



Essay24

Freiheit im Gesundheitswesen als soziale Frage

Alexander Kobuss



Vorwort

Diese Publikation entstand durch den Essaywettbewerb im Jahr 2024 der Stiftung Freiheit im Gesundheitswesen. In diesem treten jährlich Schülerinnen und Schüler, Studentinnen und Studenten sowie Doktorandinnen und Doktoranden in einen akademischen Wettbewerb um die besten Argumente.

Mit dem Essaywettbewerb sollen junge Menschen einen Anreiz erhalten sich mit Themen des deutschen Gesundheitswesens zu beschäftigen. Hierbei sollen die individuelle Freiheit von Patientinnen und Patienten sowie die Rolle der ärztlichen Freiberuflichkeit im Fokus stehen.

Der Essaywettbewerb 2024 der Stiftung Freiheit im Gesundheitswesen beschäftigt sich mit dem folgenden Thema.

Umverteilung versus Kapitaldeckung im Gesundheitswesen im Spiegel der demografischen Entwicklung

Wir danken allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihre Arbeit und für die anregenden Essays und gratulieren Alexander Kobuss herzlichst zum Erfolg.

-Vorstand-
Stiftung Freiheit im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

1. Das Gesundheitswesen steuert auf einen Eisberg zu	1
2. Ökonomische Probleme der Umverteilung	2
<i>Gesundheit: von Mischwirtschaft bis zur Planwirtschaft</i>	2
3. Freiheit im Gesundheitswesen ist eine soziale Frage	4
4. Freie Systeme funktionieren besser	6
5. Literaturverzeichnis	8

1. Das Gesundheitswesen steuert auf einen Eisberg zu

„Die Rente ist sicher.“ So versuchte der frühere Bundesarbeitsminister Norbert Blüm Ende der 1980er Jahre, den Sorgen der Bürger zu begegnen, dass das Rentensystem langfristig nicht finanzierbar sei. Heute wissen wir, dass das schon damals nicht stimmte und die Lage ist seit jeher dramatischer geworden. Wie die Stiftung Marktwirtschaft unlängst berechnete, sind alle Menschen, die nach dem 10. Oktober 1987 geboren wurden, sind Verlierer unseres Sozialstaates, weil sie mehr einzahlen, als dass sie rausbekommen.¹

Mit der Perspektive, dass die Baby-Boomer bis zum Ende des Jahrzehnts in substanzieller Zahl in Rente gehen werden, so wird die Finanzierungslücke der Rente immer größer. Allerdings gibt es noch ein zweites Problem, dass in der medialen Debatte nur allzu oft vernachlässigt wird. Die Kranken- und insbesondere die Pflegeversicherung. Schon Anfang dieses Jahres warnte der Dachverband der Betriebskrankenkassen davor, dass der Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereits jetzt im Defizit ist und bis 2026 alle seine Reserven aufgebraucht sind.²

Kurzum – die Pflegeversicherung steht ähnlich die die deutsche Rentenkasse vor dem Bankrott und wird aktuell nur durch Steuerzuschüsse in Milliardenhöhe am Leben gehalten. Das Umverteilungsvolumen wird mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft weiter zunehmen. Das bringt zum einen finanzielle, aber auch soziale Herausforderungen mit sich. Denn ein Generationenvertrag zulasten der jungen und arbeitenden Menschen in Deutschland, führt auf kurz oder lang zu gesellschaftlichen Unfrieden. Es ist Zeit für einen Systemwechsel.

¹Siehe Folie 8, https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Pressemitteilungen/2024/Sozialabgabengedenktag_Praesentation.pdf, zuletzt aufgerufen am 01.05.2024.

²https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Pressemitteilungen/PM_2024/BK_K_Dachverband_Pressemitteilung_Bundeshaushalt_2024_31-01-2024.pdf, zuletzt aufgerufen am 01.05.2024.

2. Ökonomische Probleme der Umverteilung

Staatliche Umverteilung ist grundsätzlich ineffizient. Die Umverteilungsprogramme unterscheiden sich lediglich durch ihren Grad der Ineffizienz. Diese Erkenntnis leitet sich aus zwei fundamentalen Problemen her, die wir aus der Public-Choice-Theorie kennen. Zum einen das Wissensproblem; Wie der österreichische Wirtschaftsnobelpreisträger Friedrich August von Hayek feststellte, kann das Wissen in einer Planungsinstitution niemals größer sein als das dezentral verteilte Wissen in der Gesellschaft. Das ist auch keine Frage der Intelligenz, sondern die Feststellung, dass in jeder Gesellschaft Individuen unterschiedliche Präferenzen haben, über die keine zentrale Planungsinstanz Wissen erlangen kann.

