

Tagungsbericht

# Gesundheit und Marktwirtschaft – ein Widerspruch in sich?

Eine Tagung der Stiftung Marktwirtschaft  
am 23. Oktober 2012 in Berlin

**web** Kurzfilm zur Tagung auf:  
[www.stiftung-marktwirtschaft.de](http://www.stiftung-marktwirtschaft.de)



Das Podium: Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dr. Ulf M. Schneider, Daniel Bahr MdB, Prof. Dr. Michael Eilfort und Peter Thelen (v. l.).



## Begrüßung

**Prof. Dr. Michael Eilfort**  
*Vorstand Stiftung Marktwirtschaft*

### Inhaltsverzeichnis

- 2 **Begrüßung**  
Prof. Dr. Michael Eilfort  
*Vorstand Stiftung Marktwirtschaft*
- 3 **Das Gesundheitswesen zwischen Wettbewerb und sozialstaatlicher Regulierungsbürokratie: Aktuelle Herausforderungen**  
Daniel Bahr MdB  
*Bundesminister für Gesundheit*
- 4 **Das Gesundheitswesen von morgen: Wie viel Markt ist notwendig, wie viel Markt ist möglich?**  
Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen  
*Universität Freiburg, Vorstandsmitglied Stiftung Marktwirtschaft*
- 5 **„Zukunftsmarkt“ Gesundheit – mehr als nur ein Kostenverursacher**  
Dr. Ulf M. Schneider  
*Vorstandsvorsitzender Fresenius SE & Co. KGaA*
- 6 **Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen? Potentiale, Ansatzpunkte, Fallstricke**  
Prof. Dr. Jürgen Wasem  
*Universität Duisburg-Essen*
- 7 **Gesundheit als Versorgungsaufgabe und Wirtschaftsfaktor – Ist ökonomischer Sinn auch Gemeininn? Diskussion mit politischen Impulsstatements**  
Dr. Rolf Koschorrek MdB  
*Obmann der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit*  
Birgitt Bender MdB  
*Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen*  
Birgit Homburger MdB  
*Technologiepolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion*

Angesichts der Neigung der Politik, stets mehr Geld auszugeben als an Steuern und Abgaben eingenommen wird, sei das Werben für Marktwirtschaft und finanzpolitische Solidität eine nicht enden wollende Aufgabe in Deutschland, konstatierte Prof. Dr. Michael Eilfort eingangs seiner Begrüßung. Dies zeige sich gerade auch in der Gesundheitspolitik, die er mit einem Marathonlauf verglich. Überzeugende Lösungen für ein gleichsam effizientes wie solidarisches Gesundheitssystem erforderten einen langen Atem und das, obwohl Gesundheit und Marktwirtschaft keinen Widerspruch darstellten, sondern als wechselseitige Chancen gesehen werden sollten. „Gesundheit ist mehr als Sozialpolitik und soziale Sicherung“, betonte Eilfort mit Blick auf die beträchtliche volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft und die knapp fünf Millionen Beschäftigten in diesem Bereich. Darüber hinaus beförderten Markt und Wettbewerb zum einen Innovationen und den medizinisch-technischen Fortschritt zum Wohle der Patienten. Zum anderen könnten sie auch einen Beitrag zur Kosteneffizienz und Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung leisten. Letzteres werde gerade in einem Land mit alternder Bevölkerung immer wichtiger, um das Gesundheitssystem dauerhaft bezahlbar zu halten.

Die Stiftung Marktwirtschaft und ihr wissenschaftlicher Beirat, der Kronberger Kreis, beteiligten sich seit einem Vierteljahrhundert an diesem gesundheitspolitischen Marathonlauf, erinnerte der Stiftungsvorstand. Diesbezüglich hob er den 2002 vorgestellten wegweisenden Reformvorschlag hervor, in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einkommensunabhängige Gesundheitsprämien und risikoadjustierte, übertragbare Altersrückstellungen zu implementieren. Allerdings hätten es grundlegende Reformentwürfe in der politischen Realität derzeit eher schwer. So lange die Grundrichtung stimme, was in der Vergangenheit vereinzelt der Fall war, könne man auch mit vielen kleinen Schritten ans Ziel gelangen. Eilfort schloss mit der Hoffnung, dass die Tagung neue Impulse für mehr Wettbewerb im Gesundheitsbereich geben werde.



