

„Das deutsche Gesundheitswesen ab 2010“ .....	2
Vorbemerkung .....	2
Nach der Konvergenz .....	3
Ziele und Nebenbedingungen.....	3
Ziele, Aufgaben und Nebenbedingungen nach Akteursgruppen .....	4
Rahmenplanung und Ordnungspolitik .....	5
Budgets und Preisdegression – funktional äquivalent?.....	6
Freigabe neuer Preismodelle auch innerhalb der Sektoren.....	8
Übergangsregelungen für die Investitionsfinanzierung .....	10
Beitragsrahmen statt Fonds .....	12
Korridore für Sondertarife.....	12
Sondertarife und Preissystem: Kein Systemausstieg!.....	13
Szenarien der Chancenstruktur.....	14
Lösungsvorschläge als Trendaussage.....	14
Marktberreinigung und Nutzenfunktionen .....	15
Grund- und Zusatzleistungen: IGEL für alle?.....	16

## **„Das deutsche Gesundheitswesen ab 2010“**

### Vorbemerkung

Nach der Reform ist vor der Reform. Unverändert sucht Deutschland nach der Formel für eine leistungsfähige, qualitativ hochwertige und zukünftig stabile Gesundheitsversorgung.

Die Gesundheitssysteme in der EU stehen nach dem aktuellen Strategiebericht der Kommission „unter wachsendem Druck, auf die Herausforderungen zu reagieren, welche die Bevölkerungsüberalterung, die steigenden Erwartungen der Bürger, die Migration und die Mobilität von Patienten und Beschäftigten des Gesundheitswesens mit sich bringen“.

Neue Technologien, aber auch neue Ziel- und Steuerungssysteme, haben das Potenzial, die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitssysteme zu revolutionieren und deren künftige Nachhaltigkeit mit zu unterstützen.

Für die deutschen Krankenkassen, aber auch die nationalen Leistungsanbieter ist unter der begrifflichen Gleitschiene „Gesundheitsfonds“ die Suche nach einem tragfähigen ordnungspolitischen Rahmen eröffnet.

Im Fokus des gesuchten ordnungspolitischen Rahmens müssen Systemanreize stehen, die darauf hinwirken, die Qualität der Leistungen für den Patienten permanent zu verbessern. Aus unserer Sicht steht dabei der Preis als Instrument der Administration im Vordergrund. Wir werden dieses Thema vielfach variieren, um dem Tenor der wirklich notwendigen Reformen etwas näher zu kommen.

Damit das deutsche Gesundheitswesen seinen Wachstumsbeitrag im sechsten Kontratieff leisten kann, müssen bei allen Kosten-Nutzenbewertungen die Präferenzen aus Patientensicht den Ausgangspunkt bilden – ungeachtet aller vom Fachwissen aus notwendigen Gewichtsverschiebungen. Das Gesundheitswesen muss von daher zunächst völlig neu erlebt und dann mit volks- und betriebswirtschaftlicher Ergebnisverantwortung ohne Zwang neu

gestaltet werden. Auch die aus unserer Sicht unvermeidliche Verbreiterung der Finanzierungsbasis bei gleichzeitig konsequenter Entkopplung von den Arbeitskosten muss dieser Maxime folgen: Handle so, dass die Maxime deiner Innovationen als Strukturvorgabe für ein nachhaltiges des Wirtschaftswachstum im Dienste der global ganzheitlichen Gesundheitsförderung dienen kann!

## **Nach der Konvergenz**

Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD ist festgelegt, dass in der laufenden Legislaturperiode die Grundsätze des ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhäuser nach dem Ende der Konvergenzphase ab dem Jahr 2009 festzuschreiben. Wie sollen die über mehrere Jahre entwickelten DRG-Gewichte im Zusammenspiel mit administrierten Fallwerden auf dieses zentrale Segment des Gesundheitsmarktes einwirken?

## **Ziele und Nebenbedingungen**

Die am Gesundheitswesen interessierten Bevölkerungsgruppen bringen selbstverständlich unterschiedliche Zielelemente in den Diskurs über die Ziele des Gesundheitswesens ein.

- Für die *Patientinnen und Patienten* sind eine möglichst langanhaltende gute Lebensqualität mit möglichst geringen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen bei gleichzeitig möglichst niedrigen Krankenkassenbeiträgen und Eigenkosten wichtig.
- Die *Ärzte, Therapeuten und sonstigen Gesundheitsexperten* beanspruchen Freiheit bei ihrer Berufsausübung mit einer adäquaten Honorierung ihrer Leistungen und möglichst wenig administrativem Aufwand. Ihren Beruf wollen sie auch in Zukunft in einem angemessenen Umfeld ausüben können.
- Für die *Krankenkassen* stehen möglichst gute und stabil kalkulierbare und Risiken im Vordergrund.
- *Politiker* wollen nachweisliche Erfolge in der Sicherstellung einer effizienteren medizinische Versorgung für möglichst viele Wähler – und eine hohe Medienresonanz für dieses Ergebnis

- Für die *Industrie* sind günstige Rahmenbedingungen für die Forschung und die Vermarktung ihrer Ergebnisse zentral.

Können aus diesen Zielelementen konsensfähige Oberziele für das Gesundheitswesen konstruiert werden? Gesucht sind begriffliche Gleitschienen, die auf den Fluchtpunkt der Konsensbildung verweisen. Uns erscheint folgende Chiffrierung möglich:

Die möglichst weitgehende Gesunderhaltung der Bevölkerung ohne als allzu krass erlebte schichtspezifische Differenzen erscheint als tragfähiges übergeordnetes Ziel. Hinzu kommen die Sicherstellung der professionellen und nicht-professionellen gesundheitsdienlichen Leistungen in Prävention und Behandlung zu fairen und transparenten Preisen – als notwendiges Korrelat auch unter der Voraussetzung, dass der größtmögliche Anteil der Gesundheitsleistungen am BIP in den derzeit existierenden Gesellschaften und Verbundorganisationen noch nicht erreicht ist.

