



MANAGERKREIS
DER FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG

Wachstum und Gesundheit

Chancengleichheit, Wettbewerb und Konsumentensouveränität



Autoren:

(Federführung)
Florian Gerster
Heik Afheldt

Dagmar Braun
Horst Föhr
Edmund Fröhlich
Marei John-Ohnesorg
Anna Maria Kellner
Bärbel-Maria Kurth
Gudrun Schaich-Walch
Ernst-Martin Walsken

**FRIEDRICH
EBERT** 
STIFTUNG

www.managerkreis.de



Impressum

ISBN: 978-3-89892-985-3

Herausgeber:
Friedrich-Ebert-Stiftung
Stabsabteilung

Redaktion:
Anna Maria Kellner
Marei John-Ohnesorg
Dagmar Merk
unter Mitarbeit von:
Helmut Lölhöfel

© 2008 by Friedrich-Ebert-Stiftung

Umschlag + Layout:
Werbestudio Zum weissen Rössl, Schäpe
Druck:
BUB Bonner Universitäts-Buchdruckerei
1. Auflage: 2.000

Printed in Germany 2008

Wachstum und Gesundheit

Chancengleichheit, Wettbewerb und Konsumentensouveränität

Thesepapier des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung

Autoren

(Federführung)

Florian Gerster

Heik Afheldt

Dagmar Braun

Horst Föhr

Edmund Fröhlich

Marei John-Ohnesorg

Anna Maria Kellner

Bärbel-Maria Kurth

Gudrun Schaich-Walch

Ernst-Martin Walsken

Weitere Mitglieder

Arbeitsgruppe „Gesundheit und soziale Sicherung“ des Managerkreises:

Claus Biermann

Stefan Harant

Angelika Josten-Janssen

Peter Marx

Hans-Peter Wagner

Inhalt

Zusammenfassung	5
Einführung und Leitsätze	6
Wie gesund ist Deutschland?	9
Gesundheitszustand	9
Gesundheitsverhalten	10
Gesundheit und Chancengleichheit	10
Deutschland steht im internationalen Vergleich gut da	12
Ausgaben für die Gesundheit	13
Was anders werden muss	14
Gutes Wachstum – schlechtes Wachstum	14
Rationalisierungsreserven in der stationären Versorgung	14
Auf dem Weg zur integrierten Versorgung	16
Pflege: Nachhaltig finanzieren	17
Pharmaindustrie: Zurück in die Weltspitze	17
Medizintechnik: Deutsche Stärken nutzen	19
Informations- und Kommunikationstechnologie	20
Der Weg zu Wachstum und Gesundheit	21
Jährliche Gesundheitsberichterstattung	21
Den Wachstumssektor Gesundheit fördern	21
Priorität für Gesundheitserziehung und Prävention	22
Mehr Gewicht für betriebliche Gesundheitspolitik	23
Was die Politik tun muss	24

Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem hat auch nach zahlreichen Korrektur- und Reformversuchen immer noch erhebliche Fehler, Lücken und Mängel. Bei künftigen Reformschritten muss darauf geachtet werden, Prävention und Gesundheitserziehung auszubauen, Chancengleichheit bei der medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung herzustellen, den Patienten mehr Informations- und Beteiligungsrechte und damit Konsumentensouveränität zu verschaffen und das Gesundheitssystem insgesamt mehr auf den Wettbewerb hin zu orientieren. Nur so kann die Qualität der Versorgung und der Forschung den erforderlichen Leistungssprung schaffen, der ein echtes und kein vermeintliches wirtschaftliches Wachstum bringt.

Dazu möchte der Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung mit seinen Thesen zu „Wachstum und Gesundheit“ einen Beitrag leisten. Sie wurden von Fachleuten aus allen Sektoren des Gesundheitswesens erarbeitet und enthalten Anregungen und Vorschläge, die von Anreizen zur Prävention im Vorschulalter bis zu Stärkung und Erhalt der Weltmarktfähigkeit der Gesundheitswirtschaft reichen. Diese Denkanstöße sollen der Politik, aber auch den Ärzten, den Krankenhäusern, den Krankenkassen, der Medizinforschung und den Arzneimittelherstellern, besonders aber den Patienten Wege weisen, gemeinsam an einem ganzheitlichen, durchschaubaren, hochklassigen und wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem mitzuwirken.

Einführung und Leitsätze

Die Diskussionen der vergangenen Jahrzehnte über die Reformen des Gesundheitssystems in Deutschland drehen sich überwiegend um drei Themen: Dämpfung des Kostenanstiegs, Sicherung der Einnahmen und Reformen der institutionellen Strukturen. Daneben wurde in jüngster Zeit vermehrt auf die Wachstumspotenziale der Gesundheitswirtschaft und die Belastung der Lohnkosten hingewiesen.

Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland im engeren Sinne bewegt ein volkswirtschaftliches Volumen von rund 240 Milliarden Euro im Jahr und beschäftigt mit über 4,2 Millionen Erwerbstätigen mehr als 11 Prozent der Beschäftigten. Sie ist die bedeutendste Branche der deutschen Wirtschaft. Hinzu kommen private Ausgaben für ein gesundes Leben: Mit einem Volumen von rund 60 Milliarden Euro war der zweite Gesundheitsmarkt im vergangenen Jahr ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Wichtiger noch: Die deutsche Gesundheitswirtschaft ist die Branche mit dem höchsten Wachstumspotential. Der Zuwachs an Wertschöpfung bis 2020 wird auf 25 Prozent geschätzt. Nach einer HWWI – Studie von 2006 sind bis dahin 430 000 zusätzliche Arbeitsplätze möglich.



Quelle: Institut Arbeit und Technik Gelsenkirchen

Wachstum ist aber kein Ziel an sich. Mit den üblichen Messgrößen für wirtschaftliches Wachstum bestimmen wir den Output eines Landes oder eines Sektors unabhängig von Effektivität und Effizienz. Die Erfassung der Verkehrsunfälle und ihrer Folgen als positiver Beitrag zum Bruttoinlandsprodukt eines Landes ist ein oft zitiertes Beispiel: Mit einer besonders kranken Bevölkerung würde zwar möglicherweise der Gesundheitssektor überdurchschnittlich expandieren – aber auch die Produktivität und Effektivität der Volkswirtschaft erheblich leiden. Die Quote der Ausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist deshalb kein aussagefähiger Indikator zur Beurteilung der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung eines Landes, sondern führt in die Irre.

Gesundheit ist ein wichtiges und begehrtes Gut für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft: Die Wirtschaftskraft und Leistungsfähigkeit eines Landes hängen maßgeblich vom Gesundheitszustand seiner Bevölkerung und von gleichen Gesundheitschancen für alle Menschen ab. Daher ist die Stärkung des Gesundheitszustands der Bevölkerung ein bedeutendes Ziel - unabhängig davon, ob dies auf längere Sicht das Wachstum der einzelnen Märkte im Feld Gesundheit positiv oder negativ beeinflusst. Erfolgreiche Prävention und Gesundheitserziehung oder bahnbrechende innovative Therapien können das Wachstum des Gesundheitssektors sogar bremsen. Andererseits hat ein guter Gesundheitsstand der Bevölkerung einen messbaren, positiven Effekt auf die volkswirtschaftliche Produktivität in allen anderen Sektoren der Wirtschaft und damit auf das Wohlstandsniveau der Gesellschaft. Der Zusammenhang von Wachstum und Gesundheit in unserer Gesellschaft ist komplexer als bisher diskutiert.

**Zusammenhänge
zwischen Einkommen,
Gesundheit
und Wachstum**

Die hohe Zahl übergewichtiger Jugendlicher oder die Zunahme des Altersdiabetes lässt die Frage nach der Wirksamkeit gesundheitspolitischer Aktionen immer dringlicher werden. Offensichtlich wird die Bedeutung von Prävention und Gesundheitserziehung verkannt. Wir müssen mehr wissen über die wechselseitigen Einflüsse von Einkommen, Bildung sowie „gutem“ und „schlechtem“ Wachstum. Das belegen verschiedene Urteile über die Erfolgsaussichten und Wirkungen der vergangenen Gesundheitsreformen. Die Aussagen in den Programmen der Bundestagsparteien zeigen zu wenige Innovationen auf.

Statt einzelne Elemente des Systems Gesundheit isoliert zu analysieren und stückweise zu reformieren, betrachtet der Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung die Verbesserung der Gesundheit der *gesamten* Bevölkerung und die Verteilung der Gesundheitschancen für einzelne Schichten und Gruppen. Mit dem vorliegenden Thesenpapier will er dazu beitragen, diese vernachlässigten grundlegenden Aspekte zu beleuchten, bevor erneut nur Teilsysteme reformiert werden.

Leitsätze: Für Wettbewerb im Gesundheitssystem

(1) Die Gesundheit in Deutschland hat sich stetig verbessert, auch im internationalen Vergleich. Sie spiegelt jedoch als durchschnittliche Gesundheit der Gesamtbevölkerung nicht die Höhe der Gesundheitsausgaben wider, bei denen wir mit rund 11 Prozent des BIP nach den USA, der Schweiz und Frankreich auf dem vierten Platz liegen.

20 Prozent der Deutschen sind chronisch krank. Defizite weist vor allem der Gesundheitszustand bildungsferner Schichten, besonders in Milieus mit Einwanderungshintergrund, auf. Ursachen sind die Lebensverhältnisse und die dadurch geprägten individuellen Verhaltensweisen.

