

# Gesundheit neu denken

Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen

Bernhard Bührlen

Thomas Hegemann

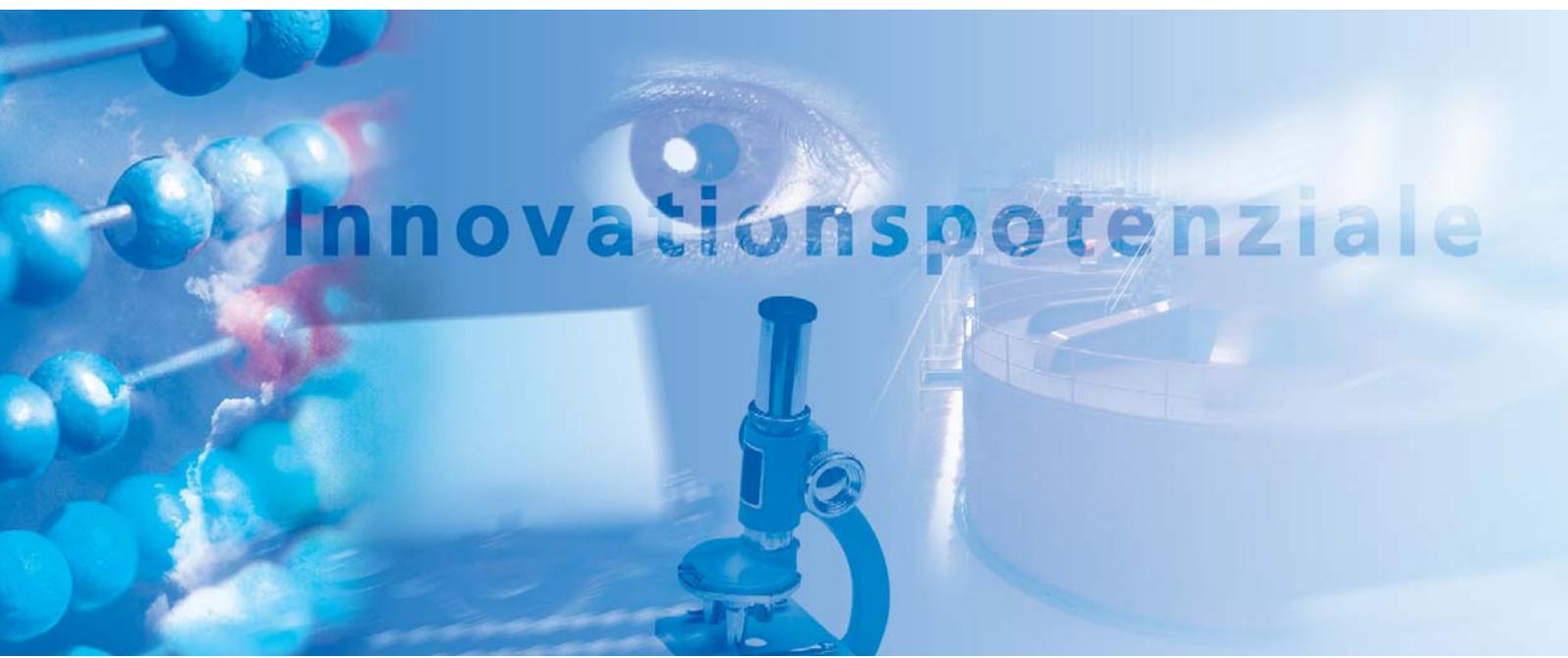
Klaus-Dirk Henke

Albrecht Kloepfer

Thomas Reiß

Friedrich Wilhelm Schwartz

2., unveränd. Aufl.



Fraunhofer-Institut für  
System- und Innovationsforschung ISI

ISI-Schriftenreihe »Innovationspotenziale«

Bernhard Bührlen  
Thomas Hegemann  
Klaus-Dirk Henke  
Albrecht Kloepfer  
Thomas Reiß  
Friedrich Wilhelm Schwartz

**Gesundheit neu denken**

Fragen und Antworten für ein  
Gesundheitssystem von morgen

2., unveränd. Aufl.

FRAUNHOFER VERLAG

**Kontaktadresse:**

Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI  
Breslauer Straße 48  
76139 Karlsruhe  
Telefon 07 21 68 09 - 0  
Telefax 07 21 68 09 - 176  
E-Mail [info@isi.fraunhofer.de](mailto:info@isi.fraunhofer.de)  
URL [www.isi.fraunhofer.de](http://www.isi.fraunhofer.de)

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISSN: 1612-7455

ISBN (Print): 978-3-8396-0754-1

2., unveränd. Aufl.

Druck und Weiterverarbeitung:  
Konrad Tritsch GmbH, Ochsenfurt-Hohstadt

Für den Druck des Buches wurde chlor- und säurefreies Papier verwendet.

© by **FRAUNHOFER VERLAG**, 2014  
Fraunhofer-Informationszentrum Raum und Bau IRB  
Postfach 80 04 69, 70504 Stuttgart  
Nobelstraße 12, 70569 Stuttgart  
Telefon 07 11 9 70-25 00  
Telefax 07 11 9 70-25 08  
E-Mail [verlag@fraunhofer.de](mailto:verlag@fraunhofer.de)  
URL <http://verlag.fraunhofer.de>

Alle Rechte vorbehalten

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die über die engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes hinausgeht, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Speicherung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen und Handelsnamen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Bezeichnungen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und deshalb von jedermann benutzt werden dürften.

Soweit in diesem Werk direkt oder indirekt auf Gesetze, Vorschriften oder Richtlinien (z.B. DIN, VDI) Bezug genommen oder aus ihnen zitiert worden ist, kann der Verlag keine Gewähr für Richtigkeit, Vollständigkeit oder Aktualität übernehmen.



**MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.**

## ***Gesundheit neu denken***

**Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen**

**Bernhard Bührlen**  
**Thomas Hegemann**  
**Klaus-Dirk Henke**  
**Albrecht Kloepfer**  
**Thomas Reiß**  
**Friedrich Wilhelm Schwartz**

Mit freundlicher Unterstützung der MSD SHARP & DOHME GMBH



## **Inhalt**

Vorwort.....	1
1. Prolog	
Zum Leitfaden „Gesundheit neu Denken“ .....	3
Fragen, auf die wir Antworten suchen.....	7
2. Gesundheit und Wohlbefinden.....	11
3. Gesundheitlicher und demografischer Wandel.....	21
4. Chancengleichheit.....	35
5. Aktive Teilhabe.....	39
6. Innovationsfähigkeit, systemischer Wandel und Nachhaltigkeit ...	47
7. Nutzen- und Ergebnisorientierung.....	53
8. Gesundheitswirtschaft einschließlich Finanzierung.....	63
9. Gesundheitspolitik.....	81
10. Epilog:	
Erste Handlungsschritte.....	95
Sieben Thesen zum Gesundheitssystem der Zukunft.....	97
Über die Autoren.....	99
Sachwörterverzeichnis.....	101



## **Vorwort Gesundheit neu denken**

Thomas Reiß

Das Gesundheitswesen ist ein hochkomplexes System. Im Gegensatz zu anderen Industriesektoren umfasst es weit mehr als nur einen Markt mit Anbietern und Nachfragern, es kann nur im Wechselspiel vieler Akteursgruppen im privaten und staatlichen Bereich und in der Selbstverwaltung funktionieren. Insbesondere spielen die unterschiedlichen Aufgaben und Notwendigkeiten der Patienten, Versicherten (Beitragszahler) und Bürger, Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, andere Gesundheitsberufe), Entwickler und Hersteller (Industrie, Unternehmen), akademischen und anderen öffentlichen Forscher, Krankenversicherungen (gesetzlich, privat), Selbstverwaltung, Gesundheitspolitik, Forschungs-, Bildungs-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Familien-, Sozial-, Verbraucherschutz-, Umwelt-, Finanzpolitik, Behörden (Marktzulassung und Überwachung) eine wichtige Rolle.

