

**(14) Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache**

0129(109)

Eingang am 12.11.2006

16. Wahlperiode

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke

Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie, TU Berlin



Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke studierte von 1963–1970 Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität zu Köln, der London School of Economics and Political Science (UK) und der University of Michigan, Ann Arbor (USA). 1970 promovierte er zum Dr. rer. pol. an der Universität zu Köln. 1976 habilitierte er an der Philips-Universität Marburg für das Fach Volkswirtschaftslehre und wurde im gleichen Jahr als Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft an die Universität Hannover berufen. Seit 1995 vertritt er die Fachgebiete Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie am Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht der TU Berlin. Er gehört dem Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen an, war lange Jahre Mitglied und auch Vorsitzender des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen und ist seit 2004 ein Sprecher des Zentrums für Innovative Gesundheitstechnologie (ZiG) an der TU Berlin. Zu seinen Arbeitsgebieten zählen hauptsächlich die Gesundheitsökonomie, die Soziale Sicherung, die Europäische Integration sowie finanzwissenschaftliche Fragestellungen.

THEMA

Die Finanzierung des Gesundheitswesens unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhausfinanzierung¹.

Grundsätzlich lässt sich die Finanzierung des Gesundheitswesens in zwei Bereiche unterteilen. Ich nutze hierfür gern die Begriffe „äußere“ und „innere“ Finanzierung. In der Rentenversicherung ist diese Trennung nicht von Bedeutung. Im Gesundheitswesen entspricht die Entrichtung von Beiträgen der äußeren Finanzierung. Die Mittel werden daraufhin unterschiedlich innerhalb des Gesundheitssystems verwendet. Bei dieser Mittelverwendung handelt es sich um die innere Finanzierung.

In der ersten Grafik sehen Sie eine Auflistung der verschiedenen Formen der äußeren Finanzierung des Gesundheitswesens.

Äußere Finanzierung: Mittelaufbringung

Formen (1)

- Allgemeine Deckungsmittel (d.h. aus öffentlichen Einnahmen)
- Sozialversicherungsbeiträge (Arbeitgeber und Arbeitnehmer)
- Prämienzahlungen
- Selbstbeteiligung, Zuzahlungen
- Konsumausgaben

Grafik 1: Eigene Darstellung

Wenn über die Finanzierung des Gesundheitswesens gesprochen wird, muss die Ausgangslage immer einbezogen werden. Die Ausgangslage in der Bundesrepublik Deutschland, einem Land mit mehr oder weniger Nullwachstum über viele Jahre, einem Land, in dem fast fünf Millionen Menschen von Arbeitslosigkeit betroffen sind, einem Land dessen Hauptstadt eine Arbeitslosenquote von 20 Prozent aufweist, erleichtert die Diskussion über die Finanzierung des Gesundheitswesens nicht gerade. Und diejeni-

¹ Es handelt sich um die leicht redigierte Mitschrift des Vortrags.

gen, die zur Lösung der Probleme mehr Selbstbeteiligung fordern, machen es sich möglicherweise zu einfach angesichts von fünf Millionen Arbeitslosen. Außerdem finanzieren wir noch immer viel zu große Bereiche der öffentlichen Ausgaben über neue Kredite. Diese Situation bedeutet, dass wir die knappen Ressourcen noch intelligenter verwenden müssen, wenn wir die Kreditaufnahmen nicht weiter ausweiten und eine weitere Erhöhung der Staatsausgaben vermeiden wollen.

Die Gesundheitswirtschaft wird allerdings weiter wachsen, das kann sie jedoch nur auf Kosten anderer Bereiche unseres Lebens. Individuell muss jeder für sich entscheiden, was er kann und was er will vor dem Hintergrund einer für jeden zugänglichen Grundversorgung.

Äußere Finanzierung: Mittelaufbringung
Formen (2)
1. Finanzierungsgegenstand: Art und Umfang der erstattungsfähigen Leistungen
2. Prämien, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge, allgemeine Deckungsmittel (überwiegend also Steuern)
3. Umlageverfahren, Kapitaldeckung

Grafik 2: Eigene Darstellung

Wenn wir über die äußere Finanzierung diskutieren, brauchen wir zunächst Klarheit über den Finanzierungsgegenstand. Es geht um die Frage, welcher Art und wie hoch der Umfang der Leistungen sein soll, den die Krankenversicherungen erstatten. Hieraus leitet sich der erforderliche Betrag ab, der finanziert werden muss. Dies kann, wie bereits in Grafik Nr. 1 beschrieben, auf unterschiedliche Weise funktionieren (Grafik 2).

