



MANAGERKREIS DER FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG

Wachstumsfeld Gesundheit?

Reformen für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit,
Solidarität und Eigenverantwortung

Arbeitsgruppe:

Dr. Heik Afheldt (Federführung)
Stefan David
Anke Domscheit
Edmund Fröhlich
Florian Gerster (Federführung)
Christiane Krajewski
Günter Schlatter
Dieter Stein
Dr. Hans-Peter Wagner

unter Mitarbeit von
Dr. Peter Oesterdiekhoff
Prof. Dr. Stefan Sell
Michael Tröster

Juni 2005

Gliederung

Zusammenfassung	i
Vorwort	1
I. Unsere Ziele	1
1. Was wollen wir? Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung	1
2. Was meinen wir? Gesundheit ist mehr als die Vermeidung von Krankheit	2
3. Wo stehen wir? Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems	3
II. Das Modell des Managerkreises	6
1. Einen wirkungsvollen Wettbewerb organisieren, der Qualität und Wirtschaftlichkeit garantiert	6
2. Eine Finanzierung, die eine Balance zwischen Eigenverantwortung und Solidarität ermöglicht: Ein prämiensorientiertes Modell	9
3. Zwischen „gutem“ und „schlechtem“ Wachstum unterscheiden: Wachstumsfelder im Gesundheitswesen	11
III. Schritte zur Umsetzung – Blickpunkt Bundestagswahl 2005	17
1. Versicherungsfremde Leistungen in der GKV systemgerecht finanzieren	19
2. Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags – eine akzeptable Übergangslösung	19

Wachstumsfeld Gesundheit?

Reformen für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung

Zusammenfassung

Mit seinem neuen Thesenpapier „Wachstumsfeld Gesundheit?“ knüpft der Managerkreis an seine im Juni 2003 vorgelegten Positionen zur Gesundheitsreform an. Im Licht der ersten Ergebnisse der Gesundheitsreform 2004 und vor dem Hintergrund der konfrontativen Diskussion über neue Finanzierungssysteme **werden die Vorschläge von 2003 überprüft und geeignete Reformschritte aufgezeigt, die das bestehende System funktionstüchtiger machen.** Dabei stellt der Managerkreis **vier Ziele** in den Vordergrund, denen unabhängig von der konkreten Ausgestaltung des Gesundheitssystems Priorität eingeräumt werden muss:

1. Die **Qualität** des Gesundheitswesens ist in Deutschland relativ hoch, nachweisbar u.a. am guten Zugang zu den Leistungen und dem hohen fachlichen Betreuungsstandard. Dennoch ist die „gefühlte“ Qualität, die Zufriedenheit der Menschen mit dem Gesundheitswesen, noch nicht zufrieden stellend.
2. Die relativ hohen Ausgaben stehen im internationalen Vergleich nicht im Einklang mit den Ergebnissen. Die unbefriedigende Effizienz des Gesundheitssystems weist auf Mängel in seiner **Wirtschaftlichkeit** hin.
3. Unbedingte Priorität besitzt das Ziel, allen Menschen den Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen zu gewähren. **Solidarität gebietet daher, jeder Person unabhängig von ihrer Einkommenssituation Versicherungsschutz zu ermöglichen.** Sie schreibt aber nicht vor, auf welche Weise dies zu geschehen hat, ob über einen einkommensabhängigen Beitrag oder eine Pauschale, die durch Transferleistungen sozial abgedeckt wird. In Unkenntnis der konkreten Ausgestaltung kann auch nicht eine Modalität als solidarischer als die andere dargestellt werden.
4. **Eigenverantwortung** ist in einer Wirtschaftsordnung, die auf Konsumentensouveränität basiert, auch und gerade im wachsenden Gesundheitssektor eine Selbstverständlichkeit. Sie sorgt für den rationalen Einsatz der vorhandenen Mittel, da die informierten Klienten ihre Präferenzen selber am besten kennen. In den dynamisch wachsenden Randbereichen der Gesundheitswirtschaft (Prävention, Wellness u.a.) ist dieser Aspekt schon heute von besonderer Bedeutung.

Bereits in seinem Thesenpapier von 2003 hatte der Managerkreis dafür plädiert, dass der Gesundheitssektor nicht allein als Kostenbelastung der Gesamtwirtschaft begriffen werden darf. Das Wachstumspotential eines überdurchschnittlich wachsenden Sektors der Volkswirtschaft würde damit negativ bewertet und möglicherweise unterdrückt. Entscheidend ist die **Differenzierung zwischen „gutem“ und „schlechtem“ Wachstum.** Ein relativ wachsender Gesundheitssektor ist ein Zeichen zunehmenden Wohlstandes, der individuell und gesellschaftlich eine höhere Bereitschaft entstehen lässt, in das Gut Gesundheit zu investieren. Bei geringer Effizienz stünden dem Wachstum der Ausgaben jedoch keine äquivalenten Leistungen gegenüber. **Für den Managerkreis steht daher fest, dass die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit eine wichtige Voraussetzung ist, alle anderen oben genannten Ziele zu erreichen und die Wachstumsspielräume auf den Gesundheitsmärkten auszuschöpfen.** Erst wenn die Mittel im Gesundheitssektor kosteneffektiv und bedarfsgerecht eingesetzt werden, lassen sich angesichts der enger gewordenen Verteilungsspielräume Ziele wie die Erhöhung der Qualität, die Sicherung des solidarischen Zugangs zu medizinischen Leistungen und die Stärkung von Eigenverantwortung auf Dauer realisieren.

Die wachsende Bedeutung von Effizienzsteigerungen für die Realisierung gesundheitspolitischer Zielen verdeutlicht ein Blick in die Zukunft. In den kommenden Jahrzehnten werden wir eine starke Alterung der Bevölkerung und insbesondere einen dramatischen Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen erleben. Die Kosten für medizinische Leistungen, Pflege und Betreuung werden dementsprechend zunehmen. Der medizinisch-technische Fortschritt hat zwar in einzelnen Fällen kostensparenden Charakter, weitet aber insgesamt das Spektrum der Behandlungsoptionen aus und lässt steigende Gesamtausgaben erwarten. Öffentliche Haushalte werden bei enger werdenden Finanzierungsspielräumen vor wachsenden Schwierigkeiten stehen, die Mittel für Investitionen und Subventionen im Gesundheitssystem aufzubringen.

Um den Zugang aller Menschen zu den Leistungen langfristig zu sichern, müssen daher die vorhandenen Effizienzreserven ausgeschöpft werden. Dies setzt die Stärkung des Wettbewerbs in allen Segmenten des Gesundheitswesens voraus. Zur Intensivierung des Wettbewerbs schlägt der Managerkreis eine Reihe von Maßnahmen vor, die auf die gravierendsten strukturellen Defizite des Gesundheitssystems zielen: Auflösung der kartellähnlichen Strukturen, die von den KVs und den GKVn gebildet werden, Eliminierung der Systemgrenze zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen, Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Abschaffung des Systems der Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel und komplette Aufhebung des Mehrfachbesitzverbots von Apotheken. Weitere Effizienzgewinne durch technisch-organisatorische Maßnahmen lassen sich durch die Aufhebung der Trennung des stationären und ambulanten Sektors, verbesserte Abläufe in den Krankenhäusern, die Einführung der elektronischen Patientenakte, telematische Innovationen und eine bessere Abrechnungspraxis bei den Kostenträgern erzielen. Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems von 2003 wurden wichtige Schritte zur Strukturreform eingeleitet. Allein vom elektronischen Rezept, das durch die Gesundheitskarte ab 2006 eingeführt wird, werden jährliche Einsparungen in Höhe von €200 Millionen erwartet. Das Thesenpapier stellt eine umfangreiche Liste von weiteren Vorschlägen für Effizienzverbesserungen in einzelnen Bereichen vor.

Die nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems wird nicht zuletzt davon abhängen, wie wirkungsvoll seine Effizienz gehoben wird. Gleichzeitig muss die Finanzierung auf eine breitere Basis gestellt und von der Entwicklung der Löhne und des Arbeitsmarktes gelöst werden. Gesundheitsmarkt und Arbeitsmarkt dürfen nicht zu beiderseitigem Schaden aneinander gekettet sein, sondern müssen sich im Prinzip unabhängig voneinander entwickeln können. Unter diesem Aspekt ist ein prämiensorientiertes Modell zu bevorzugen. **Der solidarische Ausgleich der Prämienlasten durch steuerfinanzierte Transfers ist essentieller Teil eines prämiensorientierten Modells und wird durch die politische Vorgabe geregelt, wie hoch die Belastung eines Haushalts durch den Krankenversicherungsbeitrag maximal sein darf.**

Vor dem Hintergrund der anhaltenden Diskussion unter Fachleuten und in der Öffentlichkeit, welchem Konzept generell der Vorzug zu geben sei und wie die Ausgestaltung im Detail aussehen soll, schlägt der Managerkreis zwei Reformmaßnahmen vor, die den Übergang in ein anderes System nicht verbauen: **die steuerfinanzierte Umfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen**, die bisher über Beitragsmittel finanziert werden, und **das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags** mit dem Ziel, die Lohnnebenkosten dauerhaft einzugrenzen. Die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen sollte mit der Einführung einer „Familienkasse“ verbunden werden, die alle familienpolitisch motivierten Leistungen aus Steuermitteln finanziert. Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags koppelt Zuwächse des Beitragssatzes vom Arbeitsverhältnis ab und entlastet den Faktor sozialversicherungspflichtige Arbeit von gesundheitsbedingten Anstiegen der Lohnnebenkosten. Beide Reformschritte würden das bestehende Gesundheitssystem nicht grundsätzlich verändern, es jedoch zukunftsfähiger machen.

Vorwort

Mit dem Papier „**Wachstumsfeld Gesundheit – 12 Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik**“ vom Juni 2003 hat der Managerkreis seine Position zur Gesundheitsreform in Deutschland vorgelegt, bevor der Sachverständigenrat und die Parteien ihre heute diskutierten Vorschläge der Öffentlichkeit zugänglich gemacht hatten. Zwei Ziele haben die Autoren seinerzeit besonders geleitet:

1. **Auf der Leistungsseite:** Sinnvolles Wachstum von Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor in Deutschland durch mehr Wettbewerb und höhere Effizienz zu ermöglichen,
2. **Auf der Finanzierungsseite:** die vermutlich weiter steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung von den Arbeitskosten abzukoppeln und eine obligatorische Grundversicherung durch steuerfinanzierte Ausgleichszahlungen sozial abzufedern.

Dieses sozialpolitisch und ökonomisch vernünftige Modell ist unter der Marke „Kopfpauschale“ oder „Gesundheitsprämie“ als Gegen-Modell zur „Bürgerversicherung“ in die weiterhin kontroverse politische konfrontative Diskussion gelangt.

Der Managerkreis steht weiterhin zu seinen Forderungen aus dem Jahr 2003. **Er möchte mit dieser zweiten Stellungnahme die Diskussion aus der wenig fruchtbaren ideologischen Falle „hier Bürgerversicherung – dort Kopfpauschale“ herausführen, seine Reformvorschläge auch im Lichte der ersten Ergebnisse der Gesundheitsreform 2004 überprüfen und – wo sinnvoll – unterstreichen. Er zeichnet Pfade auf, die aus dem bestehenden System schrittweise zu einem nachhaltig funktionstüchtigen und leistungsstarken Gesundheitswesen führen können. Der Managerkreis ist überzeugt davon, dass der Reformdruck seit 2003 weiter gewachsen ist.**

I. Unsere Ziele

1. Was wollen wir? Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung

Vier gleich gewichtige Ziele dienen zur Orientierung für gesundheitspolitisches Handeln: **Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung.** Diesen Maßstäben muss das Gesundheitswesen gerecht werden. Keines dieser Ziele kann und darf auf Kosten eines anderen optimiert werden.