Ganzheitliche Gesundheitspolitik für gleiche Gesundheitschancen

Der Gesundheitspolitik fehlt ein ganzheitlicher Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Gestaltende Gesundheitspolitik muss als Querschnittsaufgabe sämtliche Ressorts erfassen, insbesondere die Bildungs- und die Kommunalpolitik.

(2) Im deutschen Gesundheitswesen findet ein qualitätsfördernder Wettbewerb nur in einzelnen Segmenten statt. Das Gesamtsystem ist von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Ordnungsrahmen geprägt und damit in hohem Maße reguliert. Im stationären Sektor verfesti-

gen „bettenscharfe“ Krankenhausbedarfsplanungen der Länder, im ambulanten Sektor Kassenärztliche Vereinigungen unnötige Reglementierung und kartellähnliche Strukturen.

Die „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ (WSG) genannte jüngste Gesundheitsreform versucht wiederum, mit partiellen Drehungen der Regulierungsschraube die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen. Das ist ein wesentlicher Grund dafür, dass dieser Sektor trotz großer mittelfristiger Wachstumschancen der Gesundheitswirtschaft dem allgemeinen Aufschwung der deutschen Wirtschaft hinterherhinkt. Solange die Regulierung von Preisen und Mengen in Krankenhaus und Arztpraxis sowie für medizinische Produkte nicht für mehr Wettbewerb sorgt, bleiben alle Hoffnungen auf eine Branchenkonjunktur unerfüllt.

**Wettbewerb statt
Regulierung fördern**

Bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen und Medikamentenversorgung sowie im vertragsärztlichen Geschehen hat es erfreuliche Teilschritte gegeben, die aber marktwirtschaftliche Insellösungen geblieben sind und ausschließlich einen Preiswettbewerb auslösen. Die Wachstumschancen der Gesundheitswirtschaft werden am deutlichsten sichtbar, wo die Regulierungsdichte geringer, die private Nachfrage wirksamer und der Exportanteil ausgeprägter ist: im erfolgreichsten Segment Medizintechnik.

Das demografische Profil Deutschlands erfordert zwingend eine betriebliche Gesundheitsförderung der Beschäftigten. Unternehmen, die auf präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz verzichten, werden angesichts von Fachkräftemangel, Frühverrentung und Massenkrankheiten zunehmend Wettbewerbsnachteile zu spüren bekommen.

(3) Wettbewerb ist Voraussetzung für qualitatives Wachstum auch in der Gesundheitswirtschaft. Damit Patienten Wahlmöglichkeiten eigenverantwortlich wahrnehmen können, müssen sie Konsumentensouveränität erlangen. Die dafür notwendige Urteilsfähigkeit setzt Information, Transparenz und Qualitätsmaßstäbe voraus.

Ziel der Verbraucherpolitik im Gesundheitswesen ist der souveräne Patient, der den Primat einer ganzheitlichen, gesunden Lebensweise verinnerlicht hat und medizinische Angebote kritisch abwägt und bewusst in Anspruch nimmt.

Gesundheitsleistungen, die im Rahmen einer gesetzlich normierten Grundversorgung nicht unbedingt notwendig, aber dennoch sinnvoll sind, sollten einem deregulierten zweiten Gesundheitsmarkt vorbehalten bleiben. Privates Geld kann und soll dynamisches Wachstum von Angeboten finanzieren, die der Steigerung der Lebensqualität durch bessere Gesundheit dienen.

**Arzt-Patient-Verhältnis
durchschaubar machen**

Die gesetzlichen Regelungen müssen Qualitätskontrollen ermöglichen, das Arzt-Patient-Verhältnis durchschaubar machen und der Gesundheitspolitik die benötigten Daten für ihre Entscheidungen zur Verfügung stellen. Die elektronische Gesundheitskarte kann die Qualität der Versorgung durch Informationen verbessern, Doppelbehandlungen vermeiden und die Arzneimittelsicherheit erhöhen. Gleichzeitig muss die Funktion des Hausarztes als Lotse durch das Gesundheitssystem gestärkt werden.

Wie gesund ist Deutschland?

1. Gesundheitszustand

Wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung nach ihrem eigenen Gefühl charakterisiert, geht es Deutschland gut: Drei Viertel der über 18-jährigen Frauen und Männer und 85 Prozent der 11- 17-jährigen empfinden ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Über diese subjektiven Selbsteinschätzungen hinaus gibt es weitere Kennzahlen, die den Gesundheitszustand unserer Bevölkerung objektivierbar kennzeichnen.

Eine große Mehrheit der Deutschen fühlt sich gesund

Krankheitskosten je Einwohner in €		
Krankheiten	2002	2004
insgesamt	2650	2730
Kreislaufsystem	420	430
Verdauungssystem	380	400
Muskel-Skelettsystem	290	300
Psychische und Verhaltensstörungen	260	280
Neubildungen (Tumoren)	190	210
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	140	140
Atmungssystem	140	140

Quelle: Statistisches Bundesamt

Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit: Die Lebenserwartung der Frauen ist seit 1990 um durchschnittlich 2,8 auf 81,6 Jahre und die der Männer um 3,8 auf 76 Jahre gestiegen. Die Geschlechterdifferenz ist von 6,5 auf 5,6 Jahre gesunken. Als gesunde Lebensjahre gelten dabei diejenigen, die in sehr gutem oder gutem allgemeinen Zustand verbracht werden. Männer können bei Geburt mit 64,8 und Frauen mit 66,6 gesunden Lebensjahren rechnen. Auch die Wahrscheinlichkeit, vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu sterben, hat sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen verringert.

Die gestiegene Lebenserwartung ist eine kulturelle, soziale und ökonomische Errungenschaft. Die Deutschen können mit einem langen und über lange Zeit in Gesundheit verbrachten Leben rechnen. Gleichzeitig liegt in der Alterung der Gesellschaft die größte Herausforderung für das Gesundheitssystem.

Pflegebedürftigkeit	
2007	2 Mio.
2030	3,36 Mio.
Demenzkrankungen	
2000	1 Mio.
2050	2,3 Mio.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, Bickel 2004

2. Gesundheitsverhalten

Wie stark die Belastungen für das Gesundheitssystem ansteigen, hängt wesentlich vom Gesundheitsverhalten und den Gesundheitsverhältnissen ab. Zu viele Menschen bewegen sich zu wenig, sind zu dick, rauchen zu viel und trinken unmäßig Alkohol. Dies sind Risikofaktoren für Krebs, aber auch für das Herz-Kreislauf-System. Die genannten Risikofaktoren sind weit verbreitet und prägen sich im Kindes- und Jugendalter aus - hier müssen präventive Maßnahmen ansetzen.

Ernährung: Die Ernährungsgewohnheiten der Deutschen haben sich verbessert: es werden mehr Obst und Gemüse, mehr ballaststoff- und kohlenhydratreiche Kost und mehr nichtalkoholische Getränke konsumiert als Ende der 1980er Jahre. Allerdings ist auch der Verzehr von Fertigprodukten, Fast Food und Nahrungsergänzungsmitteln gestiegen. Kinder essen zu wenig Obst und Gemüse, dafür aber zu viele Süßwaren und Knabberartikel und trinken zu viele gesüßte Getränke.

Zu viele Menschen bewegen sich zu wenig, sind zu dick, rauchen zu viel und haben ein riskantes Trinkverhalten

Körperliche Aktivität: Obwohl ein Teil der Bevölkerung in den 1990er Jahren körperlich aktiver wurde, bewegen sich viele Menschen im Alltag zu wenig. Die Ursachen dafür liegen etwa in überwiegend sitzenden Tätigkeiten und stundenlangem Konsum der Massenmedien. Zwar sind 54 Prozent der 11- bis 17-jährigen täglich körperlich aktiv, gleichzeitig verbringen aber viele Kinder und Jugendliche drei und mehr Stunden täglich vor Bildschirmen.

Alkohol- und Zigarettenkonsum: Zigaretten gehören in Deutschland nach wie vor zu den größten gesundheitlichen Risikofaktoren. Jeder dritte Erwachsene in Deutschland raucht. Zwar ist der Tabakkonsum bei Männern leicht zurückgegangen, doch nimmt er bei Frauen zu. Noch bedenklicher ist, dass 21 Prozent der 14- bis 17-jährigen täglich rauchen. Ein Viertel aller nicht rauchenden Kinder und Jugendlichen ist regelmäßig Passivrauch ausgesetzt.

Jede sechste Frau und jeder dritte Mann trinkt alkoholische Getränke in Mengen, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bergen. Besorgniserregend ist vor allem der Alkoholkonsum Jugendlicher: Die Zahl von Rauschtrinkern und -trinkerinnen im Jugendalter wächst.

Übergewicht: Zwei Drittel der Männer, die Hälfte der Frauen und 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind übergewichtig. Hochgerechnet gibt es damit 1,9 Millionen übergewichtige Kinder und Jugendliche. 6,3 Prozent der 3 bis 17-jährigen, also rund 800 000, sind adipös, haben also krankhaftes Übergewicht.

3. Gesundheit und Chancengleichheit

In Deutschland steht eine umfassende medizinische Versorgung mit einem umfangreichen Leistungskatalog für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung. Nicht alle Bevölkerungsgruppen profitieren jedoch gleichermaßen von der Aufwärtsentwicklung der vergangenen Jahre. Bei allgemein steigendem Lebensstandard haben Armutsrisiken zugenommen.