Mit diesen Oberzielen sind die folgenden Nebenbedingungen sachlogisch verbunden:

- die Einhaltung eines gesamtwirtschaftlich tragfähigen Anteils der professionellen Gesundheitsdienste am BIP
- eine nachhaltig tolerable Kosten-Nutzen-Relation der zur Gesunderhaltung des Einzelnen und der Gesellschaft notwendigen nichtprofessionellen Aktivitäten und Lernprozesse.

### **Ziele, Aufgaben und Nebenbedingungen nach Akteursgruppen**

Gesunde und Kranke, Leistungsanbieter und Leistungsfinanzierer, Mitarbeiter forschender und nicht forschender Organisationen, Experten und Laien im Hinblick auf die Interdependenzen des Gesundheitssystems, Arme und Reiche, Alte und Junge – aber auch Altruisten und Opportunisten verfolgen nach der Lebenserfahrung unterschiedliche Ziele und akzentuieren den Kanon der genannten und auch der bisher ungenannten Nebenbedingungen unterschiedlich.

Im Unterschied zur parteipolitischen Konsensbildung im bisher erfolgreichsten Demokratiemodell benötigt der Diskurs zur Zukunft des Gesundheitswesens – zunächst – keine Gewichtung der unterschiedlichen Zielelemente nach dem demografischen oder wirtschaftlichen Gewicht der relevanten Akteursgruppen. Da jeder Teilnehmer dieses Diskurses krank oder zumeist wieder gesund werden, verarmen oder reich werden, älter werden, ja sogar seine Einstellung zum kategorischen Imperativ mit Konsequenzen für seine Weltsicht ändern

könnte, wird vielmehr ein Konstrukt der funktionalen Wechselwirkungen der genannten Akteursgruppen benötigt – und zwar ineins in der antizipierten Biografie des Einzelnen wie im Zusammenwirken der wichtigsten Akteurspositionen in den soziotechnischen Prozessen des Gesundheitswesens. Wozu benötigen die Reichen die Armen, die Armen den Sozialstaat, die Alten die Jungen, die Jungen die Altersvorsorge, die Finanzierer die Leistungserbringer und schließlich die Leistungserbringer die Kranken – und umgekehrt? In der Regel werden wir Asymmetrie finden – aber nirgends das Fehlen einer noch so schwachen Rückwirkung. Wir reden zu Recht von einem Gesundheitssystem, weil die Standpunkte der Akteure einander unübersehbar nicht nur begrenzen, sondern zugleich auch bedingen. Jeder sieht ihn anders – aber jeder kennt den „abstrakten“ Nutznießer des Gesundheitswesens in dessen Mikro- und Makrokosmos, für dessen „Gesamtinteresse“ wir an einem neuen Gesundheitssystem arbeiten müssen. Angesichts der bekannten Herausforderungen bleibt nur genau soviel Zeit, wie wir dem Pulverdampf des Interessenstreits entreißen.

### **Rahmenplanung und Ordnungspolitik**

Die Bürgergesellschaft selbst ruft – sofern sie hinreichend auf ihr eigenes Wesen reflektiert - nach dem „Staat“ als dem Wahrer eines abstrakten Gesamtinteresses.

Er muss den Markt gestalten, auf dem sich die Akteure in allen ihren virtuellen Positionen und in ihrer gesamten Lebensspanne „vom Inkubator bis zum Hospizkonzept“ im Mit- und Gegeneinander zusammenfinden können. Um Mönchhausen aus dem weglosen Sumpf der potenziell unbegrenzten und ubiquitären Wünsche und Ziele herauszuhelfen, bedarf es elementarer Festlegungen über Ziel- und Eckdaten sowie über die Grundsätze ihrer regionalen Verteilung – eben einer Rahmenplanung. Dazu zählen wir auch Grenzpfähle und vorsorgliche Programme gegen die natürliche Schiefelage der Akkumulation – auch die Folgen von Armut und Reichtum können nicht unbegrenzt bleiben, ohne den Kreislauf der Gesundheitswirtschaft von vornherein abubrechen. Eine Zeit lang können bisweilen die Eckdaten der Verteilung leichter in zwei oder mehr getrennten Systemen kanalisiert werden, aber die damit verbundene Instabilität ist kein denkbare Ergebnis einer tragfähigen Rahmenplanung. Privatstationen mögen bisweilen wieder errichtet werden, sie bleiben aber notwendigerweise innerhalb eines zu setzenden Rahmens für alle Akteure.

Innerhalb des Rahmens brauchen wir eine Marktordnung, die den möglichen Erfolg aller Akteure prinzipiell begrenzt und eben dadurch prinzipiell ermöglicht. Was der Planungsrahmen für alle leistet, leistet der Ordnungsrahmen für den in der jeweiligen Interaktion und Transaktion

schwächeren Partner. Die Marktordnung muss auch ein Mindestmaß der Vorsorge für künftig denkbare Lebenssituationen festlegen. Bis zu einem bestimmten Grad sind unterschiedliche persönliche Risikophilosophien tolerabel und sogar dem Gemeinwohl förderlich. Es ist gut so, dass einige am liebsten nur im Jetzt genießen wollen, ohne an Armut und Krankheit im Alter oder an eine Nachkommenschaft zu denken, während andere dazu neigen, das Hier und Heute vor Sorgen um Künftiges zu vergessen. Beide Extreme der persönlichen Risikophilosophie wie auch die gesamte Bandbreite dazwischen ergänzen und bereichern sich durch die ständige Produktion und Vorhaltung einer Vielzahl alternativer Lebensmodelle, die den Spielraum Aller für neue Strategien erweitern. Genauso gut und wichtig ist es aber, ein Mindestmaß an Vorsorge zu erzwingen. Denn der Lebensmodus der Gesellschaft kann – eben prinzipiell – nicht auf das Hier und Heute begrenzt werden, er bedarf notwendigerweise der vierten Dimension. In recht vielfacher Weise stabilisiert sich die Gesellschaft über „Versicherungspflichten“ im engeren und weiteren Sinne, die Alters- und Krankheitsvorsorge ist insoweit nur ein Spezialfall, wenn auch ein solcher von besonderem wirtschaftlichem und damit ordnungspolitischem Stellenwert. Die vielfach ausgewiesenen Nachhaltigkeitslücken belegen, wie viel insoweit das „Hier und Heute“ der näheren und fernerer Zukunft schuldet. Es lohnt sich deshalb, an den ordnungspolitischen Grundlagen der Vorsorge zu arbeiten.