## Das Gesundheitswesen zwischen Wettbewerb und sozialstaatlicher Regulierungsbürokratie: Aktuelle Herausforderungen

Daniel Bahr MdB  
*Bundesminister für Gesundheit*

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr MdB zeigte sich in seinem Vortrag überzeugt, dass ein solidarisches Gesundheitssystem nicht ohne Markt, Wettbewerb und ein Mindestmaß an Eigenverantwortung auskommen könne – daran würden auch die zahlreichen Marktunvollkommenheiten, die es im Gesundheitsbereich zu beachten gelte, nichts ändern. „Aus meiner Sicht sind Eigenverantwortung und Solidarität ein sich bedingendes Paar“, so der Minister. Angesichts großer Risiken könne der Einzelne im Krankheitsfall schnell auf die Solidargemeinschaft angewiesen sein. Andererseits gebe es ohne gelebte Eigenverantwortung keine ausreichende Akzeptanz für gegenseitige Solidarität in der Gesellschaft. Solidarität dürfe nicht ausgenutzt werden. Das gelte sowohl für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch für die Private Krankenversicherung (PKV). Eigenverantwortung fange dabei bereits mit einem gesundheitsfördernden Lebensstil an.

Bahr betonte, dass Wettbewerb kein Selbstzweck sei, sondern ein unerlässliches Instrument, um mit begrenzten Ressourcen ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen. Der Blick auf andere Länder mit stärker planwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen zeige, dass gerade dort erhebliche Defizite im Hinblick auf Mangelverwaltung, Wartezeiten oder eine Zwei-Klassen-Medizin bestünden. Das deutsche Gesundheitssystem hingegen biete den Versicherten und Patienten große Freiheiten und eine ausgezeichnete Versorgung. Allerdings seien nicht alle gesundheitspolitischen Änderungen, die in der Vergangenheit unter dem Etikett Wettbewerb stattgefunden hätten, auch vom Geiste des Wettbewerbs durchdrungen gewesen, sondern hätten teilweise zu mehr Zentralisierung und Vereinheitlichung geführt. Die bürgerlich-liberale Koalition habe hingegen entscheidende Weichen für den Einstieg hin zu mehr Wettbewerb stellen können.

Erstens sei es beispielsweise gelungen, die Begrenzung der Zusatzbeiträge auf 8 Euro zu streichen und damit die Bei-

tragsautonomie der Krankenkassen wieder herzustellen. Der Wettbewerb über Euro- und Centbeträge sei zudem für die Versicherten deutlich transparenter und damit auch deutlich wirksamer als die frühere Beitragssatzautonomie. Notwendig seien allerdings noch Fortschritte beim Qualitäts- und Versorgungswettbewerb. Bahr sprach sich für eine stärkere Nutzung von Selektivverträgen aus und forderte die Krankenkassen auf, die gute Finanzsituation und bestehende gesetzliche Spielräume zu nutzen, um in neue Versorgungsformen zu investieren. Dadurch ließen sich langfristig Einsparungen und Qualitätsverbesserungen erzielen.

Zweitens seien auch auf der Leistungsseite wichtige Schritte hin zu mehr Wettbewerb und Effizienz gemacht worden, betonte der Minister. Er verwies zum einen auf das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), wodurch der Preiswettbewerb im Arzneimittelmarkt gestärkt worden sei. Zum anderen habe die Bundesregierung mit der spezialärztlichen Versorgung gegen zahlreiche Widerstände einen wichtigen Beitrag zur Öffnung der Sektorengrenzen zwischen stationärem und ambulantem Bereich geleistet. Bahr sah allerdings auch Grenzen der Flexibilisierung und Entbürokratisierung, etwa im Hinblick auf die Bedarfsplanung. Gleichwohl setze man auch hier verstärkt auf marktwirtschaftliche Anreize statt auf Planwirtschaft.

Drittens habe der Bundestag beschlossen, den Anwendungsbereich des Kartellrechts auch auf die Gesetzlichen Krankenkassen auszuweiten. Der Minister sah darin einen wichtigen Schritt zur Begrenzung von Marktmacht und zur Herstellung einer fairen Verhandlungsposition von Krankenkassen und medizinischen Leistungserbringern. Daher forderte er den Bundesrat auf, das Gesetz ebenfalls passieren zu lassen. Alles andere sei eine Entscheidung gegen Wettbewerb und Vielfalt im Gesundheitswesen und gehe langfristig zu Lasten der Patienten.