Diese Politikbereiche und Akteursgruppen haben teils unterschiedliche Zielsetzungen und gegensätzliche Interessen. Diskussionen und Aushandlungsprozesse werden von impliziten Interessenslagen wesentlich mitbestimmt. Echte Reformen, beispielsweise intersektorale Versorgungsformen, eine weniger konjunkturabhängige Finanzierung durch einen steuermittfinanzierten Fond oder auch eine verstärkte Ex-ante-Nutzenbewertung, kommen deshalb seit Jahren nur langsam voran, auch, weil sie mit dem bestehenden Regulierungsrahmen inkompatibel sind oder sehr weit gehende, komplexe Veränderungen (z.B. neue Macht- und Rollenverteilungen, neue Berufsbilder für Präventionsberater oder Gesundheitscoaches, neue Angebote zur Gesundheitsbildung in Schule, am Arbeitsplatz, für Arbeitslose und Rentner) erforderlich machen würden.

Angesichts dieser Konstellation ist es nicht überraschend, dass die Leistungsfähigkeit und Effizienz des deutschen Gesundheitswesens, seiner Strukturen, Finanzierungs- und Steuerungsinstrumente, aber auch die Güte seiner gesundheitsbezogenen Ergebnisse immer wieder in Frage gestellt werden.

Gesundheit ist ein zentrales gesellschaftliches Gut, dessen Bedeutung weit über die Frage „Präsenz oder Abwesenheit“, d.h. Wohlbefinden oder Krankheit, hinausgeht. Gesundheit ist ein Grundwert, auf den jeder Anspruch hat, kann also durchaus als eines der wesentlichen Fundamente einer Gesellschaft verstanden werden. Gesundheit ist aber auch ein wichtiger Faktor für die Wirtschaft, in der Wissenschaft, im Erziehungs- und Ausbildungswesen und nicht zuletzt auch bei den sich derzeit abzeichnenden Verschiebungen oder Nejustierungen globaler Kräfte- und Machtverhältnisse.

Ebenso ist Gesundheit ein zentrales Element im Innovationsgeschehen, und zwar nicht nur als Ziel von Innovationsaktivitäten, wie beispielsweise der Bereitstellung neuer therapeutischer Konzepte, neuer Diagnostika oder medizintechnischer Geräte. Vielmehr ergeben sich aus der Gesundheitsthematik auch vielfältige Ansatzpunkte für In-

novationen in anderen gesellschaftlichen Bereich oder Wirtschaftssektoren. Wenn beispielsweise Gesundheitszustände besser erfasst, bewertet und im Gesundheitswesen kommuniziert werden sollen, so kann dies zu neuen informationstechnischen Lösungsansätzen führen. Oder wenn in der Prothetik bessere Materialeigenschaften benötigt werden, ist die Materialforschung gefragt, innovative Lösungen zu entwickeln. Aber auch neue Organisationsformen im Gesundheitswesen, beispielsweise eine Optimierung der Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen, könnten Modellcharakter für andere Dienstleistungsbereiche haben.

Damit diese grundsätzliche Bedeutung der Gesundheit für die Gesellschaft besser gefördert und weiterentwickelt werden kann, ist auch ein politisches Umdenken erforderlich. Eine sehr viel stärkere Verankerung der Gesundheit in allen Politikbereichen, also eine übergreifende Gesundheitspolitik ist gefordert.

Innovation ist also kein linearer Prozess, sondern muss als komplexes Netzwerk verstanden werden. Das Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung trägt gemeinsam mit seinen Partnern auch im MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit seit dessen Beginn dazu bei, das „Innovationssystem Gesundheit“ in seiner Entwicklung durch Forschung und Beratung zu begleiten.

Schon die wenigen oben skizzierten Überlegungen zeigen, dass es an der Zeit ist, Gesundheit neu zu denken, dabei die etablierten und stark interessengetriebenen Denk- und Argumentationslinien zu erweitern, Pfadabhängigkeiten zu durchbrechen, neue Perspektiven für Gesundheit aufzuzeigen und so Gesundheit nachhaltig zu fördern. Dieser Band leistet hierzu einen wichtigen Beitrag, indem neue, innovative und unkonventionelle Gedankenanstöße gegeben werden.

## 1. Prolog zum Leitfaden „Gesundheit neu denken“

Das Gesundheitswesen ist in einem ständigen Wandel begriffen. Kontrovers diskutiert wird, wie tiefgreifend dieser Wandel sein muss, um das Gesundheitssystem angesichts der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen „fit“ zu machen. Die Autoren sind der Meinung, dass ein grundlegendes Um- und Neudenken in allen gesellschaftlichen Bereichen erfolgen muss, die an Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit beteiligt sind – Gesundheit muss neu gedacht werden. Die folgenden Texte sollen dafür das diskursive Rüstzeug bereitstellen.

Die grundlegende Frage ist: „Was ist Gesundheit?“. Dieser Frage folgt eine zweite: „Was versteht die Politik unter Gesundheit oder einem ‚Gesundheitswesen‘?“ Beides prägt entscheidend, wie wir als Gesellschaft Gesundheit leben, und wie wir unseren Gesundheitssektor gestalten und entwickeln. Wie, in welchem Kontext und von wem Gesundheit gesellschaftlich definiert und betrachtet wird, prägt eine Gesellschaft im Kern.

Das „MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit“ thematisiert und fördert die Entwicklung neuer Strategien und innovativer Ansätze für ein modernes Gesundheitswesen. Wir folgen dabei dem Leitbild „Gesundheit neu denken“, einem Ansatz also, der auch grundlegend veränderte oder erweiterte Ansätze betont. Neben öffentlichen Veranstaltungen und Expertenforen dient auch der hier vorgelegte Katalog von Fragen und (möglichen) Antworten diesem Zweck.