Auch ohne explizite und kritische Reflexionen zur Ordnungspolitik für die Gesundheitswirtschaft besteht immer schon ein faktisches Rahmenkonzept für die Gegenwart und nähere Zukunft der einzelnen Sektoren des deutschen Gesundheitsmarktes. Es fällt leicht, die Vielfalt und geringe Transparenz der faktischen Rahmenbedingungen sowie das noch rudimentäre wirkungsanalytische und empirische Fundament des Ist-Zustandes und der öffentlichen Diskussion dazu zu ironisieren. Doch wir wollen uns dabei nicht aufhalten, sondern zunächst in medias res gehen, um die aus unserer Sicht unausweichlichen Veränderungen zu benennen.

### **Budgets und Preisdegression – funktional äquivalent?**

Budgets als solche und ihre vielfältigen Variationen sind ein „locus communis“ für alle, die schon einmal das Novemberfieber gepackt hat. „Nicht mehr als ...“ kann über die Grenzen von Organisationen und Rechtskreisen hinaus zuverlässig kommuniziert und überwacht werden. Eine solide Arbeit an den Strukturen wäre immer allen Beteiligten lieber, wenn sie denn die Zeit, das Geld oder die Konsensbasis dafür finden könnten .... Eben deshalb müssen wir den Schritt aus den Budgets heraus und heran an die konkreten Entscheidungsprozesse im Gesundheitsmarkt wagen. Trotzdem muss der Verantwortung treuer Haushalter auf allen Ebenen weiterhin Rechnung getragen werden – zumal im Zeitraum eines zentral gesteuerten Beitragskorridors, an dem wir wohl nicht vorbeikommen. Erleichtern wird diesen Schritt, dass es sich

diesmal nicht um einen Paradigmenwechsel handelt, sondern um die Weiterentwicklung längst eingeführter Mechanismen der flexiblen Budgetierung, die im Entgeltrecht und in der Entgeltverhandlungspraxis der Krankenhäuser schon eine lange Tradition haben.

Ein tragfähiger und bereits bewährter Kompromiss zwischen Haushaltssicherung und der allseits gewünschten Steuerung über wettbewerblich vermittelte Anreize sind degressive Preisvorgaben, die bei Überschreitung vereinbarter Mengen greifen. Der Neigungswinkel kann sich an transparenten Kalkulationsgrundlagen orientieren – das verbessert gleichzeitig die Akzeptanz und die haushaltssichernde Wirksamkeit dieses Steuerungsansatzes. Es bleibt ein Restrisiko, dessen Tolerierung aber als Investition in künftig bessere Steuerungsergebnisse und mehr Systemeffizienz gesehen und vermittelt werden kann. Grundlage und Verhandlungscodes für eine degressive Preisbildung können in gleichermaßen transparenter Weise in betriebswirtschaftlichen Strukturen gefunden werden wie auch in der volkswirtschaftlichen Logik von Sozialfonds aller Art. Welcher Blickwinkel oder ob beide synchron herangezogen werden ist aus systemorientierter Sicht gleich gültig – denn hinter beiden Degressionseffekten steht dieselbe wirtschaftliche Gesetzmäßigkeit.

### **Schrittweise Preisfreigabe bis zu Bundesrichtwerten**

Die komplexen Problemlagen des deutschen Gesundheitswesens können nicht mit einem Instrument bewältigt werden. Es ist keine Frage, dass nur der richtige Mix an Maßnahmen zum Erfolg führen kann. Unabhängig von den Präferenzen der Verfasser gilt es deshalb, zunächst den gesamten „Notfallkoffer“ vorzuführen und erst in einem zweiten Schritt dessen Inhalt mit der konkreten Diagnose und Therapie zu korrelieren. Ansonsten wird die Versuchung übermächtig, aufgrund der eigenen Präferenzen zu kurz greifen.

Im Hinblick darauf soll als nächstes das Instrument genannt werden, das am ehesten Wertdifferenzen deutlich machen und dessen Erörterung am ehesten von diesen blockiert werden kann: eine schrittweise Öffnung der öffentlich-rechtlichen Preisvorgaben – selbstverständlich bei gleichzeitiger Stärkung aller marktbezogenen und administrativen Instrumente der Qualitätssicherung. Angesichts der wesentlichen Wertrelationen der Gesundheitsdienste versteht es sich von selbst, dass niemand einem unflankierten Preiswettbewerb das Wort reden will. Wohl aber könnte der Preis einzelner Leistungen und Leistungskomplexe für die Primärkunden wie auch die Sekundärkunden in den künftigen Versicherungsorganisationen einen Teil seiner legitimen Orientierungsfunktionen zurückgewinnen. Denn unvermeidlicherweise wirkt der Preis schon im heutigen System steuernd, weil niemand sein Budget unnötigerweise belasten will – auch und gerade wenn die Ursache der nach der

Konvergenzphase verbleibenden Preisdifferenzen zwischen den Krankenhaussystemen der Bundesländer sowie zwischen DRG-zugeordneten und sonstigen Leistungen teilweise unbekannt sind und der Vermutung nach keinem systematischem Zusammenhang mit Effizienzvorteilen der günstigeren Anbieter unterliegen. Eine schrittweise Preisfreigabe für DRGs und komplementäre Leistungskomplexe könnte dazu beitragen, diese Steuerungsfunktion des Preise ordnungspolitisch zu integrieren.