Das Thema Kapitalbildung muss ernst genommen werden, denn eine Kapitalbildung macht unser System demographieresistenter. Wenn die junge Generation für das Alter vorsorgt und nicht nur daran denkt, dass sie an der Rückzahlung der Schulden beteiligt ist und unsere Renten zu zahlen hat, muss sie

auch für sich selbst vorsorgen. Sie muss dann also für später Kapital zurücklegen, wie es z.B. im Rahmen der Riester-Rente der Fall ist.

Äußere Finanzierung: Mittelaufbringung
Organisation (1)
<ul style="list-style-type: none"> • von der Eigenvorsorge bis zur Fürsorge • Rolle von Markt, Staat und Selbstverwaltung • Prämien mit Risikoäquivalenz, Pauschalprämien, Sozialversicherungsbeiträge (einkommensabhängig oder breitere Bemessungsgrundlage, z.B. mit Mieterträgen und/oder Kapitaleinkünften) • Beitragsbemessungsgrenze (keine, pauschal, Prozentsatz des Einkommens) • Arbeitgeberbeteiligung, pauschal, einkommensproportional, Wertschöpfungsabgabe

Grafik 3: Eigene Darstellung

In Deutschland sind viele Menschen der Meinung, eine zweckgebundene proportionale Einkommenssteuer sei die richtige Antwort auf die Frage nach der richtigen Finanzierungsform des Gesundheitssystems. Diese von Ihren Befürwortern auch Bürgerversicherung genannte Lösung macht neben Löhnen und Gehältern auch Mieterträge und Kapitaleinkünfte zur Bemessungsgrundlage. Sie sehen, wie viel verkehrt gemacht werden kann in der Terminologie – oder eben auch gut aus Sicht der Befürworter einer Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens

Äußere Finanzierung: Mittelaufbringung
Organisation (2)
Keine Patentrezepte, sondern...
<ul style="list-style-type: none"> • mehr Babies, • mehr steuer- und beitragszahlende Einwanderer, • nachhaltiges Wirtschaftswachstum, • Teilkapitalbildung • höhere Beiträge der älteren Menschen <p style="text-align: center;">... in Zeiten einer Stagnation, die sich hoffentlich nicht durch die älter werdende Bevölkerung noch verstärkt.</p>

Grafik 4: Eigene Darstellung

Die Ausgangslage bei der Verwendung der Mittel kann durch das Ausgabenprofil des Risikostrukturausgleichs gekennzeichnet werden. Zurzeit zahlen ältere Menschen nur

gut 50 Prozent der Beiträge von erwerbsfähigen Menschen zwischen 20 und 60 Jahren. Sie verursachen aber dreimal so viele Ausgaben. Daher sind bei dieser zunächst statistischen Betrachtung höhere Beiträge älterer Menschen unverzichtbar.

Ich hatte die wirtschaftliche Ausgangslage in Deutschland geschildert. Vor diesem Hintergrund müssen wir über die Mobilisierung eines höheren Erwerbsfähigkeitspotentials nachdenken. Zurzeit arbeiten wir in diesem Zusammenhang an einem Projekt für die Robert-Bosch-Stiftung. Wir erforschen dort, wie wir im Alter gesund und fit bleiben und auch weiterhin mit Freude in der Zivilgesellschaft z.B. im Rahmen eines ehrenamtlichen Engagements tätig sind oder auch unseren Beitrag zum Bruttosozialprodukt leisten können. Mit unserem Humanvermögen können wir das nicht nur bis 65 oder 67. Politiker, die ja oftmals durchaus länger arbeiten, als sie es der Bevölkerung zumuten oder erlauben, weisen der Gesellschaft eine zukünftige Richtung.