Und was hat es mit diesem „MetaForum“ auf sich? Bereits im Jahr 2007 trafen sich – wissenschaftlich betreut vom Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung – über 100 Gesundheitsakteure aus allen relevanten Versorgungsbereichen, um nach Hemmnissen für Struktur-, Prozess- und Produktinnovationen im Deutschen Gesundheitssystem zu suchen und gemeinsame Schnittmengen und Hebel zur Beschleunigung von Innovationsprozessen zu erarbeiten. Auf dieser Grundlage – niedergelegt in dem Band „Innovationssystem Gesundheit: Ziele und Nutzen von Gesundheitsinnovationen“, hrsg. von B. Bühlren und I. Kickbusch, Stuttgart 2008 (im Internet unter <http://publica.fraunhofer.de/documents/N-72348.html>) – hat sich der heutige gemeinnützige Verein „MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.“ gegründet, der seit 2010 in Tagungen, Diskussionsveranstaltungen, Publikationen und einer Vielzahl von Einzelgesprächen mit systemverantwortlichen Akteuren den politischen Boden für eine Trendwende hin zu mehr innovativem Denken im deutschen Gesundheitssystem zu bereiten versucht.

Die Ausgangslage: Seit Jahren ist die Diskussion im Gesundheitssektor dominiert von der Reaktion auf Krankheit. Wir optimieren – manche sagen angesichts der Kette von Reformen: wir verschlimmbessern – einen Reparaturbetrieb. Und tun ganz nebenbei so, als wäre Gesundheit nur die Abwesenheit von Krankheit; oder das „Schweigen der Organe“ (Hans-Georg Gadamer).

Aspekte z.B. von Lebensqualität und -zufriedenheit, nachhaltiger Ökonomie, systemischem Denken (im Gegensatz zum heutigen extrem fragmentierten Ansatz), von Bildung und Gemeinschaftsbildung spielen in der gesundheitspolitischen Diskussion und vor allem in den entsprechenden politischen Aktivitäten bestenfalls eine randständige Rolle. Viele der Hauptakteure erleben unser Gesundheitssystem nach eigenen Aussagen als extrem innovationsavers, von Partikularinteressen geprägt, fast nicht durchschaubar und zäh. Diese Dynamik führt uns immer tiefer in Kämpfe um „Kostenexplosion“, „Leistungsreduktion“ und durchaus nicht immer sinnvolle „Gerechtigkeitsdebatten“. Gleichzeitig gilt: Die Medizin wird immer besser, aber wir Menschen werden nicht gesünder.

„Gesundheit neu denken“ wird in Zukunft nicht mehr allein im GKV-lastigen BMG zuhause sein können. Längst denken andere Länder über „Health in all policies“ – also Gesundheit in allen Politikbereichen – nach. Die Frage, was für uns Gesundheit in einem umfassenden Sinne politisch-strategisch bedeutet und wie wir sie fördern und praktisch entwickeln können, fehlt im Gesundheitsministerium, fehlt im Kabinett, fehlt im Grundsatzprogramm von Parteien und auch sonst im politischen Diskurs noch weitgehend. Das gilt vor allem, wenn man einen solchen Ansatz in einem umfassend visionären Sinne und jenseits von Einzelüberlegungen sucht – beispielsweise auch aus wirtschafts- oder forschungspolitischer Perspektive. Wirklich umfassende strategische Ansätze, wie einst die großen Sozialreformen, werden kaum gedacht und schon gar nicht umgesetzt.

Selbst in dem seit Jahren konkreten klassisch medizinischen Alltag gibt es eklatante strategische Defizite grundlegender Art. Nur ein kleines Beispiel: Schon in den 80er Jahren gab es moderne Debatten um Klinische Krebsregister; niemand bestreitet ernsthaft, dass sie ein Dreh- und Angelpunkt sind, wenn man wissen will, wie gut tatsächlich behandelt wird (z.B. im großen und teuren Feld der Onkologie), und man ein schnell lernendes System will, das nicht von veralteten Strukturen, Machtbewahrern und viel zu wenig gelungener Kommunikation auch noch behindert wird. Aber: Wir haben bis heute – 30 Jahre später – immer noch keine flächendeckenden Klinischen Krebsregister, die eine Grundlage dafür wären. Sie wären – so seriöse Gutachten – für rund 60 bis 80 Millionen Euro im Jahr (einem vergleichsweise niedrigen Betrag) zu haben und würden helfen, weitaus größere Kosten in einem lernenden System zu vermeiden. Wir brauchen – nicht nur in der Onkologie – ein System mit einer Innovationskultur, in dem Neuerungen Chancen haben und dann nachhaltig existieren können, wenn sie ihren Nutzen unter Alltagsbedingungen nachweisen können, also im wirklichen Leben der Menschen.

Angesichts der Zähigkeit des Systems bei gleichzeitig hohen administrativen Belastungen ist die Arbeitszufriedenheit von Medizinern und anderen „Healthcare Professionals“ gefährlich niedrig und sinkt weiter. Dass ein Nationaler Krebsplan nach fast drei Jahren intensiver Arbeit und guten Ergebnissen jetzt in der Umsetzung zu versan-

den droht, ist ein warnendes Beispiel. Auch das zeigt die fehlende strategische Dynamik unseres Gesundheitssektors.

Wir müssen also zweifach neu denken – innerhalb des Gesundheitssystems und über das System als Ganzes hinaus.

Vor diesem Hintergrund stellen wir in der vorliegenden Broschüre Begriffe und Fragen zusammen, denen wir Sprengkraft und Innovationspotential zutrauen für eine Gesundheitsgesellschaft der Zukunft. Diese (neu) zu denken und konkret zu verwirklichen, soll dieses Glossar gerade auch Gesundheitspolitikern und Akteuren außerhalb des bisherigen Gesundheitssektors erleichtern. Die Komplexität eines solchen Unterfangens unterschätzen wir nicht, sehen darin aber eine notwendige Alternative zur bisherigen Gesundheitspolitik.

Im Zusammenhang gesehen ergibt sich aus dem Fragenkatalog dieses Büchleins eine neue Kontur, eine sich abzeichnende Gestalt für die neue und erneuerte Gesundheitsgesellschaft. Sie ist ein wesentlicher Pfeiler für die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft überhaupt. Es geht demnach in dem hier vorgelegten Band nicht um ein vollständiges Lexikon von Begriffen, die ein gegenwärtiges Gesundheitswesen abbilden und erklären. Dies leisten bereits zahlreiche wertvolle Glossare; hier seien als Beispiele nur jene von AOK, KBV oder BMG erwähnt. Unser Versuch von Fragen und Antworten soll interessierte Leser und Verantwortungsträger aus Politik und Versorgung dabei unterstützen, Gesundheit neu zu denken und einen ‚Zukunftsdialog Gesundheit‘ mitzugestalten - wozu wir Sie, verehrte Leserinnen und Leser, animieren und einladen wollen, auch im direkten Gespräch mit uns.

Verehrte Leser und Leserin, Ihre Innovationskraft als Politikerinnen und Politiker, als Profis im heutigen Gesundheitssektor, als engagierte Bürgerinnen und Bürger in Sachen Gesundheit wird gebraucht – und interessiert uns. Die größte Hürde für die Innovationskraft sind oft aktuelle Überzeugungen, die als „unverhandelbar“ dargestellt werden, und scheinobjektive „Wahrheiten“. Deshalb wollen wir einen Reflexionsprozess fördern, in dem es auch gelingt, sich die eigenen bisherigen Denkgrenzen bewusst zu machen, sie gemeinsam zu untersuchen und in einem konstruktiven Denkprozess neu auszuloten. Dazu reicht kein Gespräch unter Gleichgesinnten, die schon längst der gleichen Meinung sind. Dafür braucht es authentischen Dialog und Diskurs, in dem auch Kontrahenten in einem „geschützten Raum“ ihre bis jetzt so festen Überzeugungen und Denkmuster einmal relativieren – auch das meinen wir mit „neu denken“. Vorab aber wollen wir hier in Form dieses Leitfadens einen Überblick geben über innovative gesundheitspolitische Ansätze im Sinne von „Gesundheit neu denken“.

