

Die demographische Herausforderung: Ethik oder Allokation

Abstract

Jürgen Zerth, Universität Bayreuth

Die demographische Entwicklung stellt nicht nur aufgrund des zunehmenden quantitativen Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, sondern auch durch die damit verbundenen qualitativen Veränderungen eine Herausforderung an die künftige Sozialpolitik im Allgemeinen und namentlich an die Konzeption der Kranken- und Pflegeversicherung im Besonderen dar.

Mit der veränderten Altersstruktur sind unmittelbare Auswirkungen auf das Nachfrageverhalten im Gesundheitswesen zu verknüpfen. Auch wenn die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen multifaktoriell erklärt werden muss, spielt die Lebensphase eine sehr beachtliche Rolle bei der Abbildung von Nachfrageentwicklungen. Ein Ausdruck der veränderten Lebensphase ist die Betrachtung der wachsenden Lebenserwartung einerseits und des höheren Anteils älterer Bevölkerungsklassen an der Gesamtnachfrage andererseits. Es muss berücksichtigt werden, dass aufgrund der steigenden Lebenserwartung die Multimorbidität (d. h. die Mehrfacherkrankung), chronisch-degenerative Krankheiten sowie die Zahl der Pflegefälle ansteigen dürften. Es lässt sich sagen, dass die Gesundheitsausgaben sehr stark in Abhängigkeit von Nähe zum Todeszeitpunkt stehen¹. Jedoch muss die formalhafte Formulierung, je älter die Bevölkerung desto höher die Gesundheitsausgaben, zunächst überprüft werden:

Nach der **Morbiditätskompressionsthese** wird die nachrückende Altersgeneration aufgrund weniger belastender Arbeitsbedingungen, einer gesünderen Lebens- und Ernährungsweise, eines höheren Aktivitätsgrades sowie der Fortschritte in der Prävention und der Medizintechnologie weniger Funktionseinschränkungen aufweisen als die vorhergehende Altersgeneration. Jedoch ist nach der **Medikalisierungsthese** zu berücksichtigen, dass infolge der Entwicklungen der Medizintechnologie die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Dauer medizinischer und pflegerischer Interventionen zurückgehen können, die zunehmende Lebenserwartung jedoch neben der Reduzierung der Mortalitätsrate eine Erhöhung der Morbiditätsrate nach sich zieht. Insbesondere infolge der Funktionseinschränkungen mit zunehmenden Lebensjahren wird eine steigende Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen zu erwarten sein.

Empirisch konnte bislang keine der beiden Thesen eindeutig bestätigt werden. Insbesondere werden bei Studienansätzen verstärkt sozioökonomische Aspekte berücksichtigt, die zeigen, dass teilweise mit einem höheren Einkommen und einer besseren Bildung stärkere Tendenzen zur Kompressionsthese zu beobachten sind². Somit wird sichtbar, dass neben den ökonomischen Grenzen der Medizin auch erkenntnistheoretische Grenzen bestehen. Dies alles ändert jedoch nichts daran, dass in diesem Jahrhundert der Fortschritt in der Medizin mit einer atemberaubenden Geschwindigkeit zugenommen hat. Aufgrund des enormen Tempos des medizinischen Fortschritts beträgt gegenwärtig die Halbwertszeit medizinischen Wissens im Durchschnitt 4 bis 5 Jahre. Durch den medizinischen Fortschritt wird ein zunächst vorhandener latenter Bedarf zu einer Kostengröße und damit zu einer ausgabenwirksamen Größe. Solange die kostspieligen medizinischen Technologien nicht verfügbar sind, stellt auch ihre Finanzierung weder ein ökonomisches noch ein sozialpolitisches Problem dar. Kurz gesprochen, liegt kein Gegensatz zwischen Medizin und Ethik vor, sondern eine Frage, wer mit welcher Konsequenz über knappe Ressourcen entscheiden. Dieser Herausforderung müssen sich die sozia-

¹ Vgl. Zweifel/Felder/Maier (1996); S. 41.

² Vgl. zur Problematik u. a. Fries (2000), S. 1586. Vgl. auch Vita et. al. (1998).

len Sicherungssysteme, vor allem die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) stellen.

In einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft nimmt der Anteil der Versicherten im Rentenalter in der GKV zu, während der Anteil der Erwerbstätigen sinkt. Die sich dadurch multiplizierenden Nettoauszahlungen für Rentner müssen auch durch höhere Beiträge der Erwerbstätigen finanziert werden, so dass das Ausmaß der Umverteilung von Erwerbstätigen zu Rentnern steigen und damit gegen das **Prinzip der Nachhaltigkeit** zunehmend verstoßen wird. Die Investition in das Gesundheitssystem wird dadurch für die erwerbstätigen Generationen in toto ungünstiger. Der Barwert der Beiträge übersteigt den Barwert der Leistungen, was bedeutet, dass die Erwerbstätigengenerationen einen Lebensnettotransfer an die Überlebenden früherer Kohorten zahlen. Da die Ausgaben der Krankenversicherung in hohem Maße altersabhängig sind, erwachsen aus dem demographischen Wandel in Verbindung mit den Wechselwirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts Ausgabensteigerungen, die in einem Umlagesystem zwangsläufig zu Beitragssteigerungen führen. Dies hat bei anhaltender Alterung zunehmende Belastungen zukünftiger Generationen beziehungsweise steigende intergenerative Transfers zur Folge: Ein immer größer werdender Anteil des Beitrags der Jüngeren wird zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für die Älteren aufgewendet. Daraus resultiert die so genannte **Nachhaltigkeitslücke**.