Den Autoren dieser Zeilen schwebt die Einführung von Bundesrichtwerten für Baserates sowie die Preise krankenhausersetzender Leistungen vor, verbunden mit dem Recht der Selbstverwaltung vor Ort, unter definierten Bedingungen mit zunehmender Begründungspflicht bei zunehmender Abweichung vom Preisniveau des Landes bis zu dieser Untergrenze von den Landespreisen abzuweichen. Damit werden bisher ungeplant wirksame Preiseffekte planbar und im ordnungspolitischen Gesamtkontext integrierbar.

### **Freigabe neuer Preismodelle auch innerhalb der Sektoren**

Allgemein anerkanntes Ziel der Deregulierungsansätze der §§ 140a ff ist auch die freie Preisgestaltung für sektorenübergreifende Leistungsangebote und deren Steuerung. Dabei ist nicht nur die Höhe der Komplexpreise, sondern insbesondere auch das zugrundezulegende Tarifmodell im Rahmen der allgemeinen ordnungspolitischen Grenzen „frei verhandelbar“. Wir schlagen vor, auch innerhalb der einzelnen Sektoren neben der Einrichtung von Preiskorridoren auch die Einführung prinzipiell neuer Tarifmodelle – wie immer unter Beobachtung und Begleitung freizugeben. Dazu sind Mechanismen nötig, die regional systembezogene Volumina zwischen den heute eingeführten und völlig neugestalteten Tarifmodellen vergleichbar machen, mit verbindlichen Analyseverfahren und darauf basierten Berichtspflichtigen für die Verhandlungspartner vor Ort, die gemeinsam die Verantwortung für ein alternatives Tarifmodell und dessen Tolerierbarkeit unter den Aspekten der Leistungsäquivalenz und der Verteilungswirkungen übernehmen.

### **- Exkurs in den Kern der Problematik**

Voraussetzung einer wettbewerbsfreundlicheren und innovationsförderlichen Ausgestaltung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die Gesundheitsunternehmen ist aus unserer Sicht eine strikte Trennung dieser Rahmenbedingungen von den Vorkehrungen für den sozialen Ausgleich zwischen Alten und Jungen, Kranken und Gesunden, Armen und Reichen, Unternehmern, Arbeitsplatzinhabern und Arbeitslosen etc.. Vorkehrungen für den sozialen Ausgleich und die Milderung sozialer Härten in all diesen Spannungsfeldern sind notwendig nicht nur für das „Überleben“ einer

zivilisierten Gesellschaft ohne ständige Unruhen und mit sicheren Straßen auch für Reiche wie auch für Kranke und Behinderte, sie sind mehr und mehr auch wichtig für den Erfolg im globalen Wettbewerb um die qualifiziertesten Arbeitskräfte.

Sie müssen strikt getrennt werden von den Rahmenbedingungen des Gesundheitsmarktes selbst, in dem Innovationen und Effizienzgewinne sich bei gesicherter Qualität über den Preis durchsetzen sollen. Die Regeln für die Bildung des Preises einer guten Krankenhausleistung, eines innovativen Medikaments können und dürfen nicht mitgeprägt werden von der Sorge um eine würdige Lebensführung der Armen und der Kranken und auch nicht von der Sorge für eine sozialverträgliche Einkommens- und Vermögensverteilung! Eine solche Mitprägung sollte aus unserer Sicht gerade auch als unterschwelliges Element der Alltagserfahrung ausgeblendet, ja sogar gezielt abtrainiert werden. Wir brauchen eine neue Sichtweise und völlig neue Interpretationsschemata für das Handeln in Leistungs- und Führungsrollen im Gesundheitswesen. Der „innere Zensor“ in Gestalt eines mentalen Kassensachbearbeiters, Sozialbeamten oder gar einer ganzen Förderbehörde in jedem Akteur des Gesundheitswesens – auch noch im flottsten Alpha-Orthopäden – muss überwunden werden, um ein effizientes **und** soziales, global konkurrenzfähiges Gesundheitswesen zuerst denkbar, dann funktionsfähig zu machen.

Die sozialen Vorkehrungen bilden selbstverständlich einen Teil des Datenkranzes an Nebenbedingungen, der bei jeglicher ordnungspolitischer Gestaltung zu beachten ist. Das unverrückbare Bekenntnis zu dieser zivilisatorischen Selbstverständlichkeit ist sogar eine der Voraussetzungen dafür, dass die Entscheidung für beste Leistungen und faire Leistungspreise ohne Selbstzensur möglich wird. Die bestmögliche Grundsicherung und die bestmögliche Gestaltung der Anreize, den Status des Armen und jenen des Kranken wo immer es möglich ist auf dem schnellsten Wege zu verlassen bilden aber ein eigenständiges Politikfeld neben der Ordnungspolitik für das Gesundheitswesen. Sie hat die Voraussetzungen zu schaffen für beste und intersubjektiv bestimmbare Qualität, klare Preisgefüge und einen von Machtkonzentrationen freie Preisbildung und Selbstorganisation im Gesundheitsmarkt.