Qualität: „Gesundheit ist für die meisten Menschen ein absolut prioritäres Gut“ (Managerkreis 2003). Bei allen Klagen über Defizite des deutschen Gesundheitswesens gilt: „Insgesamt sind die Menschen während ihres längeren Lebens heute sehr viel gesünder als früher“ (MK 2003). Dennoch wird die „gefühlte Qualität“ der Leistungen von vielen Patienten eher negativ beurteilt.

Wirtschaftlichkeit: Hohe Ausgaben für Gesundheit sind nicht per se gerechtfertigt. Ein optimales Verhältnis von Aufwand und Ertrag ist auch für die existenzielle Frage der gesundheitlichen Versorgung zwingender Maßstab. Wettbewerb ist ein wichtiges Instrument, um Effizienz zu verbessern. Dem Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen muss durch Systemveränderungen weitestgehend Geltung verschafft werden. Es gelten die Abgrenzungskriterien des Leistungskatalogs der GKV gemäß Sozialgesetzbuch V: „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig“.

Solidarität: Bei aller Notwendigkeit zur Systemveränderung bleibt das existenzielle Schutzbedürfnis des Einzelnen Maßstab für das garantierte Niveau gesundheitlicher Versorgung im Sozialstaat. Dies gilt heute für den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung oder morgen im Rahmen einer allgemeinen Grundversicherungspflicht mit Kontrahierungszwang der Anbieter. **Keiner darf aus finanziellen Gründen den grundlegenden Versicherungsschutz verlieren.**

Eigenverantwortung: Aus einer Vielzahl von psychologischen, ökonomischen und auch medizinischen Gründen sollen die Menschen ein größeres Maß an Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Das setzt voraus, dass sie die nötigen Informationen über die Angebote und die medizinischen Wirkungen erhalten (können). Sonst sind keine rationalen Entscheidungen möglich. Das Internet und ein wachsendes Angebot an Gesundheitsmedien können gute Voraussetzungen schaffen und die **Verbrauchersouveränität** stärken.

2. Was meinen wir? Gesundheit ist mehr als die Vermeidung von Krankheit

Gesundheit wird zunehmend **nicht nur als „Abwesenheit von Krankheit“** sondern als umfassende Lebensqualität empfunden. Die Grenzen zwischen Kuration, Rehabilitation, Prävention und Pflege werden fließend und andere Sektoren wie Tourismus, Kosmetik, Ernährung und Sport („Lifestyle“) werden einbezogen.

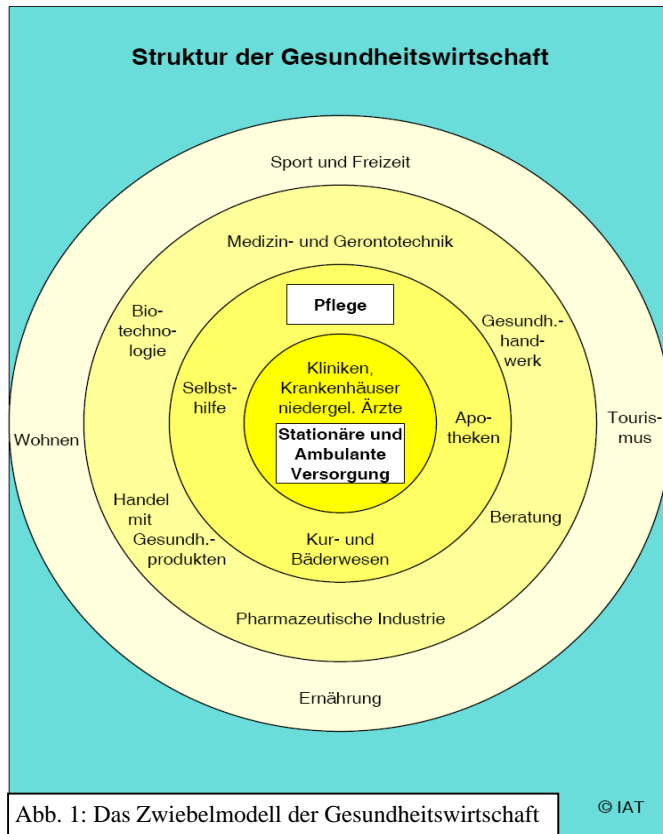


Abb. 1: Das Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft

© IAT

Prävention: Die zentralen Ziele des Gesundheitswesens sind nur zu erreichen, wenn es nachhaltig gelingt, Krankheiten zu vermeiden oder deren negative Folgen für die Patienten abzumildern. Die alarmierenden Meldungen über den körperlichen Zustand der Kinder und Jugendlichen (Bewegungsmangel und Adipositas) beleuchten das Problem. Zum ersten Mal ist die nachwachsende Generation weniger gesund als die vorherige!

Das von der Bundesregierung verabschiedete Präventionsgesetz ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Es sieht **individuelle Leistungen zur Verhaltensänderung** (etwa Kurse zur Stressbewältigung oder zum Bewegungsverhalten), **Settingleistungen** (Projekte in Lebenswelten wie Kindergärten und Schulen) und eine **verstärkte betriebliche Gesundheitsförderung** vor. Hierfür ist ein Finanzvolumen von bis zu 250 Mio. Euro vorgesehen.

Rehabilitation ist mit Ausgaben von rund 10 Mrd. Euro im Jahr ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung. Es gibt in Deutschland rund **1300 Kliniken** mit einer seit Jahren stabilen Zahl von **190.000 Betten**. Nach dem Beitragsentlastungsgesetz von 1997 sanken die Auslastungen deutlich, Betten wurden abgebaut, dennoch stiegen die Überkapazitäten. Heute geht man von rund 24 % Überkapazitäten aus, was in der Branche als Krisensymptom bezeichnet wird, weil neben der erwünschten Effizienzsteigerung auch ein ruinöser Preiskampf und Verdrängungswettbewerb entsteht.

Wellness/Fitness: Wellness wird als „Wohlbefinden an Körper, Geist und Seele“ verstanden. Der Mensch wird „ganzheitlich“ angesprochen, also mit allen Sinnen. Ziel ist es, die Fähigkeit zur Lebensfreude zu fördern, das Loslösen von Alltagsorgen und Stress zu üben, Sinn für Schönheit und Freude an Körper und Seele zu wecken, zu bewusster Lebensweise zu motivieren und damit gesünder zu leben.

„Steigende Ausgaben für gesundheitsnahe Leistungen wie aus dem Wellness-Bereich zeigen, dass eine wachsende Zahlungsbereitschaft für das Gut Gesundheit vorhanden ist“ (Allianz 2004). Die verschiedenen Abgrenzungen des **Wellness-Marktes** führen zu divergierenden Angaben über seine Größe. Sie liegt **zwischen 43 Mrd. Euro und 73 Mrd. Euro p.a.** mit einer prognostizierten jährlichen **Wachstumsrate von 5 – 6%**. Die Zahl der **Wellness-Beschäftigten** wird auf **750.000** geschätzt. Dabei sind vermutlich auch die klassischen Branchen wie Kuren, Massage und Physiotherapie (243.000) mitgerechnet, die dem Sektor Fitness und Sport zugeordnet werden könnten (224.000).

Pflege: Die Pflege ist ohne Zweifel ein wesentlicher Teil des Gesundheitssystems. Es wird inzwischen als ein großer Fehler angesehen, dass die Pflegeversicherung als letzter Zweig der Sozialversicherung nach dem Umlageverfahren eingeführt worden ist. **Eine Integration in ein neues ganzheitliches Gesundheitssystem ist sinnvoll.**

Ungleichbehandlung der Geschlechter im deutschen Gesundheitssystem

Es gibt eine lange historische Tradition, medizinische Probleme, Diagnostik und Therapie mit einer männlichen Perspektive zu betrachten. In der medizinischen Aus- und Weiterbildung wird (fast gar) nicht nach Geschlechtern unterschieden – weder in Diagnose noch in Behandlung, so dass angehende Ärzte nicht das Grundsatzwissen über signifikante geschlechterabhängige Unterschiede in Diagnose und Therapie auf den Weg bekommen. Dies führt zu Fehldiagnosen und therapeutischer Unterversorgung von Frauen.

Frauen werden zudem nicht ausreichend repräsentativ in klinische Studien und Arzneimittelprüfungen einbezogen. Die Forschung wird überwiegend mit männlichen Probanden durchgeführt. Dies führt in der Pharmaforschung zu **Fehldosierungen und Fehlbehandlungen** sowie erheblichen Nebenwirkungen, weil etwa der Einfluss des weiblichen Hormonzyklus oder ein niedrigeres durchschnittliches Gewicht unberücksichtigt bleiben.

Beispiel Herzinfarkt:

- unterschiedliche Symptomatik: Bei Frauen treten häufig nicht die für Männer typischen, in der Fachliteratur vielfältig beschriebenen und auch in der Bevölkerung allgemein bekannten Symptome für Herzinfarkt auf. So wird häufig falsch diagnostiziert, später ins Krankenhaus eingewiesen, zu spät auf Herzinfarkt behandelt, mit der Folge, dass die Sterblichkeit von Frauen erheblich höher ist als die von Männern.
- Herz-Kreislaufkrankungen sind Todesursache Nr. 1 bei Frauen. Gegen jede Statistik wird Herzinfarkt immer noch als Männerkrankheit bezeichnet.
- Fehlbehandlung: erst jüngere Forschung hat nachgewiesen, dass bei Frauen bis ins mittlere Alter Aspirin als herzinfarktverhütendes Mittel nicht wirkt – bei Männern dagegen ist es ein bewährtes Mittel. Trotzdem bekommen Frauen immer noch für sie wirkungsloses Aspirin verschrieben. Nach einem Herzinfarkt werden Frauen oft fehlversorgt, so durch eine seltenere Verordnung von β -Blockern.

unter Mitarbeit von Prof. Dr. med. Martina Dören

3. Wo stehen wir? Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem hat im internationalen Vergleich Stärken und Schwächen. Ein positives Merkmal ist, dass nahezu die **gesamte Bevölkerung Krankenversicherungsschutz genießt**. Rund 90% sind heute in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und rund 9% in der Privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. Die eher marginale Zahl von Bürgerinnen und Bürgern ohne Versicherungsschutz scheint sich als Folge der Arbeitsmarktreformen und zurückgehender Realeinkommen in letzter Zeit zu erhöhen; ein Tatbestand, der für eine allgemeine Versicherungspflicht spricht.

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch **eine umfassende und gute Versorgung im ambulanten und stationären Sektor** aus. Die medizinische Behandlung erfolgt zeitnah. Lange Wartezeiten auf Operationen, wie in Großbritannien, gibt es in Deutschland nicht. Die Patienten können davon ausgehen, dass sie mehrheitlich die Therapie erhalten, die zum Behandlungszeitpunkt als die beste angesehen wird. Neue Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden finden relativ schnell Eingang in die medizinische Praxis.