Soziale Lage und Gesundheit: Derzeit sind 13,5 Prozent der Bevölkerung einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt. Kinder und Jugendliche sind davon überdurchschnittlich, ältere Menschen unterdurchschnittlich betroffen. Menschen aus schwächeren sozialen Schichten und mit einem niedrigeren Bildungsniveau stehen gesundheitlich schlechter da als der Durchschnitt.

Leiden wie Schlaganfall, chronische Bronchitis, Schwindel, Rückenschmerzen und Depressionen sind in der unteren Sozialschicht bei Frauen und Männern häufiger anzutreffen als in den oberen Schichten. Die mittlere Lebenserwartung unterscheidet sich zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe um 10,8 Jahre bei Männern und um 8,4 Jahre bei Frauen. In der niedrigsten Einkommensgruppe sterben im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe mehr als doppelt so viele Männer und Frauen vor dem 65. Lebensjahr.

**Soziale
Benachteiligungen im
Gesundheitssystem**

**Mittlere Lebenserwartung (2004 – 2006) in Berlin
und Mittleres Pro-Kopf-Einkommen (in Euro, 2004)**

Bezirk	Männer	Frauen	Einkommen
Charlottenburg-Wilmersdorf	78,5	82,6	975
Steglitz-Zehlendorf	78,4	82,6	1000
Treptow-Köpenick	77,7	83,5	975
Pankow	76,9	82,0	900
Neukölln	75,4	81,3	750
Mitte	75,3	81,0	775
Friedrichshain-Kreuzberg	74,4	80,7	775

Quelle: Senatsverwaltung Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin, Statistisches Landesamt Berlin

Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt: Kinder und Jugendliche aus ungünstigeren sozialen Verhältnissen und mit Migrationshintergrund putzen sich seltener die Zähne, ernähren sich ungesünder, treiben seltener regelmäßig Sport, verbringen stattdessen mehr Freizeit vor dem Bildschirm, rauchen stärker und sind häufiger übergewichtig. Sie sind auch öfter Opfer von Verkehrsunfällen und Gewalt, weisen eine geringere motorische Leistungsfähigkeit auf, werden bei vergleichbaren Krankheitssymptomen seltener dem Arzt vorgestellt und nehmen die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen weniger häufig wahr.

**Kinder aus sozial
schwachen Familien
sind am stärksten
betroffen**

Diese Doppelbelastung aus sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung verschlechtert die Zukunftschancen der Kinder. Dies könnte sich auf die künftige Entwicklung der Lebenserwartung auswirken. Hier muss Prävention die verschiedenen Milieus gezielt ansprechen.

Prävention und Gesundheitsförderung: Ein großer Teil der chronischen Krankheiten ist vermeidbar oder verzögerbar. Aus den durch Prävention zusätzlich gewonnenen gesunden Lebensjahren, die in einer älter gewordenen Bevölkerung weniger Kosten verursachen und ganz oder teilweise durch Verlängerung der Lebensarbeitszeit zur Produktion von Volkseinkommen genutzt werden können, ergibt sich auch ein volkswirtschaftlicher Nutzen.

Obwohl die Ausgaben der Krankenkassen für Prävention kontinuierlich steigen, werden nur 4 Prozent der 70 Millionen GKV-Versicherten von deren Präventionsangeboten erreicht. Krebsfrüherkennungsprogramme und Gesundheits-Checks werden zu selten wahrgenommen, besonders aus den unteren Statusgruppen gibt es wenige Teilnehmer. Die U1- bis U9-Untersuchungen für Kinder sind für alle GKV-Versicherten zuzahlungsfrei – auch hier werden besonders Kinder mit niedrigerem sozialem Status seltener untersucht. Prävention funktioniert also nicht nur über Angebote, sondern muss in den Alltag der Menschen integriert werden. Dazu gehört,

**Prävention gehört in den
Alltag der Menschen**

dass jeder Einzelne in die Lage versetzt werden muss, richtige Entscheidungen zur Gesunderhaltung zu treffen und diese Fähigkeit lebenslang weiterzuentwickeln.

Teilnahme an Kursen zur individuellen Primärprävention (2003, pro 1.000 Mitglieder)		
Versichertenstatus	Frauen	Männer
Pflichtversicherte	9,0	2,2
Freiwillig Versicherte	10,5	4,9
Arbeitslose	6,5	1,6
Rentner	4,6	2,2

Quelle: BKK Bundesverband

Betriebliche Gesundheitsförderung spart Kosten und erhöht die Produktion

Betriebliche Gesundheitsförderung:

Lohnfortzahlungskosten in Krankheitsfällen von jährlich 30 Milliarden Euro und steigender Fachkräftemangel sind gewichtige Argumente für eine Verstärkung der betrieblichen Gesundheitspolitik und Prävention.

Der Krankenstand in Deutschland ist von 1995 bis 2006 von 5,1 Prozent auf 3,3 Prozent zurückgegangen: Das bedeutet für die Unternehmen Einsparungen von mehr als 10 Mrd. Euro. Für diesen Rückgang ist neben dem Strukturwandel zur Dienstleistungsgesellschaft auch die Frühverrentungspraxis in einigen Großbetrieben verantwortlich. Aber auch die in den Unternehmen ergriffenen Maßnahmen zur Arbeitssicherheit machen sich positiv bemerkbar: Der Krankenstand wird in der Wirtschaft zunehmend als positiv beeinflussbarer Kostenfaktor wahrgenommen.

Arbeitsunfähigkeitstage krankheitsspezifisch	
Muskel-Skelett-System	26,5 %
Verletzungen und Vergiftungen	15,7 %
Atmungssystem	15,0 %
Psychische Störungen	8,9 %
Verdauungssystem	6,6 %
Kreislaufsystem	4,6 %

Anteil aller Arbeitsunfähigkeitstage der erwerbstätigen Pflichtversicherten 2006

Quelle: BKK-Gesundheitsreport 2007

4. Deutschland steht im internationalen Vergleich gut da

Deutschland liegt bei vielen Gesundheitsindikatoren im europäischen Durchschnitt oder im vorderen Feld. Dies betrifft die Lebenserwartung bei Geburt von Frauen und Männern, die Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen und an Lungenkrebs oder die Säuglingssterblichkeit. Die Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit liegt dagegen über dem europäischen Durchschnitt, bei den zu erwartenden gesunden Lebensjahren liegt Deutschland im hinteren Mittelfeld. Dies deutet ebenso wie die im Vergleich zu vielen Ländern hohe Verbreitung von Bluthochdruck auf Verbesserungspotenziale hin. Insbesondere Übergewicht und Adipositas sind in Deutschland im internationalen Vergleich besonders häufig anzutreffen.

In der EU haben die „alten“ Mitgliedstaaten nahezu gleiche Probleme im Gesundheitszustand ihrer Bevölkerungen zu verzeichnen, aber auch ähnliche Fortschritte erzielt. Gemeinsame europäische Programme und konzertierte Aktionen für mehr Bewegung und gesunde Ernährung, aber auch zum Schutz vor Infektionskrankheiten und anderen grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen müssen entwickelt werden.

**Sterberate ausgewählter Krankheiten im europäischen Vergleich
je 100.000 Einwohner (2002)**

Krankheit	Deutschland		England		Frankreich		Niederlande		EU-15	
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	49,9		63,25		31,48		50,38		53,29	
Koronare Herzkrankheit	89,3		86,91		28,29		50,46		63,25	
Lungenkrebs	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
	58,74	16,31	58,02	29,84	64,48	11,86	76,41	25,84	63,03	16,96

Beschwerdefreie Lebenserwartung in Jahren, 2003

	Deutschland		Frankreich		Niederlande		Schweden		Portugal	
2002	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
	65,0	64,7	60,6	63,9	61,7	58,8	62,5	62,2	59,8	61,8

Quelle: Robert-Koch-Institut 2006

5. Ausgaben für die Gesundheit

Die Ausgaben für Gesundheit beliefen sich im Jahr 2005 auf insgesamt 239,4 Milliarden Euro, also 10,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Sie sind damit im Vergleich zum Jahr 2004 um 5,6 Milliarden Euro oder 2,4 Prozent des BIP gestiegen.

Mit rund 57 Prozent der Ausgaben oder 135,9 Milliarden Euro – 3,3 Prozent mehr als noch 2004 – war die gesetzliche Krankenversicherung der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen. Gut 9 Prozent oder 22,0 Milliarden Euro wurden in der privaten Krankenversicherung ausgegeben, das sind 4,2 Prozent mehr als 2004. Über die Hälfte der Gesundheitsausgaben entfielen auf Gesundheitswaren (Arzneimittel inklusive Verbrauchsmaterial, Hilfsmittel, sonstiger medizinischer Bedarf sowie Material- und Laborkosten bei der Versorgung mit Zahnersatz) und ärztliche Leistungen. Vor allem die Ausgaben für Arzneimittel sind im Vergleich zum Vorjahr um 5,4 Prozent angestiegen. Die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck gaben 2005 32,4 Milliarden Euro für die Gesundheit aus. Dies macht einen Anteil von knapp 14 Prozent aus, 1,2 Prozent mehr als 2004.

