
Gesundheitsmarkt zwischen Sparzwang und Entwicklungschance

Meinhard Miegel

Ich finde es unheimlich, wie die Frage der gerechten Verteilung knapper Gesundheitsressourcen so konsequent in der Engführung nationaler Interessenlagen und Sichtweisen gehalten werden kann. Denn Deutschland ist keine Insel mehr, weder im Bereich des Güter- und Dienstleistungsmarktes noch des Kapital- und Wissensmarktes noch des Arbeits- und Bildungsmarktes. Und Deutschland ist auch keine Insel mehr im Bereich des Gesundheitsmarktes.

Diesen Verlust der Insellage oder genauer der volkswirtschaftlichen Abschottung gegenüber Dritten jeweils erst spät erkannt zu haben, hat hierzulande zu erheblichen Wohlstandsverlusten und gesellschaftlichen Verwerfungen geführt. Ein Stichwort mag genügen: hohe Arbeitslosigkeit. Für die gesundheitspolitische Debatte heißt das: Wir müssen begreifen, dass das, was wir als „knappe Ressourcen“ apostrophieren, für fünf Sechstel der Menschheit purer Überfluss ist und mit einem Bruchteil dieser Ressourcen global sehr viel Gesundheit geschaffen werden könnte. Wir wirtschaften und sorgen uns – weltentrückt – auf einem hohen Turm. Viele unserer Probleme sind Luxusprobleme, für die der größte Teil der Menschheit kein Verständnis hat. Dem werden wir – freiwillig oder unfreiwillig – schon bald Rechnung zu tragen haben. Doch damit soll es der Vorrede genug sein. Kommen wir zum Gesundheitsmarkt von hier und heute, dem Gesundheitsmarkt des Jahres 2006 in Deutschland.

Er sei, so ist mitunter zu hören, ein Markt wie jeder andere. Und in der Tat gibt es auf ihm wie auf jedem anderen Markt Anbieter und Nachfrager, angebotene und nachgefragte Güter und Dienste und anderes mehr. Doch zwischen ihm und anderen Märkten gibt es auch Unterschiede – große Unterschiede. Aus ihrer Fülle will ich drei herausgreifen:

1.

Grundlage dieses Marktes ist ein eingetretener oder befürchteter Verlust, ein Malus, ein Defizit. Anders als bei Behausung, Transportmitteln oder Sinfoniekonzerten, die uns nicht von der Natur mitgegeben werden, ist der Mensch – wie jedes andere Lebewesen – von Natur aus mit Gesundheit ausgestattet. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, macht die Natur kurzen Prozess. Sie überwindet den Verlust der Gesundheit, heilt also, oder beendet das Leben. Ein Drittes ist nicht vorgesehen.

So gesehen ist ein boomender Gesundheitsmarkt – anders als ein boomender Wohnungs- oder Automobilmarkt – Ausdruck massenhaften Verlustes. Das mögen alle jene bedenken, die vom Gesundheitsmarkt als Zukunfts- oder Wachstumsmarkt sprechen und von ihm große Beschäftigungschancen erwarten. Denn auf diesem Markt wird – wiederum anders als bei Wohnungen oder Automobilen – Wohlstand nicht originär erzeugt, sondern ein Verlust von Wohlstand (im besten Fall) zum Ausgleich gebracht, der Status quo ante wieder hergestellt.

Gleichnishaft gesprochen: Die Reparatur meines nicht mehr fahrbereiten Autos macht mich nur insofern wohlhabender, als ich nunmehr wieder fahren kann. Noch wohlhabender wäre ich allerdings, wenn mein Auto gar nicht erst kaputtgegangen wäre. Dann könnte ich das eingesparte Geld zum Beispiel für ein paar schöne CDs ausgeben. Soll heißen:

Eine Bevölkerung, die so gesund ist, dass ein Gesundheitsmarkt für sie bedeutungslos ist, ist unter sonst gleichen Bedingungen wohlhabender als eine Bevölkerung mit einem boomenden Gesundheitsmarkt. Oder noch pointierter: Eine Fülle von Gesundheitsleistungen muss nicht Ausdruck von Reichtum sein. Sie kann auch Ausdruck von (Gesundheits-)Armut sein. Ich werde darauf zurückkommen.

2.

Der Gesundheitsmarkt gehört zu denjenigen Märkten, die (abnehmend) von beachtlicher Informations- und Kenntnisasymmetrie gekennzeichnet sind. Anders als bei vielen Gütern und Diensten, die auf dem Markt angeboten und nachgefragt werden, weiß der Nachfrager von Gesundheitsleistungen häufig nicht, was er, wie viel er oder ob er überhaupt etwas nachfragen soll. Diese Entscheidung wird ihm in der Regel vom Anbieter abgenommen, und ein Schelm, wer behauptet, dass dieser dabei immer und ausschließlich den Vorteil des Nachfragers im Auge hätte. Gerne wird die größere Arzneimittelpackung verkauft, eine Untersuchung wiederholt und vieles andere mehr.