Das deutsche Gesundheitswesen hat auf der anderen Seite eine Reihe von **Schwächen**. Als Indikator hierfür wird der **starke Anstieg der Ausgaben für Gesundheitsleistungen** angesehen (Abb. 2 auf der nächsten Seite). Sie sind von rund **163 Mrd. Euro** 1992 auf über **234 Mrd. Euro** im Jahr 2002 gestiegen (BMGS 2004). Dieser Ausgabenanstieg ist allerdings differenziert zu bewerten (vgl. II.3). Er kann auf eine **Verbesserung des Gesundheitszustands** der Bevölkerung hindeuten, aber auch auf **Ineffizienzen** zurückzuführen sein:

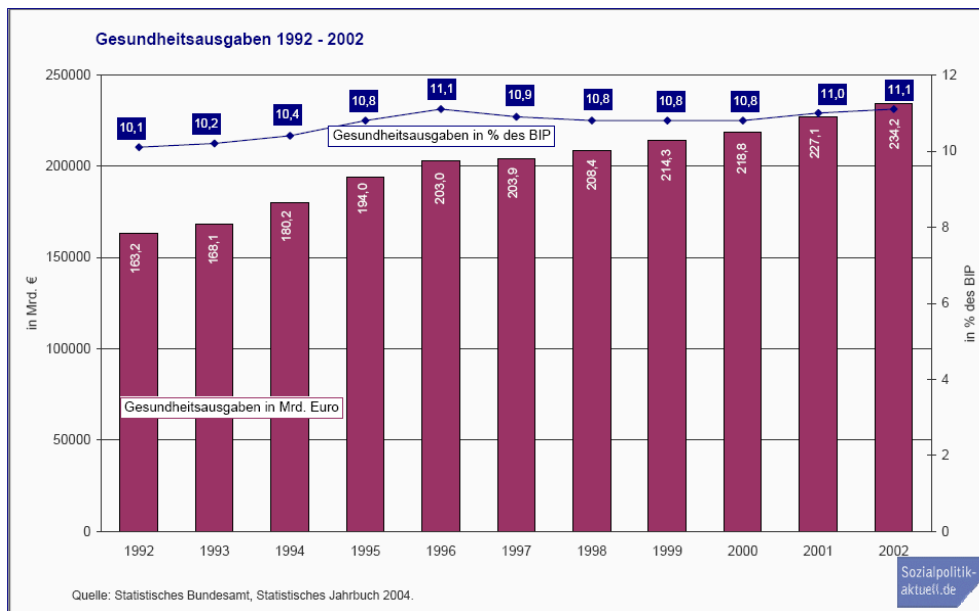


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben in Deutschland von 1992 – 2002

- **Mängel im System der gesetzlichen Krankenversicherung:** Mit der Beitragszahlung entsteht ein Anspruch auf weitgehend unentgeltliche ärztliche und medizinische Versorgung (Sachleistungsprinzip). Damit wird auf jede Nachfragesteuerung über den Preis verzichtet. Niemand soll von den Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden. Dadurch wird eine „Null-Kosten-Mentalität“ gefördert, die zu übermäßiger Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt. Dieses Verhalten wird durch fehlende Transparenz hinsichtlich Höhe und Verteilung der entstandenen Kosten noch verstärkt. Die Versicherten führen tendenziell ein weniger gesundheitsbewusstes Leben, weil die Risiken sie finanziell nicht belasten.
- **Falsche Anreizstrukturen:** Die Ärzte bestimmen nicht nur das Leistungsangebot, sondern weitgehend auch die Nachfrage. Der Patient muss dem behandelnden Arzt hinsichtlich Diagnoseverfahren und Therapie vertrauen. Es fehlen Regeln, die Ärzte zum Kostensparen zwingen. Das persönliche Einkommen der Ärzte ist von ihren eigenen Entscheidungen hinsichtlich Diagnose und Therapie abhängig. So werden Ärzte dazu verleitet, Untersuchungen durchzuführen, die nicht unbedingt notwendig sind, und auf Therapien zurückzugreifen, die besonders teuer sind. Es kommt vor, dass Ärzte aufgrund wirtschaftlicher Aspekte Patienten trotz mangelnder Kompetenz weiterbehandeln.
- Die Ausgaben der GKV für **Arzneimittel** aus Apotheken (2003: 24 Mrd. Euro) sind mit einem Anteil von rund 17 % ihre zweitstärkste Leistungsart. Der Wettbewerb auf diesem Markt wirkt aufgrund von Marktunvollkommenheiten und oligopolistischen Marktstrukturen wenig preisregulierend.
- Der Pharmaindustrie wird vorgeworfen, durch „**Scheininnovationen**“ ihren Gewinn und dadurch die Ausgaben der Krankenkassen in die Höhe zu treiben. Als Scheininnovationen werden Arzneimittel bezeichnet, die als Neuerung vermarktet werden, aber keinen neuen Wirkstoff beinhalten. Auch um diesem Problem entgegenzuwirken, hat das im Zuge der Gesundheitsreform 2004 gegründete „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ seine Arbeit aufgenommen.
- Mit der Gesundheitsreform 2000 ist ein **leistungsorientiertes, pauschalisiertes Vergütungssystem** in Form der Diagnosis Related Groups (DRG-Fallpauschalensystem) im stationären Sektor an die Stelle der alten Pflegesatzregelung getreten. Der bisher bestehende Anreiz, Patienten länger als notwendig im Krankenhaus zu versorgen, wird damit beseitigt. Gleichzeitig ist aber ein neuer Kosten verursachender Anreiz entstanden. Das neue Vergütungssystem verleitet Krankenhäuser dazu, Patienten häufiger und früher in die Rehabilitation zu verlegen. Damit kommt es zu einer Verschiebung der Kosten vom stationären Sektor in die Rehabilitation.

- Der **akutstationäre Sektor** des deutschen Gesundheitswesens ist durch seine **duale Finanzierung** gekennzeichnet. Die Krankenkassen tragen die Betriebskosten, während die Länder für die Investitionsausgaben zuständig sind. Dadurch wird keine Seite mit den tatsächlichen Kosten der Krankenhausunterbringung belastet und die Anreize, Maßnahmen zur Kostenreduktion einzuleiten, bleiben gering.
- Ein besonderes Kennzeichen des deutschen Gesundheitswesens ist die strikte **Trennung der ambulanten und stationären Versorgung**. Ursprung dieser „Sektoralisierung“ ist die Annahme, dass niedergelassene Ärzte die ambulante Versorgung kostengünstiger erbringen als dies in Krankenhäusern möglich ist. Eine fehlende Koordination der beiden Sektoren führt jedoch zu unnötigen Doppeluntersuchungen, Therapieabbrüchen oder vermeidbaren Behandlungsfehlern.

Das System aus Sicht der Patienten: Die gefühlte Qualität

Die beschriebenen Steuerungsmängel schlagen sich nicht nur in vermeidbaren Ausgaben nieder, sondern sie beeinflussen ebenso die Qualität der Leistung. Die Bedürfnisse der Patienten bleiben zu oft unbeachtet, weil Patientenbeteiligung in einem Gesundheitsmarkt, wo sich das Angebot seine Nachfrage häufig selbst schafft, kein Qualitätsmerkmal ist. Das Ziel muss eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen Patienten und Leistungserbringern sein. Notwendig ist der Ausbau der **Beteiligung- und Informationsmöglichkeiten für Patienten**.

Eine akute Krankheit trifft Patienten in der Regel unvorbereitet. Die gleichzeitige Auseinandersetzung mit der Krankheit und dem Gesundheitssystem stellt sie dann vor ein doppeltes Problem. **Unsicherheit und Unwissenheit der Patienten können von Leistungserbringern ausgenutzt werden**, indem Arzneimittelverordnungen unter Hinweis auf „Budgetgründe“ nur auf Privatrezept erfolgen, oder Leistungen, häufig Vorsorgeuntersuchungen, als individuelle Gesundheitsleistungen privat abgerechnet werden und möglicherweise auch noch unberechtigt die Praxisgebühr kassiert wird. Wer als Kranker oder Unfallopfer in eine Klinik eingeliefert wird, ist in einer schwachen Position und fühlt sich auch so.

In vielen Dienstleistungssegmenten – zunehmend auch in der öffentlichen Verwaltung – ist Kundenorientierung wesentlicher Bestandteil der Leistungskultur. Unabhängige Institute und Medien vergleichen die Qualität der Kundenorientierung (Ranking; Zertifizierung) und sorgen für ihre Veröffentlichung. Das stärkt die Kundensouveränität.

Das neu gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen soll die Nutzenbewertung von Arzneimitteln durchführen sowie Behandlungsleitlinien und pflegerische Standards für ausgewählte Krankheiten bewerten. Dieses Institut sollte mit der **Entwicklung eines Bewertungsverfahrens für Einrichtungen des Gesundheitswesens** beauftragt werden.

Zum Ausbau der **Patienteninformation** wächst dem Internet eine besondere Bedeutung zu, weil hier Informationen frei verfügbar sind. Die Nutzung aller Informationsquellen kann nicht nur helfen, schneller gesund zu werden, sondern auch Krankheiten zu vermeiden. Längst ist erwiesen, dass bildungsferne Menschen öfter krank werden. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit wird als neutrale Instanz im Gesundheitswesen einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Patientensouveränität leisten können. Das neu geschaffene Amt der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten leistet ebenfalls einen Beitrag zur Stärkung der Patientenrechte auf Beteiligung und Aufklärung.

Im Jahre 1981 wurden rund 2.000 Anträge bei den ärztlichen Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen gestellt. Im Jahre 2002 waren es schon fast 11.000. Fehler in Diagnose und Therapie werden von den Standsvertretungen häufig dem Effizienz- und Kostendruck im Gesundheitswesen angelastet. **Behandlungsfehler kosten mehr Menschenleben als der Straßenverkehr**. Noch sträuben sich viele Ärzte gegen Qualitätsstandards, wie sie im Rahmen der sogenannten Disease-Management-Programme (DMP) vereinbart sind. Insbesondere die Dokumentationspflicht stößt auf Ablehnung.

Reformen brauchen Zeit, um von allen Beteiligten akzeptiert zu werden. Die wachsende und differenzierte Auseinandersetzung mit der Gesundheitspolitik zeigt aber auch, dass die Patientensicht an Akzeptanz gewinnt. Eine von der Bertelsmann-Stiftung 2004 durchgeführte Befragung von Krankenversicherten bestätigt die grundsätzliche Reformbereitschaft der Bevölkerung. Stärkere Eigenverantwortung trifft auf Akzeptanz, verbunden mit der Forderung nach mehr Transparenz und Information im Gesundheitssystem.

II. Das Modell des Managerkreises

1. Einen wirkungsvollen Wettbewerb organisieren, der Qualität und Wirtschaftlichkeit garantiert

1.1 Entscheidende Elemente des Wettbewerbs

Auch wenn eine Senkung der Kassenbeiträge wegen der Schulden der Krankenkassen bisher nicht erreicht wurde, so hat die letzte Gesundheitsreform doch mehr Kosten reduziert als jede frühere. In 2004 wurden fast 10 Mrd. Euro bei Arzneien, Krankenhäusern, Ärzten und Apothekern eingespart. Es wurden nicht verschreibungspflichtige Medikamente aus dem Leistungskatalog der Kassen gestrichen, die Zahlungen erhöht und von den Pharmafirmen Zwangsrabatte eingefordert. In 2005 sollen weitere 500 Mio. Euro durch die Einführung von Festbeträgen auch für patentgeschützte Arzneimittel eingespart werden. **Die Reform setzt eher auf dirigistische Maßnahmen als auf mehr Wettbewerb.**

Das GMG hat bisher weder das Problem der Finanzierung der Krankenkassen, noch die strukturellen Defizite des deutschen Gesundheitswesens hin zu mehr Wettbewerb gelöst. Die effiziente Bereitstellung hochwertiger Gesundheitsleistungen ist nicht durch eine detaillierte Regulierungspolitik zu erreichen, sondern durch **mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern.**

Mehr Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

Ziel muss sein, die **kartellähnlichen Strukturen mit den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern** auf der einen Seite **sowie den Gesetzlichen Krankenkassen** und ihrem Kontrahierungszwang auf der anderen zu Gunsten einer marktwirtschaftlichen Ordnung aufzulösen. Davon werden neben leistungsfähigen Anbietern vor allem die Versicherten und Patienten profitieren. Direkte Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern stärken den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgungsangebote. Die Krankenkassen müssen vom Zwang befreit werden, mit allen legitimen Anbietern Verträge abschließen zu müssen. Ebenso muss das Beitrittsrecht von unbeteiligten Krankenkassen und von kassenärztlichen Vereinigungen zu Einzelverträgen gemäß Rahmenvereinbarung zur Integrierten Versorgung abgeschafft werden. **Die öffentliche Hand muss sich auf die Gewährleistung von Versorgungsstandards konzentrieren.** Die Versicherungssouveränität muss durch die freie Krankenkassen- und Arztwahl erhalten und ausgebaut werden. Die Teilnahme an Versorgungsnetzwerken ist keine Einschränkung der freien Arztwahl, denn die Versicherten können unter Wahrung der Kündigungsfrist umsteigen.

