



DER AUTOR



Prof. Dr. Thomas Straubhaar

Direktor des HWWI

Prof. Dr. Thomas Straubhaar ist Universitätsprofessor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wirtschaftspolitik, an der Universität Hamburg. 1998 wurde er Direktor des Instituts für Integrationsforschung des Europa-Kolleg Hamburg. Seit 1999 ist er Präsident des Hamburgischen Welt-Wirtschafts-Archivs (HWWA). Seit dem 1. April 2005 ist er Direktor des Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI).

Seine Forschungsschwerpunkte sind: Internationale Wirtschaftsbeziehungen, Ordnungspolitik, Bildungs- und Bevölkerungsökonomie.

GESUNDHEITSREFORM

Wohin bewegt sich Deutschland?

Deutschland bewegt sich. Föderalismusreform, Gesundheitsreform, Elterngeld sind die einzelnen Schritte. Stimmt auch die Richtung? Da beginnen die Zweifel. Wie ein roter Faden zieht sich ein Merkmal durch alle Entscheidungen: Es wird für die Bevölkerung teurer. Ob bei der Mehrwertsteuer, der Revision der Hartz-Gesetze oder dem Elterngeld werden interne Kompromisse durch höhere Lasten für die Steuerzahler erkaufte. Die Bundesregierung sucht die Lösungen nicht bei mehr Wettbewerb, mehr Effizienz und damit geringeren Kosten und weniger Staatsausgaben. Sie geht den Weg des geringsten Widerstands. Dabei meint Widerstand nicht so sehr den Protest der betroffenen Bevölkerung.

Bei einer Großen Koalition, die im Parlament eine üppige Mehrheit hat, braucht man in der Tat kaum auf die Massen Rücksicht zu nehmen. Genau deswegen hätte die Große Koalition eine schon fast historische Chance, große Veränderungen durchzusetzen. Genau weil sie diese Chance nicht nutzt, steigt das Unverständnis über die Zögerlichkeit der Politik.

Es sind die internen Widerstände innerhalb der Großen Koalition, die zu teuren Kompromissen zu Lasten Dritter führen. Um gegen außen Handlungsfähigkeit demonstrieren zu können, muss gerade eine Große Koalition auch große gesetzgeberische Erfolge vorweisen können. In einer Großen Koalition ohne gemeinsame Ziele jenseits des reinen Machterhalts sind weit reichende Veränderungen jedoch nahezu ausgeschlossen. Eine Große Koalition ist mit

einem großen Kartell vergleichbar. Der Koalitionsvertrag schreibt zwischen den Partnern das interne Gleichgewicht fest. Jeder der beiden Partner wird in der Folge mit Argusaugen darüber wachen, dass das Machtgleichgewicht nicht verschoben wird. Deshalb ist der Stillstand programmiert. Und wenn etwas geschieht, geht es primär um das Machtgleichgewicht und nicht um die Inhalte und schon gar nicht um die steigenden Kosten zu Lasten der Steuerzahler.

Dem internen Machtgleichgewicht der Großen Koalition wird alles unterworfen – auch die innere Logik der eigenen Politik. So haben sich nach monatlängem Streit und nächtelangen Verhandlungen die Spitzen von Union und SPD Anfang Juli auf die Eckpfeiler einer Gesundheitsreform verständigt. Als erstes und wichtigstes sollen die Krankenkassenbeiträge zum 1. Januar 2007 erhöht werden. Offensichtlich stört es niemanden, dass damit die Große Koalition ihre eigene Politik torpediert.

Die Erhöhung der Mehrwertsteuer wurde der Bevölkerung als Maßnahme zur Senkung der Lohnnebenkosten verkauft. Nun wird ein Teil der Entlastung wieder kassiert. Die Deutschen sollen nun doch höhere Beiträge bezahlen. Auch wenn sie hierfür weniger Leistungen erhalten. Damit verliert die Große Koalition ein weiteres Stück ihrer Glaubwürdigkeit. Schritt für Schritt folgt sie einer Politik, die höhere Steuern und steigende Abgaben in die maroden Staatshaushalte pumpt, die, wie es die Bundeskanzlerin selber sagt, eigentlich grundsanierungsbedürftig sind.

Die Einigung bei der Gesundheitsreform ist ein Paradebeispiel dafür, wie sich die Große Koalition auf Nebenschauplätzen beharrt, ohne klar zu machen, aus welchen wirklichen Gründen man sich überhaupt zankt. Man streitet über unterschiedliche Finanzierungsmodelle, ohne zu hinterfragen, wozu eigentlich all' das Geld ausgegeben wird.