**Private Haushalte und
gemeinnützige
Organisationen ohne
Erwerbszweck tragen fast
die Hälfte aller Kosten**

Die Gesamtbelastung privater Haushalte wird erst bei Betrachtung der Finanzierungsströme im Gesundheitswesen sichtbar. Das für 2005 heranzuziehende Finanzvolumen (320 Milliarden Euro) umfasst dabei alle im Gesundheitswesen anfallenden Zahlungsströme, also sowohl die Gesundheitsausgaben als auch den erweiterten Leistungsbereich zu den Einkommensleistungen. Darunter fallen z. B. Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall und Rente bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Ausgaben für den Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Ausgaben für Ausbildung und Forschung. Im Jahr 2005 trugen die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck insgesamt 47,2 Prozent aller im Gesundheitswesen entstandenen Kosten.

Was anders werden muss

1. Gutes Wachstum – schlechtes Wachstum

Anders als bei anderen Merkmalen schneidet das deutsche Gesundheitssystem beim internationalen Effizienzvergleich eher ungünstig ab. Wenn die Gesundheitsausgaben kräftig steigen, weil die Effizienz im Gesundheitssektor unbefriedigend ist, dann ist diese Art von Wachstum schlecht. Deutschland hat nach den USA, der Schweiz und Frankreich mit 10,7 Prozent den vierthöchsten Anteil der Ausgaben für Gesundheit am BIP. Bei diesem Vergleich darf allerdings nicht übersehen werden, dass sowohl in den USA mit knapp 50 Prozent als auch in der Schweiz der Anteil privat initiiertes Gesundheitsausgaben weit höher als in Deutschland ist, wo der überwiegende Anteil über die gesetzliche Krankenversicherung und andere öffentliche Haushalte finanziert wird. Die überdurchschnittlich lange Aufenthaltsdauer und die hohe Bettenzahl in deutschen Krankenhäusern sind Indikatoren für beachtliche Produktivitätsreserven im stationären Bereich. Eine Expansion ohne strukturelle Verbesserungen bedeutet eine Vergeudung knapper Ressourcen und eine Belastung der Gesamtwirtschaft. An die Reform des Gesundheitssystems muss der Anspruch gestellt werden, die Spielräume für derart unvernünftig schlechtes Wachstum drastisch einzuengen.

**Gutes Wachstum
verbessert die
Gesundheitschancen
für alle**

Gutes Wachstum zeichnet sich beispielsweise dadurch aus, dass die zahlreichen alten Menschen dank anhaltenden medizinischen Fortschritts mehr gesunde Lebensjahre und eine bessere Lebensqualität genießen können. Es wäre ein Zeichen zunehmenden Wohlstands, wenn Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor kräftig wachsen. Nichts spricht dagegen, wenn dieser Sektor seinen Anteil am Bruttosozialprodukt steigert. Entscheidend sind aber nicht nur Effizienz und Ergebnisse, sondern auch die Frage, wie möglichst alle an den Fortschritten der Gesundheitsdienste teilhaben können.

Nach jüngsten Untersuchungen des Instituts für Demoskopie Allensbach ist eine Mehrheit in Deutschland überzeugt, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung in den vergangenen Jahren schlechter geworden sei. Auch fürchten die meisten Befragten, dass die gesetzliche Krankenversicherung künftig nur noch eine Grundversorgung bezahlen werde. Rund 80 Prozent rechnen mit höheren Beiträgen und erwarten eine „Zwei-Klassen-Medizin“.

2. Rationalisierungsreserven in der stationären Versorgung

Die Einführung des neuen Vergütungssystems in der stationären Versorgung kann als Erfolg gewertet werden. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG), einer Bezugsgröße für Fallpauschalen, hat in diesem Sektor für mehr Transparenz im Abrechnungswesen der Krankenhäuser sowie für mehr Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb gesorgt. Überkapazitäten im stationären Sektor werden abgebaut, Verweildauern im Krankenhaus durch Veränderung der Arbeitsabläufe verkürzt. Neben den bisher Etablierten konnten neue Anbieter Fuß fassen. Dieser Weg sollte konsequent fortgesetzt werden.

Mit mittlerweile 1035 DRGs hat das System einen hoch akzeptierten Reifegrad erreicht. Die jährliche Fortentwicklung wird im „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ professionell betrieben. Mit einer Datenbasis von rund 3,6 Mio. Fällen aus über 200 Krankenhäusern steht eine hervorragende Kalkulationsbasis für die Weiterentwicklung zur Verfügung. Mit Hilfe des DRG-Vergütungssystems werden jährlich rund 65 Mrd. Euro auf die Krankenhäuser verteilt. Im Jahr 2009 endet die Konvergenzphase. Bis dahin sind in einer Weiterentwicklung des Gesetzesrahmens einige technische und politische Vorgaben zu machen, die mehr Qualität und Wettbewerb bewirken und den Einfluss der Länder vermindern.

Mehr Wettbewerb durch Fallpauschalen

In den vergangenen Jahren sind die Krankenhauskosten der GKV trotz erheblicher Tariflohnsteigerungen moderat gestiegen. Für die Zukunft stellt sich jedoch die Frage, ob die enge Grundlohnbindung ein zukunftsfähiger Weg ist oder ob Innovation und Wachstum im Gesundheitswesen behindert werden. Darüber hinaus ist von wesentlicher Bedeutung, dass am Ende bundeseinheitliche Richtpreise vorgesehen werden, die zwischen den Krankenhäusern einen begrenzten Preiswettbewerb ermöglichen. Am Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“ sollte festgehalten werden. Das neue Preissystem muss flächendeckend sein. Darüber hinaus sollten die Krankenkassen künftig mit einzelnen Krankenhäusern Verträge (ausgenommen die Notfallversorgung) abschließen können. Diese Verträge sollten von klaren Qualitätskriterien begleitet sein, die ebenso wie die Qualitätsberichte für jedermann verständlich und nachvollziehbar sein müssen.

Der staatliche Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung gibt den Ländern die Verantwortung für eine qualitätsgesicherte Versorgung der Bevölkerung. Wie diese Verantwortung ausgefüllt sein muss, ist neu zu bestimmen. Die künftige Krankenhausplanung sollte sich stringent an der Erfüllung unbedingt notwendiger Bedarfe orientieren. Eine grobe Standortplanung, welche die für die Notfallversorgung notwendigen Fachgebiete und die Gesamtbettenzahl des Landes staatlich festlegt, wäre ausreichend. Alle weiteren Regelungen sollten Bestandteil des Vertragsgeschehens mit den Kostenträgern sein.

Die Trägervielfalt im deutschen Krankenhauswesen – staatliche Universitätskliniken, kommunale Häuser mit regionalem Versorgungsauftrag, freigemeinnützige Kliniken meist mittlerer Größe und private Konzerne – ist historisch gewachsen und unterliegt einem beständigen Wandel. Der Anteil von Kliniken in privater Trägerschaft wird weiter wachsen und der Anteil der freigemeinnützigen Häuser relativ stabil bleiben, während Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft nur bei betriebswirtschaftlicher Optimierung und in regionalen Verbänden überlebensfähig sein werden. Dieser Prozess sollte durch politische Vorgaben nicht behindert werden: Die „schwarze Null“ als Sanierungsziel einer öffentlichen Klinik ist nicht nachhaltig; für Investitionen braucht man eine Netto-Rendite.

Betrachtet man die Investitionsfinanzierung der vergangenen Jahre durch die Länder, kann man nicht nur einen großen Unterschied zwischen den einzelnen Ländern, sondern gleichermaßen einen erheblichen Investitionsstau feststellen. Aus diesem Grund, aber auch um den Krankenhäusern mehr unternehmerische Freiheit zu gewähren und die Gleichbehandlung der verschiedenen Krankenhausträger für die Zukunft zu sichern, sollte der Umstieg auf die monistische Finanzierung eingeleitet werden.

3. Auf dem Weg zur integrierten Versorgung

Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für einen qualitätsorientierten und effizienzsteigernden Wettbewerb an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung haben sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Allerdings sind die bisher erreichten Ergebnisse in der integrierten Versorgung nicht zufriedenstellend: Teilweise bestehen noch erhebliche Defizite hinsichtlich der Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren, der Transparenz von Versorgungsoptionen und Leistungsqualität für den Patienten und der Ausgestaltung der unterschiedlichen Versorgungskonzepte.

Medizinische Versorgungszentren ausbauen, Flexibilität und Transparenz fördern

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) bieten die Möglichkeit für verbesserte Kommunikations- und Abstimmungsprozesse zwischen den behandelnden Ärzten und medizinischen Dienstleistern.

Ein Forschungsprojekt der Universität Osnabrück bestätigt erste Erfolge für eine medizinisch sinnvolle, interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringer und für die Reduktion unnötiger Doppeluntersuchungen. 92 Prozent der befragten Ärzte stimmten der Aussage: „MVZ führen zu einer besseren ambulanten Patientenversorgung“ zu.

Alle besonderen Formen der integrierten Versorgung mit Ausnahme der hausarztzentrierten Versorgung basieren auf Verträgen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern. Werden die Leistungserbringer frühzeitig in die Ausgestaltung dieser Vereinbarungen einbezogen, kann so die Akzeptanz und damit auch die Effizienz der Versorgungsformen maßgeblich verbessert werden. Bei der Zulassung der niedergelassenen Ärzte sollten im Sinne eines qualitätsorientierten Wettbewerbs nicht regionale Kapazitätsberechnungen, sondern die Qualifikation der Ärzte im Vordergrund stehen.