Die **Systemgrenze zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen** sollte aufgelöst werden. Der Wechsel von privat Versicherten sollte durch die Mitnahme von Rückstellungen erleichtert werden. Alle Krankenkassen – GKV wie PKV – können privatwirtschaftlich organisiert und müssen den gleichen Wettbewerbsbedingungen unterworfen werden. Diese Neuordnung ist unabhängig von der Einführung einer Bürgerversicherung oder eines prämiensorientierten Modells.

Dem Wettbewerb unter den Krankenkassen dient auch eine konsequente **Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs.** Das derzeitige System behindert eher Wettbewerb und wirtschaftliches Verhalten. Auch bietet die Verknüpfung der **Disease-Management-Programme** mit dem Risikostrukturausgleich eher Fehlanreize zur Einschreibung möglichst vieler Chroniker und soll deshalb aufgegeben werden.

Das System der **Festbeträge** insbesondere **für patentgeschützte Arzneimittel** stellt eine dirigistische Maßnahme dar. In einem integrierten Versorgungssystem kann es zu unterschiedlichen Preisen für verschreibungspflichtige Medikamente kommen, denn Krankenkassen verhandeln dann mit den Pharmaherstellern über Einkaufskonditionen.

Ogleich mit dem GMG Ansätze zur integrierten Versorgung eingeführt wurden, sieht der Managerkreis im Zusammenwirken von Krankenkassen und Leistungserbringern den größten Reformbedarf zu wirklichen Strukturveränderungen.

Behandlungs- und Kopfpauschalen in der ambulanten Versorgung

Durch die Einführung der Praxisgebühr und Stärkung des Hausarztes gingen die Behandlungsfälle bei niedergelassenen Ärzten in 2004 um rund 9 Prozent zurück. Zweistellige Fallzahlenrückgänge hatten Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden und Urologen zu verzeichnen.

Für die **Stärkung von Ärztenetzen** fehlen immer noch positive und negative Anreize. Auch muss die Vergütung durch die Einführung von Behandlungs- und Kopfpauschalen im ambulanten Sektor weiter entwickelt werden.

Paradigmenwechsel durch Fallpauschalensystem in Krankenhäusern

In den Krankenhäusern gingen die Liegezeiten von Patienten weiter zurück. Durch die Einführung von Fallpauschalen, neuer Operationstechniken wie minimalinvasiver Methoden und den Ausbau der häuslichen Krankenpflege wird mit einem weiteren Rückgang gerechnet. Als **Zielgrößen** gelten hier Werte **von 5 Tagen**, die in Skandinavien und den USA bereits heute erreicht werden. Voraussetzung hierfür ist der Ausbau eines professionellen Home-Care-Systems, worüber auch weitere Arbeitsplätze geschaffen werden.

Die Reduzierung der Liegezeiten muss ihren Niederschlag in einer entsprechenden Rahmenplanung der Bundesländer finden, die sich auf Mindeststandards vor allem für ländliche Regionen beschränkt. Mittelfristig soll sich die öffentliche Hand aus der Investitionsfinanzierung zurückziehen. Privates Kapital stünde hierzu zur Verfügung und sollte ggf. eingesetzt werden. Die Finanzierungskosten sind dann beispielsweise als Mieten oder über Abschreibungen in die Fallpauschalen einzurechnen. Dies wäre der Übergang zu einer monistischen Finanzierung der Krankenhäuser.

Menschenwürde durch häusliche Krankenpflege

In der häuslichen Krankenpflege entsprechen die Preise für Leistungen nicht mehr den zeitlichen und fachlichen Anforderungen. Allein zwischen 2002 und 2003 hat sich die Zahl der Dienste um etwa zehn Prozent reduziert. Die verbliebenen Anbieter sehen sich in ihrer Existenz gefährdet. Ziel muss sein, eine menschenwürdige Pflege auch durch eine angemessene Entlohnung der Pflegeleistung sicherzustellen.

Aufhebung des Mehrfachbesitzverbots von Apotheken

Auch bei den Apotheken besteht weiterhin Reformbedarf. Mit der Zulassung von Internet-Apotheken und der Auflockerung des Mehrfachbesitzverbots bei Apotheken ist ein Einstieg zu mehr Wettbewerb geschaffen worden. Wenn in einer Kleinstadt mit 15 Tausend Einwohnern fünf Apotheken in 15 Minuten zu Fuß zu erreichen sind oder wenn die Pharmahändler eine Apotheke bis zu vier mal pro Tag anfahren, sind noch umfangreiche Effizienzreserven vorhanden. Die Befürchtung, durch Kettenbildung würde die Qualität der Versorgungsleistung sinken, teilt der Managerkreis nicht. Vielmehr haben diese einen Zwang zur inneren Qualitätssicherung.

1.2 Katalog der Effizienzreserven

Ärzte:

- Hausärzte bekommen eine zentrale Koordinierungs- und Lotsenfunktion. Dazu benötigen sie evidenzbasierte Behandlungsleitlinien.
- Die doppelte Vorhaltung von Fachärzten im ambulanten und stationären Sektor führt zu erhöhten Kosten vor allem in der Diagnostik. Sie lassen sich durch den Aufbau und die Anbindung **medizinischer Versorgungszentren** an stationäre Einrichtungen reduzieren.

Krankenhäuser:

- Der medizinische und technische Fortschritt ermöglicht die Ablösung stationärer durch ambulante Behandlungen. Die Anreize hierzu sind noch nicht ausreichend.
- Die stationären Behandlungsprozesse basieren auf historisch gewachsenen Strukturen auf der Angebotsseite. Unter den Bruchstellen leiden Qualität und Effizienz der Behandlung. **Patientenorientierte Abläufe** erfordern neue, vernetzte Organisationsstrukturen.
- Krankenhäuser müssen auch intern besser vernetzt sein. Noch immer müssen Patienten bei Wechsel der behandelnden Einrichtung immer wieder die gleichen Angaben machen. Das führt zu Mehrfachuntersuchungen, Mehrfacherfassungen und Mehrfachdokumentationen. Eine **elektronische Patientenakte** macht diesen Aufwand überflüssig und schont die Patienten.
- **Shared Services und Outsourcing:** Service- und Verwaltungsdienstleistungen sind im stationären Sektor noch stark zergliedert und werden – obwohl nicht Kernkompetenz – meist im Hause erbracht. Die Schaffung hausübergreifender Serviceorganisationen ermöglicht Skaleneffekte und Kostenreduktion.

Neue Technologien

- Zwischen 20 und 40 % der Gesundheitsleistungen betreffen Datenerfassung und Kommunikationsdienste. Werden sie effizienter organisiert, bedeutet dies eine erhebliche Einsparung.
- Die Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten und innovativer mobiler Technologien kann Einsatzzeiten in Notfällen drastisch verkürzen (etwa Ferndiagnosen zu Infarkten), verringert damit Risiken und optimiert den Einsatz von Spezialisten und Notfall-Krankentransporten.
- Die **Einführung der Gesundheitskarte** stellt aus Sicht des Managerkreises einen Meilenstein zur Optimierung der Prozesse im Gesundheitswesen dar. Sie soll ab 2006 die bisherige Krankenversicherungskarte ablösen. Mit einem **Investitionsvolumen zwischen 1,5 und 2 Mrd. Euro** gilt sie als eines der bedeutendsten Telematik-Projekte im Gesundheitswesen weltweit. 80 Millionen gesetzlich und privat Versicherte sollen über die Karte vernetzt werden. Kernanwendung der neuen Karte ist das **elektronische Rezept**, das allein zu Einsparungen von rund 200 Millionen Euro pro Jahr führen soll. Jährlich müssen rund 100.000 Patienten wegen Arzneimittelunverträglichkeit in Krankenhäuser eingeliefert werden, und bis zu 16.000 Menschen jährlich sterben daran.
- Die sektorübergreifende **elektronische Patientenakte** erleichtert die Beschaffung von vorhandenen Gesundheitsdaten. Sie kann Fehlentscheidungen verhindern und Behandlungsprozesse beschleunigen.
- Der flächendeckende Einsatz von **eArztbriefen** verkürzt die Laufzeiten erheblich. Auch dadurch werden Mehrfachuntersuchungen unnötig und Behandlungszeiten verkürzt.
- Die Ausstattung der **eGesundheitskarte mit Lichtbildern** wird zu einer drastischen Reduktion des Versichertenmissbrauchs führen, der nach Krankenkassenschätzungen derzeit über eine Mrd. Euro jährlich beträgt.
- Telematische Anwendungen müssen zu **veränderten Vergütungsstrukturen** führen, um deutliche Anreize für ihre schnelle Einführung zu schaffen.
- Neue Medien können für Informationsportale und **eLearning** eingesetzt werden, um medizinisches Personal schneller, effizienter und umfassender zu informieren und weiterzubilden.

Kostenträger

- Erhebliche Effizienzsteigerungspotenziale sieht der Managerkreis bei der **Reduzierung von Komplexitätskosten**, die sich aus der Praxisgebühr oder aus Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ergeben. Die mit der Gesundheitsreform eingeführte Zuzahlungsregelung führt

für viele Leistungsanbieter zu einer Verpflichtung zur Mahnung von Kleinstbeträgen. Hier muss an Lösungen gearbeitet werden, die einfacher zu handhaben sind. Als Orientierung kann die **Abrechnungspraxis der privat Versicherten dienen.**

- Mehrkosten durch fehlerhafte Abrechnungen können durch Standardisierung und **Automatisierung der Leistungsprüfung** reduziert werden.
- Die Möglichkeiten zur **Kostenkontrolle** durch Krankenkassen und Patienten sind derzeit mangelhaft. Es verspricht Effizienzgewinne, wenn Abrechnungsdaten sektorübergreifend und zeitnah anonym konsolidiert werden.
- Das **Beihilfesystem für Beamte** soll zur Reduktion des Verwaltungsaufwands und zur Gleichbehandlung der Statusgruppen im öffentlichen Dienst zugunsten der Übernahme des Arbeitgeberanteils durch den Dienstherrn aufgegeben werden. Beamte sollen in die GKV – ersatzweise die PKV – aufgenommen werden.

2. Eine Finanzierung, die eine Balance zwischen Eigenverantwortung und Solidarität ermöglicht: Ein prämiensorientiertes Modell

Obwohl der Anteil der Leistungsausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt ziemlich konstant geblieben ist, sind die durchschnittlichen **Beitragsätze** in den letzten Jahrzehnten **von 8,5% auf über 14% gestiegen.** Dieser Anstieg ist zum überwiegenden Teil eine Folge der **Erosion der Beitragsgrundlagen** durch die **dauerhaft hohe Arbeitslosigkeit**, die **Frühverrentung**, die **Leistungsrücknahmen in der Gesetzlichen Rentenversicherung** und in der **Arbeitslosenversicherung.**

Es besteht wenig Hoffnung, dass die Beitragsgrundlagen in Zukunft wieder nachhaltig wachsen werden. Die **demografische Entwicklung** wird in Verbindung mit dem medizinisch-technischen Fortschritt dazu führen, dass es nicht möglich sein wird, den Status quo zu gewährleisten oder Verbesserungen in der Versorgung ohne Ausgabensteigerungen zu erreichen.