Ein Wort noch zu unserer Vorgehensweise: Zwar verantworten die jeweils zu Beginn genannten Autoren „ihre“ jeweiligen Kapitel, dennoch ist der Gesamttext ein kollektives Werk, da sowohl Textteile im Einzelfall von Kapitel zu Kapitel „gewandert“ sind vor allem aber, weil es vielfach zu ausführlichen Ergänzungen und Erweiterungen der

Mit-Autoren gekommen ist. Die jeweils federführende, wechselnde Autorenschaft ist aber dafür verantwortlich, dass im Detail Kernbegriffe wie z.B. „Wettbewerb“, „Nachhaltigkeit“ oder „Finanzierung“ mehrmals im Text auftauchen und dabei nicht immer identisch verwendet werden. Wir haben hier bewusst auf Vereinheitlichungen um jeden Preis verzichtet, da in diesen unterschiedlichen Begriffsverwendungen auch unterschiedliche Perspektiven und Lösungsansätze zu den verschiedenen gesundheitspolitischen Sachfragen erkennbar werden. Es gibt eben – weder in diesem Buch noch in der allgemeinen gesundheitspolitischen Diskussion – keinen einheitlichen Begriff von, beispielsweise, Wettbewerb oder Finanzierung. Damit müssen wir, damit müssen Sie und damit muss auch unser Gesundheitssystem leben.

Um aber diese verschiedenen Perspektiven rasch sichtbar und die vorliegende Ideensammlung auch als Nachschlagewerk besser nutzbar zu machen, haben wir uns entschlossen, dem Text ein Sachwörterverzeichnis anzufügen, in dem die wichtigsten Begriffe nochmal mit ihren jeweiligen Standorten aufgeführt sind. Wie unterschiedlich also „Nachhaltigkeit“ oder „Wettbewerb“ auch innerhalb des Autorenkollektivs verstanden werden können, erschließt sich rasch, wenn über dieses Register die jeweiligen Belegpassagen „synchron“ gelesen werden. Wir stehen also offensiv zu dieser gelegentlichen Begriffsvielfalt und wollen sie auch Ihnen erkennbar machen und zur Diskussion stellen.

Dies machen wir vor allem, weil wir mit Ihnen, als Leser und besser noch als Gesprächspartner, in einen Dialog kommen möchten. Der vorliegende Essay im wörtlichsten und ursprünglichen Sinne des Versuchs ist also auch und gerade eine Einladung für einen solchen Dialog. Wenn Sie mögen, nehmen Sie also – über [info@metaforum-innovation.de](mailto:info@metaforum-innovation.de) – gerne Kontakt mit uns auf und denken Sie mit uns gemeinsam weiter über „Gesundheit neu denken“ nach. Wir freuen uns darauf!

Berlin, im Januar 2013

Bernhard Bührlen

Thomas Hegemann

Klaus-Dirk Henke

Albrecht Kloepfer

Thomas Reiß

Friedrich Wilhelm Schwartz

## **Fragen, auf die wir Antworten suchen**

### **Kontext: Gesundheit und Wohlbefinden**

- *Was heißt „Gesundheit“ und was „Krankheit“? Ist Krankheit der Gegensatz von Gesundheit, oder sind es komplementäre, fließende Begriffe?*
- *Was ist und wodurch unterscheiden sich Gesundheitsförderung und Prävention?*
- *Krankheitsforschung – Gesundheitsforschung? Was wollen, was leisten sie?*
- *Was versteht man unter Salutogenese und inwiefern würde sie eine neue Dynamik hervorbringen?*
- *Was versteht man unter der „Gesundheitserwartung“?*
- *Welchen Stellenwert hat der Indikator „Gesundheitserwartung“ heute in unserem System?*
- *Lässt sich das starke quantitative Wachstum der Gesundheitsmärkte für mehr Gesundheit nutzen?*
- *Warum müssen wir Gesundheit heute global denken?*

### **Kontext: Gesundheitlicher und demografischer Wandel**

- *Wie hängt gesellschaftlicher und demografischer Wandel mit der Gesundheitsversorgung zusammen?*
- *Welche grundlegend neuen Herausforderungen an die Versorgung gibt es seit Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883?*
- *Warum konfrontiert uns der demographische Wandel sowohl mit Versorgungs- als auch mit Finanzierungsproblemen?*
- *Warum kann und sollte es keine „Jahrhundertreform“ geben?*
- *Können neue Finanzierungsmodelle und -grundlagen unser Gesundheitssystem nachhaltig stabilisieren?*
- *Welche Bedeutung könnte und sollte dem Wettbewerb bei der Etablierung eines nachhaltig stabilen Gesundheitssystems zukommen?*
- *Warum sind Gesundheit und Gesundheitssystem auch von hoher gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Relevanz?*

### **Kontext: Chancengleichheit**

- *Ist mangelnde Chancengleichheit für unser System ein Problem? Und wie lässt sich mehr Chancengleichheit erreichen?*
- *Welche gesundheitsrelevanten Interventionsmöglichkeiten bestehen jenseits der individuellen Ebene?*
- *Was ist unter Verhältnisprävention zu verstehen?*

**Kontext: Aktive Teilhabe**

- *Warum braucht unser Gesundheitswesen mehr aktive Teilhabe der Betroffenen?*
- *Wie lässt sich mehr Transparenz im Gesundheitswesen erzielen?*
- *Wie lässt sich mehr Teilhabe verwirklichen?*
- *Was versteht man unter bürgerzentriertem Gesundheitsmanagement?*
- *Inwiefern wird Gesundheit koproduziert?*
- *Was ist unter „Gemeinsamer Entscheidungsfindung“ zu verstehen?*
- *Gibt es Grenzen der Teilhabe von Nutzern am Gesundheitswesen?*

**Kontext: Innovationsfähigkeit, systemischer Wandel und Nachhaltigkeit**

- *Warum brauchen wir jenseits von technischer Innovation auch gesellschaftliche und politische Innovation?*
- *Welche Aspekte von Innovationsfähigkeit werden benötigt, um einen systemischen und nachhaltigen Wandel des Gesundheitswesens zu erreichen?*
- *Welche Entwicklungen im Gesundheitssystem sind als nachhaltig zu betrachten?*

**Kontext: Nutzen- und Ergebnisorientierung**

- *Inwiefern unterscheidet sich das Ergebnis eines (Behandlungs-)Prozesses von seinem Nutzen?*
- *Welche Nutzenkriterien müssen gegeneinander abgewogen werden?*
- *Wie hängen Gesundheit, Gesundheitssystem und Wohlstand zusammen?*
- *Welche Faktoren unterstützen eine stärkere Nutzen- und Ergebnisorientierung?*
- *Was ist eine Gesundheitsfolgenabschätzung?*
- *Wie lässt sich der gesamtgesellschaftliche Nutzen von Gesundheitsausgaben maximieren?*