Wenn wir über unsere Grenzen schauen, sehen wir, dass das Gesundheitswesen in Großbritannien und in Skandinavien über Steuern, in Ländern wie Belgien, Holland, Frankreich und eben auch in Deutschland über Sozialversicherungsbeiträge finanziert wird. Lassen Sie uns diese Finanzierungsvielfalt als einen europäischen Wettbewerb sehen, der die besten Lösungen der Zukunft generieren wird.

Innere Finanzierung: Mittelverwendung
 Bezahlung von ausgewählten Gesundheitsdienstleistungen

- im Krankenhaus, im Pflegeheim, in der Rehabilitationseinrichtung
- beim niedergelassenen Arzt, beim Zahnarzt
- in der Apotheke
- bei Heilleistungen, bei Hilfsmitteln
- bei Krankentransporten und bei Unfallrettung

Grafik 5: Eigene Darstellung

Neben der äußeren Finanzierung, also der Mittelaufbringung, komme ich jetzt auf die

innere Finanzierung zu sprechen, also die Frage danach, wie die Mittel verwendet werden sollen. Die Mittelverwendung kann anhand der Grafiken Nr. 5 und Nr. 6 dargestellt werden. Dort wird nicht nur die Bezahlung von ausgewählten Gesundheitsdienstleistungen gezeigt, sondern auch die Art der Finanzierung beschrieben.

Am Beispiel des sog. Honorarverteilungsmaßstabs der Ärzte kann man zeigen, dass für alle erbrachten Gesundheitsleistungen ein ähnliches System benötigt wird. Im Grunde brauchen wir in jedem Bereich des Gesundheitswesens Honorarverteilungsmaßstäbe. Das Hauptproblem liegt allerdings darin gegründet, dass im deutschen Gesundheitswesen noch alles segmentiert ist und es an integrierten Versorgungssystemen fehlt. Diese Isolation des ambulanten Bereiches wird im Zuge laufender Reformen zunehmend aufgebrochen. Die Segmentierung betrifft aber auch die stationäre Versorgung und die Arzneimittelbudgets.

Innere Finanzierung: Mittelverwendung
 Arten der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen

- 1) Honorare, Vergütung, Bezahlungen von erbrachten Gesundheitsleistungen im ambulanten Bereich: in der Regel durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
- 2) Fallpauschalen im stationären Bereich: in der Regel durch die gesetzlichen Krankenversicherungen

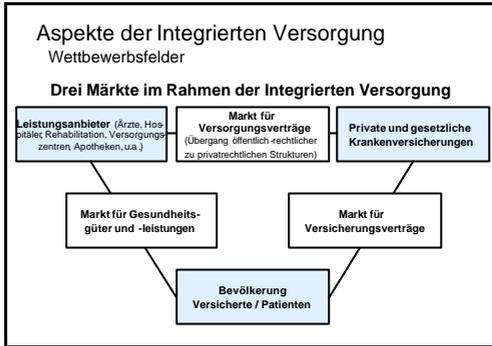
Überwiegend noch immer „gemeinsam und einheitlich“, bzw. durch Kollektiv- und nicht Individualvereinbarungen

Grafik 6: Eigene Darstellung

Im stationären Bereich funktioniert die Finanzierung mit Hilfe von Fallpauschalen. Dieses System ist sehr kompliziert. Die Pflegeversicherung finanziert anders als die Unfallversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung anders als die private Versicherung, und zwar sowohl innerhalb der Segmente unterschiedlich, als auch jeweils in den unterschiedlichen Leistungsbereichen.

So unterschiedlich diese Finanzierungsarten ausfallen, so einheitlich und gleich sind þ-

doch immer noch die Leistungen die jeder erhält. Mein Wunsch wäre hier ein Schritt weg von den derzeitigen Kollektivvereinbarungen hin zu mehr und mehr Individual- oder Gruppenvereinbarungen. Damit komme ich zu zur integrierten Versorgung.



Grafik 7: Eigene Darstellung

In der Grafik Nr. 7 sehen Sie die verschiedenen Wettbewerbsfelder in dem sog. magischen Dreieck der Integrierten Versorgung. Die GesundheitsökonomInnen sind sich weitestgehend einig, dass mehr Wettbewerb in der Leistungserbringung erforderlich ist.