Die empirischen Erfahrungen aus der Schweiz und den USA verdeutlichen, dass Krankenkassen freigestellt werden sollte, welche Form der integrierten Versorgung sie ihren Versicherten anbieten. Versorgungsformen, die durch Qualität und Effizienz überzeugen, werden sich auch ohne gesetzliche Verpflichtung durchsetzen, wenn den Patienten gleichzeitig ausreichende und seriöse Informationen über Behandlungsoptionen und die Qualifikation der Leistungserbringer zugänglich gemacht werden.

Es sollten Möglichkeiten zur direkten Beteiligung von Unternehmen und privaten Organisationen im Sinne von „private-public partnerships“ im Gesundheitswesen geschaffen werden, um die Potenziale neuer Kooperationsformen für eine bessere Versorgung zu nutzen.

Eine Optimierung der integrierten Versorgung setzt einheitliche Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, ein einheitliches Finanzierungssystem und eine einheitliche Leistungsvergütung (z.B. Komplexpauschalen) voraus. Die Ausschöpfung des vorhandenen Rationalisierungspotentials kann durch eine flächendeckende Evaluation der Versorgungskonzepte, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und einen intensiveren Wettbewerb der Krankenkassen und Leistungserbringer erleichtert werden.

4. Pflege: Nachhaltig finanzieren

Von Juli 2008 an werden die Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung ausgeweitet. Demenzkranke erhalten dann mehr oder erstmals Hilfe, ambulante Pflege wird höher vergütet. Gleichzeitig steigt der Beitragssatz von 1,7 Prozent auf 1,95 Prozent des Bruttolohns, Kinderlose zahlen einen Aufschlag von 0,25 Prozent.

Diese Beitragserhöhung soll die aktuell geltenden Pflegeleistungen bis 2014 finanziell sichern. Nicht berücksichtigt sind dabei weitere nötige Leistungserhöhungen und die demographische Entwicklung: Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt bis 2030 von heute 2 Mio. auf voraussichtlich rund 3,4 Mio. zu. Das bedeutet, dass abhängig von der konjunkturellen Entwicklung spätestens in 7 Jahren wieder Beitragserhöhungen anstehen.

Eine gesetzlich verpflichtende private Zusatzversicherung, mit der jeder Versicherte steuerbegünstigt für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorsorgt, ist unumgänglich. Eine solche Zusatzversicherung würde die Doppelbelastung heutiger Arbeitnehmer, die bei einer vollständigen Umstellung auf Kapitaldeckung entstünde, vermeiden. Sie gewährleistet gleichzeitig, ähnlich wie bei der Riester-Rente, eine persönliche Absicherung gegen steigende Kostenbelastungen im Alter, entlastet das Gesamtsystem und ermöglicht weitere Leistungserhöhungen.

**Private Vorsorge
und strenge
Qualitätskontrollen**

Bei der Zukunftsfähigkeit der Pflege geht es nicht nur um Finanzen: Qualität lässt sich nicht ohne öffentlich zugängliche Daten sichern. Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes sollen, so ist im Pflegeweiterentwicklungsgesetz festgelegt, in Zukunft im Internet veröffentlicht werden. Die Prüfungen erfolgen jedoch zu selten, momentan im Durchschnitt alle fünf Jahre. Heime und ambulante Pflegedienste sollen laut Gesetz jährlich geprüft werden – aber erst ab 2011. Es bedarf mehr Transparenz in der Pflege durch regelmäßige flächendeckende und transparente Qualitätskontrollen nach festgelegten Kriterien und Standards.

5. Pharmaindustrie: Zurück in die Weltspitze

Die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland war über Jahre hinweg führend bei der Entwicklung neuer Arzneimittel. Dieser häufig mit dem Begriff „Apotheke der Welt“ umschriebene Status ist heute verloren gegangen. Heute haben global agierende Großkonzerne vorwiegend mit Sitz in Großbritannien, den USA, Japan oder der Schweiz eine Führungsrolle übernommen. Neben diesen traditionellen Standorten betreiben verschiedene Länder in der Europäischen Union oder in Asien eine aggressive Anwerbungsstrategie, um Investitionen für Produktion und FuE im großen Umfang anzuziehen. Die pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland sind zahlenmäßig überwiegend mittelständisch und eigentümergeführt bzw. Niederlassungen multinationaler Konzerne oder kleinere Unternehmen, darunter viele Start-ups.

Obwohl der Anteil des Exportgeschäfts wächst, erwirtschaften viele Unternehmen den überwiegenden Teil ihres Umsatzes auf dem deutschen Markt. Die pharmazeutische Industrie ist hier mit FuE-Aufwendungen von rund 18,5 Prozent ihres Umsatzes (1995: 11 Prozent) eine der forschungsintensivsten Branchen und bietet zukunftsfähige Arbeitsplätze. Deutschland hat jedoch den Anschluss an die Spitze im Pharmamarkt verloren. Im internationalen Maßstab

**Planungssicherheit
schaffen**

werden die Anreize, in Deutschland zu investieren, als unterdurchschnittlich und riskant eingeschätzt. Die regulatorischen und produktionstechnischen Standards sind gestiegen. Gleichzeitig senken Zwangsrabatte und unkalkulierbare Erstattungsentscheidungen die Ertragsmarge für FuE-Investitionen. Dadurch wird die Planungssicherheit der Unternehmen beeinträchtigt, was nicht zuletzt 18 Gesetzesreformen seit 1989 illustrieren.

An Stelle dieser Vielzahl unkoordiniert wirkender kollektiver Regulierungen im Arzneimittelmarkt sollte ein Verhandlungssystem treten, in dem Krankenkassen und Unternehmen auf vertraglicher Basis den krankheitsgerechten Einsatz von Medikamenten und Erstattungskonditionen vereinbaren. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass neuartige Therapien in ihrer Erforschung teurer werden. Die demographische Entwicklung lässt erwarten, dass die medizinische Versorgung mit neuen Arzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung problematischer wird.

**Rahmenbedingungen
für pharmazeutische
Industrie in Deutschland
verbessern**

Die pharmazeutische Industrie stößt daher – unabhängig von der Unternehmensgröße – an die Grenzen der konventionellen Methoden von Forschung und Entwicklung: Selbst Weltunternehmen können trotz erheblichen Mitteleinsatzes in die Forschungs-„Pipeline“ keinen kontinuierlichen Produktnachschub garantieren. Daher entwickeln forschende Unternehmen neue, effizientere Modelle, um die Erkenntnisse der Grundlagenforschung in neue Behandlungsmöglichkeiten umzusetzen. Diese Modelle sind mit hohen Risiken verbunden. Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, insbesondere beim Wissenstransfer von der Forschung in die Entwicklung marktreifer Produkte, müssen deshalb so gestaltet werden, dass auch standortorientierte Unternehmen eine Chance im Wettbewerb haben und ausländische Unternehmen ihre Forschungsvorhaben nach Deutschland verlagern.

Ob neue Medikamente von der GKV erstattet werden, entscheidet das neu geschaffene „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG), das nicht nur den therapeutischen Nutzen, sondern künftig auch das Verhältnis von Kosten und Nutzen einer Behandlung bewertet. Die wissenschaftliche Bewertung auf der Grundlage der Kriterien „evidenzbasierter Medizin“ und mit ausschließlichem Bezug auf randomisierte kontrollierte klinische Studien (RCT) hat in Einzelfällen zu Entscheidungen geführt, die eine verbesserte Anwenderfreundlichkeit von Medikamenten und die reale Versorgungssituation der Patienten außer acht lassen.

Das „Alles-oder-Nichts“-Prinzip der Kostenerstattung durch die GKV lässt eine individuelle Übernahme der Mehrkosten durch den Patienten bisher nicht zu, auch wenn ihm der höhere Nutzen einen Aufpreis wert wäre. Daher wäre es sinnvoll, den Erstattungsbereich der GKV flexibler zu gestalten, z.B. durch die Schaffung eines Systems der obligatorischen Grundsicherung mit optionalen Wahlтарifen. Therapeutische Innovationen könnten in den Leistungskatalog der GKV für die Versicherten aufgenommen werden, die im Rahmen eines Wahlтарifs Zusatzzahlungen leisten. Auf diese Weise könnte man Innovationen den Weg zu allen Patienten bahnen.

Diese Ansätze gewährleisten eine sozial ausgewogene Marktorientierung als Voraussetzung für ein nachhaltiges Gesundheitssystem auf Basis der Entscheidungen informierter, souveräner Patienten und Versicherter in einem wettbewerblich strukturierten Gesundheitssystem. Bei der nächsten Gesundheitsreform sollten die geplanten Maßnahmen auf ihre Mittelstandsfreundlichkeit hin überprüft werden.

6. Medizintechnik: Deutsche Stärken nutzen

Die Globalisierung erhöht die Bedeutung regionaler Cluster und die Exportorientierung auch der klein- und mittelständischen Unternehmen. Im Gegensatz zum Bedeutungsverlust der pharmazeutischen Industrie ist Deutschland weltweit Exporteur Nr. 2 und Produzent Nr. 3 von Medizintechnik.

Auf dem heterogenen Weltmarkt für medizintechnische Produkte werden 184 Mrd. Euro umgesetzt. Der europäische Markt ist mit 55 Milliarden Euro der zweitgrößte nach den USA. In Deutschland liegen die Ausgaben für Medizintechnikprodukte bei 20 Mrd. Euro. Diese Summe entspricht etwa 8 Prozent aller Gesundheitsausgaben. Der Gesamtumsatz der deutschen Medizintechnik-Industrie - 1200 Firmen mit rund 88 000 Beschäftigten - hat sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich gesteigert, während der Inlandsumsatz bei weniger als 6 Mrd. Euro stagnierte.