Es kann keine dauerhafte Gesundheitsreform geben, die nicht auch die Frage beantwortet: „Wie kommt ausreichend und nachhaltig Geld in das System?“

Die Effizienz des Systems hängt **nicht von der Art der Finanzierung, sondern von der Wettbewerbsintensität zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern ab. Allerdings werden in einem kapitalgedeckten System die Kosten „anders“ über die Zeit verteilt.** Man zahlt „heute“ mehr und „morgen“ weniger. Die den Alterungsrückstellungen zugeführten Beitragsanteile stehen den Versicherten in jungen Jahren nicht zur Verfügung und können damit nicht zu Konsumzwecken oder für die Altersvorsorge ausgegeben oder angelegt werden. Ein gesamtwirtschaftlicher Effizienzgewinn ist daher mit kapitalgedeckten Krankenversicherungen nicht verbunden, wohl aber eine Glättung der aus steigenden Gesundheitskosten resultierenden Belastungen über die Zeit.

In diesem Zusammenhang bleibt noch das Problem der **Portabilität von Altersrückstellungen** zu lösen. **Ein versicherten- und patientenorientierter Qualitätswettbewerb erfordert einen ungehinderten Wechsel zwischen den Krankenversicherungen.**

Die **derzeitige Pflichtversicherungsgrenze** und die Befreiungstatbestände von der Pflichtmitgliedschaft in der GKV sind sozialpolitisch oder versicherungsökonomisch nicht zu begründen. Allerdings sind die juristischen Hürden, die Versicherungspflichtgrenze abzuschaffen, recht hoch.

Eine konzeptionell überzeugende Antwort auf dieses Problem ist es, die Pflichtversicherung durch eine **allgemeine Versicherungspflicht für eine medizinische Grundversorgung** (nach Maßgabe des derzeitigen GKV-Katalogs) zu ersetzen. Ein solches Grundversorgungspaket könnte im Rahmen eines prämiensorientierten Modells dann auf einem gemeinsamen Markt von gesetzlichen Krankenkassen und von privaten Versicherern angeboten werden.

Ein Auftritt von PKV und GKV auf einem Markt wäre mit Effizienzgewinnen verbunden. Wie eine formelle Abschaffung der privaten Krankenversicherung würde auch diese Systemveränderung eine Reihe rechtlicher Probleme aufwerfen. Das gilt ebenso für eine Umwandlung der als Verwaltungs-

nopole agierenden staatlich regulierten GKV in Unternehmen, die dem Wettbewerbsrecht unterliegen und der internationalen Konkurrenz ausgesetzt sind.

Das gesamtwirtschaftlich gravierendste Problem ist die **Finanzierung der GKV-Leistungen über an die Arbeitseinkommen gebundene Beiträge**. Hierdurch entsteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsentwicklung und der Finanzsituation der GKV. Hohe Arbeitslosigkeit erschwert somit die Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Die lohnzentrierte Finanzierung beeinträchtigt wiederum die Beschäftigungsentwicklung.

Die Summe der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern geleisteten Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung steigt stärker als das Arbeitnehmerentgelt. Der daraus entstehende **Abgabenkeil** stellt eine doppelte Beschäftigungs- und Wachstumsbremse dar: für die Gesamtwirtschaft und für die Entwicklung der Gesundheitsbranchen.

Ziel muss die Entkoppelung von Arbeitskosten und Gesundheitskosten sein. Dies gilt völlig unabhängig von einer Ausweitung des Versichertenkreises, die nichts an der Wachstums- und Beschäftigungsfeindlichkeit einkommensabhängiger Beiträge ändern würde.

Beide Konzepte – **Bürgerversicherung und prämiensorientiertes Modell** – haben zum Ziel, die **Belastung des Faktors Arbeit durch Sozialbeiträge zu reduzieren**. Nach dem ersten Konzept der einkommensbezogenen Beiträge geschähe dies über eine unmittelbare Senkung der GKV-Beiträge durch die Erweiterung der Beitragsbasis und die zusätzliche Verbeitragung von Vermögenseinkommen. Eine Umstellung auf Pauschalbeiträge hingegen würde zum Zeitpunkt der Umstellung an der Höhe der GKV-Beiträge zunächst nichts ändern, den unmittelbaren Zusammenhang zwischen GKV-Beiträgen und Arbeitskosten aber vollständig beseitigen. Damit schlagen sich Beitragssteigerungen in der GKV nicht mehr in einer Erhöhung der Lohnzusatzkosten nieder. Art und Umfang der **Neufinanzierung des sozialen Ausgleichs** können jedoch die erwarteten positiven Beschäftigungswirkungen zum Teil reduzieren.

Unter Ökonomen wird nicht bestritten, dass eine **Finanzierung der GKV durch pauschale Beiträge eindeutig positive Wirkungen auf den Arbeitsmarkt und für das Wirtschaftswachstum** entfalten kann. Auch der Managerkreis spricht sich für die Einführung eines solchen prämiensorientierten Modells zur Finanzierung der GKV-Leistungen aus. Für die konkrete Ausgestaltung hält die wissenschaftlichen Debatte verschiedene bedenkenswerte Ansätze bereit; so hat beispielsweise der Sachverständigenrat im November 2004 sein Modell einer „Bürgerpauschale“ vorgestellt. Die vorhandenen Ansätze werden von Fachleuten wie auch in der Öffentlichkeit weiterhin kontrovers diskutiert. Dem Managerkreis kommt es in erster Linie darauf an, dass die Arbeitskosten von der Beitragsentwicklung in den GKV entkoppelt werden. Ein Modell, das schließlich zur Umsetzung gelangt, muss diesem Ziel unter Wahrung der genannten vier Eckpunkte dienen.

Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit

Die beiden Konzepte zur Reform der Beitragsbemessung sind in der Öffentlichkeit weniger unter dem Gesichtspunkt ihrer gesamtwirtschaftlichen Effizienz, sondern primär unter dem Gesichtspunkt der **Verteilungsgerechtigkeit** diskutiert worden. Zumindest für ein prämiensorientiertes Modell muss immer die steuerliche Seite mit abgebildet werden, um Aussagen über die Verteilungswirkung treffen zu können.

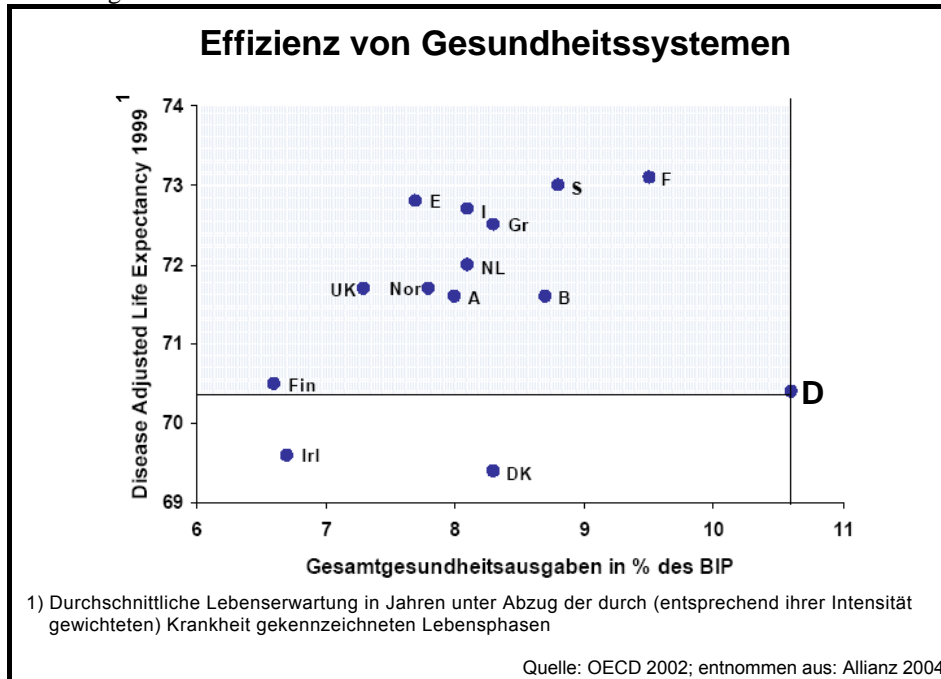
Falsch ist die Behauptung, Pauschalbeitragskonzepte seien ungerecht, da sie die Bezieher niedriger Einkommen belasten und die Bezieher höherer Einkommen entlasten. Wer um wie viel be- oder entlastet wird, hängt nicht von der Pauschale ab, sondern von der politischen Vorgabe, wie hoch die maximale Belastung eines Haushaltes mit Gesundheitsprämien sein darf und über welche Steuern der soziale Ausgleich finanziert wird.

Mit einer Ausweitung der Beitragsgrundlagen auf Vermögenseinkommen würde hingegen das beitragsfinanzierte Umverteilungsvolumen ausgeweitet. Ob die Verteilungswirkungen damit aber „gerechter“ und zielgenauer wären, ist eine offene Frage. Das Nebeneinander von unterschiedlichen Umverteilungssystemen für dieselben Personen und Haushalte erhöht die Wahrscheinlichkeit verteilungspolitischer Widersprüche.

3. Zwischen „gutem“ und „schlechtem“ Wachstum unterscheiden: Wachstumsfelder im Gesundheitswesen

Wachstum um jeden Preis ist kein rationales Ziel. Wenn die Gesundheitsausgaben kräftig steigen, weil die Effizienz im Gesundheitssektor unbefriedigend ist, ist diese Art von Wachstum schlecht. Wir vergeuden knappe Ressourcen. **Deutschland** hat nach den USA und der Schweiz mit 11 % den **dritthöchsten Anteil der Ausgaben für Gesundheit am Bruttozialprodukt**. Im internationalen Effizienzvergleich schneidet das Gesundheitssystem in Deutschland auffallend schlecht ab (vgl. Abb. 3). Die immer noch überdurchschnittlich lange Aufenthaltsdauer in deutschen Krankenhäusern und die übermäßige Zahl an Krankenhausbetten sind ein Indikator für beachtliche Produktivitätsreserven.

Abbildung 3



„**Gutes Wachstum**“ dagegen wäre, wenn angesichts der zahlreicheren alten Menschen in diesem Lande und dank eines anhaltenden medizinischen Fortschritts die Gesundheit der Menschen besser würde und sie **mehr gesunde Lebensjahre** genießen könnten. Dann wäre es ein Zeichen zunehmenden Wohlstandes, wenn die Wertschöpfung und auch die Beschäftigung im Gesundheitssektor kräftig weiter wachsen würden. Nichts spräche dagegen, wenn dieser Sektor künftig seinen Anteil am Bruttozialprodukt steigern würde. Entscheidend ist alleine die Frage der Effizienz und der Ergebnisse – und die Frage, wie möglichst jeder an den Fortschritten der Gesundheitsdienste teilhaben kann.

Der **Gesundheitsmarkt** wäre ein **besonders geeignetes Wachstumsfeld**:

- Bei freier Entscheidung hätten Öffentliche Hände und vor allem Private eine Präferenz für zusätzliche – sinnvolle – Investitionen und Ausgaben;
- die Wertschöpfung und mit ihr die Schaffung von Arbeitsplätzen finden überwiegend in Deutschland statt;
- der Sektor ist durch eine hohe Beschäftigungsintensität gekennzeichnet und deshalb geeignet für die Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze;
- bestimmte Segmente der Gesundheitsproduktion haben **überdurchschnittliche Exportchancen: Arzneimittel, medizinisch-technische Produkte, Aus- und Weiterbildungsangebote und „Patientenimporte“**.