## Das Gesundheitswesen von morgen: Wie viel Markt ist notwendig, wie viel Markt ist möglich?

Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen  
*Universität Freiburg, Stiftung Marktwirtschaft*



Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, Vorstandsmitglied der Stiftung Marktwirtschaft und Leiter des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg, argumentierte in seinem Vortrag, dass sich die beträchtlichen Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens nur mit mehr marktwirtschaftlichen Elementen erfolgreich bewältigen lassen. Grundproblem sei, dass auch im Gesundheitswesen – wie überall – lediglich eine knappe Menge an Ressourcen zur Verfügung stehe. Daher führe kein Weg an einer wie auch immer gearteten Rationierung von Gesundheitsgütern vorbei, konstatierte Raffelhüschen. „Entweder wir machen das im Stile einer Zentralverwaltungswirtschaft administrativ über eine Planungsbehörde oder marktwirtschaftlich über den Preismechanismus“, skizzierte der Finanzwissenschaftler die beiden Extrempunkte im Spektrum möglicher Alternativen. In der Sozialen Marktwirtschaft komme als wichtige Nebenbedingung zum Preismechanismus hinzu, dass die „Reichen“ die „Armen“ unterstützen.

Raffelhüschen kritisierte, dass die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über lohnabhängige Beiträge nichts mit einem vernünftigen Preismechanismus zu tun habe und keine sinnvolle Steuerungswirkung entfalten könne. „Eine Lohnerhöhung macht nicht krank und rechtfertigt daher auch keine höheren Beitragszahlungen“, so der Wissenschaftler im Hinblick auf die fehlende Berücksichtigung des Krankheitsrisikos im Rahmen der GKV-Finanzierung. Daher sei es auch keine Lösung, die gegenwärtige Form der Beitragserhebung auf weitere Einkommensarten auszudehnen. Stattdessen plädierte er für eine Finanzierung der GKV durch einkommensunabhängige, pauschale Gesundheitsprämien und eine Überführung der sozialen Ausgleichskomponente in das allgemeine Steuer-Transfer-System. Damit würde nicht nur der Preismechanismus im Gesundheitssystem funktionsfähiger werden, sondern man erhielte als positiven Nebeneffekt gleichzeitig einen zielgenaueren Sozialausgleich. Nur mit einer Steuer-

finanzierung außerhalb der GKV müssten sich auch diejenigen am Sozialausgleich beteiligen, die selbst nicht in der GKV versichert sind, wie etwa Beamte oder die Bezieher hoher, oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegender Einkommen.

Das größte Problem der GKV – ihre durch zukünftige Ausgabensteigerungen hervorgerufene implizite Verschuldung – sei aber selbst mit einer solchen Reform noch nicht gelöst. Raffelhüschen zeigte auf, dass aufgrund von Bevölkerungsalterung und kostentreibendem medizinisch-technischen Fortschritt die Ausgaben der GKV bei Fortführung des Status quo zukünftig deutlich stärker als ihre Einnahmen steigen werden. Die abdiskontierte Summe der zukünftigen Defizite entspreche einer heimlichen bzw. impliziten Staatsverschuldung in Höhe von mindestens einem Bruttoinlandsprodukt (BIP), warnte der Ökonom. Je nach betrachtetem Szenario hinsichtlich der Kostenentwicklung ergebe sich sogar eine Nachhaltigkeitslücke von über 200% des BIP. Wollte man die zukünftig zu erwartenden Ausgaben der GKV allein durch höhere Beiträge decken, müsste der Beitragssatz bis 2050 im optimistischen Fall auf über 20% steigen, im Szenario mit Kostendruck sogar auf etwa 30%. Vermeiden lasse sich eine solche Beitragsentwicklung nur durch erhebliche zusätzliche Reformanstrengungen.

