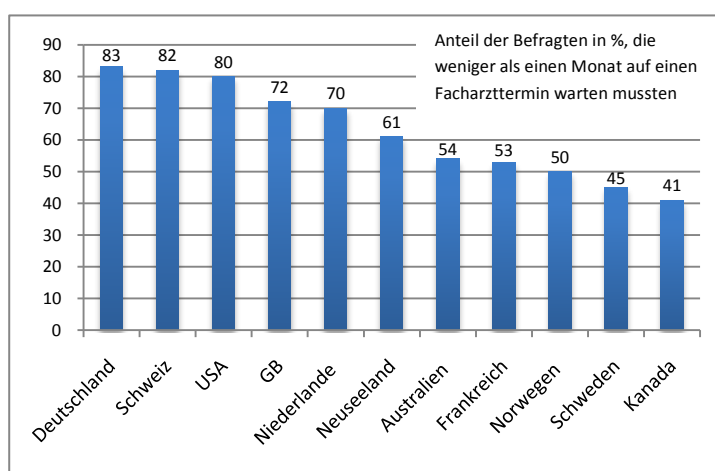
Dem Leistungs- und Preiswettbewerb sind in unseren europäischen Nachbarstaaten ähnliche Grenzen gesetzt wie in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Unterschied zu Deutschland indes, wo der Leistungskatalog und der Preis der Gesetzlichen Krankenversicherung im Systemwettbewerb mit der Privaten Krankenversicherung steht, sind die Tendenzen zur Leistungsrationierung in den einheitlichen Krankenversicherungssystemen unvergleichlich größer, und das Versorgungsniveau ist deutlich schlechter. Das gilt sowohl für den Leistungsumfang als auch für den Zugang der Versicherten zu Fachärzten, Arzneimitteln und Innovationen.

Ein Blick über die Grenzen zeigt das Ausmaß der Rationierung in den einheitlichen Krankenversicherungsmärkten der OECD-Welt. Die Studie des WIP belegt, dass jedes kollektiv finanzierte Gesundheitssystem, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, auf das Instrument der Rationierung angewiesen ist. Sie zeigt auch, dass in Reaktion auf die Rationierung im Einheitssystem erst eine echte Tendenz zur „Zwei-Klassen-Medizin“ entsteht:

#### a) Wartezeiten

In Deutschland wartet die Mehrheit der Versicherten – egal, ob PKV- oder GKV-versichert – gar nicht oder maximal eine Woche auf einen Termin. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Facharzttermin beträgt für die GKV-Versicherten 16 Tage (Quelle: Universität Hamburg). Entsprechend hoch ist die Zufriedenheit (Messung WINEG/TK).

Bei internationalen Befragungen über die Wartezeit auf einen geplanten Eingriff oder einen Facharzttermin schneidet Deutschland am besten ab – vor den Niederlanden, Schweiz, USA, Großbritannien, Frankreich, Kanada, Neuseeland und Schweden (Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010).



Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010, WIP 2012

Zum Vergleich:

#### Großbritannien:

- Rund 5,5 Mio. Patienten stehen in gesamt Großbritannien auf Wartelisten;
- Die durchschnittliche Wartezeit von der Überweisung des Hausarztes bis zur stationären Behandlung beträgt über acht Wochen (NHS England);
- Von der hausärztlichen Überweisung bis zum ambulanten Facharzttermin dauert es durchschnittlich vier Wochen (ebd.);
- Auf den Behandlungsbeginn selbst warten Briten im NHS England im Schnitt sechs Wochen.

Welche Norm in Großbritannien für zumutbar gehalten wird, zeigt der 2008 geschaffene Rechtsanspruch, demzufolge Patienten innerhalb von maximal 18 Wochen nach einer nicht notfallbedingten Überweisung behandelt werden müssen.

Irland: Die Wartezeit beträgt durchschnittlich 2,8 Monate. In 36 der 42 Krankenhäuser gab es Wartezeiten von über neun Monaten.

Schweden: In Schweden begrenzt ein Gesetz offiziell die Wartezeit für eine fachärztliche Behandlung auf drei Monate. Im Oktober 2011 warteten indes rund 22.000 Patienten länger als 90 Tage. Besonders lange Wartezeiten gibt es bei schweren Operationen: Auf eine neue Hüfte warten Patienten drei bis neun Monate bis zum ersten Untersuchungstermin im Krankenhaus. Danach vergehen noch einmal vier bis 12 Monate bis zur Operation.

Spanien: Rund 417.000 Menschen standen Mitte 2011 auf Wartelisten für Operationen. Die durchschnittliche Wartezeit beträgt 64 Tage, bei einer Hüftprothese beträgt die Wartezeit über 90 Tage.

Niederlande: Besonders lange Wartezeiten gibt es in Ballungsgebieten: Auf eine Hüftprothese warteten Patienten in Amsterdam im Sommer 2012 bis zu 24 Wochen, auf eine Leistenbruchoperation in Rotterdam bis zu 52 Wochen.