3.1 „Gutes Wachstum“ als Folge eines funktionierenden Gesundheitsmarktes

In (fast) allen Märkten hat sich gezeigt, dass ein **funktionierender Wettbewerb** zwischen den Anbietern von Produkten und Diensten zu den vergleichsweise besten Ergebnissen führt. Es wurde bisher kein Beweis erbracht, dass das für den Gesundheitsmarkt nicht auch zutrifft. Dieser Wettbewerb kann aber kein ungeordneter Wettbewerb sein – und die Politik muss dafür sorgen, dass keiner aus finanziellen Gründen von den wesentlichen Leistungen ausgeschlossen ist.

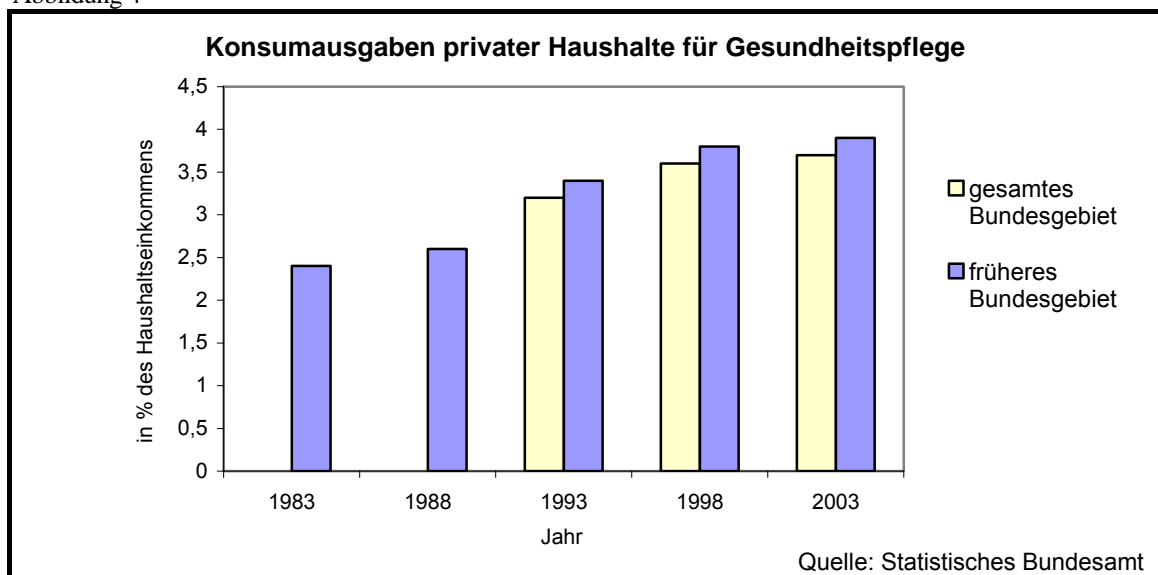
Als wesentliche Gründe für eine vom Staat gelenkte „Bewirtschaftung“ der Gesundheitsleistungen werden die ungenügende Informiertheit der Nachfrager/Patienten und die mangelhafte Transparenz der Märkte genannt. Eine der Säulen unserer sozialen Marktwirtschaft ist die „Konsumentensouveränität“. Warum streben wir nicht auch im Gesundheitssektor eine viel stärkere „**Patientensouveränität**“ an?

Aus den Erfahrungen mit der **Liberalisierung der Wohnungsmärkte** könnten wir Mut schöpfen, dass in einer Gesellschaft mit einem relativ hohen Wohlstandsniveau die Bürger in der überwiegenden Zahl selbst für ihr Wohnen sorgen und aufkommen können. Mit Wohngeld und Wohnraum wird den wenigen geholfen, die das nicht selber können.

3.2 Die Wachstumspotenziale

Die Statistik zeigt für Deutschland eine im Vergleich zum Wirtschaftswachstum überdurchschnittliche Zunahme der Gesundheitsausgaben. Die Wachstumsraten betragen zwischen 3 und 5 Prozent .

Abbildung 4



Demographie

Die in den nächsten viereinhalb Jahrzehnten zu erwartende Veränderung der Bevölkerung in Deutschland und ihre altersmäßige Zusammensetzung:

- Ein starker und anhaltender **Rückgang der Gesamtbevölkerung ab 2020**. Je nach Annahmen über den jährlichen Zuwanderungssaldo kann die Gesamtzahl bis 2050 von heute 82 Mio. auf unter 60 Mio. sinken;
- anhaltend **niedrige Geburtenraten** der in Deutschland wohnenden Frauen;
- sprunghafte **Zunahme „alter Menschen“ über 65 Jahren**;
- dramatischer **Anstieg der „sehr alten Menschen“ über 85 Jahre**. In jeder Dekade ist mit einer Erhöhung der Lebenserwartung von 2,5 Jahren zu rechnen.

Die Gesundheitskosten für junge Leute sind beträchtlich niedriger als die für alte Menschen. Für den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen wurden 2001 für einen 30-Jährigen durchschnittlich Euro 800 kalkuliert, für einen 70-Jährigen 3.500 Euro. Strittig ist, ob sich der

Alterskrankheitseffekt mit der längeren Lebenserwartung nach hinten verschiebt, tatsächlich also 80 Prozent der gesamten Krankheitskosten für das Alter in den letzten zwei Lebensjahren anfallen.

Unstrittig dagegen ist der mit dem Alterungsprozess einher gehende steigende Bedarf nach Pflegeleistungen. Es wird geschätzt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020 von heute 2 Mio. auf 2,7 Mio. zunimmt (Allianz 2004).

Morbidität

Über die längerfristige Entwicklung der Morbidität liegen keine Annahmen vor, die für uns von großer Aussagekraft sind. Ob es brauchbare Therapien gegen Krebs, Aids oder Herzkrankheiten geben wird oder auch ganz neue Krankheiten (Seuchen) entstehen, entzieht sich weitgehend der Vorhersage.

Medizinisch-technischer Fortschritt

Auch der medizinisch technische Fortschritt ist in seiner **Wirkung auf die Gesundheitsmärkte ambivalent**. Auf der einen Seite führen die Innovationen zu deutlich niedrigeren Behandlungskosten: Bypassoperation 15.000 Euro, das Setzen eines Ballonkatheters 3.300 Euro. Auf der anderen Seite steigt die Nachfrage nach Anwendungen mit neuen Möglichkeiten. Die Zahl der Bypassoperationen ist in Deutschland von 1980 bis 2002 von 4.900 auf 75.000 im Jahr gestiegen, die der Ballonkatheter von 250 auf 208.000!

Auf mittlere Sicht wird die **Entwicklung der Informationstechnik** – Gesundheitskarte; bildgebende Verfahren – zu deutlichen Einsparungen und Produktivitätssteigerungen führen.

Wirtschaftlich ist der Sektor **Medizintechnik** für Deutschland besonders bedeutend. Es ist nicht nur die Größe dieses Industriezweiges (rund 30 Mrd. Euro Umsatz), sein Wachstum und seine Bedeutung als Arbeitgeber (90.000 Arbeitsplätze), sondern vor allem der steigende Bedarf auf dem Weltmarkt. Die deutsche Medizintechnik hat einen Exportanteil von 55 % und ist nach den USA global die Nummer 2 (vgl. Abb. 5 auf der nächsten Seite).

Ambivalent mit Blick auf die Wachstumspotenziale sind die künftigen Innovationen im **Arzneimittelsektor** zu bewerten. Kostengünstigere Arzneien stehen neben solchen, die ganz neue Wirkungen zeigen. Wie bei der Medizintechnik wird der weltweite Bedarf nach wirkungsvollen Arzneimitteln auf Jahrzehnte hinaus wachsen. Die deutsche pharmazeutische Industrie könnte theoretisch an die frühere gute Performance Deutschlands als „Apotheke der Welt“ anknüpfen.

Öffentliche und private Haushalte

Nach allen realistischen Berechnungen (vgl. auch das Thesenpapier „Staatshaushalt, Wachstum, Demografie“ des Managerkreises von 2005) werden die Engpässe der Öffentlichen Haushalte bei Bund, Ländern und Kommunen in den nächsten Jahren dramatisch zunehmen. Größere zusätzliche Investitionen und Subventionen für das Gesundheitssystem sind deshalb unwahrscheinlich. Mit weiteren **Privatisierungen von Krankenhäusern** und nachhaltigen Rationalisierungen (Bettenabbau, Telemedizin) werden die öffentlichen Leistungserbringer versuchen, die Belastungen ihrer Haushalte zu verringern.

Gleichzeitig nehmen die **Notwendigkeit** und der Rhythmus **von teuren Investitionen** in Einrichtungen und Ausrüstungen im Gesundheitssektor aber zu. Hier wird in überwiegendem Masse privates Kapital gesucht werden müssen.

Die **privaten Haushalte** werden künftig einen **größeren Anteil ihres Verbrauchs für Gesundheit** ausgeben. Heute sind diese mit rund 12% noch relativ bescheiden. Dadurch werden andere Konsumsektoren tangiert. Derartige strukturelle Verschiebungen zwischen Ausgabearten sind nichts Neues. So hat sich in der Vergangenheit der private Verbrauch für Ernährung dramatisch reduziert, die Ausgaben für Wohnen oder Kommunikation – und auch für Wellness – dagegen sind kräftig gestiegen.

Abbildung 5

Wachstumsstarke Marktsegmente der Medizintechnik und Schlüsseltechnologien			
In US-Dollar			
Schlüsseltechnologie	Markt	Derzeitige Marktgröße	Erwartet
Informations- und Kommunikationstechnologie (IuK)	IT Healthcare	47,5 Mrd. (2002)	74,5 Mrd. (2007)
Informations- und Kommunikationstechnologie (IuK)	IT-Disease Management	500 Mill. (2002)	10 Mrd. (2010)
Informations- und Kommunikationstechnologie (IuK)	IT-Telemedicine	4,33 Mrd. (2003)	6,9 Mrd. (2007)
Mechatronik/Robotik, Mikrosystemtechnik/ Mikroelektronik	Robotics, Computer Assisted Surgery	245 Mill. (2002)	673 Mill. (2007)
Mechatronik/Robotik, Mikrosystemtechnik/ Mikroelektronik	Robotics, Image Guided Surgery	186,6 Mill. (2002)	600,8 Mill. (2009)
Optische Technologien, Lasertechnik, Mikro-systemtechnik/Mikroelektronik	Medical Laser Devices	546,3 Mill. (2003)	672,4 Mill. (2009)
Mikrosystemtechnik/Mikroelektronik, Material-wissenschaften	Minimal Invasive Surgery (MIS)	MIS: 6,0 Mrd. (2002)	8,3 Mrd. (2007)
Mikrosystemtechnik/Mikroelektronik, Bio-/Zell-technologien, Nanotechnologie	Microarrays	2002: Microarrays: 418 Mill. Microarray Mat.: 126,4 Mill.	2007: DNA Microarrays: 735 Mill. Microarrays Mat.: 275,1 Mill.
Mikrosystemtechnik/Mikroelektronik, Material-wissenschaften/Biomaterialien, Nanotechnologie	Implantable Medical Devices	14,6 Mrd. (2002)	24,3 Mrd. (2007)
Mikrosystemtechnik/Mikroelektronik, Material-wissenschaften/Biomaterialien, Nanotechnologie	Drug Delivery	Transmucosal Drug Delivery (mainly inhalators) System: 9,7 Mrd. (2003) Transdermal Drug Delivery Systems: 2,6 Mrd. (2003)	Transmucosal Drug Delivery (mainly inhalators) System: 17,7 Mrd. (2008) Transdermal Drug Delivery Systems: 4,4 Mrd. (2008)
Mikrosystemtechnik/Mikroelektronik, Bio-/Zell-technologien, Nanotechnologie, optische Technologien/Lasertechnik	Point-of-Care Testing	3,3 Mrd. (2002)	5,5 Mrd. (2009)
Bio-/Zelltechnologie, Nanotechnologie	Progenitor Cell Technology	334 Mill. (2002)	1,9 Mrd. (2007)
<p>1Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Produktionstechnologien wurden nicht zugeordnet. Sie spielen in allen Produktmärkten eine wesentliche Rolle.</p> <p>Quellen: VDI Technologiezentrum GmbH; Datenquellen für Marktprognosen: Frost & Sullivan, Business Communication Corporation, Theta Reports, Clinica Reports, Data Monitor, The Freedonia Group u. a.</p> <p style="text-align: right;">Quelle: DIW Berlin 2004</p>			

Wirtschaftswachstum

Verlässliche Prognosen zum Wirtschaftswachstum im Zeitraum bis 2020 oder gar bis 2050 sind nicht möglich. Ein durchschnittliches reales BIP-Wachstum von 1,5 bis 2 Prozent p.a. wäre bereits ein eher optimistisches Szenario (vgl. Thesenpapier des Managerkreises „Staatshaushalt, Wachstum, Demografie“, März 2005). Der Gesundheitssektor hätte auch vor diesem Hintergrund alle Chancen, wie in den vergangenen Jahren leicht überdurchschnittlich zu wachsen.