Vor diesem Hintergrund plädierte Raffelhüschen auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite für eine Intensivierung des Wettbewerbs im stationären Sektor durch selektive Kontrahierung. Daneben forderte er, in der GKV das Sachleistungsprinzip durch ein Kostenerstattungssystem mit sichtbaren Rechnungen und vor allem spürbaren Selbsthalten zu ersetzen sowie sämtliche zahnmedizinischen Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern. Die Selbsthalte sollten sowohl eine absolute als auch eine prozentuale Komponente beinhalten und vorwiegend in Bereichen zur Anwendung kommen, in denen mit Steuerungswirkungen gerechnet werden könne, empfahl Raffelhüschen.



## „Zukunftsmarkt“ Gesundheit – mehr als nur ein Kostenverursacher

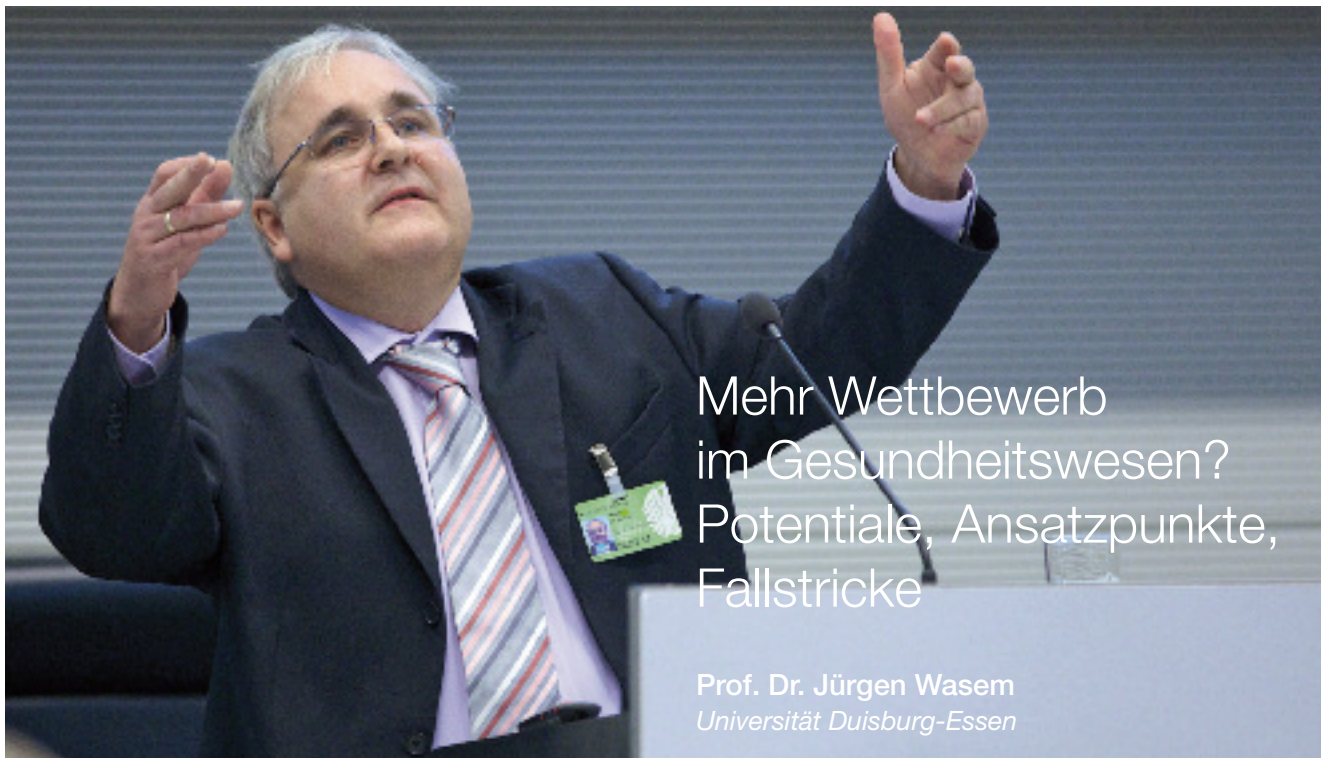
**Dr. Ulf M. Schneider**  
Vorstandsvorsitzender,  
Fresenius SE & Co. KGaA

Dr. Ulf M. Schneider, Vorstandsvorsitzender der Fresenius SE, konzentrierte sich in seinem Vortrag auf die Ausgaben- und Leistungsseite des Gesundheitssystems. Als pointierten inhaltlichen Einstieg formulierte er die Leitfrage, ob und inwieweit unsere Gesellschaft bereit sei, die Chancen und die Wachstumsdynamik des Gesundheitssystems zum Wohle der Patienten zu nutzen, oder ob man diesen bedeutenden Wirtschaftszweig primär unter dem Aspekt des Einsparungsbedarfs und des Verzichts betrachten wolle.