Neben der Tatsache, dass der Staat als Planer zu wenig Wissen über Probleme vor Ort hat, um ihnen effizient zu begegnen, gibt es auch noch ein Anreizproblem. Wie der amerikanische Ökonom James Buchanan darstellte, haben staatliche Institutionen schlicht keinen Anreiz effiziente Systeme der Umverteilung zu konzipieren. Seine These war, dass hohe Qualität und möglichst niedrige Kosten auf einem Anreiz des Individuums fußen. Einfach gesagt – wenn jemand sein eigenes Geld für sich selbst ausgibt, dann achtet er auf die Qualität und den Preis. Da der Staat aber fremdes Geld (das der Steuerzahler) für Dinge ausgibt, die er nicht unmittelbar selbst nutzt, achtet er weder auf die Qualität noch den Preis. Das Gesundheitswesen ist hier keine Ausnahme, wie man im internationalen Vergleich deutlich sehen kann.

Gesundheit: von Mischwirtschaft bis zur Planwirtschaft

In Europa ist der National Health Service (NHS) aus Großbritannien ein besonders bekanntes Beispiel für ein Modell der Gesundheitsversorgung, die (fast) vollständig staatlich organisiert wird. Selten wir über den NHS positiv berichtet. Zuletzt überschlugen sich die britische Ärztekammer und die mediale Öffentlichkeit erneut mit Warnungen über die mangelhafte Finanzierbarkeit des Systems sowie die horrenden Mängel in der Material- und Arzneiversorgung, welche sich nicht zuletzt infolge des Brexits verschärfte. Ganz zu schweigen von den ewigen Wartezeiten bei Fachärzten, die zu massiven gesundheitlichen Problemen der Patienten und schließlich höheren Gesamtkosten führen. Im Vergleich zur britischen Mangelwirtschaft, scheint das deutsche Gesundheitswesen geradezu freiheitlich. Allerdings zeigen sich auch in unserer Mischwirtschaft gravierende Probleme der staatlichen Planung.

Informationen über Knappheiten erhalten wir in einer Marktwirtschaft über ihr wichtigstes Element: den Preis. Diese Informationsweiterleitung funktioniert am besten, sofern keine Maßnahmen ergriffen werden, um die Preise zu verzerren. Und hier liegt das größte Problem des deutschen Gesundheitswesens, von dem sich die allermeisten Mängel ableiten. In Deutschland gibt es auf dem Markt der Gesundheitsdienstleistungen kaum freie Preisbildung. Als in den letzten zwei

Jahren häufig vom Arzneimangel für Kinder die Rede war, so war dies nicht etwa durch Preisanstiege bemerkbar, sondern höchstens durch zeitweilige Engpässe in den Apotheken. Das Problem daran ist, dass den Menschen durch die mediale Berichterstattung und die Informationen des Gesundheitsministeriums über den Mangel informiert sind, aber es sich nicht im Preis niederschlägt. Was ist die Folge? In Antizipation des Mangels, kaufen Menschen mehr von den Produkten, um Engpässen vorzubeugen, was den Mangel sogar noch verschärft. Diese Entscheidung der Menschen ist rational, auch wenn sie insgesamt ein Problem erzeugt. Aufgabe des Staates ist es Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Preissignale ungestört fließen können, sodass solche Fehlanreize nicht zustande kommen.

Ähnliche Probleme mit staatlichen Preiskontrollen sehen wir in der Lohnbildung an öffentlichen Kliniken und Gesundheitseinrichtungen. Obwohl in einer Situation des Fachkräftemangels von Ärzten und Pflegern höhere Löhne die Folge wären, so binden die unflexiblen Tarifverträge die Menschen in künstlich niedrigen Lohnstrukturen. Nicht zuletzt ist das der Grund warum die Pflege, außerhalb von Zeitarbeitsverhältnissen, so unattraktiv ist. Das gleiche Phänomen lässt sich bei den Ärzten beobachten, deren Ausbildung den Steuerzahler pro Arzt über 300.000 Euro kostet, die auch wegen der verhältnismäßig bescheidenen Gehaltsperspektiven in den Tarifverträgen für Ärzte ins Ausland abwandern.