Wettbewerbsintensität

„In den nächsten 15 Jahren werden die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und die Gesundheitsausgaben in Deutschland schneller steigen als das BIP. Der Beschäftigungsentwicklung sind jedoch enge Grenzen gesetzt, da noch erhebliche Effizienzsteigerungen möglich sind. Ziel muss es sein, deut-

lich vor Beginn der demographisch ungünstigen Entwicklung das System möglichst effizient und nachfragegerecht zu gestalten. [...] Wenn durch intensiven Wettbewerb qualitativ hochwertige medizinische Leistungen kostengünstig angeboten werden, ist auch langfristig der Zugang zu diesen Leistungen für alle Bürger finanzierbar.“ (Allianz 2004).

Dieses Bekenntnis zu mehr Wettbewerb in allen Segmenten des Gesundheitswesens teilt der Managerkreis. Das Potenzial an zusätzlichen Beschäftigungsmöglichkeiten sieht er allerdings positiver (vgl. Abb. 6). Er verkennt aber auch nicht die politischen Schwierigkeiten und die Widerstände, die sich in einem lange nach anderen Regeln bewegendem System bei Marktteilnehmern und Regulatoren ergeben. Dennoch: **Nur intensiver, geregelter Wettbewerb kann garantieren, dass das Gesundheitssystem künftig nicht nur weiter wächst, sondern auch von Jahr zu Jahr bessere Ergebnisse für die Nutzer hervor bringt.**

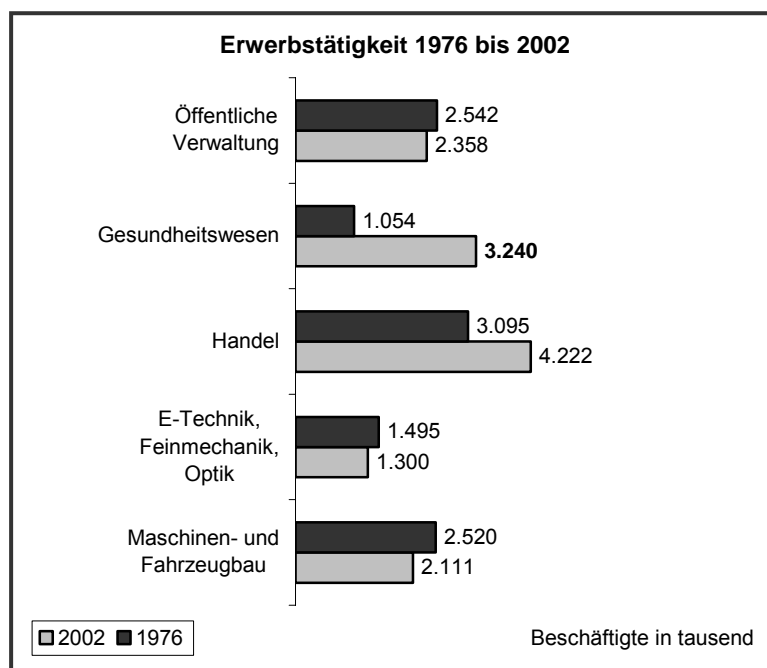


Abbildung 6: „Jobmaschine Gesundheitswesen“; Quelle: Sell 2005

3.3 Künftige Wachstumsfelder im deutschen Gesundheitswesen

Kliniken/Sonstige Gesundheitsdienstleistungen sind weltweit mit **1.854 Mrd. Euro** der größte Sektor. Er wächst mit rund 6%! Für Deutschland wird für die nächsten fünf Jahre ein Wachstum von nur 2% erwartet. Bei Akutkliniken liegt das Wachstum in Deutschland bei 1,5% p.a. Das zweitgrößte Subsegment, die Pflegeheime, wachsen wegen der demographischen Entwicklung Deutschland mit 5% p.a.

Mehr private Krankenhäuser: Auf die Krankenhäuser in Deutschland entfallen heute mit **64 Mrd. Euro etwa 27 % der Gesundheitsausgaben**. In Deutschland besteht noch immer ein Überangebot an Betten. Die Verweilzeit liegt mit knapp 10 Tagen fast doppelt so hoch wie in anderen europäischen Ländern. Wenn bis 2020 die Liegezeiten nur auf unter 8 Tage reduziert würden, könnten noch einmal 110.000 Betten wegfallen. Das entspricht etwa 450 Krankenhäusern durchschnittlicher Größe. Mit diesem Krebsgang ist auch eine Reduktion des Personals in Kliniken zu erwarten.

Von den dann noch 1800 Krankenhäusern (1990: 2.450) werden nach Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft 700 (ohne Fachkliniken) **privat** sein, gegenüber 470 heute.

Der **Pharmasektor** liegt mit einem weltweiten Marktvolumen von rund **410 Mrd. Euro** an zweiter Stelle. Der größte Anteil mit 331 Mrd. Euro fällt unter patentgeschützte Medikamente, 50 Mrd. Euro unter freiverkäufliche Produkte und 29 Mrd. Euro für Generika.

Die Apotheke der Welt schließt

Der Pharmaindustrie fehlt es weltweit an echten Innovationen. Der Quantensprung, den man sich von der Sequenzierung des humanen Genoms erhofft, lässt viel länger auf sich warten als von Fachleuten vor Jahren prognostiziert.

Ein weiteres großes Problem ist das Fehlen neuer Drug Targets. Heute wird primär an der Optimierung herkömmlicher Wirkungsklassen geforscht mit immensem Aufwand, mit großen Ausfallverlusten, die schnell hohe dreistellige Millionenbeträge erreichen und marginalen Fortschritten. Echte Neuerungen werden immer seltener, neuen Produkten fehlt es immer mehr an Alleinstellungsmerkmalen. Damit werden auch ethische Arzneimittel immer austauschbarer, was im Rahmen des allgemeinen Kostendrucks im Gesundheitswesen zunehmend die preislich günstigeren Medikamente bevorzugt, so dass es trotz des durch die demographische Entwicklung volumenmäßig wachsenden Marktes zu Druck auf die Erträge kommt. Folglich hängt die Zukunft der deutschen Hersteller weniger von den Rahmenbedingungen in Deutschland ab - hier ist beispielsweise der Standort Deutschland bezüglich Genforschung, anders als bei der agrarwissenschaftlichen Genforschung, deutlich besser als sein Ruf und auch die Universitäten bringen noch guten wissenschaftlichen Nachwuchs hervor - als von der Finanzkraft der Pharmaunternehmen.

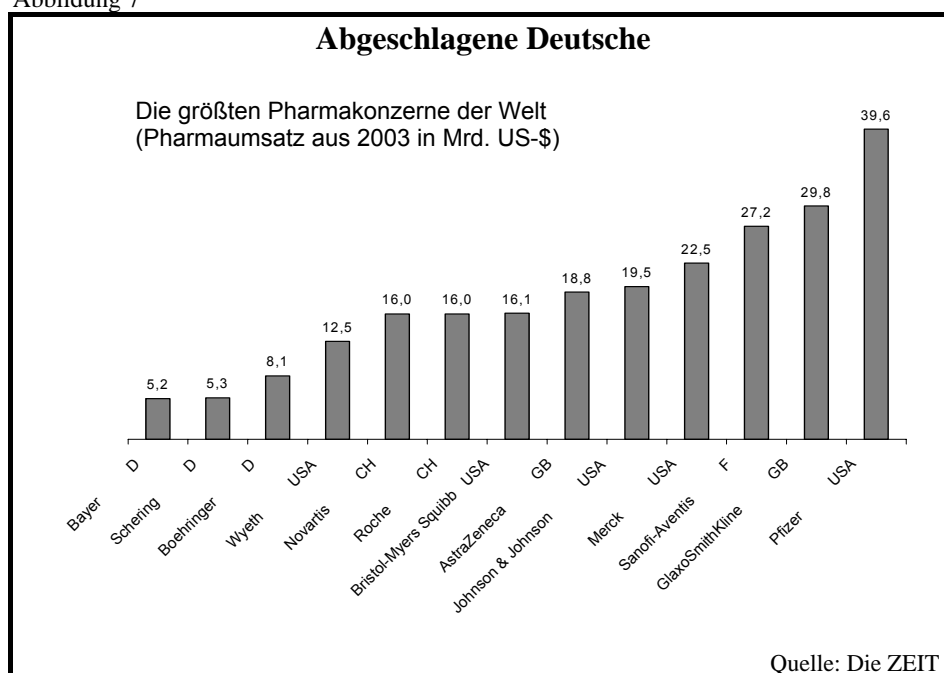
Das ist das Dilemma: Während noch vor 20 Jahren Hoechst und Bayer Toppositionen unter den größten Pharmaunternehmen der Welt einnahmen, ist Sanofi Aventis heute ein französisches Unternehmen und Bayer liegt am unteren Ende des Rankings. Im internationalen Vergleich rangiert Boehringer Ingelheim, als das zur Zeit größte und innovativste aller deutschen Pharmaunternehmen, lediglich auf Rang 15.

Das Fehlen echter Global Player wird die Branche hierzulande weiter zurückwerfen. Zwar werden sich einzelne Unternehmen als Nischenanbieter behaupten können, vorausgesetzt der Exodus guter Fachleute in ausländischen Unternehmen, die mehr Forschungsmittel und eine größere Kapitaldecke zur Verfügung haben, nimmt nicht noch stärkere Formen an. Sonst droht die Forschungspipeline deutscher Pharmaunternehmen sogar von zwei Seiten auszutrocknen: fehlendes Kapital und fehlender Nachwuchs.

Die Wachstumsaussichten für die deutsche Pharmaindustrie hängen ganz wesentlich von ihren künftigen Erfolgen auf den Weltmärkten ab. Die Analysen stimmen nicht hoffnungsfroh. Abbildung 7 (siehe nächste Seite) zeigt die Stellung der deutschen Unternehmen in der Weltrangliste.

Der **Medizintechniksektor** weist ein weltweites Marktvolumen von **184 Mrd. Euro** auf und wächst jährlich um 5%. Hierunter fallen chirurgische Instrumente, Implantate, Heil- und Hilfsmittel, Prothesen, Diagnostikgeräte. Hier sind Produkte deutscher Unternehmen in ausgewählten Bereichen technologisch führend im internationalen Wettbewerb.