Der Wettbewerb hat jedoch ein großes Problem: Er ist Feind derer, die den Status quo nicht verändern wollen. Klar ist allerdings, dass Wettbewerb (oder mehr Vielfalt) sozial eingebunden sein muss. Eine Grundversorgung, die regelmäßig nach Maßgabe des medizinisch-technischen Fortschritts dynamisiert wird, ist unverzichtbar und sollte für alle verfügbar sein.

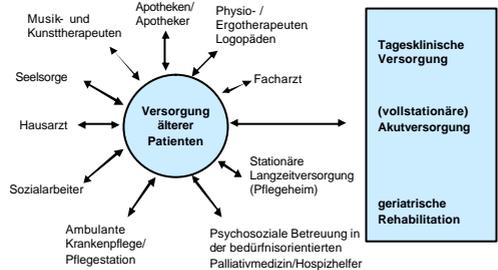
Dennoch sollte es möglich sein, den Krankenversicherungsschutz zu unterschiedlichen Preisen nachzufragen. Dann kann der Einzelne unterschiedliche Versicherungspläne auch zu unterschiedlichen Preisen kaufen. Die Health Maintenance Organizations in den Vereinigten Staaten von Amerika haben in den ersten Jahren zu einer sichtbaren Ausgabenreduktion geführt. Warum soll es den Versicherten und ihren Familien nicht erlaubt sein, aktiv zu entscheiden, dass sie nur die

besten Doktoren, nur die besten Krankenhäuser, diejenigen, die zertifiziert sind, wählen? Ein solches Sparkonzept wäre sicher 10 oder 20 Prozent günstiger als die Tarife im Status Quo. Wer dann noch einen präventiven Lebensstil nachweist, bekäme noch mehr Rabatt. Zurzeit kann man unterschiedlichen Krankenversicherungsschutz nur in der privaten Krankenversicherung kaufen.

Beim Übergang von öffentlich-rechtlichen hin zu privatrechtlichen Strukturen ließe sich auch in der gesetzlichen Krankenversicherung noch mehr Tarifvielfalt herstellen. Nichts spricht dagegen, dass Krankenkassen an den Kassenärztlichen Vereinigungen vorbei mit den Ärzten und weiteren Leistungsanbietern eine globale Versorgung organisieren, in der Behandlungspfade eben nicht segmentiert, sondern ganzheitlich betrachtet werden (siehe auch Grafik 8).

Aspekte der Integrierten Versorgung

Versorgung älterer Menschen im Netzwerk



Grafik 8: Eigene Darstellung

Nehmen wir an, in der Mitte gäbe es ein Netzbudget, und wir wären die Netzmanager. Dann bestünde die Aufgabe darin, die Gesundheitsleistungen „einzukaufen“. Wir wären die Netzmanager für die Versorgung älterer Menschen, eine sehr realistische Aufgabe, die in der Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird. Sie sehen anhand der Grafik, was alles zur Versorgung dazugehören kann, wenn man älter wird. Natürlich wollen Sie alles, was hier zu sehen ist, so lange wie möglich vermeiden. Wenn Sie es aber benötigen, muss es honoriert werden. Zurzeit erfolgt dies in einem System, in dem alles übersegmentiert

und bürokratisiert ist, in einem System, in dem niemand versteht, wie die Versorgung abgerechnet wird, geschweige denn Transparenz darüber besteht. Beim Ergotherapeuten, bei der vollstationären Akutversorgung, bei der Tagesklinik, bei der Rehabilitation geschieht dies z.B. über die Rentenversicherung. Ich hoffe, sie können nun nachvollziehen, warum es so schwer ist, die Dinge so zu verändern wie es wünschenswert wäre.

Lassen Sie mich zu Krankenhausfinanzierung kommen (Grafik Nr. 9). Dort lassen sich die derzeit im Vordergrund stehenden Themen entnehmen. Hinsichtlich der monistischen Krankenhausfinanzierung, ergibt sich in diese Richtung die Entwicklung nicht nur aus der sachlichen Überzeugung sondern auch deswegen, weil die Länder mit ihrer angespannten Finanzlage die Finanzmittel nicht mehr zur Verfügung stellen.

