

Das deutsche Gesundheitswesen unter dem Primat der Ökonomie – zehn Thesen



Professor Dr. Günter Neubauer, Lehrstuhl für Volkswirtschaft an der Universität der Bundeswehr München.



Eröffnung in einem fast vollen Landestheater Schwaben.

1. These

Die Ökonomie leitet ihre Begründung von der (relativen) Knappheit der Mittel ab! Gibt es eine solche Knappheit angesichts der Tatsache, dass im Jahr 2004 in Deutschland das höchste Bruttoinlandsprodukt (pro Kopf) aller Zeiten erwirtschaftet wurde, dass die Gesundheitsausgaben einen ähnlichen Rekordstand aufweisen? Knappheit ist das Bewusstsein, was man sich nicht leisten kann!

2. These

Die Knappheit im Gesundheitssektor steigt allein dadurch an, dass der medizinische Fortschritt neue Möglichkeiten eröffnet, die wir uns nicht ungehindert leisten können, dass eine älter werdende Bevölkerung mehr Leistungen braucht.

3. These

Die Ökonomie wird zur Begrenzung des medizinisch Machbaren. Eine lahrende Wirtschaft macht die Knappheit spürbarer. Dies gilt insbesondere, wenn die Finanzierung ausschließlich auf dem Arbeitseinkommen basiert. Arbeitslosigkeit verkürzt die Mittel, obwohl die medizinischen Möglichkeiten steigen.

4. These

Die ökonomische Begrenzung der Mittel verlangt eine ökonomische Bewirtschaftung der Gesundheitsausgaben; letztere sind dorthin zu lenken, wo ein Euro den höchsten Gesundheitsbeitrag liefert.

5. These

Hier taucht die ordnungspolitische Frage auf. Wer und wie sollen die Mittel gelenkt werden:

- Durch den Staat mittels Gebote und Verbote?
- Durch Verbände mittels Verhandlungen mit und ohne Streikrecht?
- Durch die Individuen, insbesondere Arzt und Patient sowie Krankenversicherung und Versicherte?

Jede Steuerung hat ihre Eigenheiten, die systematisch von der Gesundheitsökonomie untersucht werden.

6. These

Die deutsche Gesundheitsversorgung wird durch zu viel staatliche Ge- und Verbote (Gesundheitsgesetze) und zu wenig individuelle Entscheidungen gesteuert. Letzteres bedeutet allerdings Wettbewerb, sofern freie Arztwahl und freie Versicherungswahl eingeräumt wird.

7. These

Individuelle Entscheidungssteuerung findet ihre Grenze in der Gefahr der Überforderung von Versicherten und Patienten. Daher wer-

den in einem Bereich der Basisversorgung vor allem Verbände und der Staat paternalistische Entscheidungsgewalt übernehmen. In Frage steht die Grenzziehung: Einerseits welche Individuen brauchen Schutz, welche Leistungen müssen der individuellen Verantwortung entzogen werden? Hier werden verschiedene Antworten gegeben mit der Bürgerversicherung, der Gesundheitsprämie, der privaten Versicherungspflicht.

8. These

Für den Arzt stellt sich die Ökonomisierung primär als Fremdsteuerung durch Dritte dar. Sekundär als Vorgabe von Budgets, Regelleistungsvolumina, Behandlungsstandards, Verordnungsbegrenzungen, klinische Behandlungspfade und anderes. Der Anspruch des Arztes als Fürsprecher des Patienten tätig zu sein wird dadurch eingengt, ja fast aufgehoben, im Falle eines DRG-gesteuerten Krankenhauses.

9. These

Die Gesundheitsversorgung mutiert vom freien Beruf zum Dienstleistungsgewerbe. Deutlich wird dies im Krankenhaussektor, wo Kapitalgeber Krankenhäuser betreiben, um Kapitalrendite zu erzielen. Und diese Unternehmen sind zumindest derzeit deutlich erfolgreicher als jene, die auf Gewinne verzichten und nur Krankenversorgung betreiben wollen.

10. These

Im Gesundheitssektor wird heute nicht mehr auf den Wirtschaftlichkeitsnachweis verzichtet, nur weil die Leistungen als gesellschaftlich erwünscht eingestuft werden. Mittel werden nicht aufgrund von Kostennachweis, sondern aufgrund von Leistungsnachweis als leistungsbezogene Vergütungen zugewiesen. Schließlich verlangen auch alle Beschäftigten für sich eine leistungsbezogene Vergütung und keine karitative Spende. Letztlich ist dies auch der Anlass für die Ökonomisierung: Wer leistungsbezogen vergütet werden will, muss sich den Regeln einer Leistungsgesellschaft beugen!

Es gilt das gesprochene Wort.