Hinzu kommt noch der Umstand, dass Kassensitze quotiert sind. Das bedeutet, dass die Bedarfsplanung des Personals zentral geplant wird. Die Folgen davon haben wir in den letzten Jahren besonders im Bereich der Versorgung mit Psychotherapeuten gesehen. Die langen Wartezeiten führen aktiv dazu, dass Menschen längerfristig psychische und körperliche Leiden ohne adäquate Behandlung aushalten müssen. Das ist nicht nur ein soziales, sondern auch ein finanzielles Problem. Denn je länger eine Krankheit unbehandelt bleibt, desto teurer ist in der Regel die Schadensbegrenzung im Anschluss, weil der Heilungsprozess retrospektiv länger braucht.

Diese ökonomische Schieflage wird sich nur verstärken je weiter der demographische Wandel voranschreitet – ergo, Gesundheitsdienstleistungen voraussehbar in höherem Umfang nachgefragt werden. So lange der Staat mit viel Steuergeld versucht das Problem zu lösen, gelangt das Gesundheitswesen und insbesondere die gesetzlichen Pflichtversicherungen an eine mathematische Grenze des Machbaren und des (staatlich) Lösbaren. Ein Gesundheitswesen, das Informationen verschleiert, indem es Preise kontrolliert, wird grundsätzlich ineffizient sein.

3. Freiheit im Gesundheitswesen ist eine soziale Frage

In der politischen Debatte gibt es zahlreiche Einlassungen zu den ökonomischen Problemen des deutschen Gesundheitswesens. Die Herausforderungen sind seit vielen Jahren bekannt und die Verschärfung durch die demographische Entwicklung sind es ebenfalls. Nichtsdestoweniger wird an Forderungen nach noch mehr staatlicher Vereinnahmung und noch mehr staatlichem Umverteilungsvolumen festgehalten. Zwar wird, wenn auch kleinlaut, eingeräumt, dass das System langfristig nicht finanzierbar ist, aber Kleinigkeiten wie finanzielle Solidität seien schließlich nebensächlich, solange das System sozial ist.

Darin steckt die implizite Annahme, dass ein größeres Umverteilungsvolumen gleichbedeutend mit einem sozialeren Gesundheitswesen ist. Diese Annahme stelle ich in Frage. Denn das stärkste Argument für ein freieres Gesundheitswesen steckt in der Tatsache, dass es auch sozialer ist. Wenn man die unterschiedlichen Perspektiven der Akteure im Gesundheitswesen betrachtet, wird der Zusammenhang schnell deutlich.

Denn der staatliche Zwang durch Preiskontrollen, Quotierung und starren bürokratischen Regeln macht etwas mit den Menschen, die in diesem System arbeiten. Auch wenn junge Ärzte mittlerweile im Studium über Techniken der ärztlichen Gesprächsführung aufgeklärt werden, die dem Patienten auf Augenhöhe begegnen, so finden diese im ärztlichen Alltag kaum Anwendung. Die medizinische Erkenntnis, dass eine positive psychische Beziehung des Patienten zum Heilungsprozess und zum behandelnden Arzt von elementarer Bedeutung ist, ist schon seit Jahrzehnten bekannt. Aber um auf einen Patienten in angemessenem Maße einzugehen, braucht es schlicht mehr Zeit als die wenigen Minuten Gesprächszeit in den Hausarztpraxen oder den Kliniken.

Das Problem liegt nicht darin begründet, dass Ärzte diese Gespräche nicht führen wollen würden oder dass Patienten kein Bedürfnis danach hätten, sondern an der Tatsache, dass hinter jeder Behandlung ein großer Stapel Formulare steckt und schlicht kein Anreiz oder Raum besteht für eine eingehende Auseinandersetzung mit dem Patienten. Das führt nachvollziehbarer Weise beim medizinischen Personal zu Ernüchterung und Frustration, wenn die Bürokratie einen großen Teil der Arbeit in einem Heilberuf beansprucht.

Gleichsam schlägt sich die Preiskontrolle auf dem Arbeitsmarkt nieder, durch den Wuchs an Tariflöhnen in Kliniken und insbesondere in der Pflege. Hinzu kommt, dass viele Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäuser nach wie vor in öffentlicher Trägerschaft sind und entsprechend staatlicher Mangelwirtschaft ausgestattet sind. Das alles sind Voraussetzungen für unangenehme Arbeitsbedingungen, die das medizinische Personal zunehmend von ihrer Arbeit und den Patienten entfremden.