**Kontext: Gesundheitswirtschaft, Finanzierung**

- *Was versteht man unter der Gesundheitswirtschaft?*
- *Was bedeuten Wachstum und Wertschöpfung im Gesundheitswesen?*
- *Was ist ein Satellitenkonto im Gesundheitswesen?*
- *Welche unterschiedlichen Formen von Innovationen gibt es in Gesundheitssystemen?*
- *Was sind Innovationsimpulse?*
- *Gibt es eine optimale Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen?*
- *Was ist uns die Gesundheit wert?*
- *Was sagt eine Gesundheitsquote aus?*
- *Was sollen „Markt“ und „Wettbewerb“ im Gesundheitswesen bewirken?*
- *Welches sind die Funktionen des Wettbewerbs?*
- *Wo gibt es Gesundheitsmärkte?*

- *Was soll eigentlich im Gesundheitswesen finanziert werden?*
- *Gibt es eine nachhaltige Finanzierung?*
- *Warum wird zwischen Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen unterschieden?*
- *Gibt es einen Leistungskatalog in der GKV?*
- *Was leistet Health in all Policies?*

### **Kontext: Gesundheitspolitik**

- *Ist Gesundheit ein Grundrecht?*
- *Geht es in der Gesundheitspolitik und in ihren Zielen wirklich vor allem um mehr Gesundheit und Wohlbefinden für die Bevölkerung?*
- *Gibt es überhaupt „Gesundheitsziele“ in Deutschland und in internationaler Perspektive – und wie ist ihre Wirkung zu beurteilen?*
- *Kann das Konzept der sozialen Gesundheitsdeterminanten unsere Gesundheitspolitik verbessern?*
- *Was sind die grundlegenden politischen Handlungsstrategien und Handlungsebenen von Gesundheitsförderung?*
- *Wie kann die Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung evaluiert werden?*
- *Warum ist Gesundheitsförderung eine Herausforderung für die heutige deutsche Gesundheitspolitik?*
- *Welche Bedeutung hat Prävention als Thema der Gesundheitspolitik?*
- *Lassen sich politisch schlüssig Ziele einer nachhaltigen Gesundheitspolitik für Deutschland formulieren?*
- *Wodurch ist eine moderne Politikgestaltung für Gesundheit („Governance for Health“) gekennzeichnet?*
- *Wie trägt Gesundheit in allen Politikbereichen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit bei?*



## 2. Gesundheit und Wohlbefinden

Friedrich Wilhelm Schwartz

- *Was heißt „Gesundheit“ und was „Krankheit“? Ist Krankheit der Gegensatz von Gesundheit, oder sind es komplementäre, fließende Begriffe?*
  - *Was ist und wodurch unterscheiden sich Gesundheitsförderung und Prävention?*
  - *Krankheitsforschung – Gesundheitsforschung? Was wollen, was leisten sie?*
  - *Was versteht man unter Salutogenese und inwiefern würde sie eine neue Dynamik hervorbringen?*
  - *Was versteht man unter der „Gesundheitserwartung“?*
  - *Welchen Stellenwert hat der Indikator „Gesundheitserwartung“ heute in unserem System?*
  - *Lässt sich das starke quantitative Wachstum der Gesundheitsmärkte für mehr Gesundheit nutzen?*
  - *Warum müssen wir Gesundheit heute global denken?*
- 
- **Was heißt „Gesundheit“ und was „Krankheit“? Ist Krankheit der Gegensatz von Gesundheit, oder sind es komplementäre, fließende Begriffe?**

Im Jahr 1946 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO): Gesundheit ist ein Zustand „vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ über die „Abwesenheit von Krankheit“ hinaus.

Das war eine statische Definition und eine ideale Extremnorm, die aber bereits die bis dahin dominierende, zudem naturwissenschaftlich eingeeengte Krankheitsfixierung des Gesundheitsbegriffs zu überwinden suchte.

Und was meint „Krankheit“? Zwei grundlegende Orientierungen bei dem Begriff Krankheit sind zu unterscheiden: Entweder bestimmt sich das, was man unter „Krankheit“ versteht, vom Objekt her. In diesem Fall ist Untersuchungsobjekt der menschliche Körper vorrangig im Hinblick auf seine Anatomie, Physiologie, Biochemie und Genetik.

*Objektive* Krankheitstheorien nehmen Bezug auf morphologisch-chemische–physiologische oder heute auch molekulare Veränderungen im menschlichen Organismus, welche die normale („natürliche“) Funktionsfähigkeit einzelner Organe bzw. des Organismus insgesamt im Sinne einer Störung oder Leistungsminderung beeinträchtigen. Vorausgesetzt ist dabei, dass die natürlichen Abläufe im Körper im Sinne funktionaler bzw. kausaler Zusammenhänge objektiv beschreibbar und erklärbar sind. Auch wenn diese Erklärung gegenwärtig noch nicht vollständig möglich sein sollte, so liegt in der naturwissenschaftlichen Betrachtung doch eine prinzipielle, auf Vollstän-

digkeit gerichtete Erklärbarkeitsbehauptung: was derzeit noch nicht erklärbar ist, wird in Zukunft erklärt werden können (Rinofner-Kreidl, 2008).

Der Vorteil objektorientierter Krankheitstheorien ist, dass es gemäß diesem Krankheitsverständnis möglich ist, an einer Systematisierung und Typologisierung von Krankheiten zu arbeiten und sich daran zu orientieren. Eine solche Systematisierung, ein nosologisches Krankheitssystem, zielt auf Bestimmtheit und Eindeutigkeit in der Abgrenzung verschiedener Krankheiten. Ziel ist es, Krankheiten unterscheidbar und identifizierbar zu machen (ibid S. 10). Der Nachteil objektorientierter Krankheitstheorien ist, dass sie über Krankheiten unabhängig von konkreten kranken Menschen sprechen. Sie sind daher immer reduktionistische Abstraktionen.

Die zweite wichtige Grundorientierung der Krankheits-/Gesundheitstheorien bilden daher *subjektive* Krankheitstheorien. Was Krankheit und was Gesundheit ist, wird nicht ausschließlich und nicht primär von medizinischen Befunden her bestimmt, sondern von der *subjektbezogen* Bedeutung, welche die Erkrankung (oder die Gesundheit) für die Person des Kranken (oder des Gesunden) in einer bestimmten Situation hat. „Subjektorientierte Krankheitstheorien verstehen Krankheit als ein umfassendes Geschehen, das den Menschen in seiner Körper-Geist-Seele-Einheit betrifft wie ebenso in seinen sozialen Beziehungen“ (ibid. S. 11). Diese Mehrdimensionalität der subjektorientierten Krankheitstheorie kommt in der Bezeichnung „biopsychosoziales Krankheitsmodell“ zum Ausdruck. Diese Mehrdimensionalität der Krankheitsauffassung geht davon aus, dass neben anatomisch-physiologisch-biochemischen Veränderungen oder Funktionsstörungen die Erkrankungserscheinungen und -verläufe auch im Kontext sozialer und seelischer Belastungen der Betroffenen und biographischer Ereignisse oder Verläufe zu verstehen und zu behandeln sind. Damit wird zugleich der Prozesscharakter von Krankheit betont.

