

# Vom Schnupfen zur Grippe

## Der Patient und sein Gesundheitswesen

Der Patient Deutschland hat viele Patienten. In Zukunft werden es mehr werden und ihre Behandlung wird noch teurer sein als sie es schon heute ist. Ist das deutsche Gesundheitswesen auf diesen Ansturm vorbereitet? Axel Börsch-Supan, Professor am Forschungsinstitut Ökonomie und demografischer Wandel an der Universität Mannheim, diagnostiziert einen hartnäckigen Schnupfen im deutschen Gesundheitssystem. Mit einem Schnupfen könne man jedoch leben, sagt der Volkswirt. Das deutsche Gesundheitswesen sei ein Pfeiler unseres Sozialsystems, um das uns viele Länder zu Recht beneideten, jedoch müsse an der Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems gezweifelt werden, da viele Selbstheilungskräfte nicht funktionierten oder ausgeschaltet worden seien. Ohne strukturelle Reformen drohe daher aus dem Schnupfen eine ernsthafte Grippe

Wir haben eine alle Einkommensschichten umfassende Gesundheitsversorgung. Diese soziale Komponente des Gutes Gesundheit gehört zu den Errungenschaften unserer Gesellschaft. Dennoch ist der derzeitige Zustand alles andere als zufriedenstellend. Zusammen mit dem schweizerischen ist das deutsche nach dem amerikanischen Gesundheitssystem das teuerste auf der Welt und liefert lediglich gute, aber keineswegs Spitzenresultate. Deutschland liegt bei der Lebenserwartung bei Geburt mit 77,5 Jahren leicht unter dem EU-Durchschnitt von 77,8 Jahren. Italien, die skandinavischen Staaten und die Schweiz sind uns weit voraus. Auch die Kindersterblichkeit ist in diesen Ländern niedriger als in Deutschland.

Wir alle wollen gesund sein. Der Fortschritt in der Medizin hat uns mehr Gesundheit und ein längeres Leben beschert. Daher gehört das Gesundheitswesen zu den Wachstumsbranchen einer modernen Volkswirtschaft und schafft ein breites Spektrum von Arbeitsplätzen vom Pflegepersonal bis hin zu hoch spezialisierten Technikern in der Zuliefererindustrie. Eine Deckelung der Gesundheitsausgaben kann daher kein Ziel der Sozialpolitik sein. Entscheidend ist vielmehr, herauszufinden, wo volkswirtschaftlich unnötige Leistungen angeboten werden, die sich jedoch betriebswirtschaftlich für die Anbieter (das heißt Ärzte, Krankenhäuser) rechnen oder wo Kosten sparende Behandlungsmethoden nicht eingesetzt werden, weil dies nicht im Interesse der Anbieter liegt. Beides hat mit der Frage der Produktivität des Gesundheitssystems zu tun und mit der Art, wie Leistungen im deutschen System abgerechnet werden. So wurden immer noch keine durchschlagenden Mechanismen in Kraft gesetzt, die im internationalen Vergleich überaus langen Liegedauern in den deutschen Krankenhäusern signifikant zu reduzieren. Ein erster Problembefund des deutschen Gesundheitswesens liegt also darin, dass die betriebswirtschaftlichen Anreize unseres gemischt privat/staatlichen Gesundheitssystems oft nicht mit dem übereinstimmen, was volkswirtschaftlich sinnvoll ist.

(...)

Keineswegs kann sich der Staat aus dem Gesundheitswesen völlig zurückziehen. Nach wie vor hat er unverzichtbare Aufgaben. Neben der Umverteilung von einkommensreich zu einkommensarm und von kinderarm zu kinderreich muss der Staat wie bisher die Finanzaufsicht führen und die Qualität sichern. Er muss den Kontrahierungszwang auch bei den Privatversicherungen einführen und dafür sorgen, dass kein Mensch aus gesundheitlichen Gründen oder durch überhöhte Preise ausgeschlossen werden darf.

Die Trennung von Versicherungs- und Umverteilungsaufgabe bedeutet, dass die Lohnnebenkosten der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 14,5 Prozent des Bruttolohnes vollständig entfallen. Stattdessen wird für das heutige Standardleistungspaket der gesetzlichen Krankenversicherung eine Gesundheitspauschale von 210 Euro pro Monat für einen erhoben. Die Umverteilungsleistungen belasten diejenigen, die lohn- und einkommensteuerpflichtig sind, im Durchschnitt zusätzlich mit etwa 2,9 Prozent höheren Steuern. Wer keine Steuern zahlt, bekommt hingegen ein „Krankenversicherungsgeld“ von maximal den gesamten 210 Euro, die die Gesundheitspauschale kostet. In der Summe wird der Faktor Arbeit also um 11,6 Prozent entlastet.

Schließlich muss eine nachhaltige Reform Reserven anlegen. Alle Versicherungen, nicht nur die privaten, müssen einen Kapitalstock aufbauen, der in 25 Jahren zur Verfügung steht, um den Anstieg der Gesundheitsausgaben abzufedern. Damit mit diesen Reserven kein Schindluder getrieben wird, müssen die Versicherungen im vom Staat regulierten Wettbewerb miteinander stehen - die privaten wie die gesetzlichen untereinander, aber auch die privaten mit den gesetzlichen. Dies ist wiederum nur dann möglich, wenn mit pauschalen Gesundheitsprämien eine einheitliche Vergleichsgrundlage geschaffen wird.

Eine solche Fundamentalreform ist ein politischer Parforceakt. Zwei Gründe sprechen dennoch dafür: Erstens wird der Faktor Arbeit um über elf Prozent entlastet. Da ein Lohnnebenkostenpunkt nach langjähriger Erfahrung ungefähr 100 000 Arbeitsplätze kostet, schafft die Entlastung der Lohnkosten langfristig über eine Million Arbeitsplätze. Zweitens entlastet der Aufbau von Reserven die Last, die unsere Kinder in Zukunft schultern müssen. Diese Last droht, aus dem heutigen Schupfen unseres Gesundheitssystems eine Grippe zu machen. Wir sind es daher vor allem unseren Kindern schuldig, diesen reformpolitischen Kraftakt anzugehen.

#### ZUR PERSON



Professor Axel Börsch-Supan ist Direktor des Forschungsinstituts „Ökonomie und demografischer Wandel“ der Fakultät für Volkswirtschaftslehre der Universität Mannheim. Das Institut analysiert die mikro- und makroökonomischen Auswirkungen des demografischen Wandels und leitet aus empirischen Modellen Handlungsempfehlungen ab. Börsch-Supan ist Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und Mitglied des Freundeskreises der Evangelischen Akademie der Pfalz.

Den vollständigen Artikel finden sie in der Zeitung Protexpte vom 23.05.2004.