- Diskussionen im Kontext einer Krankenhausreform
1. Monistische versus duale Krankenhausfinanzierung
 2. Liberalisierung des Vertragsrechts
 3. Qualitätsmanagement und evidence-based medicine im stationären Bereich
 4. Träger- und Organisationsstrukturen von städtischen, privaten, gemeinnützigen Krankenhäusern und Universitätskliniken
 5. Umgang mit der Einführung der DRG
 6. Die Industrialisierung der Dienstleistungen in Krankenhäusern als betriebswirtschaftliche Aufgabe
 7. Europäischer Binnenmarkt und Krankenhäuser: Das Management von Warteschlangen (Beispiel England) und die Rolle der Krankenhausketten

Grafik 9: Eigene Darstellung

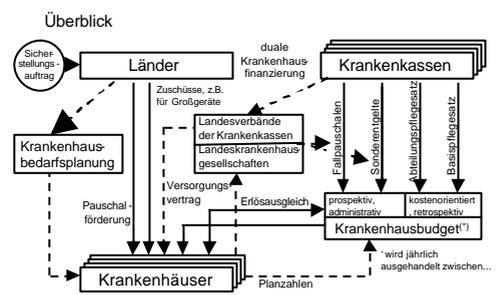
- Gesundheitspolitische Aufgabenhäufung bei den Landesgesundheits-/sozialministerien
1. Krankenhausplanung mit dem Sicherstellungsauftrag (Planungsbehörde)
 2. Gewährung von Investitionsmitteln für Neu-, Ersatz- und Erweiterungsbauten (Förderbehörde)
 3. Die Festlegung der Krankenhausträger, ihrer Struktur und fachlichen Ausrichtung (länderspezifische Unterschiede)
 4. Aufsicht aller Krankenhäuser, also auch der eigenen kommunalen Krankenhäuser und Landeskrankenhäuser (länderspezifische Unterschiede)
 5. Aufsicht über alle landesunmittelbaren Krankenkassen nach SGB V
 6. Pflege- und Heimaufsicht
 7. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Grafik 10: Eigene Darstellung

Der Grafik Nr. 10 lässt sich die Aufgabenhäufung in den Ministerien entnehmen. Das ist unsere Planwirtschaft. Sie finden eine Krankenhausbedarfsplanung mit Sicherstellungs-

auftrag in einer Planungsbehörde. In der gleichen Behörde, die ich jetzt mal Förderbehörde nenne, werden Investitionsmittel für Neubauten, für Ersatzbauten und Erweiterungsbauten gewährt. Dann gibt es länderspezifische Unterschiede in den gleichen Behörden bei der Festlegung der Krankenhausträger, also wie viele gemeinnützige, wie viele private und wie viele öffentlich-rechtliche Träger. Die Struktur wird vorgegeben anhand von Bedarfsrechnungen; ebenso erfolgt die fachliche Ausrichtung.

Die gleichen Behörden, die gleichen Personen beaufsichtigen sich auch selbst dadurch, dass Sie die eigenen kommunalen Krankenhäuser und Landeskrankenhäuser kontrollieren. Trotz länderspezifischer Unterschiede liegen viele der genannten Aufgaben doch in einer Person. Dann gibt es noch landesunmittelbare Krankenkassen, also die Regionalkassen, ebenfalls eine Sache, die niemand so recht versteht. Wir haben Regionalkassen und bundesweite Kassen, mit jeweils unterschiedlichen Aufsichtsämtern, die ganz unterschiedlich Recht sprechen. Weiterhin gibt es noch die Pflege- und Heimaufsicht und den öffentlichen Gesundheitsdienst. Ich finde, in dem beschriebenen Bereich bedarf es dringend einer Liberalisierung. Die Aufgabenhäufung bei den Landesgesundheitsministerien und den Sozialministerien bedarf dringend einer Reform.



