
Einsparpotenziale im Gesundheitswesen – 10 Thesen

Klaus-Dirk Henke

These 1: Es gibt keine empirisch gehaltvolle optimale Gesundheitsquote, weder ausgabenseitig (Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt) noch einnahmensseitig (Höhe des Beitragssatzes, Prämienhöhe). Der Wert der Gesundheit wird von gesunden und kranken Menschen verschieden wahrgenommen, und entsprechend variiert auch die Nachfrage bzw. der Wunsch nach bestmöglicher Gesundheitsversorgung.

These 2: Wünschenswert ist eine Grund- oder Mindestversorgung für jedermann, die im Wettbewerb der Leistungserbringung unterschiedlich erbracht und daher zu verschiedenen Preisen angeboten werden kann. Individuelles gesundheitsförderndes Verhalten und ein präventiver Lebensstil können als Risikovariablen bei der Prämienfindung berücksichtigt werden.

These 3: Versicherungsfremde Leistungen, also Leistungen, die sich nicht unmittelbar auf Krankheiten und ihre Folgen beziehen, gehören nicht in die gesetzliche Krankenversicherung und müssen von anderen Ausgabenträgern übernommen werden. Der Familienlastenausgleich, der ebenfalls als versicherungsfremde Leistung angesehen werden kann, ließe sich im Rahmen der Familienpolitik direkt vom Bund regeln. Die Finanzierung über das Leistungsfähigkeitsprinzip erfolgt dann im Rahmen der Besteuerung, während der Krankenversicherung das Äquivalenzprinzip als Finanzierungsgrundsatz zugrunde liegt.

These 4: Aus dem medizinischen Leistungsgeschehen, das hinsichtlich seiner Erstattung durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen in Deutschland im europäischen Vergleich sehr weit ausgebaut ist, lassen sich mehr und mehr allgemein verbindliche Standards herauschälen. Dadurch ergibt sich eine Bestimmung eines Pflicht- oder Mindestleistungskatalogs (sog. Zwiebelmodell). In den Bereich der Rand- und Abwahlleistungen (sog. periphere Leistungen) fallen u. a. konsumnahe Arzneimittel, ambulante und stationäre Vorsorgekuren, private Freizeitunfälle, das Krankengeld, große Teile des Zahnersatzes, Brillen und Hörgeräte sowie alle Leistungen, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist. Sie zählen überwiegend zu den Kosten der persönlichen Lebensführung (sog. IGEL-Leistungen, die direkt beim Arzt gekauft werden können). Geringfügige Gesundheitsstörungen lassen sich ebenfalls den privaten Konsumausgaben zuordnen.

These 5: Die Zuzahlung im Krankheitsfall stellt eine weitere Form der Finanzierung dar, die die Lohnnebenkosten nicht trifft und je nach Ausmaß und Ausgestaltung steuernde Wirkung aufweist. Sog. Stopp-loss-Modelle beginnen mit der solidarischen Kostenübernahme erst bei der Inanspruchnahme von Leistungen jenseits eines bestimmten, einkommensabhängigen (hohen) Selbstbehalts. Ein floatender Arbeitnehmerbeitrag bei konstanten Arbeitgeberbeiträgen zeigt in eine ähnliche Richtung der Ausgabensteuerung.

These 6: Einsparpotenziale ergeben sich auch im Zusammenhang mit der Verhaltensprävention als Finanzierungsgegenstand der Krankenversicherung. Einerseits stellt eine ungesunde Lebensweise eine Gefahr für die Solidargemeinschaft dar, und andererseits ist mehr Eigenverantwortung und Mündigkeit der Versicherten über entsprechende Anreize und neue Rahmenbedingungen erzielbar. Prävention steht dabei zwischen kollektiver Fürsor-

gepflicht und individueller Verantwortung, wobei die Eigenverantwortung eine immer größer werdende Rolle spielt.

These 7: Einsparpotenziale ergeben sich schließlich auch durch mehr beaufsichtigten Wettbewerb in der Leistungserbringung. Weniger Macht der Verbände, mehr Unternehmensverantwortung und eine größere Politikferne gehören ebenfalls zu diesem ordnungspolitischen Rahmen.

These 8: Schließlich ist die Realisierung von Einsparpotenzialen ein fortlaufender Prozess, da durch den permanenten Strukturwandel ständig neue Wirtschaftlichkeitsreserven auftreten und mobilisiert werden können.

These 9: Ein vollständiges Bild ergibt sich nur durch die Betrachtung der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitswesen und der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Die allgemeine Ressourcenknappheit zwingt die Krankenversicherung permanent zu Einsparungen und Effizienzverbesserungen. Aber die Wirkung ist nicht eingleisig: Mittelbar ergeben sich auch positive Beschäftigungswirkungen durch Effizienzgewinne im Gesundheitswesen – Einsparungen werden wieder im Gesundheitswesen nachfragewirksam, wenn mit zunehmendem Alter und steigendem Lebensstandard mehr Gesundheitsleistungen nachgefragt werden.

These 10: Im Rahmen der Gesundheitswirtschaft, die weit über die gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherung mit ihren erstattungsfähigen Leistungen hinausgeht, stehen im sog. zweiten Gesundheitsmarkt Einsparpotenziale nicht mehr im Vordergrund. Vielmehr handelt es sich um einen wachsenden Wirtschaftszweig, der im Wettbewerb mit anderen Verwendungsmöglichkeiten des individuellen Einkommens steht und keiner Diskussion um Einsparpotenziale bedarf.

Literatur

Henke, K.-D.: Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze. In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 6 (2005), 95–111.

Henke, K.-D. / Reimers, L.: Demografie, medizinischer Fortschritt und Ausgabensteigerung. In: Weißbuch der Zahnmedizin, Berlin 2006, 23–37.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (Gutachten), Berlin 2005.