Beteiligungsfinanzierung ausbauen, Innovationsstaus auflösen

Dieser Trend war Folge der Kostendämpfung bei den Medizinprodukten ebenso wie bei den Arzneimitteln. Mehr als die Hälfte des Umsatzes in der Medizintechnik wird mit Produkten erzielt, die jünger als zwei Jahre sind. Die Ausgaben für Forschung und Entwicklung sind mit 8 Prozent doppelt so hoch wie im Industrie-Durchschnitt. Die Exportquote liegt über 60 Prozent.

Unternehmensgründungen in der Medizintechnik gelingen vor allem im Umfeld von Großunternehmen und Universitätskliniken. Die erfolgreichsten Existenzgründer sind promovierte Naturwissenschaftler und Ingenieure sowie Handwerksmeister. Während der Technologietransfer aus der Wissenschaft in die Wirtschaft recht gut funktioniert, besteht Nachbesserungsbedarf bei der Finanzierung junger Unternehmen mit hohen Wachstumschancen. Es bedarf neuer, angepasster Regelungen für Beteiligungsfinanzierungen, die im Vergleich zur herkömmlichen Fremdfinanzierung durch das Bankensystem an Boden gewinnen und von zentraler Bedeutung für den Forschungsstandort Deutschland sind.

Zum Erhalt und Ausbau der Innovationsfähigkeit gehört auch, die Gesamtausgaben von Staat und Wirtschaft für Forschung und Entwicklung auf 3 Prozent des BIP zu erhöhen. Beim Vergleich öffentlicher und privater Krankenträger fällt die wesentlich höhere Investitionsquote privater Klinikketten auf: Medizintechnikunternehmen beklagen besonders im Krankenhausbereich einen Investitionsstau von 30 Mrd. Euro. Dieser Stau muss aufgelöst werden!

Als Innovationsbranche, deren Produkte nur zum Teil durch die GKV finanziert werden und deren Eintrittsschwellen vielfach weit unter denen von Arzneimitteln liegen, sind in der Medizintechnik höhere Steigerungsraten zu erwarten als im klassischen innovativen Pharmabereich. Da diese Produkte teilweise dem zweiten, von den Patienten selbst finanzierten Gesundheitsmarkt zugerechnet werden können, haben hier mittelständische Unternehmen Chancen, neue Marktsegmente zu erobern, den Umsatz zu steigern und somit Arbeitsplätze zu schaffen.

Um den Investitionsstau zu beheben und Innovationen den Weg zum Markt zu bahnen, sind auch für die Medizintechnik neue Instrumente erforderlich. Eine obligatorische Grundsicherung mit optionalen Wahlтарifen – etwa für einen früheren Zugang zu Innovationen – wäre eine Alternative.

7. Informations- und Kommunikationstechnologie: Potenziale ausschöpfen

Die Bedeutung der Informations- und Kommunikationstechnologie für die Gesundheitswirtschaft nimmt zu. Patienten äußern zunehmend den Wunsch nach verlässlichen Informationen über Diagnose, Therapie, Medikation und Lebensweise. Das Internet gewinnt für den Bürger und Patienten zunehmend an Bedeutung: Hier erhält er Marktinformationen über Unternehmen, Institutionen und Selbsthilfeorganisationen, über Produkte, Verfahren und Ansprechpartner. Die umfassenden Informationsmöglichkeiten und der Austausch mit anderen Betroffenen ermöglichen eine Reflexion der persönlichen Situation und der Behandlungsmöglichkeiten – der Patient wird dadurch mehr und mehr zum Partner von Ärzten, Krankenhäusern und Kassen. Mit dem Wunsch nach Information korrespondieren die Möglichkeiten, Vitalparameter schnell übermitteln zu können und kompetent ausgewertet zu bekommen. Die Leistungserbringer und Kostenträger ihrerseits wünschen eine möglichst lückenlose Darstellung der Leistungen, die der Patient bekommen hat, um Fehlmedikationen, Unverträglichkeiten und damit Schäden zu vermeiden. Gleichzeitig zwingt die Kostensituation zur Optimierung von Arbeitsabläufen in Krankenhäusern und bei Kassen sowie zwischen ihnen. Die heterogenen Systeme der verschiedenen Beteiligten bauen bürokratisch-technische Hürden auf, die der Prozessoptimierung entgegenstehen.

Innovative Kommunikationsformen systematisch nutzen

Mit der elektronischen Gesundheitskarte (e-GK) kann Deutschland eine führende technologische Stellung ähnlich dem Toll Collect-System erringen, wenn die Einführung kontinuierlich, stringent und leistungsadäquat erfolgt. Alle damit verbundenen Möglichkeiten einschließlich Zahlungs- und Abrechnungsverkehr sind zu nutzen. Aber mit der e-GK sind nicht sämtliche Möglichkeiten ausgeschöpft. Krankenhausinformationssysteme liefern Daten über die Qualität der Krankenhausversorgung, Telemedizin transportiert Vitalparameter vom Patienten zum Arzt und sorgt für schnellere Handlungsoptionen besonders in ländlich strukturierten Regionen. Die Teilhabe von Studenten oder Ärzten durch Bildübertragung von Operationen ist heute schon weit verbreitet und ermöglicht es, internationale Experten via Videoschaltung jederzeit zu Operationen hinzuzuziehen.

Gesetzgeber und Selbstverwaltung bewegen sich nur langsam in eine auch technologisch moderne Zukunft. Durch Einbeziehung innovativer Kommunikationstechnologien (IKT) in Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen kann die Zukunftsfähigkeit des Systems durch Qualitätssteigerung bei Information und Kommunikation, Prozessoptimierung und Reduzierung administrativer Kosten gesteigert werden. Politik und Selbstverwaltung müssen sich die Definition von technischen Standards und Qualitätskriterien mehr zur Aufgabe machen.

Der Weg zu Wachstum und Gesundheit

1. Jährliche Gesundheitsberichterstattung

Um der zentralen Bedeutung von Gesundheit und Bildung gerecht zu werden, bedarf es prioritärer Gesundheits- und Bildungsziele, die sich am gegenwärtigen und künftigen Bedarf zur Sicherung unserer Wohlfahrt orientieren. Die Gesundheitsberichterstattung und ein damit verbundenes Gesundheitsmonitoring (auf Bundesebene in Verantwortung des Robert-Koch-Instituts) dient der Beobachtung der Entwicklungen von Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken und bietet damit eine äußerst aussagekräftige Grundlage, auf der diese Ziele realisiert werden können.

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und des Gesundheitsmonitorings sollten jährlich veröffentlicht werden. Sie geben einer breiten Öffentlichkeit Auskünfte darüber, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden, welche Maßnahmen sich als wirkungsvoll erwiesen haben und wo noch Handlungsbedarf besteht. Nur so können in der Gesundheitspolitik evidenzbasierte Entscheidungen getroffen und eine Qualitätssicherung beispielsweise bei Präventionsmaßnahmen gewährleistet werden. Die Kontrolle und Reduktion der Risikofaktoren nichtübertragbarer chronischer Krankheiten muss dabei für die Politik den gleichen Stellenwert erhalten wie die Kontrolle und Reduktion von Risikofaktoren übertragbarer Krankheiten.

2. Den Wachstumssektor Gesundheit fördern

Die Politik muss der Erkenntnis folgen, dass Gesundheitswirtschaft mehr ist als das Drehen an der Regulierungsschraube der GKV, deren Budget weniger als die Hälfte des Wirtschaftssektors bestimmt. Eine Förderung der Gesundheitswirtschaft ist Wirtschaftspolitik und Standortpolitik und erfasst in den Regionen alle Akteure und Institutionen.

Die jüngste Gesundheitsreform der Regierungskoalition ist auf der Skala „Regulierung versus Wettbewerbsförderung“ als Ganzes ordnungspolitisch nicht einzuordnen. Auf der Finanzierungsseite behindert der ab 2009 geplante einheitliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen Wettbewerb durch kassenindividuelle Beitragssätze. Die neuen Spielregeln für den Vertragswettbewerb zwischen den Kassen wiederum rechtfertigen die Überschrift „Wettbewerbsstärkungsgesetz“.

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz ist die Chance vertan worden, einen einheitlichen Gesundheitsmarkt für die gesetzliche und die private Krankenversicherung – etwa nach dem Modell einer Haftpflichtversicherung – zu schaffen. Dieser hätte die Übergänge zwischen reguliertem Leistungskatalog und privater Konsumnachfrage fließend gestalten und die Wachstumsdynamik der privaten Nachfrage nach Gesundheitsangeboten freisetzen können. So lange die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung an die Lohneinkommen gekoppelt bleiben, wird die Gesundheitspolitik nicht auf „Kostendämpfung“ verzichten können. Sozialbeiträge sind und bleiben Lohnzusatzkosten.

Die Einrichtung des Gesundheitsfonds ist ein schlechter Kompromiss zwischen der von der SPD favorisierten „Bürgerversicherung“ und dem „Pauschalprämienmodell“ der Unionspar-

teien. Die zur Wettbewerbsstärkung gedachte Funktion des Zusatzbeitrags oder der Erstattung kann wegen der festgelegten Limitierung die gewünschte Steuerungswirkung nicht entfalten.