## **b) Eingeschränkte Wahlfreiheit des Patienten**

In Deutschland gilt für alle Versicherten grundsätzlich die freie Arzt- und Krankenhauswahl (mit geringfügigen Einschränkungen in der GKV, wie der Begrenzung auf Vertragsärzte). In den steuerfinanzierten Einheitssystemen Dänemark, Finnland, Spanien und Portugal kann weder der Hausarzt noch der Facharzt vom Patienten selbst ausgesucht werden.

In Großbritannien gibt es keine freie Wahl des Primärarztes. In den Niederlanden wird die Wahl des Hausarztes in der Praxis eingeschränkt, z.B. durch Begrenzung auf Ärzte mit Wohnortnähe. In Frankreich müssen Patienten finanzielle Nachteile in Kauf nehmen, wenn sie sich nicht bei einem Arzt registrieren.

## **c) Begrenzter Leistungsumfang**

Der Leistungsumfang der deutschen GKV ist deutlich größer als in anderen OECD-Ländern.

Niederlande: Keine Physio- und keine Psychotherapie.

Schweden: Provinzlandtage entscheiden über die Kostenübernahme bestimmter Operationen.

Irland: 70 Prozent der Patienten finanzieren ihren Hausarzt privat, weil sie die Einkommensschwelle für einen Erstattungsanspruch überschreiten.

Zahnersatz ist ausgeschlossen in Australien, Kanada, Dänemark, Irland, Italien, Luxemburg, Niederland, Schweiz.

Arzneimittel: Positiv- und Negativlisten sowie weitere Instrumente sind internationaler Rationierungsstandard.

Leistungsausschlüsse auf Basis von Kosten-Nutzen-Bewertungen, z.B. über QALYs in Großbritannien.

Zuzahlungen sind in steuerfinanzierten Gesundheitsdiensten, die über Leistungsausschlüsse, Wartezeiten und Gatekeeping steuern, in der Regel kein typisches Rationierungsinstrument (Ausnahme: Schweden, Norwegen). In der OECD sind Zuzahlungen ansonsten zum Teil deutlich höher als in Deutschland. Besonders hoch sind die Zuzahlungen in Frankreich: 25 Prozent der Krankheitskosten müssen im Durchschnitt privat getragen werden.

#### **d) Selbstzahlung und private Absicherung**

In allen OECD-Ländern entstehen in Reaktion auf und korrespondierend zum Niveau der Rationierung Versorgungsunterschiede und damit die Tendenz zur „Zwei-Klassen-Medizin“. Diese ist umso größer, wenn allein die Fähigkeit zur Selbstzahlung darüber entscheidet, ob eine Leistung in Anspruch genommen werden kann oder nicht. Das Entstehen eines Marktes privater Zusatzversicherungen für ausgegliederte oder praktisch schwer erreichbare medizinische Leistungen kann helfen, diese Versorgungsunterschiede wieder zu reduzieren.

Ein Indikator für erhebliche Rationierung in der gesetzlichen Grundversorgung ist dabei der Abschluss „duplizierender Zusatzversicherungen“, die einen Anspruch auf Leistungen absichern, den man rechtlich schon hat, praktisch aber nicht durchsetzen kann. Derartige Versicherungen werden vor allem genutzt, um die Wartezeiten und Einschränkungen der freien Arztwahl in staatlichen Gesundheitssystemen zu umgehen (Großbritannien, Irland, Australien, Neuseeland, Spanien, Dänemark). In Italien, Norwegen, Dänemark und Spanien gibt es private Zusatzversicherungen, die den Zugang zur Behandlung in der Privatklinik oder beim Privatarzt ermöglichen.

#### **e) Versorgungsunterschiede nehmen seit der Finanzkrise zu**

In allen OECD-Ländern wachsen die Gesundheitsausgaben seit der Finanzkrise deutlich langsamer, stagnieren oder sinken. Einige Länder wandeln sich dabei zu Laboratorien forcierter Rationierung. Investitionen werden auf Eis gelegt, Löhne und Gehälter des Gesundheitspersonals werden gekürzt oder eingefroren, Zuzahlungen werden erhöht, Wartezeiten steigen an.

Das schlimmste Beispiel, wohin Rationierung führen kann, ist Griechenland: Ärzte haben teilweise seit Monaten kein Gehalt bekommen und in Krankenhäusern werden technische Geräte nicht gewartet. Teilweise fehlen auch z.B. Stents oder Katheter. Dass Patienten ihre bei einer stationären Be-

handlung erforderlichen Medikamente selbst extern organisieren und ins Krankenhaus mitbringen müssen, ist die Regel.

In Frankreich sind die Zuzahlungen weiter erhöht worden. In England sollen die Ausgaben für den NHS um jährlich 20 Mrd. Euro gekürzt werden. Künstliche Hüften und Kniegelenke soll es nur noch bei großen Schmerzen geben.

Die Ausnahme ist Deutschland: Hier haben sich die Gesundheitsausgaben 2010 zu 2009 um real 2,4 Prozent erhöht, während sie in Europa im Schnitt um 0,6 Prozent zurückgegangen sind. Die Zuzahlung „Praxisgebühr“ wurde abgeschafft.