Das gleiche Bild spiegelt sich bei den Patienten. In einem Gesundheitswesen, welches massiver staatlicher Kontrolle unterworfen ist, so ist jeder (gesetzlich versicherte) Patient zuvorderst ein Fall, eine Nummer und Leistungsempfänger. Für Facharztpraxen kann man mit ihm kein Geld verdienen und auch aus diesem Grund ist der (gesetzlich versicherte) Patient uninteressant. Nicht zuletzt, deswegen wenden sich viele Menschen den so genannten alternativmedizinischen Angeboten zu.

Ein System staatlicher Umverteilung entfremdet alle Beteiligten voneinander – sowohl medizinische Fachkräfte als auch die Patienten. Es entfremdet auch den Patienten von seiner eigenen Verantwortung für seine Gesundheit. Der Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung bemisst sich am Einkommen und nicht am gesundheitlichen Zustand der Person. Selbstverständlich sollten Menschen nicht für Vorerkrankungen bestraft werden, insbesondere dann, wenn sie nichts für sie können.

Ist es aber sozial gerecht, wenn eine Person, die raucht, besonders viel Alkohol trinkt oder andere Drogen konsumiert, den gleichen Krankenkassenbeitrag zahlt, wie eine Person, die sehr gesund lebt? Zumindest diese Frage muss zulässig sein, denn gegenwärtig verschwinden die Informationen über die Kosten, die ein einzelner der Solidargemeinschaft verursacht einfach in den Umverteilungstöpfen. Das gilt im Übrigen nicht für die Beiträge zur Krankenversicherung, sondern auch für die Frequenz an Arztbesuchen.

Eine substantielle Anzahl an gesetzlich versicherten Personen, sucht häufig Ärzte auf, weil sie akuten Bedarf nach einer Behandlung oder Vorsorge haben, sondern auch aus anderen Gründen, die einen Arztbesuch nicht zwingend rechtfertigen – zumindest aus finanzieller Hinsicht. Auch die Kosten jedes Arztbesuches existieren in der Wahrnehmung der meisten Menschen nicht, weil sie schlicht ihre Versichertenkarte abgeben und nicht damit rechnen, dass gerade durch diesen Arztbesuch Kosten für die Gemeinschaft entstanden sind.

Dieser Moral Hazard ist eben nicht nur ein finanzielles Problem, sondern auch ein soziales. Das System der staatlichen Umverteilung entfremdet die Menschen untereinander und lädt dazu ein, sich nicht eigenverantwortlich mit der eigenen Gesundheit und ggf. den damit verbundenen Kosten für die Gemeinschaft auseinanderzusetzen.

4. Freie Systeme funktionieren besser

Blickt man auf internationale Ranglisten der qualitativ hochwertigsten und akzeptiertesten Gesundheitssysteme tauchen zwei Staaten an der Spitze auf, die durchaus einen interessanten Blick auf mögliche Lösungsansätze aufwerfen. Die Schweiz und Singapur. Ich verwies bereits im Verlaufe dieses Essays darauf, dass die Schweiz nicht nur für deutsches Gesundheitspersonal, sondern auch für Deutsche insgesamt ein beliebtes Auswanderungsziel darstellt. Das liegt nicht zuletzt an dem Gesundheitswesen in der Schweiz.

Die Schweiz wendet gemessen an ihrem Bruttoinlandsprodukt im Jahre 2022 circa 11,3 Prozent für Gesundheitsausgaben auf. Das sind 1,4 Prozent weniger als in Deutschland. Besonders interessant: Der Anteil der öffentlichen Ausgaben liegt bei unter 8 Prozent gemessen am BIP in der Schweiz.³ Dieser Anteil ist in Deutschland deutlich größer. Damit ist der Anteil der freiwilligen Aufwendungen für Gesundheit fast doppelt so groß wie in Deutschland und dennoch insgesamt günstiger als hierzulande. Was machen die Schweizer anders?

In der Schweiz gibt es schlicht kein öffentliches Kranken- und Pflegeversicherungswesen. Stattdessen gibt es ein breites Angebot an privaten Versicherungsdienstleistern. Es herrscht lediglich eine Pflicht zur Versicherung. Das bedeutet, dass die Schweizer sich versichern müssen und auch dass keine Person aufgrund von Vorerkrankungen pauschal von den Versicherungen abgelehnt werden darf. Dadurch kann jede Person den Versicherer auswählen, der seiner Meinung nach am besten zu seinen individuellen Gesundheitsbedürfnissen passt. Diese Form des Wettbewerbs zwischen den privaten Gesundheitsdienstleistern führt zu einer besseren Qualität und in der Regel auch zu einem moderateren Preis.