Grafik 11: Eigene Darstellung

In Grafik Nr. 11 sehen Sie die Krankenhausfinanzierung mit dem Sicherstellungsauftrag, der im stationären Bereich bei den Ländern liegt, im ambulanten Bereich jedoch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Dann sehen Sie die duale Krankenhausfinanzierung zu-

sammen mit den Krankenkassen, mittlerweile bestehend aus DRGs, also Fallpauschalen, ein paar Sonderentgelten, dem Abteilungspflegesatz sowie dem Basispflegesatz. All dies funktioniert über ein Krankenhausbudget, über die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft im Vertragsgeschäft. Mit Hilfe von Erlösüberlegungen oder Budgets stehen dann letztlich die Mittel zur Verfügung, direkt zur Pauschalförderung, über Zuschüsse bei den Großgeräten und das, was im Verhandlungsgeschäft mit den Krankenkassen für die Krankenhäuser bereitgestellt wird. Das wird Sie interessieren, denn hier sind Sie als Architekten eingebunden.

Die Investitionskosten der Plankrankenhäuser übernimmt bei idealtypischer Betrachtung das Land. Der Investitionsstau ist jedoch auf 30 Milliarden berechnet worden und liegt vielleicht schon jetzt viel höher. Der über die Länderhaushalte finanzierte Anteil sinkt kontinuierlich, und das hat etwas mit der weiter oben beschriebenen Ausgangslage zu tun.

Wenn die Kliniken diese Investitionsmittel beanspruchen wollen, müssen sie zu den Plankrankenhäusern gehören, genau wie Sie ein Kassenarzt sein müssen, um mit der KV abrechnen zu können. Das, was immer als selektives Kontrahieren bezeichnet wird, ist zurzeit rechtlich noch gar nicht möglich.

Zum Schluss stellt sich die Frage: Gehen wir über zu einer Krankenhausfinanzierung direkt durch die Krankenversicherung? Oder soll die Finanzierung selbst an die Krankenhäuser gehen? Das würde bedeuten, dass die Krankenhäuser die Kalkulation von Investitionskosten übernehmen. Die privaten Krankenhäuser praktizieren das bereits jetzt.

Aus Grafik Nr. 12 lassen sich die Mängel der dualen Finanzierung, die im Jahr 1970 eingeführt wurde, entnehmen. Wegen der Verschleierung von Finanzierungsverantwortung, wegen des hohen bürokratischen Aufwandes und wegen der stärkeren Einschränkung des betriebswirtschaftlichen Handlungsspielraumes ist die herrschende Meinung in der Ge-

sundheitsökonomie für die Abschaffung der dualen Krankenhausfinanzierung.

Problembereiche der Krankenhausfinanzierung

Mängel der dualen Finanzierung

- Trennung von Investitions- und Betriebskosten, dadurch keine Investitionstätigkeit, die die Betriebskosten minimieren würden
- Verschleierung der Finanzierungsverantwortung
- Hoher bürokratischer Aufwand der Antragsverfahren und der Kontrollen
- Starke Einschränkung des betriebswirtschaftlichen Handlungsspielraums des Krankenhauses, trotz geringer finanzieller Relevanz der Zahlungen
- Verzerrung des Wettbewerbs mit anderen Sektoren, z.B. der ambulanten Versorgung, in der es keine Investitionssubventionen gibt

Grafik Nr. 12: Eigene Darstellung

In einem kurzen Ausblick möchte ich Ihnen auf den folgenden Grafiken Nr. 13, 14 und 15 einige Entwicklungslinien aufzeigen, denn die Weiterentwicklung und Reform des Gesundheitswesens steht ja wieder und wohl auch dauerhaft weiter zur Diskussion. Bitte vergessen Sie nicht, – und ich glaube, das ist sehr einsichtig – dass die beiden Volksparteien, die sich jetzt zusammensetzen, natürlich schon an die nächste Bundestagswahl denken. Das erschwert die Reform in Ihrem Ansatz, so dass Sie davon ausgehen können, dass Sie ein bisschen Gesundheitsguthaben bekommen, ein bisschen Prämie und auch diese zweckgebundene Einkommenssteuer, die mancher Bürgerversicherung nennt, all das hatte ich bereits angesprochen. Das sind die beiden Richtungen, in die die eine oder andere Partei strebt.