Unverzichtbar wäre stattdessen eine Diskussion der Parteispitzen darüber, was beim deutschen Gesundheitswesen grundsätzlich schief läuft und warum Deutschland bei der Gesundheit definitiv nicht Weltmeister ist. Denn trotz der hohen Kosten erreicht die deutsche Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich keinen Spitzenplatz.

Nimmt man die Lebenserwartung als zusammenfassende Kennziffer für den Erfolg eines nationalen Gesundheitssystems zeigt sich rasch, wie weit Deutschland von den erfolgreichsten Ländern entfernt ist. Japanische Neugeborene dürfen erwarten, dass sie 85jährig werden, wenn sie weiblich sind und 78jährig, wenn sie männlich sind. Deutschland liegt mit einer Lebenserwartung von 81 Jahren für neugeborene Mädchen und 75 Jahren für neugeborene Knaben deutlich zurück. Das gleiche Ergebnis zeigt sich für die Lebenserwartung aller Altersklassen, also bei der Frage, auf wie viele zusätzliche Lebensjahre 45- oder 65jährige noch hoffen dürfen. Hongkong, Kanada, Australien sowie eine ganze Reihe europäischer Länder liegen deutlich vor Deutschland. Da hilft es auch nicht, dass die USA in diesen Fällen noch einmal schlechter dastehen.

Ginge es bei der Gesundheitsreform wirklich um „Gesundheit“, müssten sich die Parteispitzen darüber Gedanken machen, wieso im internationalen Vergleich in Deutschland Krankheiten des Kreislaufsystems und vor allem Herzprobleme relativ häufige Todesursachen sind. Oder es müsste gefragt werden, wieso außer Österreich kein anderes EU-Land (für das vergleichbare Daten vorliegen) einen so

hohen Anteil an übergewichtigen Männern aufweist wie Deutschland und wieso im internationalen Vergleich auch zu viele deutsche Frauen zu übergewichtig sind. Oder es wäre darüber zu streiten, wieso in Deutschland die Bevölkerung das Gesundheitswesen nur als durchschnittlich beurteilt und nur etwa die Hälfte der Bevölkerung viel Vertrauen in das Gesundheitswesen hat – gegenüber drei Vierteln der Bevölkerung in Skandinavien, Belgien, den Niederlanden oder Österreich.

Es geht in der Gesundheitsdiskussion richtigerweise nicht darum, dass gute Gesundheit auch gutes Geld kostet. Das deutsche Problem ist es ja auch nicht, dass Deutschland für die Gesundheitsversorgung nach den USA und der Schweiz gemessen am BIP am meisten Geld ausgibt. Ein hoch entwickeltes Land darf und soll sich eine gute Gesundheitsversorgung auch etwas kosten lassen. Erst recht, wenn die Menschen immer länger leben. Denn auch wenn viele Meinungsmacher die demographische Entwicklung zum Schreckgespenst machen, bleibt richtig, dass die steigende Lebenserwartung zu aller erst ein Segen ist, der nicht zuletzt den medizinischen Fortschritten der letzten Dekaden geschuldet ist.

Wer sich über die steigenden Gesundheitskosten als Folge der demographischen Alterung der Gesellschaft beklagt, hat schlicht nicht nachgedacht. Denn dass ein erfolgreicher Kampf gegen Alterskrankheiten Geld kostet, ist selbstredend. Eine Bevölkerung, die gesünder und länger leben darf, muss mehr Geld ins Gesundheitswesen stecken. Hier zu sparen alleine des Sparens wegen, ist nichts mehr als menschenverachtend.

Eine völlig andere tatsächliche Herausforderung liegt in einer der schwierigsten Entscheidungen überhaupt, die eine Gesellschaft zu treffen hat, nämlich festzulegen, wie weit der Staat allen gleichermaßen zu allen medizinischen Leistungen Zugang verschaffen soll. Im Paradies wäre die Antwort einfach: Alle sollen alles erhalten. Die Realität ist komplexer. Um allen alles zu fi-