Die Akteure der Sozialpolitik sind ihrerseits an einem effizienten Gesundheitsmarkt mit der jeweils bestmöglichen Annäherung an das Marktgleichgewicht als einer seiner Rahmenbedingungen sehr interessiert. Für die beste medizinische Lösung der nach dem informierten gesellschaftlichen Konsens unabweisbaren medizinischen Probleme soll höchstmögliche Transparenz bei uneingeschränktem Wettbewerb für den „richtigen Preis“ sorgen – und die Grundsicherung hat ihrerseits auf gesonderten Wegen dafür zu

sorgen, dass dieser Preis für alle finanzierbar wird. Das hat in einer Weise zu geschehen, die weder die wirtschaftliche Eigenmotivation der bisher Armen lähmt, noch die Arbeitssuchenden vom Arbeitsmarkt abschreckt noch die Kranken in ihrer Eigenprävention beeinträchtigt. Diese Aufgaben sind ungelöst und überaus schwierig – ihre negative Faszination darf aber nicht als stumme Begleiterin die Ordnungspolitik der Gesundheitswirtschaft sprachlos und wirkungslos machen.

Ein wettbewerblich strukturierter und allseits offener Markt im Gesundheitswesen dient grundsätzlich allen leistungsbereiten Bürgern – solange diese arm, krank, arbeitslos und behindert sind muss ein lebensfähiger Staat allerdings laufend neue Wege finden, dessen grundlegende Leistungen für alle zugänglich und damit Alle schrittweise zu eigenständigen Marktpartnern des Gesundheitswesens zu machen.

Unverzichtbar zu seiner Gestaltung ist daneben die Herstellung fairer rechtlicher Rahmenbedingungen für die Preisbildung – ohne einseitige Machtvorteile für Krankenkassen und Behörden. Dieser erfolgskritische Verzicht wird politisch ohne Selbstmordabsichten vertretbar, wenn die Finanzierung der wesentlichen Systemleistungen für alle durch ein optimiertes Transfersystem zweifelsfrei gesichert ist. Auch im übrigen muss jede übermäßige Machtkonzentration effektiv vermieden werden, um in einer Branche, die bisher noch keinen offenen Markt kannte, diesen dauerhaft zu etablieren. Neben der politischen Zustimmung der Parteizentralen muss auch die Zustimmung der wesentlichen Akteure im Gesundheitsmarkt gesichert werden.

Bei allen Eingriffen zu beachten ist auch das vom bisherigen staatsnahen Gesundheitswesen geprägte Rollen- und Wissensgefüge. Alle umsteuernden Eingriffe bedürfen der didaktischen Einführung und einer obligaten evidenzorientierten Begleitforschung.

### **Übergangsregelungen für die Investitionsfinanzierung**

Die bisherigen Investitionsverfahren in der Gesundheitswirtschaft sind nicht nur uneinheitlich und vielfach defizitär, sondern auch hinsichtlich der Entscheidungsträger und Entscheidungsverfahren höchst uneinheitlich. Weithin bekannt, aber ungelöst sind die Probleme des Investitionsrückstaus und der dualen Finanzierung im Krankenhauswesen. Das ist aber keineswegs der einzige im weitesten Sinne „defizitäre“ Bereich der Investitionsfinanzierung im Gesundheitswesen.

Die Länder kommen ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten in ihrer Mehrzahl kaum noch nach. Im Vergleich zu 1995 führen die Länder die

Krankenhausfinanzierung um 37,6 Prozent zurück. Die Investitionsfördermittel aller Länder beliefen sich im Jahr 2006 auf ca. 2,6 Mrd. Euro.

Der Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern ist - nahezu unabhängig von den unterschiedlichen Berechnungsmethoden der Experten - auf ein Volumen von über 50 Mrd. Euro angewachsen. Die Aussichten auf eine Verbesserung der Investitionsförderung ist aufgrund der noch keineswegs sanierten Haushaltslage der Länder eher gering.

Darüber hinaus führt die heutige Form der dualen Finanzierung zu einer Abhängigkeit der Krankenhäuser von der jeweiligen Haushaltslage und der jeweiligen „Krankenhausphilosophie“ der Länder. Daneben hat sich ein noch sehr unübersichtlicher Markt alternativer Finanzierungsformen von der Mezzanine-Finanzierung bis hin zum herkömmlichen Bankkredit herausgebildet. Vor diesem Hintergrund lässt sich ein Festhalten an der heutigen zweistufig-dualistischen Finanzierungsform aus Pauschal- und Einzelförderung durch die Länder nicht länger rechtfertigen.

Der Umstieg auf eine monistische Finanzierung muss – auch im Interesse der Gesamtwirtschaft – mit erheblichen Anstrengungen zum Abbau des aufgelaufenen Investitionsstaus aufgelöst werden. Das kann nur in Form eines bundesweiten Investitionsprogramms realisiert werden, in dem alle verfügbaren politischen Unterstützungspotenziale für die Gesundheitswirtschaft mobilisiert werden.

Eine bedarfsgerechte Verteilung der Fördermittel für Investitionskosten im DRG-System setzt eine sachgerechte Kalkulation der Investitionskosten sowohl im Einstiegsprogramm wie in der nachfolgenden Refinanzierung voraus. Die Projekte des Einstiegsprogramms sollten baulich und hinsichtlich der Finanzierungsstruktur sowohl für Krankenhäuser wie auch für Pflegeheime in einem bundesweiten Wettbewerb mit breiter Beteiligung aller einschlägig erfahrenen „thinktanks“ in Europa konzipiert werden, die Investanteile der laufenden Refinanzierung sollten aus unserer Sicht in Form eines leistungsgerechten Zuschlags bezogen auf einzelne DRGs (unter Berücksichtigung der Bewertungsrelation - BWR) zu berechnen. Dabei muss in einer ausreichend bemessenen „Konvergenzphase“ die bisher höchst unterschiedliche Ausstattung der einzelnen Häuser sowie der einzelnen Länder ausgeglichen werden.

Nicht nur das Krankenhauswesen und der Pflegeheimsektor, sondern darüber hinaus weite Teile der sonstigen Sektoren mit formal monistischer, faktisch bisher weithin ausgefallener Investitionsfinanzierung benötigen eine Anschubfinanzierung und einer grundlegenden Neukonzipierung der künftigen laufenden Investitionsanteile in den Leistungspreisen.