Gesundheit wird in späteren Deklarationen der WHO ab den 70er Jahren zu Recht als Prozess gesehen. Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern das aktuelle Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit des Menschen. Gesundheit ist damit eine immer wieder neu herzustellende Balance zwischen Belastungen und Ressourcen. Für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung hat sich dieser Gesundheitsbegriff bewährt und durchgesetzt (ISPM 2004; BZGA (Hg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Gamburg 2011).

Auch im Bereich des Verlaufs und der Bewältigung chronischer Erkrankungen (Schaeffer 2009), die heute die Hauptlast der Krankheitsbürde in den älteren Industriestaaten und der großen Schwellenländer (Indien, China, Indonesien, Brasilien) darstellen, gewinnt diese Auffassung zunehmende Aufmerksamkeit.

Ein umfassendes Verständnis von Gesundheit berücksichtigt neben der physischen und sozialen Umwelt auch die psychische Dimension. Denn „dem Leben einen Sinn abgewinnen, auch wenn der Körper nicht mehr dem funktionalen Gesundheitsbegriff entspricht“, das Leben in jeder Lebenslage sinnvoll gestalten und Lebenskräfte aktivieren“, ist ein „gesundheitsfördernder“ Faktor, der alle Menschen, ob gesund, krank oder behindert, gleichermaßen betrifft (ISPM, 2004, S.7).

Krankheits- und Gesundheitsbegriffe bilden trotz ihrer in faktischer und theoretischer Hinsicht eher methodisch fließenden Grundlagen und Abgrenzungen zentrale Bezugsgrößen für die Medizin, für Politik, Gesellschaft und Individuen, sei es in wissenschaftsleitender Sicht, in der praktischen Perspektive alltäglichen ärztlichen, psychotherapeutischen, pflegerischen, auch technischen, management- oder verwaltungsorientierten Handelns oder in der persönlichen Lebensgestaltung.

Lange galten diese Begriffe als lebensweltlich hinreichend klar. So konnte der Philosoph und Arzt Karl Jaspers noch vor 50 Jahren schreiben: „Was gesund und was krank im allgemeinen bedeutet, darüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten den Kopf“ (Med. ethik.uni-erlangen, 2009). Diese Situation hat sich inzwischen grundlegend geändert, da die lebensweltlichen Gewissheiten über das, was gesund und was krank ist, durch die Entwicklungen der modernen Medizin und Biotechnologie wie auch durch demographische und wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen zunehmend in Frage gestellt werden. Krankheits- und Gesundheitsbegriffe gelten heute, da system-, subjekt- und kulturabhängig, als nicht einheitlich definierbar. Diese Entwicklung wird von gesellschaftlichen und bürgerschaftlichen aber gleichermaßen von professionellen medizininherenten und technologischen Entwicklungen vorangetrieben.

Die heute verbreitete prädiktive Medizin, gestützt auf die lehrbuchgängigen Konzepte medizinischer Risikofaktoren oder der Gendiagnostik erlaubt stochastische Vorhersagen über Krankheitswahrscheinlichkeiten bei Personen, die zum Zeitpunkt des Tests keinerlei Symptome aufweisen. Damit hängt es wesentlich vom medizinisch zugrunde gelegten Krankheitsbegriff und daneben von den subjektiven Krankheits- und Gesundheitskonzepten der Betroffenen ab, ob und in welchen Hinsichten sie jeweils noch als „gesund“ oder schon „krank“ betrachtet werden oder sich selbst betrachten (ibid, 2009).

Zugleich haben die Begriffe der „Gesundheit“, aber insbesondere der „Krankheit“ in den Kontexten der medizinischen und pflegerischen Versorgung und im Diskurs über angemessene Allokation und Verteilungsgerechtigkeit im überwiegend unter sozialpolitischen Maßstäben finanzierten „Gesundheitssektor“ die Funktion von dominanten normativen Grenzbegriffen gewonnen, die sozialrechtlich oder medizinethisch legitimierte von nicht legitimierten Entscheidungen trennen sollen (Med. ethik.uni-erlangen 2009; Schwartz et al., 2012). Dementsprechend entwickelte sich, versorgungs- wie interessen-geleitet, das medizinische Expertenwissen über das, was professionell als

krank bezeichnet wird, schneller, differenzierter und vor allem sehr viel expansiver als die interdisziplinäre Betrachtung und das Wissen über das Gesundsein.

Gesundheit ist der Gegenbegriff zur Krankheit; er ist zugleich aber mehr als deren bloßes Fehlen. Gesundheit hat einen positiven Gehalt – wie auch Krankheit nicht nur als Einschränkung oder Verlust von Gesundheit verstanden werden kann. Gesundheit ist – wie Krankheit – auch immer ein normativer Begriff, der sich auf Konzepte der Therapie, auf die Lebensweise der Menschen und die Gesundheits- und die Innenpolitik der Staaten auswirkt.

Anders als Krankheit ist Gesundheit allerdings keineswegs vorrangig nur ein Begriff der Medizin; sie ist ebenso ein Thema des Sports, der Gesellschaftswissenschaften, der Medien, der Werbung, der Philosophie und der Religionen und ist Inhalt und Bezugspunkt der Vorstellungen und Verhaltensweisen jedes einzelnen Menschen (von Engelhardt, 2004, S.10).

Die Geschichte des Gesundheitsbegriffes ist die Geschichte einer Idee. Diese Idee steht immer im Zusammenhang mit der medizinischen Praxis und der sozialkulturellen Wirklichkeit, mit der Gesundheitspolitik und Gesundheitserziehung eines Landes oder einer Epoche wie auch mit dem Leben des einzelnen Menschen (von Engelhardt, 2004). Ein erneuerter, ein positiver Gesundheitsbegriff mit seinen erhofften Folgen für eine gesunde Gesellschaft und gesunder „Lebenswelten“ (Familien, Kitas, Schulen, Hochschulen, berufliche Ausbildungseinrichtungen, Arztpraxen, Krankenhäuser) bis hin zu einer strategisch sehr viel breiter als heute gedachten Politik für die Gesundheit (WHO, 1994 ff), bedarf daher der Prozesse der Aufklärung, der politischen, gesellschaftlichen, familiären und individuellen Information („Health Literacy“) und Selbststeuerung (Health-Competency).

- **Was ist und wodurch unterscheiden sich Gesundheitsförderung und Prävention?**

Medizin und Gesundheitspolitik sehen sich heute verstärkt vor die große Aufgabe gestellt, nicht nur Krankheiten in Schach zu halten oder in geeigneten Fällen zu überwinden, sondern die aktive, produktive und Schutzmechanismen zur Verfügung stellende Gesundheit zu erhalten, ja zu fördern. Sie werden in dieser Entwicklung getrieben von den Bedürfnissen der Bürger in einer immer älter werdenden Gesellschaft, und ebenso von einer Wirtschaft, deren wichtigste Ressourcen angesichts der demografischen Transition spät in Rente gehende und darüber hinaus kreativ und leistungsfähig bleibende Mitarbeiter sind; neben die kurative Therapie treten damit zunehmend Rehabilitation sowie Prävention und Gesundheitsförderung.