Abbildung 7



Der Schwerpunkt der **Medizintechnik** in Deutschland liegt bei **medizintechnischen Geräten** und bei **elektromedizinischen Geräten und Instrumenten** (83 % der Beschäftigten). Mit einem durchschnittlichen Umsatz-Wachstum von 5,5 % in den Jahren 1995 bis 2003 lag die Branche deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Für dieses gute Ergebnis war der Export maßgeblich. Der Auslandsumsatz ist jährlich um über 10% gewachsen, der Inlandsumsatz – eine Folge der Einsparungsanstrengungen – um bescheidene 1,6 %. Der Markt ist durch ein hohes Innovationstempo gekennzeichnet. Nach Schätzungen machen Produkte, die nicht älter als 2 Jahre sind, 50 % des Umsatzes aus.

Der **Biotechnologiesektor** ist mit rund **62 Mrd. Euro** Umsatzvolumen weltweit der kleinste – mit erheblichen Wachstumsraten. Wirklich bahnbrechende Neuerungen sind mit der konventionellen Biochemie kaum noch zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund benötigt Deutschland ein innovations- und investitionsfreundliches Klima für die Biotechnologie.

Insbesondere die Schaffung und Förderung **innovativer und integrierter Gesundheitsnetzwerke** kann hier zu verbesserten Wachstumsaussichten führen. Ein Kristallisationskeim hierfür ist die Spitzenmedizin, insbesondere in Universitätskliniken. Durch eine übergreifende Kooperation von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Kostenträgern, aber auch der Pharma-, Medizintechnik- und Biotech-Industrie können Entwicklungs- und Vermarktungszeiten reduziert oder ganz neue Dienstleistungen angeboten werden.

In der **ambulanten Versorgung** wird mit einem Wachstum gerechnet, das sich auch aus der engeren Verknüpfung ambulanter Leistungen mit der stationären Versorgung erklärt.

Der Strukturwandel bei der **Rehabilitation** geht weiter. Gewinner werden Einrichtungen mit hoher medizinischer Leistungsfähigkeit in ballungsraumnaher Lage sein, die Anschlussheilbehandlung und Kooperationen bei der integrierten Versorgung und Komplexfallpauschalen anbieten können. Die klassische Kur und die allgemeine Reha werden in der Bedeutung weiter zurückgehen und zunehmend ersetzt werden durch (Präventions- und Wellness-) Angebote, die der Nutzer teilweise oder überwiegend aus eigener Tasche zu bezahlen hat.

Der Bedarf an **Pflegeleistungen** wächst mit der demografischen Entwicklung in Zukunft weiter. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen ist bis zum Jahr 2020 eine Vergrößerung des Angebots um rund 300.000 Betten erforderlich. Ein weiterer Bedarf von 250.000 Betten – in Einzelzimmern – resultiert aus der Anpassung des Angebots an die Bedürfnisse. Ein Drittel aller Pflegeeinrichtungen gilt als sanierungsbedürftig. Die Zunahme der Beschäftigung in der Pflege wird bis 2020 von heute rund 670.000 Arbeitskräfte auf rund 900.000 geschätzt.

III. Schritte zur Umsetzung

Vor dem Hintergrund einer aktuellen Systemdiskussion über eine Neuordnung der Finanzierung der GKV spricht sich der Managerkreis in kurz- und mittelfristiger Perspektive für systemkonforme Reformmaßnahmen aus, die einen möglichen Systemwechsel nicht verhindern, aber auch nicht zwingend voraussetzen:

- die steuerbasierte Umfinanzierung der über Beitragsmittel finanzierten versicherungsfremden Leistungen im Rahmen der Einführung einer „Familienkasse“ und des Neuzuschnitts des Kreises der beitragsfrei mitversicherten Personen;
- das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags zur dauerhaften Deckelung der Lohnnebenkostenbelastung.

Abbildung 8

Gesundheitspersonal 2002-2020 (in 1000)				
Gegenstand der Nachweisung	insgesamt			
	2002	2003	2010	2020
BIP nominal in Mrd. Euro¹⁾	2 107	2 128	2 282	2 520
Anteil BIP Gesundheit/Gesamt (in %)²⁾	11,1	11,5	14,3	15,5
Gesamt Erwerbstätige BRD in Tausend ³⁾	38700	38100	39700	39000
Gesundheitspersonal gesamt ⁴⁾	4 185	4 210	4 192	4 269
Anteil Gesundheitspersonal/Erwerbstätige gesamt (in %) ⁵⁾	10,8	10,9	10,5	10,9
Gesundheitspersonal nach Einrichtungen: ⁶⁾				
Gesundheitsschutz	45	45	45	45
öffentlicher Gesundheitsdienst	21	22	22	22
sonstige Einrichtungen	24	24	24	24
ambulante Einrichtungen	1 713	1 737	1 721	1 735
Arztpraxen	647	653	653	653
Zahnarztpraxen	318	326	326	326
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	192	199	199	199
Apotheken ⁷⁾	171	168	135	120
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	155	153	153	153
Einrichtungen der ambulanten Pflege ⁸⁾	194	201	218	247
sonstige Einrichtungen	37	37	37	37
stationäre und teilstationäre Einrichtungen	1 768	1 773	1 780	1 851
Krankenhäuser	1 121	1 104	1 104	1 104
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	119	116	116	116
stationäre und teilstationäre Pflege ⁹⁾	485	511	518	589
berufliche und soziale Rehabilitation	43	42	42	42
Rettungsdienste	46	47	47	47
Verwaltung	219	214	214	214
sonstige Einrichtungen	99	98	98	98
Vorleistungsindustrien	295	296	287	279
pharmazeutische Industrie ¹⁰⁾	115	117	108	100
medizintechnische/augenoptische Industrie ¹¹⁾	103	102	102	102
medizinische Laboratorien und Großhandel	77	77	77	77

1) Zahlen für 2002 und 2003 Stat. Bundesamt, Zahlen für 2010 und 2020 Managerkreis FES (1% jährliches BIP- Wachstum); 2) Zahlen für 2002 und 2003 Allianz Research, Zahlen 2010 und 2020 Ray & Berndtson; 3) Zahlen für 2002 und 2003 Stat. Bundesamt VGR, Zahlen 2010 und 2020 Prognos; 4) Zahlen für 2002 und 2003 Stat. Bundesamt, Zahlen 2010 und 2020 Allianz Research/ Ray & Berndtson; 5) Ray & Berndtson; 6) Zahlen 2002 und 2003 Stat. Bundesamt, Zahlen 2010 und 2020 Allianz Research/ Ray & Berndtson; 7) Zahlen 2002 und 2003 Stat. Bundesamt, Zahlen 2010 und 2020 Allianz Research; 8) Zahlen 2002 und 2003 Stat. Bundesamt, Zahlen 2010 und 2020 Allianz Research (Working Paper Gesundheitsmarkt, S.22, Produktivitätsfortschritt 1% p.a.); 9) Zahlen 2002 und 2003 Stat. Bundesamt, Zahlen 2010 und 2020 Allianz Research (Working Paper Gesundheitsmarkt, S.22, Produktivitätsfortschritt 1% p.a.); 10) Zahlen 2002 und 2003 Stat. Bundesamt, Zahl für 2010 Ray & Berndtson, Zahl 2020 Allianz Research; 11) Zahlen 2002 und 2003 Stat. Bundesamt, Zahl für 2010 Spectaris (medizintechnische Industrie nimmt zu, augenoptische Industrie nimmt ab, Gesamtprognose liegt nicht vor), Zahl für 2020 Ray & Berndtson

Quelle: RAY & BERNDTSON Unternehmensberatung GmbH 2005

1. Versicherungsfremde Leistungen in der GKV systemgerecht finanzieren

Mit dem § 221 SGB V hat das **Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004** einen ersten Einstieg in die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen innerhalb der GKV gebracht. Während im ursprünglichen Entwurf von SPD und Grünen die einzelnen versicherungsfremden Leistungen noch ausdrücklich benannt worden sind, spricht das verabschiedete GMG nur noch von einer pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen über einen Bundeszuschuss. Genannt wird die Höhe des Bundeszuschusses (2,5 Mrd. Euro im Jahr 2005 und ab 2006 4,2 Mrd. Euro jährlich) sowie die Verknüpfung mit der Erhöhung der Tabaksteuer zur Finanzierung.

Der systematische Ansatz einer (zumindest finanziellen) Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen aus der beitragsfinanzierten GKV ist richtig und notwendig. Eine institutionelle Ausgliederung in Form einer Gesamtübertragung in den Bundeshaushalt wäre gerechter und würde die Möglichkeit eröffnen, den Leistungsumfang durch Konzentration auf bedürftige Personen zu reduzieren. Die über den Bundeszuschuss erfassten versicherungsfremden Leistungen sind eine Minimalvariante, da sie den größten Block innerhalb des GKV-Systems nicht abbilden: die **beitragsfreie Familienversicherung**.

Obwohl alle familienbezogenen Subventionen innerhalb der GKV versicherungsfremde Leistungen sind und zur Entlastung des Arbeitsmarktes und der Arbeitnehmer-Haushalte über das Steuer-Transfer-System zu finanzieren sind, muss in einer kurzfristigen Reform die beitragsfreie Familienmitversicherung von Ehepartnern, die nicht mit der Erziehung und Betreuung von Kindern befasst sind, abgeschafft werden. Im Zuge dieser neuen Beitragspflicht für Erwachsene ohne Einkommen kann die Beitragsbemessungsgrenze für Ehepaare verdoppelt werden.

Der Managerkreis plädiert dafür, die Umfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen in der GKV mit der Einführung einer „**Familienkasse**“ zu verbinden, in der alle familienpolitischen Leistungen zusammengefasst und systemgerecht über das **Steuer-Transfer-System** finanziert werden sollen.

Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bis zum 20. Lebensjahr und Ehegatten macht eine Gesamtvolumen von rund 36 Mrd. Euro aus. Ihre Umfinanzierung wäre eine erhebliche Entlastung der GKV und des Faktors sozialversicherungspflichtige Arbeit. Die Ausgliederung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Ehegatten ermöglicht in einem zweiten Schritt die Neufestlegung, wie weit der Solidarausgleich reichen soll. Die große Chance liegt in einem Neuzuschnitt der beitragsfreien Mitversicherung. Zugleich werden vom steuerfinanzierten Sozialsystem Aufgaben übernommen, die auch bei einem Systemwechsel der Finanzierung der GKV in Richtung eines prämiensorientierten Modells zu lösen wären.

Erneute „Verschiebebahnhöfe“ vom Steuer- zum Beitragszahler, wie sie im Rahmen der Hartz IV-Gesetze vorgenommen worden sind, müssen vermieden werden. Relativ unbemerkt von der Öffentlichkeit hat der Gesetzgeber für die Arbeitslosengeld II-Empfänger bereits ein Prämien-Modell der Finanzierung eingeführt. So zahlt die Bundesagentur für Arbeit (BA) derzeit einen Betrag in Höhe von 126 Euro für die Kranken- und Pflegeversicherung, also 1.512 Euro im Jahr. Ausweislich der Angaben der GKV liegen die Ausgaben aber bei über 3.000 Euro im Jahr.

2. Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags – eine akzeptable Übergangslösung

Der wesentliche Vorteil eines Wechsels zu einem prämiensorientierten Modell liegt in der Entlastung des Faktors sozialversicherungspflichtige Arbeit aufgrund der Entkoppelung der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes vom Arbeitsverhältnis. Ein Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags hätte eine – wenn auch deutlich abgeschwächte – vergleichbare Wirkung. Es wäre ein **Einstieg in die Abkoppelung der Finanzierung vom Arbeitsverhältnis** und als Übergangslösung vertretbar. Dies wäre eine klare und unmissverständliche Festschreibung der Belastungsverchiebung auf den einzelnen Haushalt, der alle weiteren Beitragssatzanstiege alleine zu tragen hätte. Verbunden mit einer Absenkung des Beitragssatzes aufgrund der Steuerfinanzierung ausgegliederter versicherungsfremder Leistungen wird im Prinzip der gleiche Entwicklungspfad beschritten wie bei einer Prämienfinanzierung.