

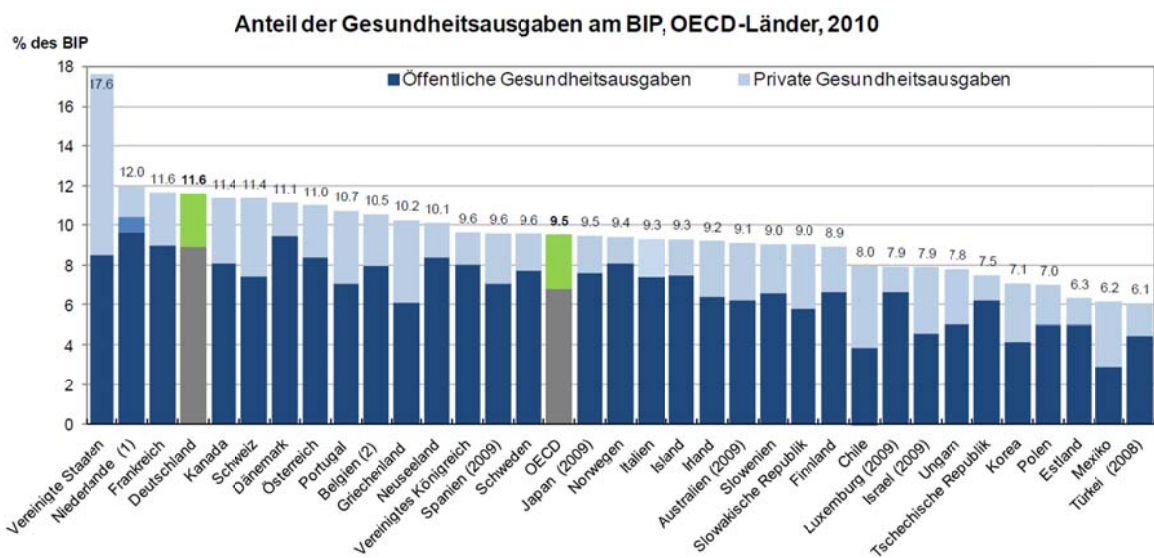
Wie zukunftsfähig ist das deutsche Gesundheitswesen?

Grunddaten

Die Gesundheitsausgaben lagen in Deutschland im Jahr 2011 bei insgesamt 293,8 Milliarden Euro. Gegenüber dem Jahr 2010 ist dies eine Zunahme von 5,5 Milliarden Euro (1,9 Prozent). Auf jeden Einwohner entfielen dabei rund 3.590 Euro. Die Gesundheitsausgaben betragen damit 11,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Im Jahr 2010 lag dieser Wert bei 11,5 Prozent (11,6 Prozent bei der OECD-Berechnung). Der Rückgang lässt sich auf eine anhaltend starke Wirtschaftsleistung zurückführen. Größter Ausgabenträger im Gesundheitswesen war die gesetzliche Krankenversicherung mit 168,5 Milliarden Euro.

Lfd. Nr.	Gegenstand der Nachweisung	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
		%									
1	Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP	10,1	10,4	10,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,5	11,3	
		Euro									
2	Gesundheitsausgaben je Einwohner	2 290	2 590	2 920	2 990	3 090	3 220	3 410	3 530	3 590	

Quelle: Statistisches Bundesamt



Quelle: OECD

Finanzierung / Hintergründe

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist der Hauptversicherungsträger und versichert ca. 70 Millionen Patienten. Die Private Krankenversicherung (PKV) versichert rund 8,8 Millionen Personen. 72,9 Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben (293,8 Mrd.) werden von öffentlichen Ausgabenträgern finanziert, 27,1 Prozent dagegen von privaten Ausgabenträgern. Die größte Finanzierungsquelle ist die GKV mit einem Anteil von 57,6 Prozent, gefolgt von den privaten Haushalten mit 13,6 Prozent und der PKV mit 9,3 Prozent. Der Steueranteil beträgt 4,8 Prozent und die Arbeitgeber steuern 4,2 Prozent bei. Dadurch dass die Krankenversicherungen den größten Teil der Finanzierung im Gesundheitswesen tragen wird deutlich, warum sich alle Reformansätze um deren Finanzierung drehen. Seit Jahren gibt es in der Diskussion die zwei dominierenden Reformansätze der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie (Kopfpauschale). Sowohl die SPD, die Grünen und auch die Linke fordern in ihren Wahlprogrammen einen einheitlichen Versicherungsmarkt für alle Bürgerinnen und Bürger.

Als Ursachen für die jährliche Steigerung der Gesundheitsausgaben werden i.d.R. die folgenden Faktoren genannt:

- demografische Entwicklung
- medizinischer Fortschritt
- Preisentwicklung
- verändertes Inanspruchnahmeverhalten
- veränderte Angebotsstrukturen
- politische Entscheidungen, beispielsweise zum Leistungskatalog

Zwar sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland über dem OECD-Durchschnitt, jedoch steigen sie nicht so viel stärker als die allgemeine wirtschaftliche Leistungskraft. In den Jahren 1995 bis 2010 ist die reale durchschnittliche Wachstumsrate der Gesamtausgaben für Gesundheit um rund 6,4 Prozent gestiegen. Die reale durchschnittliche Wachstumsrate des BIP um 3,7 Prozent. Darüber hinaus ist das deutsche Gesundheitswesen einer der größten Arbeitgeber in Deutschland, rund fünf Millionen Menschen sind in der Gesundheitswirtschaft tätig (jeder siebte Arbeitnehmer). Die Gesundheitswirtschaft erbringt mehr als 10 Prozent des BIP (ca. 260 Milliarden Euro).