Als Folge dieser Änderung verlangen die Begriffe und Konzepte der Gesundheit nach neuen Definitionen, da sich der klassische Gegensatz von Natur- und Geisteswissenschaften als zu begrenzt erweist: „Gesundheit geht in Biologie nicht auf“, die menschliche Gesundheit verbindet Natur, Technik, Gesellschaft, und Kultur (von Engelhardt, 2004).

Als Antwort auf diese Entwicklung hat die WHO seit 1986 das Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt, das über das sehr viel ältere Konzept der medizinischen Prävention (Impfen, Risikoscreening und Früherkennung von Krankheiten) weit hinaus geht.

Ein wichtiges Unterscheidungskriterium ist die Spezifität der Intervention. Prävention bezieht sich gezielt auf bestimmte Krankheiten oder Risiken, während Gesundheitsförderung allgemeiner auf die Verbesserung der Verhältnisse und die Stärkung von Lebensfähigkeit und Widerstandskräften setzt. Ein weiterer tendenzieller Unterschied besteht darin, dass die Prävention von einem Risikofaktorenansatz ausgeht und fragt: "Was macht Menschen krank?" (pathogenetischer Ansatz), während die Gesundheitsförderung den Schwerpunkt bei Gesundheitsressourcen und -potenzialen setzt: "Was macht Menschen gesund?" (salutogenetischer Ansatz) (ISPM, 2004).

Prävention (Krankheitsverhütung) sucht – anders als die Gesundheitsförderung – eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (Schwartz et al., 1998). Prävention versucht, einer bestimmten Erkrankung oder einem unerwünschten Risikoverhalten zuvorzukommen (Primärprävention) oder in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen und einzugreifen (Sekundärprävention).

"Gesundheitsförderung nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an (salutogenetischer Ansatz). Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen – der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes einzelnen und ganzer Bevölkerungen beeinflussen" (Bröskamp-Stone et al., 2012).

Im Gegensatz zur Prävention will Gesundheitsförderung nicht ein spezifisches Verhalten oder eine spezifische Krankheit verhindern, sondern sie "zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." Diese Definition aus der Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung (1986) besagt, dass Gesundheitsförderung Voraussetzungen schaffen will, welche es den Menschen ermöglicht, für ihre Gesundheit selbstverantwortlich Sorge zu tragen. In der Praxis bestehen Überlappungen zwischen beiden Konzepten (ISPM, 2004).

- **Krankheitsforschung – Gesundheitsforschung? Was wollen, was leisten sie?**

So häufig die Zahl der Diagnosen als krankheitswertige Normabweichungen als Ausdruck einer seit vielen Jahrzehnten jährlich mit weltweit zweistelligen Milliarden geförderten „Krankheitsforschung“ ist (zurzeit ca. 30.000 so genannte nosologische Entitäten), so schwach ist bislang in vielen Bereichen unsere professionelle Ausdrucksfähigkeit auf der positiven Seite der Skala der gesundheitlichen Phänomene. Dazu korreliert eine in Deutschland erst seit zwei Jahrzehnten im einstelligen Millionen-Bereich geförderte BMFT-Forschung über Facetten, Varianten, versorgungsstrukturelle, medizinische, psychologische, edukatorische, familiäre, gesellschaftliche und last but not least politische Konditionen der Gesundheit („Gesundheitsforschung“).

- **Was versteht man unter Salutogenese und inwiefern würde sie eine neue Dynamik hervorbringen?**

Seit Jahrzehnten ist die Diskussion im Gesundheitssektor dominiert von der Reaktion auf Krankheiten. Wir optimieren in Deutschland mit einer langen Kette von Reformen seit 1976 einen nach Umfang und technischer Finesse wachsenden Reparaturbetrieb - und tun damit ganz nebenbei so, als wäre Gesundheit allein das kompetente und aufwendige Inschachhalten von diagnostizierten Krankheiten und ihrer Folgen.

Sowohl in den westlichen wie den nördlichen Ländern Europa als auch auf globaler Ebene zeichnet sich dagegen seit den 1980er-Jahren ein neues Verständnis von „Gesundheit“ ab: Weg von einer bloßen Krankheits- und Risikoperspektive, hin zu einer erweiterten, positiv verstandenen, ressourcen- und chancen-orientierten Gesundheits-Perspektive. Weg vom traditionellen, diagnosefixierten „Krankheitsparadigma“, hin zu einem offenen dynamischen, konsequent am Wohlergehen und am Wohlfühlen des Menschen orientierten „Gesundheitsparadigma“.

Zum Grundverständnis dieses neuen Gesundheitsparadigmas gehört ein theoretisch erweiterter Gesundheitsbegriff. Kollektive und individuelle Gesundheitsprozesse und Gesundheitszustände können sich in eine positiv wirkende, kollektive oder persönliche, Ressourcen und Resilienzkräfte aufbauende Richtung entwickeln (nach Antonovsky (1979): Salutogenese) oder in eine negativ bewertete Richtung (Pathogenese). Salutogenese beschreibt insbesondere unsere Fähigkeit, mit Belastungen kompetent umzugehen und ihnen standzuhalten. Dabei hängen Richtung und Stärke der gesundheitlichen Entwicklung unter Belastungen vom Vorhandensein und Zusammenwirken komplexer gesellschaftlicher und individueller, Einflussfaktoren ab, die aber – ausgenommen einiger biologischer Faktoren – als lenk- bzw. gestaltbar gelten (salutogene oder pathogene „Gesundheitsdeterminanten“ (Noack, 2012).

Ihre handlungsleitende Berücksichtigung ist in einigen unserer Nachbarstaaten bereits institutionell verankert (Schweiz, Österreich, Niederlande, Norwegen, Finnland).

## Konzept der Gesundheitsdeterminanten

Einflussfaktoren/ Determinanten von Gesundheit:

Wesentliche Ressourcen und Belastungen für die Gesundheit gehen von folgenden Bereichen aus:

von *biologischen und genetischen* Gegebenheiten sowie vom *medizinischen und psychosozialen* Versorgungssystem.

Für Prävention und Gesundheitsförderung stehen ferner die Einflussfaktoren *Lebensstil* und *Gesundheitsverhalten* sowie die *physische und soziale Umwelt* im Vordergrund.

Lebensstile prägen das Gesundheitsverhalten. Sie sind mit ganz unterschiedlichen Ressourcen und Risiken für die Gesundheit verbunden. Der Lebensstil zeigt sich in der täglichen Lebensführung: Ernährung, Genuss- und Suchtmittelkonsum, Bewegungsmuster und Stressbewältigung sind einige Stichworte hierzu. Prävention und Gesundheitsförderung versuchen, das Verhalten in einem für die Gesundheit positiven Sinn zu verändern.

Unter *physischer Umwelt* werden naturnahe Räume wie Siedlungsflächen verstanden, ferner die Qualität von Boden, Wasser, Luft; auch Emissionen aller Art (Abgase, Lärm, Strahlungen, etc.).