Dabei ging er zunächst auf den immer wieder stark kritisierten Anstieg der Gesundheitsausgaben ein. Zwar sei es richtig, dass die Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit stärker als die Gesamtwirtschaft gestiegen seien, so dass sich ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) erhöht habe. Das müsse aber kein Grund zur Sorge sein. Vor allem dürfe man diesen Trend nicht einfach unbegrenzt in die Zukunft fortschreiben und aus einem solchen vermeintlichen „Drohszenario“ politische Eingriffe ableiten. Vielmehr liege es auf der Hand, dass über kurz oder lang auch ohne politische Regulierung selbstbegrenzende Mechanismen zum Tragen kämen. Für einen begrenzten Zeitraum hingegen sei eine überproportionale Ausweitung des Gesundheitsbereichs keineswegs schädlich, sondern reflektiere die gestiegene Nachfrage der Menschen nach Gesundheitsleistungen. Auch in anderen Sektoren – Schneider verwies exemplarisch auf den Telekommunikationsbereich – könne man einen überdurchschnittlich starken Ausgabenanstieg beobachten. Es müsse allerdings gewährleistet sein, dass die Menschen erstens einen fairen Gegenwert für ihre Zahlungen erhielten. Und zweitens dürfe die Finanzierung nicht über kollektive Steuern und Zwangsabgaben erfolgen, sondern die Menschen müssten die Höhe der Ausgaben selbst beeinflussen und steuern können. Daher müsse man über höhere Selbstbeteiligungen oder auch vermehrte Selbstzahlerleistungen nachdenken.

Als zweiten zentralen Punkt griff Schneider den Strukturwandel im Gesundheitswesen heraus, das noch immer stark fragmentiert sei, und warnte davor, Konsolidierungsprozesse zu verteuern. Im Gegenteil: Neue wissenschaftlich-technische Möglichkeiten, etwa im Bereich der medizinischen Diagnostik, erforderten eine immer stärkere Spezialisierung und eine apparateintensivere Medizin. Der dafür unerlässliche Kapitaleinsatz lasse sich aber nur in größeren unternehmerischen Strukturen realisieren. Wenn man hingegen die kleinteiligen medizinischen Strukturen in Deutschland erhalten wolle, leide zwangsläufig die Qualität der medizinischen Versorgung, betonte der Vorstandsvorsitzende der Fresenius SE. Es sei beispielsweise gut belegt, dass bei Operationen die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen umso niedriger sei, je häufiger ein Chirurg einen bestimmten operativen Eingriff vornehme. Eine stärkere Spezialisierung verbessere nicht nur die medizinische Qualität, sondern trage gleichzeitig auch zur Kostensenkung bei.

Zu kleinteilige und fragmentierte Strukturen sah Schneider nicht nur bei den Akutkrankenhäusern, sondern beispielsweise auch bei Apotheken, wo ineffiziente Vertriebsstrukturen per Gesetz festgeschrieben würden, oder bei den niedergelassenen Ärzten. So gebe es zu viele kleine, schlecht ausgestattete Arztpraxen, die – gemessen am technisch Möglichen – keine gute Medizin mehr anbieten könnten. Zwar habe die Politik mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ein sinnvolles Instrument geschaffen, um mehr Kapital und höhere Investitionen in diesen Bereich zu lenken. Inzwischen werde das Rad aber wieder zurückgedreht, indem man die Beteiligungsmöglichkeiten an MVZs beschränke, warnte Schneider. Alles in allem schlussfolgerte er, dass sich der durch technisch-wissenschaftlichen Fortschritt erzielbare Mehrwert für die Patienten nur in größeren, spezialisierteren und leistungsfähigeren Angebotsstrukturen realisieren lasse.