Neuartige Produkte und Prozesse fördern und früher marktfähig machen

Die Wachstumsdynamik der Gesundheitswirtschaft kann nur entfaltet werden, wenn neuartige Produkte und Prozesse gefördert und frühestmöglich marktfähig gemacht werden. Der medizinische Fortschritt ist teuer und die Finanzierbarkeit über die gesetzliche Krankenversicherung hat mit einem drohenden Gesamtbeitrag von über 15 Prozent ihre Grenze bereits überschritten. Innovationen können für die große Mehrheit der gesetzlich Versicherten nicht erst dann zugelassen werden, wenn ihre Verweigerung zu einem breit diskutierten Thema von Menschenwürde und sozialer Gerechtigkeit wird. Also müssen neue Wege gefunden werden.

3. Priorität für Gesundheitserziehung und Prävention

Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für die Wirtschaftskraft, Innovationsfähigkeit und Leistungsfähigkeit des Gemeinwesens. Die demographische Entwicklung und die zunehmende Ungleichheit der Gesundheitschancen verdeutlichen die Notwendigkeit, das ökonomische Potenzial von Gesundheitsförderung und Prävention stärker zu nutzen und erfordern eine aufeinander abgestimmte Politik zum Erhalt der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit. Das Bewusstsein und die Befähigung für den individuellen verantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit müssen gefördert werden. Maßnahmen und Leistungen können nur dauerhaft wirken, wenn sie neben dem Individuum auch das jeweilige Lebensumfeld erreichen.

Auf die Lebensverhältnisse einwirken

Das Gesundheitsverhalten wird in früher Kindheit durch gesundheitsfördernde Erziehung und Anleitung zu Hause, in Kindertagesstätten, Kindergärten und Grundschulen geprägt. Versäumnisse in dieser Phase wirken sich langfristig negativ auf den Gesundheitszustand in allen Altersgruppen aus, denn später lässt sich das Gesundheitsverhalten Jugendlicher nur noch geringfügig beeinflussen. Um jedem Kind gleiche Gesundheitschancen zu eröffnen und Belastungen der Solidargemeinschaft durch vermeidbare Gesundheitsschäden zu minimieren, muss die Teilnahme an den regelmäßigen kinderärztlichen Untersuchungen verpflichtend sein. Eine solche Verpflichtung könnte durch eine Kopplung von Transferleistungen an die Einhaltung der entsprechenden Vorsorge-Termine unterstützt werden. Um Eltern bei ihrer gesundheitsförderlichen Erziehung zu unterstützen, muss die Aufklärung über die Bedeutung von Bewegung und Ernährung sowie über die Gefahren von Nikotin, Alkohol, Medikamenten und Drogen in den Vordergrund gerückt werden. Anreize, zum Beispiel im Rahmen bestehender Bonus-Programme von Krankenkassen, könnten Familien zur stärkeren Inanspruchnahme zusätzlicher Beratungsangebote bewegen.

Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten und Schulen etablieren

Kindertagesstätten und Kindergärten bemühen sich zunehmend um Gesundheitsförderung, können aber mangelndes Engagement in den Familien nur bei ganztägiger Betreuung aufdecken und ausgleichen. Konkrete Maßnahmen zur effektiven Gesundheitserziehung im Vorschulalter sind trotz positiver Tendenzen noch zu wenig etabliert und werden unsystematisch angewendet. Verbindliche Standards für Ernährung und sportliche Betätigung (z.B. gemeinsame Essens-Zubereitung) können Kinder mit den Grundlagen einer gesunden Lebensweise vertraut machen. Schulen, besonders Ganztagschulen, können Konzepte für mehr Sportstunden und für gesunde Pausen- und Mittagsversorgung entwickeln und Ernährung sowie Gesundheits- und Sozialverhalten in die Lehrpläne ab der 1. Klasse aufnehmen.

Ein im März 2008 diskutierter Entwurf für ein Präventionsgesetz (auch als Gesundheitsförderungsgesetz bezeichnet) sah den Einsatz von Versichertengeldern für einen umfassenden Präventionsansatz vor. Dies ist zu rechtfertigen, wenn damit ein messbarer Zugewinn an Gesundheit für die Bevölkerung erreicht werden kann, die Präventionsprogramme also in die Lebenswelten der verschiedenen Bevölkerungsgruppen integriert werden. Zum anderen müssen die getroffenen Maßnahmen aber auch qualitätsgesichert und evaluiert sein. Nach dem Scheitern des vorgelegten Entwurfs muss das Präventionsgesetz weiter auf der Tagesordnung bleiben: die Kosten für Prävention und Gesundheitsförderung sind gerechtfertigte und unabdingbare Investitionen.

4. Mehr Gewicht für betriebliche Gesundheitspolitik

Die Weltbank hat in ihrem Weltentwicklungsbericht 2007 Investitionen für Gesundheit und Bildung der Beschäftigten als entscheidende Voraussetzung definiert, um in der auf Wettbewerb orientierten globalisierten Welt als Individuum und als Wirtschaftseinheit erfolgreich zu sein. Die Arbeitsfähigkeit ist nach Auffassung dieses Berichts das einzige Vermögen der meisten Menschen, das fortwährend produktiver gemacht werden muss, um Wohlstand zu erhalten und neu zu generieren: Betrieblicher Gesundheitspolitik kommt also eine besondere Bedeutung zu.

Der Krankenstand in Deutschland ist in den letzten 10 Jahren spürbar zurückgegangen. Diese vor allem durch den Rückgang von Arbeitsunfällen bedingte erfreuliche Entwicklung wird durch einen massiven Anstieg psychischer Erkrankungen sowie von Rückenschmerzen, Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten getrübt. Psychische Krankheiten treten heute doppelt so häufig auf wie 1990 und können auch auf Belastungen am Arbeitsplatz zurückgeführt werden. Sie stellen zusammen mit Rückenbeschwerden mittlerweile die häufigste Ursache für Frühverrentungen dar.

Angebote zur Gesundheitsförderung in die betrieblichen Zielvereinbarungen aufnehmen

Betriebliche Aktivitäten zur Gesundheitsförderung	
Themen	Anteil der Aktivitäten
Reduktion körperlicher Belastungen	69,8 %
Stressmanagement	37,1 %
Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung	30,7 %
Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung	29,3 %
Prävention von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch	19,7 %

Quelle: Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) 2006

Viele Unternehmen haben mit Krankenkassen, Betriebsräten und Mitarbeitern Maßnahmen ergriffen, um die Gesundheit und damit auch Leistungsfähigkeit ihrer Belegschaften zu stärken. Neben der Aufnahme gesundheitsförderlicher Maßnahmen in die betrieblichen Zielvereinbarungen und der Anrechnung der Teilnahme als bezahlter Arbeitszeit sollten weitere Anreize wie Bonussysteme erwogen werden. Seit den 1990er Jahren wurden in den großen privatisierten Bundesunternehmen gesundheitsfördernde Maßnahmen eingeführt. In der Folge konnte der Krankenstand von etwa 8 Prozent auf weniger als 4 Prozent halbiert werden. Während der Laufzeit wurden betriebsbedingte Kündigungen ausgeschlossen. Auffällig ist, dass nicht privatisierte Unternehmen des öffentlichen Dienstes gegenüber der vergleichbaren Privatwirtschaft weiterhin einen doppelt so hohen Krankenstand aufweisen. Generell gilt, dass sich schlechte Führung in hohen oder sich erhöhenden Krankenständen abbildet. Die für eine erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung notwendige Vertrauens- und Arbeitskulturmuss von der Unternehmensführung vorgelebt werden. Mehr Gestaltungsspielraum bei der Erfüllung der Arbeitsleistung, zum Beispiel durch flexible Arbeitszeiten, hat sich bewährt.

Was die Politik tun muss

(1) **Chancengleichheit** in der Prävention bedeutet, milieubedingte Nachteile für das Gesundheitsverhalten auszugleichen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat der Chancengleichheit im Gesundheitswesen einen hohen Stellenwert beigemessen: nicht die Verbesserung der durchschnittlichen Gesundheit der Bevölkerung sei ausreichend, gleichermaßen müsse die Differenz zwischen dem Gesundheitszustand einzelner Personen und Gruppen verkleinert werden. Dieses Postulat entspricht dem Grundverständnis von sozialstaatlich organisierter sozialer Gerechtigkeit in Deutschland.

Die meisten Programme zu Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland richten sich jedoch mehr an Einzelne als an bestimmte Zielgruppen. Eine der wenigen gelungenen ganzheitlichen und auf eine Änderung des Verhaltens abzielenden Kampagnen der letzten Jahrzehnte war die AIDS-Prävention. Die öffentliche Kennzeichnung des Rauchens als „tödlich“ und der Nichtraucherchutz werden hoffentlich ebenfalls die gewünschte Wirkung entfalten. Solche Kampagnen zeigen, dass Verhalten änderbar ist.

Kern der Chancengleichheit ist der Kontraktionszwang gesetzlicher Krankenkassen: eine Risikoselektion bei der Aufnahme verbietet sich. Dagegen würde der in der Beitragsgestaltung geregelte Familienlastenausgleich und Einkommensausgleich besser in das Steuersystem passen, welches vielfältige soziale Ausgleichsmechanismen bietet.