## **Beitragsrahmen statt Fonds**

Versicherungspflicht und Versicherungsbedingungen bedürfen zwingend der Regulierung, um einen offenen Gesundheitsmarkt friktionsfrei ausgestalten zu können. Umfangreiche gesundheitsbezogene Interventionen können nicht im notwendigen Umfang vorgehalten und eingepreist werden, wenn die Mehrheit der betroffenen von im Bedarfsfall vornherein finanziell überfordert ist. Es kann auch nicht allen zugemutet werden, eine solche Überforderung aus freien Stücken vorsorglich einzuplanen, wenn seine Lebenswelt noch keine Anhaltspunkte dafür bietet. Die persönliche Pflichtversicherung aller Konsumenten für hochwertige und medizinisch zwingend erforderliche Gesundheitsleistungen gehört zu den unverzichtbaren Infrastrukturvoraussetzungen einer leistungsfähigen Volkswirtschaft. Auch für die Versicherungsbedingungen und damit unter Voraussetzung eines bestimmten Stands der Morbidität, der medizinischen Wissenschaft und der Pflegekunde auch den Beitragsrahmen gibt es notwendigerweise eine gesamtstaatliche Verantwortung. Es gibt aber keinerlei Grund, für einen Teil des Marktes der Krankenversicherung ein wie auch immer geartetes einheitliches Beitrags- und Beitragseinzugssystem aufzubauen. Eine solche Idee kann nur dem Budgetdenken des klassischen Gesundheitswesens – gleich ob steuer- oder beitragsfinanziert entspringen. Sie sollte gesichtswahrend für die federführenden Akteure in einen flexiblen Leistungs- und Beitragsrahmen für alle Krankenversicherungen überführt werden, der wohl neben vielen anderen Parametern an gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen, keineswegs aber an der Lohnsumme orientiert werden sollte.

## **Korridore für Sondertarife**

Eine logische Ergänzung des Beitragsrahmens ist ein flexibler Korridor für Sondertarife, der mit ansteigenden Schutzvorkehrungen für die Versicherten je nach dem Ausmaß der Entfernung von der Gesamtdeckung verbunden werden sollte. Je weitergehend die Abkehr vom Prinzip der Risikogemeinschaft, desto besser die Aus- und Umstiegschancen des Versicherten. Eine solche „gekrümmte Schutzwand“ erleichtert den Ausgleich zwischen dem Interesse der

Kassen an eindrucksvollen Marketingargumenten und dem Schutzziel der Krankenversicherung als solcher – über die Instrumente der versicherungsmathematisch fundierten und gleichzeitig zielkonformen Tarifikalkulation. Von den ersten Kalkulationsbeispielen sollte sich der Gesetzgeber nicht entmutigen lassen.

### **Sondertarife und Preissystem: Kein Systemausstieg!**

Sondertarife des Versicherungssystems sollten nicht mit einer generellen Abkehr von den eben erst neu gebildeten Regeln für die Preisbildung für die „Leistungserbringer“ einhergehen. Soweit sie die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten auf freiwilliger Basis an besondere Bedingungen knüpfen, bietet es sich wohl grundsätzlich an, auch für die Abrechnung der neukonzipierten Diagnostik- und Behandlungsepisoden besondere Regeln einzuführen. Im Interesse der Praktikabilität für Kunden, Leistungserbringer und Versicherer sollten dafür jedoch Beschränkungen vorgesehen werden – sonst könnte sich der Schwerpunkt der Leistungsprozesse ungewollt und nicht mehr steuerbar in die Sondertarife verlagern. Was dort und damit angestrebt würde, sollte aber besser zunächst im „Mainstream“ geregelt werden, um der notwendigen Vielfalt den einheitlichen ordnungspolitischen Rahmen zu erhalten, der sie kalkulierbar und damit nachhaltig gestaltbar macht. Statt des Systemausstiegs in Nischen sollte primär die Systemüberwindung „auf offener Bahn“ ohne den Verlust bewährter Elemente gefördert werden. Das ist das Körnchen Wahrheit in der heute verbreiteten, etwas populistischen Kritik des Honorarwildwuchses im PKV-Bereich. Weder Revolution noch Evolution lebt von den ausgegliederten Lebensräumen – beide leben vielmehr von den Antriebskräften des Massenbedarfs und von der verborgenen Weisheit mindestens regionenweit offener Interaktionsfelder. Dort liegen die Chancen für die eingangs ausgewiesenen Ziel und Zielsysteme!

Gesundheit bleibt ein Vertrauensmarkt und darf kein Misstrauensmarkt werden. Die Nachhaltigkeit der Gesundheitsvorsorge und damit die Herausforderung zu entsprechenden Aufwendungen schon in gesunden Tagen muss zum wesentlichen Inhalt der führenden Marketingkonzepte und damit schrittweise auch zu den inhaltlichen Determinanten des Preis- und Qualitätswettbewerbs werden. Nur so werden die allgegenwärtigen Beharrungskräfte daran gehindert, den neuen Gesundheitsmarkt unter einen Generalverdacht des Raubbaus an wichtigen volkswirtschaftlichen Ressourcen und der Entsolidarisierung zu stellen. Die Kunden der erfolgreichen Leistungsanbieter bleiben solidarisch mit ihrer eigenen Zukunft und damit mit der Gesundheit als volkswirtschaftlicher Ressource – das wird ein zugesagtes und erfülltes Merkmal auch der speziellsten medizinischen und pflegerischen Einzelleistung. Nur im professionell geübten

und strategisch kommunizierten Seitenblick auf ein erfolgreiches Leben aus „ganzheitlicher Gesundheit“ kann der 6te Kontratieff mit wirtschaftlichem Leben erfüllt werden.