nanzieren, was medizinisch-technologisch machbar ist, fehlt dem Staat das Geld. Denn das Geld, das für die Gesundheitsversorgung eingesetzt wird, kann andernorts nicht ausgegeben werden. Und irgendwann kann auch die Steuerschraube nicht noch einmal stärker angezogen werden, ohne nicht den Steuerfluss zu gefährden. Also geht es um einen Abwägungsprozess. Worauf muss die Bevölkerung bei der Bildung, der inneren und äußeren Sicherheit, beim Verkehr und der Infrastruktur verzichten, wenn aus der Staatskasse ein Euro zusätzlich ins Gesundheitswesen fließt? Genauso muss ein gesellschaftlicher Konsens dafür gefunden werden, ob und wie weit das knappe staatliche Geld eher für lebensverlängernde Maßnahmen im Alter oder für lebensqualitätsverbessernde Maßnahmen in früheren Lebensphasen einzusetzen ist. Diese ethisch hoch komplexen in jeder Hinsicht mehr als schwierigen Fragen sind es, die von einer Großen Koalition aller staatstragenden Parteien, gesellschaftlichen Kräfte und der Kirchen nächtelang thematisiert, gedreht und gewendet und zum Ende nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet werden müssten.

Gerade weil es im Gesundheitswesen nie zu viel Geld geben kann, die finanziellen Möglichkeiten einer Gesellschaft jedoch Grenzen haben, geht es mehr denn je darum, mit jedem Euro, der ins Gesundheitswesen fließt, ein Maximum an Gesundheitsverbesserung zu erzielen. Und bei dieser Forderung krankt das deutsche Gesundheitswesen – nicht zuletzt einer oft falsch verstandenen Gerechtigkeitsfrage wegen.

Natürlich und völlig unstrittig muss es bei der anstehenden Gesundheitsreform auch um eine wie auch immer definierte „Gerechtigkeit“ gehen. Um aber Gerechtigkeitsziele zu verfolgen, bedarf es nicht des heutigen Systems der gesetzlichen Krankenkassen. Wem es um Gerechtigkeit geht, soll Gerechtigkeitsziele durch das Steuersystem und direkte Hilfen an Ärmere zu erreichen versuchen. Alles andere ist ungenau, ineffizient und damit auch nicht

sozial. Das gilt besonders für den Versuch, mit Hilfe der gesetzlichen Krankenkassen Gerechtigkeitsziele verfolgen zu wollen.

Versicherungen sind dazu gedacht, Menschen mit ähnlichen Risiken und mehr oder weniger zufälligen Wahrscheinlichkeiten des Schadenfalls zusammenzubringen. In einer Gesundheitsversicherung sollen sich Kranke und Gesunde gegenseitig in einer Solidargemeinschaft gemeinsam absichern. Das ist mehr als vernünftig. Wieso aber dieses Versicherungselement mit einem sozialpolitischen Element gekoppelt wird, ist ökonomisch nicht einsichtig. Sozialversicherungen sind weder effiziente Versicherungen, noch erfüllen sie die sozialpolitischen Ziele mit der erforderlichen Genauigkeit. Beispielsweise kann die Folge sein, dass gesunde, aber ärmere Ver-

sicherte besserverdienende Kranke subventionieren. Das kann niemand wirklich wollen. Direkte Hilfe ist ökonomisch sinnvoller und sozialpolitisch „gerechter“ als indirekte Maßnahmen, die immer mit Sickerverlusten in Form von Bürokratie und Fehlanreizen verbunden sind.

Die Krankenkassen sollten wie die privaten Krankenversicherungen individuelle Prämien nach rein versicherungsmathematischen Regeln berechnen dürfen. Die individuellen Prämien müssten zuallererst von den Versicherten selber einbezahlt werden. Erst danach käme die sozialpolitische Komponente zum Tragen: Wer finanziell nicht in der Lage ist, die individuellen Versicherungsprämien zu bezahlen, erhält staatliche Zuschüsse. Zwangsläufig müssten diese staatlichen Zuschüsse nicht über

Lohnabgaben, sondern aus den allgemeinen Steuern zu finanzieren sein.

Genau aus diesem Grunde stimmt beim Kompromiss einer Gesundheitsreform die Stossrichtung wenigstens in jenen Teilen, in denen versicherungsfremde Leistungen aus den gesetzlichen Krankenkassen herausgebrochen und durch das allgemeine Staatshaushalt abgedeckt werden sollen. Es ist richtig, ab 2008 die Krankenversicherung für Kinder schrittweise aus Steuermitteln zu finanzieren. „Ein wirklicher Durchbruch“ ist dieser einzige kleine Schritt jedoch noch nicht. Mehr muss geschehen, damit Deutschland nicht am Gesundheitswesen ernsthaft erkrankt.

Teile dieses Beitrags wurden im »Hamburger Abendblatt« vom 4. Juli 2006 veröffentlicht.