Die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland umfasst im internationalen Vergleich ein breites Leistungsspektrum. Gemäß den Vorgaben des Sozialgesetzbuches V sollen die Leistungen „notwendig, ausreichend und wirtschaftlich“ sein und dem „allgemeinen Stand der Wissenschaft“ entsprechen. In Theorie und Praxis wird die Fiktion genährt, die GKV bezahle „fast alles“ – während einzelne Leistungsarten durch Zuzahlungen und Begrenzung der Sachleistung schleichend privatisiert oder rationiert werden und Innovationen nicht schnell genug ins System einfließen.

Angesichts der größer werdenden Lücke zwischen gesundheitlich Wünschbarem und dem von der GKV Finanzierbaren ist die Einführung eines Basisleistungskatalogs unausweichlich. Bei der Aufnahme von Innovationen in einen Basisleistungskatalog muss entschieden werden, ob ein Zusatznutzen für die Lebensqualität zusätzliche Kosten rechtfertigt. Wo nicht die medizinische Notwendigkeit, sondern das Wohlbefinden den Zusatznutzen begründet, sollten die Grenzkosten der privaten Konsumentenentscheidung zugeordnet werden.

Einführung eines Basisleistungskatalogs

In Deutschland ist der gemeinsame Bundesausschuss von Ärzteschaft und Krankenkassen für die Ausgestaltung des Leistungsumfangs der GKV verantwortlich. Trotz der Befugnis dieses Gremiums, auch unpopuläre Entscheidungen zu treffen, sind wir von einem Basisleistungspaket weit entfernt. Ein Grund liegt darin, dass viele Leistungen im Sinne evidenzbasierter Medizin nicht von unzweifelhafter Wirksamkeit sind. Evidenzbasierte Praxisleitlinien bestimmen das individuelle ärztliche Handeln nicht in ausreichendem Maß. Hierbei ist auch zu bedenken: Die

langjährig auf dem Markt befindlichen, nicht mehr patentgeschützten Arzneimittel der mittelständischen Pharma-Industrie wurden schon vor der Einführung der evidenzbasierten Medizin auf den Markt gebracht. Sie sind zwar preiswert, aber meistens nicht evidenzbasiert geprüft. Die neueren, patentgeschützten Wirkstoffe der großen Pharmakonzerne erfüllen die Anforderungen an die Evidenz, sind in der Regel aber auch wesentlich teurer. Hier ist ein Abwägungsprozess mit Augenmaß in Gang zu bringen, weil sonst die Versorgung immer teurer wird.

Außerdem fehlen Übergänge zwischen dem uneingeschränkten Sachleistungsprinzip der GKV und einem sinnvollen und verantwortbaren Zusatzmarkt für private Nachfrage. Das „Alles oder Nichts“ der Sachleistung steht einem möglichen „Mehr oder Weniger“, „Komfortabler oder Einfacher“ gesundheitlicher Angebote entgegen. Übertragen auf einen Autokauf sähe das so aus: Wer gesetzlich versichert ist, muss den VW Golf in der Grundversion nehmen, auch wenn er für Extras oder ein größeres Modell mehr bezahlen würde.

(2) **Wettbewerb** muss als ordnungspolitisches Prinzip begriffen werden. Nur das Wort in einen Gesetzestitel zu nehmen, ist eine Täuschung. Ohne Stärkung des Wettbewerbs wird der Grundwiderspruch zwischen regulierender Gesundheitspolitik und der förderungswürdigen Wachstumsdynamik der Gesundheitswirtschaft nicht zu lösen sein. Die notwendigen Elemente einer Stärkung des Wettbewerbs sind:

**Eine Wettbewerbs-
ordnung für das
Gesundheitswesen**

- Versicherungspflicht bei freier Wahl einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse
- Fallpauschalen für stationäre und ambulante Leistungen
- Direktverträge von Versicherungen mit Ärzten und Krankenhäusern
- Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln

In der ambulanten ärztlichen Versorgung ist die Zufriedenheit auch chronisch kranker Patienten mit dem Hausarzt am höchsten, wie der Gesundheitsmonitor 2007 der Bertelsmann-Stiftung ermittelt hat. Für die Grundversorgung ist offensichtlich nach wie vor die wohnortnahe Einzelpraxis des Allgemeinmediziners oder des Internisten das bevorzugte Modell. Die Anbindung der fachärztlichen Versorgung ist dagegen in Bewegung: Künftig wird die Versorgung zwischen ambulanter Gruppenpraxis, Medizinischem Versorgungszentrum und ambulant behandelnden Krankenhausärzten angeboten und wahrgenommen. In anderen Ländern ist dies schon Realität.

Um die sektorale Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden, ist die Einführung von Fallpauschalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung zwingend – nach dem erfolgreichen Vorbild der Fallpauschalen im Krankenhaus (DRGs). Das Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht diese Weiterentwicklung des Systems erst für 2011 vor.

Praxisleitlinien mit ökonomischen Anreizen zum Einsatz evidenzbasierter Methoden können in der ambulanten medizinischen Versorgung einen Wettbewerb um Qualität ohne Leistungsausweitung durch Ärzte begünstigen. Sie sind für Arzt und Patient Brücken vom Basisleistungspaket zum individuellen Behandlungsfall. Im stationären System entspricht dem die Entwicklung von Prozessketten als Behandlungspfade.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind seit längerem das Mittel niedergelassener Ärzte, den Budgetdeckel für die Behandlung von Kassenpatienten durch Zuzahlung anzuheben. Einige Angebote, z.B. Impfungen für Tropenreisen, sind unstrittig, andere wie Knochendichtemessungen sind fragwürdig und fern jeder Evidenz. Voraussetzung eines sinnvollen Ausgleichs von Angebot und Nachfrage ist Konsumentensouveränität: Der informierte Patient wird sich zu der Knochendichtemessung in der Regel nicht überreden lassen.

Mit dem Ziel eines wettbewerbsorientiert weiterentwickelten Gesundheitssystems ist die Landesfinanzierung der Investitionen im stationären Sektor ebenso unverträglich wie die „betten-scharfe“ Krankenhausplanung der Länder. Sie sollten sich aus der unzureichend unterfütterten Finanzierung zugunsten monistischer Benutzerentgelte zurückziehen und sich auf eine drastisch reduzierte Mindestplanung für Grund- und Notfallversorgung beschränken. Die öffentliche Hand hat nicht die Aufgabe, Standorte von Fachabteilungen festzulegen.

Die starren Systemgrenzen der GKV behindern das zeitgerechte Umsetzen von Innovationen. Ein Vorschlag zur Lockerung dieser Systemgrenzen von Eugen Münch nennt sich „GKV+“: Durch Zahlung eines Aufschlags von 5 Prozent auf den obligatorischen Beitrag in ihrer Kasse käme ein Teil der Versicherten in den Genuss qualitätsgeprüfter Innovationen, bevor sie in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Die steigende Inanspruchnahme würde eine Kostendegression auslösen. Dadurch würde die Innovation nach einiger Zeit für die Allgemeinheit bezahlbar.

Eine Alternative ist das „Zwei-Säulen-Modell“ der Techniker-Krankenkasse. In der kollektivvertraglichen Basis- und Notfallversorgung wird das regulierte stationäre Gesundheitssystem abgebildet: Krankenhausplanung, Fallpauschalen als Höchstpreissystem, langfristige Versorgungsverträge. Wettbewerblich wird eine kassenspezifische Versorgung mit Wahlleistungen und freier Preisgestaltung angeboten. Marketing und Mitgliederstruktur der „TK“ erklären das Interesse an einem „Executive Floor“ in der Klinik.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat den gesetzlichen Kassen die Möglichkeit geschaffen, mit Wahlтарифen Zusatzleistungen über die Regelversorgung hinaus anzubieten. Jedoch kann die Kostenerstattung nur „anstelle von Sach- oder Dienstleistungen“ gewählt werden. Damit bleibt die prinzipielle Bindung an den Leistungskatalog der GKV erhalten. Für die zusätzlich finanzierte Leistungsausweitung war der Gesetzgeber nicht mutig genug: so viel Systemwechsel sollte nicht sein.

(3) Voraussetzung für Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen ist in erster Linie **Qualitätstransparenz**. Nur der informierte Patient kann an Entscheidungen von Fachleuten in eigener Sache mitwirken. Die Möglichkeit, sich über die fachliche Qualität eines Arztes in Praxis oder Klinik zu informieren, wird von einer Mehrheit als unzureichend bemängelt, so der Gesundheitsmonitor 2007. Im Gesundheitswesen öffnet sich ein weites Feld für Verbraucherschutz. Auch Ärzteverzeichnisse von Berufsorganisationen und vergleichende Statistiken mit genauen Angaben über Tätigkeitsschwerpunkte und Behandlungsergebnisse können mit starkem Interesse rechnen.

**Transparenz und
Information für den
mündigen Patienten**

Konsumentensouveränität ist in besonderer Weise bei der Verhinderung von Krankheit, bei der Gestaltung gesundheitsbewussten Verhaltens gefordert. Wie man gesund lebt, kann jedes Kind und jeder Jugendliche in Familie, Schule und Öffentlichkeit lernen und verinnerlichen. Eine Gesellschaft mit einem von Geburtenrückgang, Langlebigkeit und Zuwanderung gekennzeichneten demografischen Profil ist darauf angewiesen, das zu pflegen, was in den Menschen steckt.

In einer Demokratie ist jeder Einzelne der Souverän.
Auch und gerade als Konsument und als Patient.

www.managerkreis.de

ISBN: 978-3-89892-985-3