### **Szenarien der Chancenstruktur**

Wir müssen mit insoweit „kontrafaktischen“ Regulationsbestrebungen während des gesamten Lebenszyklus des deutschen Gesundheitsfonds rechnen. Kurzfristige Risikoselektion und „ausbeuterisches“ Einzelkontrahieren jedenfalls im elektiven Bereich bleiben noch auf längere Sicht für die Strategen der Kassen und Leistungsanbieter unausweichlich.

Im wahrscheinlichsten Szenario I bleibt dieser Gegenwind jedoch begrenzt durch salvatorische Budgets und Koalitionskompromisse. Das kann einen geschützten Lebensraum für die Vorboten des neuen Gesundheitsmarkts in der IGV und in Einzelkontrakten schaffen – unter der Voraussetzung, dass die Dominanz der zentralen Entscheidungsfindung in Gesundheitsfonds und gemeinsamen Ausschüssen durch endobürokratische Hindernisse begrenzt bleibt.

Weniger wahrscheinlich erscheint uns Szenario II, in dem in der nächsten Rezession ein neuer ordnungspolitischer Purismus den Erosionswettbewerb forciert. Dann wird es auf die Beharrlichkeit und fundierte Planung der wesentlichen Ketten ankommen.

Schließlich könnte es unter Führung der neuen Zentralkasse zu einem staatswirtschaftlichen Umbau des Gesundheitswesens kommen, der zwar der Nachhaltigkeit zugute kommt, die wirtschaftliche Entfaltung des Gesundheitswesens in der Breite der Massenversorgung aber auf Dauer hemmt. Erfreulicherweise ist dieses Szenario der Polemik zuzuweisen.

### **Lösungsvorschläge als Trendaussage**

In der aktuellen Umbruchsituation vermischen sich die Funktionen des Reformers, des Propheten und des Analytikers. Trendaussagen, die sowohl aus makroökonomischen Betrachtungen wie auch aus beobachteten Lerntendenzen bei den wesentlichen Akteuren herrühren können, werden mit Notwendigkeit zugleich zu Lösungsvorschlägen, welche den Trend zum Lösungsansatz weiterentwickeln. Nur in dieser Gemengelage können aus unserer Sicht überhaupt Lösungsvorschläge entstehen, die eine echte Chance haben, nicht nur umgesetzt zu werden, sondern bei der Umsetzung auch zu einer ausgewogenen Nutzensteigerung für die Mehrzahl der Akteure zu führen.

## **gesetzgeberische Schritte und ihre Evaluation**

Auch die Steuerungsimpulse des Gesetzgebers folgen in ihren tatsächlichen Auswirkungen dieser Logik – das sollte wenigstens zeitweilig zugleich zur Maxime der Gesetzgebung werden. Nur im Einklang mit den weiterführenden Trends kann die Gesetzgebung die aus unserer Sicht notwendigen Lösungsansätze „schultern“. Gradualistisches Vorgehen ist nicht nur aus verfassungsrechtlichen Gründen unerlässlich, sondern ebenso unverzichtbar als Grundlage für eine den fachlichen Anforderungen genügende fortlaufende Evaluation. Die „lernende Gesetzgebung“ baut den jeweils nächsten Schritt nicht allein aus Materialien des aktuellen Tagesgeschäfts, sondern daneben aus den jeweils vorliegenden Evaluationsberichten – auch soweit diese nur gesicherte Trends enthalten und noch keine endgültige Beurteilung der Erreichbarkeit der gesetzgeberischen Ziele ermöglichen. Die noch rechtzeitige Korrektur eines Irrwegs ist insoweit wichtiger als zweifelsfrei belegte „Urteile“ über die impliziten Thesen der Gesetzgebung.

## **Marktbereinigung und Nutzenfunktionen**

Jede Beeinträchtigung vorfindlicher Erwerbspositionen vermindert kurzfristig den Nutzen der Marktbeteiligung für einen bestimmbaren Kreis von Rechtsträgern und Akteuren. Dem muss in jedem Fall ein mittelfristig deutlich übersteigender Zusatznutzen für die Gesamtheit der politisch definierten Zielgruppen gegenüberstehen – nicht nur in der Erwartung, sondern insbesondere auch im Kreuzfeuer der Evaluation. Deshalb darf die Darstellung der vorhandenen Marktpositionen nicht unabhängig von den damit verbundenen Nutzenfunktionen im kleineren und größeren Wirkungsumfeld einer Maßnahme bleiben. Sie geht vielmehr von diesen aus und führt über den Umweg der erwarteten und der tatsächlichen Wirkungen wieder zu diesen zurück.

## **Die bestmöglichen Startpositionen**

Dementsprechend sollte das Tabu gegen Opportunismus projektbezogen mit der Zeit verblasen gegenüber dem Lob der Flexibilität: Es gehört zur wirksamen Reform, dass sie die Opportunismen der bestmöglichen Startposition schrittweise zur Integration divergenter Kooperationsmuster veredelt. Auf der Lauer zu liegen ist insoweit „förderfähig“, als es nicht der Vereitelung jeder Interessenbeschränkung, sondern dem bestmöglichen Gesamtergebnis für Unternehmen und Betroffene dient.

## **Grund- und Zusatzleistungen: IGELE für alle?**

Es gilt nicht nur einen Kernbereich der „Daseinsvorsorge für Gesundheit“ und damit einen Grundleistungskatalog zu definieren, sondern auch die Grundlagen für die Beurteilung „besonderer“ Leistungen – und zwar für jeden Geldbeutel. Auch in der Armutszone darf niemand daran gehindert werden, Präferenzen für seine gegenwärtige und künftige Gesundheit zu entwickeln und auch ein Stück weit aus eigener Entscheidung zu realisieren. Ein Gesundheitstaschengeld muss aus dem Korsett der sozialen Zuweisungen gezielt herausgeschnitten und gegen Begehrlichkeiten der Haushaltsverwalter aller Ebenen abgeschirmt werden, sonst verliert das bestgestaltete soziale Gesundheitswesen die Sozialverträglichkeit, die Vereinbarkeit mit dem zentraleuropäischen Menschenbild.