Vor dem Hintergrund der nachhaltigen Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen stellt sich die Frage, wie künftig der Zugang zu Innovationen im Gesundheitswesen für einen breiten Kreis der Bevölkerung abgesichert werden kann.

Es liegt gewissermaßen ein **Trade-off** zwischen der Förderung der Innovationsentwicklung einerseits und der Forderung nach einem gleichen (solidarischen) Zugang zu Medizininnovationen andererseits vor. Die Politik muss nun nicht nur darüber entscheiden, wann und in welchem Umfang und für welchen Personenkreis medizinische Neuerungen in den Katalog der Regelleistungen aufgenommen werden. Die Auseinandersetzung mit dem daraus abzuleitenden **Notwendigkeitsbegriff** findet ihren Widerhall in der grundsätzlichen Aufgabe staatlicher Sozialpolitik, niemanden bei existenzbedrohenden Wechselfällen des Lebens ohne grundlegenden Schutz zu lassen.

Allen Mindestsicherungskonzeptionen ist gemein, dass zunächst nur ein grundsätzlicher Anspruch auf Hilfe in einer Notsituation abgeleitet werden kann und nicht zwangsläufig das Vorhandensein eines konkreten Versorgungsangebotes. Es stellt sich jedoch die Frage, ob ein wohlverstandenes Konzept der Versorgung mit notwendigen Leistungen nicht zwangsläufig eine Auseinandersetzung mit der Zugangsgarantie auf medizinische Leistungen erforderlich macht, die zur Sicherstellung der notwendigen Versorgung relevant sind. Eine eindeutige wissenschaftliche Position lässt sich nur unter Zuhilfenahme von grundlegenden Ordnungsprinzipien ableiten, die allgemein für die Sozialversicherung und speziell für die Kranken- und Pflegeversicherung greifen.

Ausgehend vom **Individualprinzip**, das im Gegensatz zum **Solidarprinzip** auf eine eigenverantwortliche Gestaltung der Daseinsvorsorge setzt, sind unmittelbare Konsequenzen für die Ausgestaltung der praktizierten sozialen Sicherung verbunden, die in zwei grundsätzliche Ausgestaltungsschienen aufgeteilt werden kann. Einerseits wie im Status quo werden Versicherungs- und Umverteilungsaufgaben kombiniert, das distributive Moment bestimmt die gesamte Steuerungslogik. Daraus resultieren vielfältige Steuerungs- und Anpassungsprobleme, die typisch für eine Kollektivierung eines Gutes sind. Die Aufrechterhaltung einer sozialen Absicherung lässt sich andererseits auch in einem getrennten Modell zwischen Versicherung und Umverteilung realisieren, wie es beispielsweise auch in anderen Politikfeldern etwa dem beim Wohngeld Anwendung findet. Eine freiheitliche Lösung setzt den Fokus auf ein wohlverstandenes Konzept der Eigenverantwortung. **Souveränität des Bürgers** ist demnach das **Pendant zur Eigenverantwortung**. Eine subsidiär ausgerichtete Sozialpolitik hat sich hierbei auf die Sicherung schutzbedürftiger Bevölkerungskreise gegen elementare existenzbe-

drohende Risiken und deren Folgen zu konzentrieren. Der einzelne Mensch und seine adäquate Bedürfnisbefriedigung und nicht Institutionen sowie deren Schutz müssen demzufolge im Mittelpunkt stehen.

Sozialpolitik **im** Markt kann beispielsweise bedeuten, Stärkung ökonomisch Schwacher durch Einkommenstransfers bei gleichzeitiger Respektierung der Souveränität des Einzelnen³, d. h. Geld- statt Sachleistungen. Die Grundsatzfrage sozialpolitischer Fragen (wer wird geschützt?) ist demnach als allgemeines Prinzip auf der Makroebene festzulegen, die konkrete bleibt unterschiedlichen dezentralen, regionalen Ausgestaltungskonzeptionen überlassen. Mit diesem Weg wird nicht die grundsätzliche Knappheit im Gesundheits- und Pflegebereich behoben, aber eine Chance zur Mitwirkung aller ermöglicht, übrigens auch vor dem Hintergrund eines Gesundheitswesens, dessen volkswirtschaftliche Bedeutung enorm an Bedeutung gewinnt.

Korrespondenz:

Dr. Jürgen Zerth

Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender

Universität Bayreuth

95440 Bayreuth

³ Vgl. Oberender/Zerth (2003), S. 34 ff.