Ausblick

Finanzierung, Vergütung und Steuerung

Der Status Quo:

Auf dem Wege zur Integrierten Versorgung seit dem 1.1.2004 (§ 140a-e SGB V)

Das Extrem: Mindestversicherungspflicht für alle

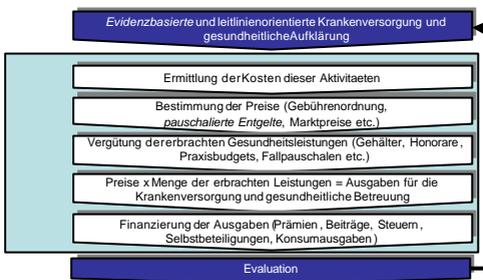
- als Bürgerversicherung (entspricht einer proportionalen Bürgersteuer)
- als Kopfpauschale (entspricht einer Krankenversicherungsprämie)

Grafik 13: Eigene Darstellung

Der Status Quo in Grafik Nr. 13 sind die medizinischen Versorgungszentren, die integrierte Versorgung nach dem Gesundheitsreform-Modernisierungsgesetz von 2004, das ja auch in einer partiell Großen Koalition beschlossen wurde. Eine Mindestversicherungspflicht für alle wird es weiter geben, ob mit der proportionalen Bürgersteuer oder mit einem Gesundheit Guthaben, mit dem die Versicherten dann in einer neuen Anbieterpluralität einkaufen gehen könnten.

Ausblick

Bleibt das Gesundheitswesen finanzierbar?



Grafik 14: Eigene Darstellung

In Grafik Nr. 14 möchte ich Ihnen meine Überlegungen noch einmal in einer geordneten Reihenfolge darstellen. Zunächst werden die Kosten der Aktivitäten ermittelt, die Preise bestimmt und ein Vergütungssystem für die erbrachten Leistungen erarbeitet. Wenn Sie den Preis multiplizieren mit den Mengen, erhalten Sie die Ausgaben, die zu finanzieren sind, sei es über Prämien oder Steuern, durch Selbstbeteiligungen oder Konsumausgaben. Dies muss immer vor dem Hintergrund einer leitlinien- und evidenzbasierten Krankenversorgung unter Zuhilfenahme gesundheitlicher Aufklärung geschehen. Das symbolisiert für mich den roten Faden, der in der Öffentlichkeit verstanden und aufgegriffen werden muss.

Ausblick

Vom Leistungs- zum Gewährleistungsstaat

- Versorgungsnetzwerken gehört die Zukunft
- Grundversorgung wird weiter reduziert
- Private Absicherung gewinnt an Bedeutung
- Wellness- und Fitness-Revolution ist nicht aufzuhalten

In einem dauerhaften Ordnungsrahmen mit einer Grundsicherung für alle, mit sozialem Ausgleich, Wahl- und Wechselmöglichkeiten und mit Teilkapitalbildung

Bei privaten und öffentlichen Krankenversicherungsunternehmen mit unterschiedlichen Angeboten

Grafik 15: Eigene Darstellung

Lassen Sie mich mit Grafik Nr. 15 abschließen. Hier erkennen Sie meine Vision, die wir immer wieder diskutiert haben, auch in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Wir sollten bei der Frage einer Gesundheit nach Maß die Formulierung benutzen, dass der Staat im wirklich marktwirtschaftlichen Sinne eigentlich nur die Rahmenbedingungen setzt, wir also weg vom Leistungs- und hin zum Gewährleistungsstaat kommen, dass der Staat sich darauf reduziert, gute Anreizstrukturen zu schaffen und für eine Versicherungs- und Missbrauchsaufsicht zu sorgen. Dann, so denke ich, kann ein dauerhafter und vernünftiger Ordnungsrahmen mit einer Grundsicherung für alle geschaffen werden.

Zum Schluss vier Punkte, die passieren werden. Wir werden Versorgungsnetzwerke erleben, die um die Krankheitsbilder herum als Kompetenzzentren angesiedelt werden. Eine Grundversorgung wird sich mehr und mehr herauschälen. Die Zahnmedizin wird in zehn Jahren vielleicht nicht mehr zu den erstattungsfähigen Leistungen gehören. Die private Absicherung gewinnt schon allein auf Grund der Gegebenheiten in unserem Land an Bedeutung. Und die Wellness- und Fitnessrevolution ist nicht aufzuhalten. Die Gesundheitswirtschaft wird eine Wachstumsbranche.

Ich hoffe, dass Sie sich in diesem von mir nur skizzierten Bild als Architektinnen und Architekten wieder finden.