### **-Verfahren und Kriterien zur Fortschreibung des Grundleistungsrahmens**

Besondere Aufmerksamkeit verlangt in einem ansonsten konsolidierten und integrierten System die Weiterentwicklung des Leistungsrahmens. Je mehr der Streit um Marginalien veröden und verstummen kann, desto deutlicher wird, dass hier kein Ende des Streits absehbar ist und auch keines absehbar sein darf. Die Grundregeln dieser Daueraufgabe sind schon bekannt, bevor die Auseinandersetzung richtig beginnen durfte:

### **- Einbindung der Kundenpräferenzen**

Die aufgeklärten Gesundheitsinteressen der Endkunden müssen in Erfahrung gebracht und dialogfähig eingebracht werden. Das ist viel schwieriger als es klingt und dennoch unverzichtbar.

### **- Einbindung der Sachkompetenz**

Medizinische, soziologische, technische Kompetenz muss gleichfalls in einer Weise aktiviert werden, dass sie die Formulierung tragfähiger und finanzierbarer Gesundheitsstandards nicht verhindert, sondern voranbringt.

### **- Kosteneffizienz als Leitkriterium**

Dazu verfügen wir schon heute über die leistungsfähige „gedankliche Gleitschiene“: Soweit alle sich auf dieses Kriterium einigen und es wenigstens in konstruktiver Heuchelei in ihre Argumentationen einbinden, besteht eine

Chance: Die nicht nur erhofften, sondern wegen ihrer Notwendigkeit auch mit Notwendigkeit sicherzustellenden tragfähigen und einleuchtenden Versorgungsstandards sind nach unserer „zukunftsgestützten Erfahrung“ nicht nur machbar, sondern auf dem Weg zur internationalen Alltäglichkeit.

- Mindestgrößen und Mindestmengen

Die gedankliche Leitschiene der Kosteneffizienz verlangt von allen Akteuren ein Bekenntnis zur Konzentration – nicht mit dem Ziel der Marktdominanz, sondern zugunsten in sich immer effizienterer Beispiele und Modelle, die mit Erfolg in das Dauerringen und die beste soziale Gesamtlösung zur Gesundheitsentwicklung einzubringen sind. Nicht formale Mindestwerte, sondern das aus der eigenen Praxis heraus glaubwürdigere Argument wird zu einem Mindestmaß an Konzentration zwingen.

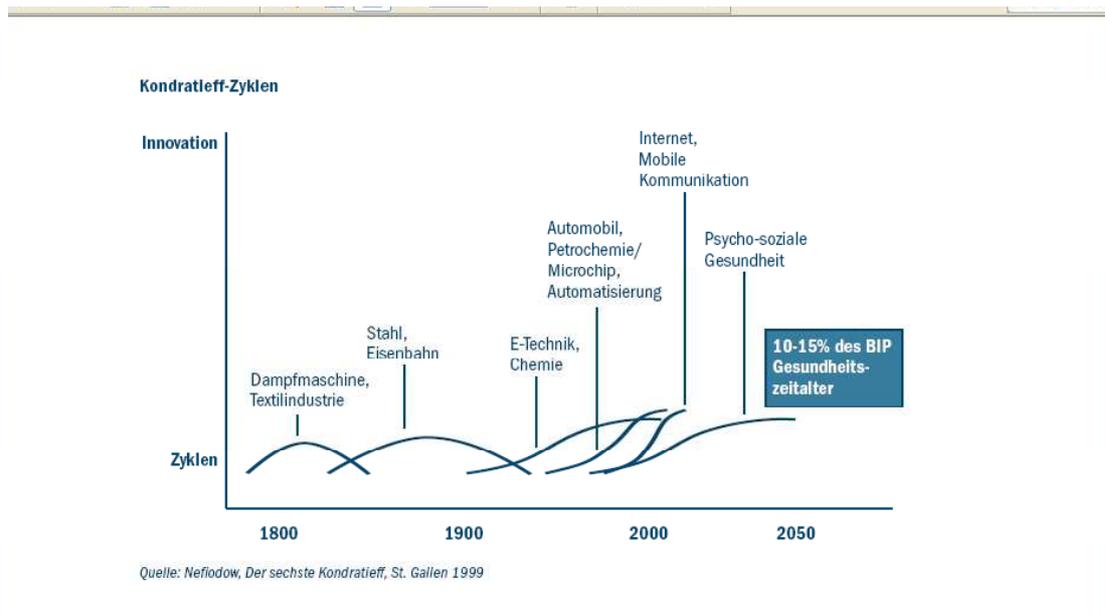
- der optimale Verbund

Wertschöpfungsketten dürfen nicht mehr an Subsumtionsschranken enden, sondern nur noch an den inhärenten Grenzen der Kommunikation. Nach unten begrenzt der zu geringe Versorgungsbeitrag, nach oben der wachsende Anteil der Integrationskosten in einem vielschichtigen Interessenfeld.

- die optimale Organisation

Die erfolgreichsten Organisationen des neuen Gesundheitswesens sind nur noch ein wenig „organisierter“ als es die künftigen Institutionen mit zunehmender Reife vorgeben. Sie zeichnen sich aber dadurch aus, dass sie noch diesen klein gewordenen Unterschied zwischen interner und externer Ordnung und Kultur zuverlässig und sicher messen können.

Damit sind sie die idealen Partner einer lernenden Gesetzgebung für das Gesundheitswesen - und die dominanten Player im sechsten Kontratieff. Ideen für ihre Weiterentwicklung sind genug vorhanden.



Jetzt kommt es auf gleichermaßen behutsame - sorgfältig evaluierte – wie auch entschlossene Schritte zu besseren Rahmenbedingungen an.