Auch ist der Eigenanteil an Behandlungen in der Schweiz zunächst größer. Das führt dazu, dass überflüssige Arztbesuche tendenziell vermieden werden, da Patienten einen besseren Überblick darüber haben wie viel ein Arztbesuch tatsächlich kostet. In Summe zahlen Schweizer dadurch nicht mehr als Deutsche durch die Umlage, sondern ihre individuellen Kosten sind einfach sichtbarer, was zu einem achtsameren Umgang mit der Ressource Gesundheit führt.

Besonders viel Wert auf Eigenverantwortung legt auch Singapur, die sogar nur 5,5 Prozent ihres BIP für Gesundheitsausgaben aufwenden.⁴ Davon stammt der Großteil aus privater Hand. Bis zum Ende der britischen Kolonialzeit entsprach das Gesundheitswesen Singapurs in etwa dem britischen NHS. Die großen sichtbaren Probleme wurden nach der Unabhängigkeit des Landes im Jahre 1963 durch eine radikale Reform angegangen. Im heutigen Gesundheitswesen baut Singapur auf

³ OECD: Health at a Glance, 2023, S. 157.

⁴[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-),), zuletzt aufgerufen am 01.05.2024.

drei Säulen, von denen nur eine als Solidarmodell für Menschen mit sehr geringem Einkommen ausgestaltet ist. Die wichtigsten Prinzipien der beiden anderen Säulen: Eigenverantwortung und Kapitaldeckung.

Für die erste Säule, genannt „Medisave“, müssen Singapurer einen Teil ihres Einkommens in ein individuelles Gesundheitskonto investieren, von dem die Gesundheitsausgaben gedeckt werden. Dadurch besteht stets ein Überblick über die eigenen Ausgaben. Die zweite Säule, genannt „Medishield“, soll vor unerwartet hohen Ausgaben, wie einer Krebsbehandlung, schützen. Auch hier ist ein Eigenanteil von 20 Prozent vorgesehen. Dieses System schafft in Singapur nicht nur ein deutlich größeres Bewusstsein für die eigene Gesundheit und die damit verbundenen Kosten, sondern ist auch deutlich nachhaltiger finanziert, weil es sich nicht auf eine Umlage verlässt.

Von beiden Systemen kann Deutschland etwas lernen, wenn es sein Gesundheitswesen zukunftsfähig machen will. Der Weg in ein freies Gesundheitswesen in Deutschland ist aus ökonomischen Gründen unabdingbar. Denn die Frage, wann das deutsche Umlagewesen in der Kranken- und Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels nicht länger finanzierbar ist, ist nur eine Frage der Zeit. Aber nicht nur die ökonomischen Gegebenheiten machen diese Reformen nötig.

5. Literaturverzeichnis

OECD: Health at a Glance, 2023.

Internetquellen:

BKK Dachverband:

[https://www.bkk-](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Pressemitteilungen/PM_2024/BKK_Dachverband_Press)

[dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Pressemitteilungen/PM_2024/BKK_Dachverband_Press](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Pressemitteilungen/PM_2024/BKK_Dachverband_Press)
[emittierung_Bundeshaushalt_2024_31-01-2024.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Pressemitteilungen/PM_2024/BKK_Dachverband_Press)

zuletzt aufgerufen am 01.05.2024.

Stiftung Marktwirtschaft:

https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Pressemitteilungen/2

[024/Sozialabgabengedenktag_Praesentation.pdf](https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Pressemitteilungen/2)

zuletzt aufgerufen am 01.05.2024.

Weltgesundheitsorganisation (WHO):

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-))
[expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-))

zuletzt aufgerufen am 01.05.2024

Autor

Alexander Kobuss (26), wurde 1998 in Köln geboren. Er hält einen Master of Education in den Fächern Sozialwissenschaften, Bildungswissenschaften und Geschichte von der Universität zu Köln. Gegenwärtig promoviert er an der Universität Siegen am Lehrstuhl für Kontextuale Ökonomik. In seiner Forschung beschäftigt er sich schwerpunktmäßig mit Fragen der Wirtschaftstheorie, der Geschichte der sozialen Marktwirtschaft und liberaler Ideengeschichte.

Herausgeber

Stiftung Freiheit im Gesundheitswesen
Arabellastr. 19a
81925 München
kontakt@freiheitig.de

Vorstand:

Stefan Tilgner (Vorsitzender)

Dr. jur. André Byrla (stellv. Vorsitzender)