Auch im Gesundheitsbereich tragen die dort Tätigen menschliche Züge. Autoreparatur, Fernsehreparatur, Handyreparatur – in etwa 50 Prozent der Fälle, so zeigen Untersuchungen, werden Mängel beseitigt, die es gar nicht gegeben hat, oder sie werden aufwendiger repariert als erforderlich. Warum sollte es im Gesundheitsbereich anders sein? Auch hierauf werde ich zurückkommen.

3.

Der wesentlichste Unterschied des Gesundheitsmarktes im Vergleich zu anderen Märkten ist allerdings die im Individualverhältnis bestehende Asymmetrie zwischen Leis-

tung und Gegenleistung. Die Leistung ist – jedenfalls im Grundsatz – gleich, die Gegenleistung – individuell – ungleich. Im Eckpunktepapier der Bundesregierung vom 12. Juli 2006 heißt es: „Der Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen auf der Höhe des medizinischen Fortschritts bleibt erhalten, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge.“ Auf den Automobilmarkt übertragen würde diese Maxime lauten: Jeder hat Anspruch auf ein Automobil auf der Höhe des technischen Fortschritts, unabhängig von seinen finanziellen Mitteln.

Nun ist mir der Unterschied zwischen Gesundheit und Automobilen wohl bewusst. Dennoch: Hätten wir einen Gesundheitsmarkt, auf dem der eine sagen könnte: „Herr Doktor, von allem bitte nur das Beste, was es kostet, bezahle ich“, und dem anderen bei einer Blinddarmentzündung ein Schächtelchen Aspirin ausgehändigt wird und er auf seine Frage „Wann darf ich wiederkommen, Herr Doktor?“ zur Antwort erhält: „Blinddarmentzündung und Aspirin – Sie kommen nicht wieder“ – ja hätten wir einen solchen Gesundheitsmarkt, dann gäbe es keine Sparzwänge.

Was will ich damit sagen? Eine kleine Minderheit kann sich so verhalten und verhält sich oft auch so wie jener, der von allem nur das Beste einfordert und – und das ist wichtig – auch aus eigener Tasche bezahlt. Bei einer deutlich größeren Minderheit halten sich Leistung und Gegenleistung in etwa die Waage. Doch für einen noch größeren Bevölkerungsanteil werden die Leistungen solidarisch-kollektiv von Mitbürgern ganz oder teilweise finanziert.

Das ist der Kern der Problematik: Wie weit geht und wie belastungsfähig ist die Solidarität der Starken mit den Schwachen? Diese Frage wird abhängig von Ort und Zeit unterschiedlich beantwortet. Aber eine der zentralsten und zugleich schwierigsten Aufgaben der Politik besteht genau darin, diese Antwort – abhängig von Ort und Zeit –

zutreffend auszuloten. Unterlaufen ihr hierbei Fehler, wird entweder die eine oder die andere Seite rebellieren. Politik, zumal demokratische Politik, hält das nicht lange aus.

Dass derzeit in erster Linie vom Zwang zum Sparen gesprochen wird, ist ein untrügliches Zeichen dafür, dass die Politik zu der vermutlich zutreffenden Einsicht gelangt ist, die Solidarität der Starken mit den Schwachen nicht noch stärker in Anspruch nehmen zu können. Denn objektiv betrachtet könnte der Aufwand für den Gesundheitsbereich – individuell wie kollektiv – beträchtlich gesteigert werden. Würden die Deutschen einen ebenso hohen Anteil ihres Bruttoinlandsprodukts wie beispielsweise die Amerikaner in den Gesundheitsbereich pumpen – Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Pharmaindustrie und wer sonst noch Anbieter in diesem Bereich ist, würden in Geld schwimmen. Aber die Mehrheit der Deutschen will nicht – zumindest nicht solidarisch-kollektiv. Individuell sind sie durchaus bereit, für ihre Gesundheit etwas springen zu lassen. Die Amerikaner verhalten sich übrigens nicht anders. Ihr hoher Aufwand ist individuell. Der Solidaraufwand ist eher bescheiden. Möglicherweise entspricht das der Natur des Menschen.

Diese drei Besonderheiten des Gesundheitsmarktes signalisieren zugleich dessen Entwicklungschancen.