Prof. Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen skizzierte in seinem Vortrag anhand von fünf Thesen mögliche Ansatzpunkte für mehr Wettbewerb im Dreiecksverhältnis von Krankenversicherungen, medizinischen Leistungserbringern und Versicherten bzw. Patienten. Ein Grundproblem, weshalb Markt und Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung so schwer zu implementieren seien, liege im Auseinanderfallen von Leistungsanspruchnahme und Leistungsfinanzierung, erläuterte Wasem. Jenseits des GKV-Leistungskatalogs seien marktliche Steuerungsmechanismen und Wettbewerb leichter herstellbar, da Patienten dort – wenn man von Zusatzversicherungen abstrahiere – direkt für medizinische Leistungen bezahlen müssten. Da andererseits das Solidarprinzip jedoch nur innerhalb der GKV Anwendung finde, bedürfe es einer sorgfältigen Abwägung, wie umfangreich der GKV-Leistungskatalog ausgestaltet werden sollte. Sofern man die Ausgliederung von Leistungen ins Auge fasse, seien – ähnlich wie in der Rentenversicherung – lange Vorlaufzeiten ratsam, empfahl Wasem.

Der Wissenschaftler wies im Rahmen seiner zweiten These darauf hin, dass auch innerhalb des GKV-Leistungskatalogs eine stärkere Aktivierung von Markt und Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt möglich sei, es dafür allerdings erheblicher Anstrengungen zur Stärkung der Transparenz für die Versicherten und Patienten bedürfe. Auch könne man die GKV mittels Festzuschüsse, Festbeträge oder Mehrleistungsregelungen stärker als bisher auf die Finanzierung von bestimmten Grundleistungen beschränken und darüber hinausgehende Mehrleistungen in die direkte Verhandlungsbeziehung von medizinischen Leistungserbringern und Patienten verlagern. Dort lasse der Preis- und Qualitätswettbewerb effiziente Ergebnisse erwarten. Wasem argumentierte, dass Veränderungen beim GKV-Leistungskatalog einer sorgfältigen Prüfung und eines immer wieder aufs Neue geführten gesellschaftlichen Diskurses bedürften.

Mit seiner dritten These wandte sich der Gesundheitsökonom dem Versicherungsmarkt zu und äußerte sich kritisch zu Versuchen, den Wettbewerb in der GKV mittels Versicherungspolizen mit unterschiedlichen Leistungsumfängen stärken zu wollen. Hier wäre bereits heute ein weniger eher mehr, so Wasem. Mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten beim Umfang des Versicherungsschutzes – z.B. durch Wahltarife oder unterschiedliche Satzungsleistungen der Krankenkassen – entsprächen zwar vordergründig einer besseren Präferenz Erfüllung. Allerdings liefen solche Möglichkeiten dem Solidargedanken der GKV zuwider. „Eine solidarisch finanzierte Pflichtversicherung ist nur mit einem einheitlichen Leistungskatalog vereinbar“, zeigte sich Wasem überzeugt. Alles andere sei eine Einladung, das Solidarsystem auszuplündern.

Hauptansatzpunkt für eine stärkere marktliche und wettbewerbliche Ausrichtung der GKV müsse hingegen eine stärkere Verknüpfung der Versicherungsmärkte mit einer Weiterentwicklung der Leistungsmärkte im Rahmen von Selektivvertragsmodellen sein. Wenn man die guten Ansatzpunkte weiter ausbaue, könne der Kassenwettbewerb zu einer echten Effizienzsuchmaschine werden, erläuterte Wasem. In diesem Zusammenhang bedauerte er, dass der Kollektivvertrag noch immer eine bequeme Fall-back-Position für beide Marktseiten darstelle, und sprach sich für striktere Informationspflichten der Kassen gegenüber ihren Versicherten hinsichtlich der Inhalte von Selektivverträgen aus. Nur so könne die Kassenwahlfreiheit mit Leben gefüllt werden. Des Weiteren sah er Handlungsbedarf bei der Bedarfsplanung und bei der Wettbewerbsregulierung. Abschließend plädierte Wasem für ein einheitliches Versicherungssystem ohne den gegenwärtigen Systemwettbewerb von GKV und PKV. Bei Letzterem überwiegen die negativen Effekte, während ein einheitliches Versicherungssystem, wenn es sinnvoll ausgestaltet sei, mit einem Gewinn an funktionalem Wettbewerb im Gesundheitssystem einhergehen könne.