Stationärer Sektor

Auf den stationären Sektor entfielen im Jahr 2011 rund 37 Prozent (107,4 Mrd. Euro) der gesamten Gesundheitsausgaben, dies sind 3,2 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Krankenhäuser sind der größte Ausgabenfaktor im stationären Bereich mit 76,8 Milliarden Euro. Dem stationären Vergütungssystem liegt seit dem Jahr 2004 ein Patientenklassifizierungssystem zugrunde, welches die Patienten klinisch definierten Gruppen (DGGs) zuordnet. Die Fallzuordnung im DRG-System basiert auf einem Gruppierungsalgorithmus, nach welchem jeder Behandlungsfall anhand verschiedener Kriterien in eine DRG-Fallgruppe eingeordnet wird.

Ausblick

Das deutsche Gesundheitswesen verfügt, trotz der nicht zu leugnenden Probleme und Herausforderungen, im internationalen Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge und eines der höchsten Versorgungsniveaus. Die Leistungen sind zudem

mit vergleichsweise niedrigen Zuzahlungen verbunden und es besteht ein überdurchschnittlich guter Zugang zur Gesundheitsversorgung. Trotzdem müssen die Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen modernisiert und weiterentwickelt werden, um den Anforderungen, die sich aus den Entwicklungen in Medizin und Demografie ergeben, gerecht zu werden. Jedoch sind die vorliegenden Zahlen nicht so dramatisch, wie es die öffentliche und mediale Diskussion vermuten lassen würden. Im Anhang sind aktuelle Vorschläge der im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien zur künftigen Weiterentwicklung der Finanzierung des Gesundheitswesens zu finden. Eine in diesem Kontext diskussionswürdige Frage an die Gesellschaft wäre: Wie viel Gesundheit wollen wir uns künftig leisten?

Quellen:

- Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Data 2012. Paris, OECD.
- Statistisches Bundesamt, OECD-Gesundheitsdaten 2012, Wiesbaden 2013.

Aus den Wahlprogrammen zur Bundestagswahl:

CDU/CSU: Führende CDU-Gesundheitspolitiker verweisen darauf, dass in der gesetzlichen Versicherung das jetzige System mit gedeckeltem Arbeitgeberanteil und Zusatzbeiträgen zulasten der Kassenmitglieder fortgeführt werden soll. Die momentan nur als Möglichkeit bestehenden Zusatzbeiträge sollen tatsächlich in größerem Stil erhoben werden und den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen anheizen. Sie sollen aber sozial ausgeglichen werden. Die CSU sieht Zusatzbeiträge kritisch und legt Wert darauf, den Kassen wieder die Entscheidung über die Beitragshöhe zu geben. Die private Krankenversicherung soll nach überwiegender Ansicht in der Union bestehenbleiben.

FDP: Die FDP wendet sich gegen zu viel Staat und Lenkung im Gesundheitsbereich, sie will Wahlfreiheit und mehr Selbstbeteiligung der Versicherten. Eine starke private Krankenversicherung soll erhalten bleiben. Bei gesetzlich Versicherten soll weiter gelten, dass die Beiträge sich nicht mehr so stark an den Löhnen ausrichten und die Belastung der Arbeitskosten begrenzt wird. Da die Versicherten dann mehr zahlen müssen, soll es weiter einen Sozialausgleich aus Steuermitteln geben.

SPD: Eine Bürgerversicherung für alle soll eingeführt werden. Die privat Versicherten könnten dann für ein Jahr befristet wählen, ob sie wechseln wollen. Für die Behandlung gesetzlich und privat Versicherter sollen die Ärzte das gleiche Honorar bekommen. Nach SPD- Vorstellungen sollen alle Bürger auf selbstständige und nichtselbstständige Einkommen einen gleichen Beitrag auf ihren Bruttoertrag bezahlen. Zur Finanzierung der Kassen sollen Arbeitgeber und -nehmer zu gleichen Teilen beitragen. Als dritte Säule soll der Steuerzuschuss angehoben werden.

Grüne: Auch die Grünen wollen eine Bürgerversicherung mit gleicher Behandlung aller Einkommensarten, auch von Kapitaleinkommen und Mieteinnahmen. Die Beitragsbemessungsgrenze soll auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau steigen. Sowohl die gesetzlichen als auch private Krankenversicherer sollen die Bürgerversicherung anbieten können.

Linke: Zuzahlungen und Zusatzbeiträge sollen abgeschafft werden. Arzneimittelpreise sollen begrenzt werden - verantwortliche Behörden sollen Preise festsetzen. Kliniken sollen besser finanziert werden. Eine Kasse für alle - auch die Linke spricht von Bürgerversicherung - soll helfen, den Beitragssatz auf Jahre hinaus bei etwas über zehn Prozent des Einkommens zu halten. Auf Löhne und Renten müssten die Versicherten nur noch einen Anteil von 5,25 Prozent zahlen. Auch die Arbeitgeber würden einen Anteil von 5,25 Prozent statt bisher 7,3 Prozent zahlen. Die private Vollversicherung will die Linke abschaffen. Die private Krankenversicherung wird auf Zusatzleistungen beschränkt und den Beschäftigten der Versicherungsunternehmen ein sozial verträglicher Übergang in die gesetzlichen Kassen ermöglicht.