Da dieser Markt ein Verlust-, Malus-, Defizit-Markt ist, steht und fällt sein Volumen mit der Größe der Gesundheitsverluste. Dass es hier ganz beträchtliche Unterschiede nicht nur zwischen Individuen, sondern auch zwischen Völkern gibt, zeigt der internationale Vergleich. Er verdeutlicht, dass finanzieller Aufwand und Gesundheit viel lockerer miteinander verbunden sind, als viele meinen. Die US-Amerikaner beispielsweise verwenden 15 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsausgaben. Das ist einsame Weltspitze. Erkaufen sie sich damit ein langes, gesundes Leben? Mitnichten. Ihre Lebenserwartung liegt le-

diglich im Mittelfeld und ebenso ihr Gesundheitszustand. Der Grund hierfür sind weder schlechte Ärzte noch schlechte Krankenhäuser noch schlechte Medikamente. Das alles zählt zum Besten in der Welt. Der Grund ist vielmehr – neben einem eklatanten Versorgungsgefälle – der Raubbau, den viele Amerikaner an ihrer Gesundheit betreiben. Anders gewendet: Da sie hier besonders große Löcher reißen, benötigen sie besonders große Flicker, um sie wenigstens notdürftig zu überdecken.

Die Japaner gehen den entgegengesetzten Weg. Obwohl ihre Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung nur etwa 40 Prozent dessen betragen, was die Amerikaner für Gesundheitszwecke ausgeben, leben sie nicht nur fast fünf Jahre länger, sondern sind auch wesentlich gesünder als diese. Sie reißen erst gar nicht die Löcher, die sie hinterher wieder kostspielig stopfen müssten. Ähnlich beeindruckend ist das Verhältnis von Lebenserwartung und Gesundheit auf der einen und niedrigen Kosten auf der anderen Seite bei Österreichern, Spaniern oder Finnen. Der skizzierte Weg ist also nicht nur in Fernost, sondern auch in Europa gangbar. Wir Deutschen liegen im Mittelfeld, sowohl was den Aufwand als auch was den Gesundheitszustand – Lebenserwartung in Gesundheit – anbetrifft. Verhielten wir uns beispielsweise wie die Österreicher, würden wir zwar kaum älter werden, aber wir wären länger gesund und sparten darüber hinaus auch noch jährlich rund 76 Mrd. Euro, etwa ein Drittel unseres derzeitigen Gesamtaufwandes.

Freilich ist auch nicht auszuschließen, dass sich insbesondere mit Blick auf den demografischen Wandel so etwas wie ein schleichender oder vielleicht auch gar nicht so schleichender Paradigmenwechsel vollzieht. Die elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts, die heute in Deutschland für den Gesundheitsbereich ausgegeben werden, sind nicht in Erz gegossen. Eine stark alternde Gesellschaft könnte

ihre Präferenzen ändern und auf große Wohnungen, schnelle Autos oder lange Urlaubsreisen verzichten und stattdessen nicht nur *mehr* Gesundheitsleistungen nachfragen – das wird sie wohl oder übel ohnehin tun müssen –, sondern auch qualitativ noch hochwertigere. Präferenzveränderungen dieser Art hat es im Laufe der Geschichte immer wieder gegeben – ich erinnere an die ungeheuer kostspieligen ägyptischen Totenkulte, die wirtschaftliche Verausgabung vieler Inder für bestimmte Festivitäten oder die Bauwut der Europäer während einiger historischer Phasen. Warum sollte sich Ähnliches nicht in Bezug auf die Gesundheit wiederholen?

Diese Frage erscheint umso berechtigter, als von Jahr zu Jahr deutlicher werden wird, dass der derzeit von der Gesellschaft geforderte Leistungskatalog mit den gesellschaftlich bereitgestellten Mitteln auf Dauer nicht erfüllt werden kann. Mit den jetzt bereitgestellten Mitteln wird das staatlich organisierte Gesundheitssystem auf eine Art Grundversorgung hinauslaufen. In diesem Punkte teile ich die Auffassung des sachsen-anhaltinischen Ministerpräsidenten Böhmer, der vom Fach kommend recht gut weiß, wovon er redet. Die Optionen sind klar: Paradigmenwechsel oder Reduzierung des Gesundheitsbereichs auf eine staatlich organisierte Grundversorgung, die – Großbritannien lässt grüßen – früher oder später in eine Klassenmedizin einmünden würde.

Gegen diese Optionen wehren sich Politik und Gesellschaft mit Händen und Füßen. Für mich sehr einsichtig, wollen sie weder das eine noch das andere. Deshalb suchen sie nach einem dritten Weg. Er heißt: Ausschöpfung aller Effizienz- und Rationalisierungspotenziale. Dass es diese Potenziale gibt, ist unumstritten. Umstritten ist hingegen deren Ergiebigkeit. Die Politik hält sie für beträchtlich, die Leistungsanbieter für eher gering. Das sollte nicht weiter verwundern, denn es entspricht einer gewissen institutionell vorgegebenen Interessenlage.