# Gesundheit als Versorgungsaufgabe und Wirtschaftsfaktor – Ist ökonomischer Sinn auch Gemeinsinn?

## Diskussion mit politischen Impulsstatements

**Dr. Rolf Koschorrek MdB**  
*Obmann der CDU/CSU-Bundestagsfraktion  
im Ausschuss für Gesundheit*



Dr. Rolf Koschorrek MdB, Gesundheitsexperte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, eröffnete sein Impulsstatement mit dem Hinweis, dass er den im Tagungstitel als Frage formulierten Widerspruch zwischen Gesundheit und Marktwirtschaft nicht erkennen könne. „Ich glaube, das ist kein Widerspruch; es sind Dinge, die sich bedingen“, so der Gesundheitspolitiker. Allerdings habe die Politik die Gesundheitsversorgung lange Zeit nur als Teil der allgemeinen Sozialpolitik verstanden und dementsprechend die negativen Rückwirkungen von lohnbezogenen Sozialversicherungsbeiträgen auf Arbeitskosten und Beschäftigung in den Vordergrund gestellt. Inzwischen erkenne man jedoch von politischer Seite stärker an, dass es sich bei der Gesundheitswirtschaft auch um einen wichtigen Wirtschaftssektor handele, in dem etwa 300 Milliarden Euro Umsatz pro Jahr erzielt würden und in dem gut 4,5 Millionen Menschen beschäftigt seien, die alle Steuern und Sozialabgaben leisteten. In den letzten Jahren habe die Politik daher auch Fragen der wirtschaftlichen Situation des Gesundheitssektors immer stärker thematisiert, so Koschorrek.

Im Hinblick auf die Frage, wie man mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung innerhalb des Gesundheitssystems implementieren könne, warnte der CDU-Gesundheitspolitiker davor, die Akteure, von denen man eigenverantwortliches, wettbewerbskonformes Verhalten erwarte, zu überfordern. In über 140 Jahren deutscher Sozialversicherungsgeschichte habe die Gesundheitsversorgung einen Komplexitätsgrad erreicht, der seinesgleichen suche. „Wenn wir eigenverantwortliches Handeln einfordern und stärkeren Wettbewerb möchten, dann funktionieren diese beiden Dinge nur in Systemen, die von den Beteiligten auch verstanden werden.“ Hier – und nicht etwa beim Leistungsangebot oder bei der Versorgungsqualität – bestehe der größte Handlungsbedarf, argumentierte der CDU-Politiker. Ansonsten könnten eine stärkere marktliche Öffnung und höhere Anforderungen an die individuelle Eigenverantwortung dazu führen, dass der eine oder andere im System verloren gehe.

**Birgitt Bender MdB**  
*Gesundheitspolitische Sprecherin  
der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen*

Auch die gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Birgitt Bender MdB, sah nicht per se einen Widerspruch zwischen einer am Patientenwohl ausgerichteten Gesundheitsversorgung und den ökonomischen Interessen von Anbietern. Eine ethische Grundhaltung auf Seiten der Anbieter sei wichtig, insbesondere bei der Behandlung schwerkranker oder hilfloser Menschen. Allerdings sei ebenso offensichtlich, dass man eine patientenorientierte Versorgung nur dann gewährleisten könne, wenn die Leistungserbringer ihre wirtschaftlichen Interessen nicht leugnen müssten.

Probleme entstünden, so Bender, wenn sich die ökonomischen Anreize der Leistungserbringer nicht am Gesundheitserfolg und am Patientennutzen ausrichteten. Gerade das sei aber in Deutschland bisher der Fall, bemängelte die Gesundheitspolitikerin von Bündnis 90/Die Grünen. In der Regel werde nur die erbrachte medizinische Leistung vergütet, nicht aber der erbrachte oder zu erwartende Gesundheitsnutzen für die Patienten. Dementsprechend drehe sich der Wettbewerb vorwiegend um Preise, allenfalls um Service. Und viele Leistungserbringer setzten vor allem auf Quantität und weniger auf Qualität. „Die häufig beklagte Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist diesen falschen Anreizen geschuldet und nicht einem grundsätzlichen Widerspruch zwischen Ökonomie und Gesundheit“, schlussfolgerte Bender.

Vor diesem Hintergrund forderte sie veränderte Anreizstrukturen für die medizinischen Leistungserbringer. Nicht mehr die Mengenproduktion, sondern der Gesundheitszustand der Patienten und Versicherten müsse zur ökonomischen Zielgröße im Gesundheitssystem werden. Als einen ersten Schritt in die richtige Richtung würdigte sie den neuen Preisfindungsmechanismus im Arzneimittelbereich, da hier explizit der Zusatznutzen eines neuen Medikaments berücksichtigt werde. Bender prognostizierte, dass die Einführung vergleichbarer, an der Ergebnisqualität ausgerichteter Vergütungssysteme in weiteren Bereichen des Gesundheitssystems eines der zentralen Themen künftiger gesundheitspolitischer Debatten sein werde, nicht



8

zuletzt, weil die Umkehrung der Anreizstrukturen eine erhebliche Herausforderung für die Praxis bedeute. Diese könnten nur funktionieren, wenn es transparente Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität gebe, was heute nicht der Fall sei. „Bisher messen wir ja vor allem die Struktur- oder Prozessqualität im Gesundheitswesen“, konkretisierte die Politikerin. Da die Messung von Ergebnisqualität große Fallzahlen voraussetze, gehöre laut Bender in der ambulanten Versorgung stärker kooperativ ausgerichteten Versorgungsstrukturen, wie beispielsweise Medizinischen Versorgungszentren oder regionalen Versorgungsnetzen, die Zukunft.

**Birgit Homburger MdB**  
*Technologiepolitische Sprecherin  
 der FDP-Bundestagsfraktion*

Birgit Homburger MdB, technologiepolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion, stellte eingangs ihres Beitrags die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens in mehrfacher Hinsicht heraus: Zum einen liefere es eine hochwertige medizinische Versorgung für alle Bürger und trage zu deren Lebensqualität bei. Zum anderen sei es ein wichtiger und dynamischer Bestandteil des Wirtschaftsprozesses, der zahlreiche Innovationen hervorbringe. „Der ganze Gesundheitsbereich ist ein Wachstumsmarkt“, konstatierte Homburger mit Blick auf den demographischen Wandel. Sie betonte, dass der medizinisch-technische Fortschritt erheblichen volkswirtschaftlichen Nutzen mit sich bringe, da er die indirekten Krankheitskosten, etwa in Form von Arbeitsausfallzeiten, verringere. Bedauerlicherweise würden diese Effekte in öffentlichen Diskussionen nicht immer ausreichend gewürdigt, sondern der Blick auf das Gesundheitssystem als Kostenfaktor verengt.

Mit Blick auf den medizinisch-technischen Fortschritt erläuterte die FDP-Politikerin, dass es zahlreiche, vorwiegend mittelstandsorientierte Initiativen seitens der Bundesregierung gebe, um Unternehmen zu unterstützen und Innovationen im Gesundheitsbereich zu fördern. Gleichwohl bestünde im For-



schungsbereich generell noch erheblicher politischer Handlungsbedarf, etwa was die steuerliche Forschungsförderung betreffe. Gleichzeitig warnte sie davor, dass es gerade im Gesundheitsbereich mit höheren Investitionen allein nicht getan sei, wenn man Forschungskapazitäten und Wertschöpfungsprozesse in Deutschland halten wolle. Mindestens ebenso wichtig sei eine gesellschaftliche Offenheit gegenüber medizinisch-technischen Innovationen. Widerstände gegen Biotechnologie, Genforschung oder die Stammzellenforschung zeigten jedoch, dass es in Deutschland diesbezüglich erhebliche Vorbehalte gebe. Homburger plädierte dafür, nicht nur die möglichen Gefahren der neuen Technologien zu sehen, sondern auch ihre großen Potentiale und Chancen. Letzten Endes gehe es um die gesellschaftliche Bereitschaft, sich auf Innovationen einzulassen und ein forschungsfreundliches Umfeld zu schaffen.

Im Verlauf der weiteren Diskussion, die Peter Thelen, Parlamentskorrespondent beim Handelsblatt, fachkundig leitete, wurden zahlreiche Überlegungen und Vorschläge der Redner aufgegriffen, weiterentwickelt, aber auch kritisch hinterfragt. So ging es beispielsweise um die Frage, wie eine an der Ergebnisqualität organisierte Vergütungsstruktur in der Praxis implementiert werden könne. Daneben wurde auch der Einfluss der Bundesländer bei der Krankenhausplanung und -finanzierung thematisiert.



**Impressum**