Ein wenig Licht könnte da eine Untersuchung des Instituts für Gesundheits-System-Forschung in Kiel in das Dunkel bringen, die im Jahre 2005 erschienen ist. In der Untersuchung werden die Geld- und Sachleistungen miteinander verglichen, die in den 14 entwickeltsten Industrieländern im Gesundheitsbereich erbracht werden, und dann werden diese Leistungen zu den Kosten ins Verhältnis gesetzt.

Nach dieser Untersuchung sind nirgendwo die Sachleistungen so hoch wie in Deutschland. Bei einem Durchschnittswert von 100 liegt Deutschland mit 119 weit an der Spitze, gefolgt von Österreich. Weit abgeschlagen sind Großbritannien, Australien und die USA, die das Schlusslicht bilden. Bei den Geldleistungen weist Deutschland ebenfalls einen deutlich überdurchschnittlichen Wert auf, sodass es bei einer Gesamtbetrachtung von Sach- und Geldleistungen weltweit an erster Stelle steht. Das kostet. Aber kostenmäßig liegt Deutschland mit 2730 Euro Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr dennoch nur im Mittelfeld. Der Durchschnittswert liegt hier bei 2768 Euro. Deutschland ist also keineswegs schlecht bei der Verwendung seiner Mittel.

Das heißt nicht, dass es nicht noch besser werden könnte. Italiener, Belgier und Kanadier pressen noch etwas mehr Gesundheitsleistungen aus jedem Gesundheitseuro oder -dollar, was nicht gleichbedeutend ist mit einer besseren Gesundheitsversorgung in diesen Ländern. Alles, was diese Rangfolge besagt, ist, dass jene Länder für recht wenig Geld noch immer respektable Gesundheitsleistungen erbringen. Machen also auch wir uns auf den Weg der noch effizienteren Mittelverwendung.

Die Vorschläge, die hierzu von den verschiedensten Stellen unterbreitet worden sind und immer weiter unterbreitet werden, füllen Bücher. Sie hier auch nur ansatzweise referieren zu wollen, würde den Rahmen dieser Ausführungen sprengen. Nur so viel: Jede der vielen Gesundheits-

reformen, die im Laufe der Jahre wie der Wechsel der Jahreszeiten über das Land gehen, enthält in der Regel auch Elemente der Effizienzsteigerung. Dabei lehrt die Erfahrung, dass die Umsetzung dieser Elemente allenfalls kurzfristig kostendämpfend wirkt. Demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt und nicht zuletzt wohl auch Beharrungskräfte im Gesundheitsbereich halten den Trend stabil – aufwärts. Die Kosten im Gesundheitsbereich steigen, und sie werden weiter steigen.

Die Hoffnung, dieser Trend könne durch die Ausschöpfung von Effizienz- und Rationalisierungspotenzialen gebrochen werden, ist aus meiner Sicht trügerisch. Um nicht missverstanden zu werden: Diese Potenziale sollten unbedingt genutzt werden. Doch sollte niemand glauben, dass ihre volle Ausschöpfung – abgesehen davon, dass diese eher theoretischer Natur ist – ausreichen wird, um vor dem Hintergrund des demografischen Wandels medizinischen Fortschritt für alle, keine Wartezeiten, zuwendungsorientierte Pflege, hochwertige Gesundheitsversorgung und -vorsorge und anderes mehr gewährleisten zu können.

2004 – das sind die letzten verfügbaren Zahlen – gaben die Deutschen insgesamt 234 Mrd. Euro für ihre Gesundheit aus. Das sind – ich habe die Zahl bereits genannt – 2730 Euro pro Kopf und Jahr. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen beträchtlich. Für Männer werden im Durchschnitt 2320 Euro, für Frauen 3110 Euro, also ein Drittel mehr, ausgegeben. Das ist vor allem der Preis für ihre – im Vergleich zum Manne – höhere Langlebigkeit. Das Alter ist eben nicht nur weiblich, es ist auch teuer. Während Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr nur reichlich 1000 Euro Gesundheitskosten im Jahr verursachen und 45- bis 64-Jährige knapp 3000 Euro, liegt dieser Betrag bei den über 84-Jährigen – und diese Alterskohorte ist nun einmal vorwiegend weiblich – bei annähernd 15.000 Euro.

Gesundheitsmarkt zwischen Sparzwang und Entwicklungschance. Lasse ich die einzelnen Aspekte dieses Themas Revue passieren, komme ich zu keinem anderen Ergebnis als vor einem Jahr. Wollen wir in möglichst großer Gesundheit alt werden, ohne den Gesundheitssektor immer weiter aufzupumpen, müssen wir uns zu einem anderen Lebensstil durchringen und auch eine andere Krankheits-, Alters- und Sterbekultur entwickeln. Das ist wahrscheinlich die mit Abstand kostendämpfendste Reformmaßnahme. Aber sie ist mit Sicherheit auch die schwierigste. Die Politik jedenfalls ist mit ihr überfordert. Das müssen wir Bürger schon selber tun.