Zur *sozialen Umwelt* gehören die Ökonomie, das politische System, soziodemografische Gegebenheiten, die Stratifikation der Gesellschaft, Rechtsnormen, die Kultur im engeren Sinn, etc.

Prävention und Gesundheitsförderung versuchen auch, die Verhältnisse, sofern sie gesundheitswirksam sind, im Sinne ihrer Ziele zu beeinflussen. (ISPM, 2004)

- **Was versteht man unter der „Gesundheitserwartung“?**

Von besonderem sozialen, politischen und wissenschaftlichen Interesse ist die Lebenszeit Einzelner oder von Bevölkerungsgruppen, die in objektiv/subjektiv guter Gesundheit gelebt werden kann (Gesundheitserwartung/Health Expectancy), gemessen mit dem Gesundheits-Indikator Lebensjahre in Gesundheit, also Jahre ohne relevante gesundheitliche Einschränkungen (Healthy Life Years / HLYs) (Noack 2012).

Eine europäische Querschnittsstudie hat die Ungleichheit der Verteilung „gesunder Lebensjahre“ in den 25 EU-Ländern des Jahres 2005 untersucht (Jagger 2008). Eine zentrale Untersuchungsfrage war, wie viele gesunde Lebensjahre Männer und Frauen im Alter von 50 Jahren noch erwarten können. Bei den 50-jährigen dänischen Männern sind dies noch 23,6 Jahre und bei den dänischen Frauen noch 24,1 Jahre, bei den estnischen Männern und Frauen sind die Anteile der mit 50 zu erwartenden gesunden Lebensjahre mit 9,1 und 10,4 Jahren am geringsten; die Werte für die deutschen Männer und Frauen liegen mit rund 14 Jahren dazwischen, aber eher im unteren Drittel. Deutschland liegt zwar in der Gruppe der europäischen Länder mit langer Lebenserwartung, aber die Zahl der gesunden Jahre ist deutlich geringer als vieler anderer europäischer Länder.

Die so genannten DALY-Last unserer Bevölkerungen in Europa (disability-adjusted life years: Verlorene Lebensjahre durch vorzeitige Sterblichkeit und Verluste an Gesundheit durch erworbene Einschränkungen) entfallen auf drei Ursachengruppen: nicht-übertragbare, chronische Krankheiten 77%, Verletzungen 13%, sonstige, einschließlich übertragbare Erkrankungen 10% (Europäischen Gesundheitsbericht WHO, 2009).

Mehr als drei Viertel der DALY-Last wird durch nicht-übertragbare, chronisch-degenerative Krankheiten bewirkt, die wiederum zu 60% durch ein halbes Dutzend bekannter, grundsätzlich beeinflussbarer Risikofaktoren erklärt werden: Bluthochdruck, Rauchen, Alkoholabusus, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht, sonstige ungesunde Ernährung und ungenügende körperliche Aktivität.

Allein der Alkoholabusus und seine Risiken (Leberzirrhose, Herzerkrankungen, etc.) werden für 9% der gesamten Krankheitsfolgen in der europäischen Region verantwortlich gemacht. Er weist geschlechts- und altersgruppenspezifische Muster auf. In Deutschland ist er die wichtigste Ursache für die Krankenhausbehandlung von Männern im mittleren Lebensalter. Eine besondere Herausforderung ist der hohe und ansteigende Alkoholkonsum bei Jugendlichen in vielen Mitgliedsländern der Europäischen Region.

Tabakkonsum gehört zu den effektiv vermeidbaren Gesundheitsrisiken. In mehreren Ländern ist durch staatlich gesteuerte Maßnahmen das Rauchen tendenziell zurückgegangen, aber immer noch rauchen im Durchschnitt ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung Europas und ein Fünftel der Jugendlichen. Der Tabakkonsum konzentriert sich dabei zunehmend in sozial schwächeren Gruppen und gehört damit zu den „Scherenindikatoren“, d.h. den Gesundheitsindikatoren, die sich zu Lasten der schwächeren sozialen Gruppen entwickeln (Jakubowski 2012).

- **Welchen Stellenwert hat der Indikator „Gesundheitserwartung“ heute in unserem System?**

Keinen. Die dazu von der EU laufend erhobenen Daten werden bislang nicht als politische nutzbare Informationen behandelt.

- **Lässt sich das starke quantitative Wachstum der Gesundheitsmärkte für mehr Gesundheit nutzen?**

Die Wachstumskräfte in der Gesundheitswirtschaft treiben unter anderem die wachsenden Versorgungslasten GKV und PKV. Was an neuen Technologien oder als Versorgungschancen bei Dienstleistungen auf den Markt kommt, werden wir – im Privat- wie auch im Fiskalbereich – unterschiedslos finanzieren oder über Qualitätswettbewerbe mit Gesundheits-Outcome als entscheidendem Parameter oder analog ansetzende öffentlich-rechtliche Regulation besser differenzieren müssen.

Der Teilmarkt der Zahnärzte in Deutschland ist ein Exempel mit ambivalentem Ausgang: Hier treiben die weitgehend freien Kräfte von Angebot und Nachfrage bisher eine Entwicklung, in der tendenziell jeder ältere Erwachsene mit Implantaten versorgt werden soll – kostspielig und auf Kosten einer fehlenden oder ineffizienten Parodontalprophylaxe bei Erwachsenen, die den Erhalt des eigenen Naturgebisses sichern könnte. Ähnlich ist teilweise die enorme Flut der deutschen Hüft-TEPs und Kniegelenkersatz-Operationen zu beurteilen. Hier wächst den Fachgesellschaften und der akademischen Versorgungsforschung eine medizininhärente, kritischere und verantwortungsvollere Rolle zu, wenn diese Entwicklungen nicht in die Gehege öffentlicher Gegenregulation führen sollen.

Wenn die professionellen und wissenschaftlichen Akteure im Gesundheitswesen, namentlich die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die Aufgabe ernster nähmen, mehr Gesundheit zu erzeugen, müssten sie sich mit der Frage des medizinischen und gesellschaftlichen Nutzens ihres Faches sehr viel intensiver als heute auseinandersetzen.

Im übrigen muss die Politik durch ordnungspolitische und technische Rahmensetzung für mehr gesundheitsgenerierenden Qualitätswettbewerb und die Förderung und die wissenschafts- und institutionelle Stärkung von evaluativer Versorgungsforschung, Registerforschung und evaluative öffentliche Forschung mit Kassendaten für mehr qualitatives, gesundheitsbezogenes Wachstum des expansiven Gesundheitsmarktes eintreten.

- **Warum müssen wir Gesundheit heute global denken?**

Nicht nur Seuchenzüge übertragbarer Erkrankungen oder weltweit operierende Drogenetze, sondern auch sozial determinierte Gesundheitsgefahren aus steigender oder dauerhafter Arbeitslosigkeit oder den Folgen prekärer Arbeitsverhältnisse werden zu wichtigen Gesundheitsbedrohungen großer Bevölkerungsgruppen in vielen Ländern, ebenso Umwelteinflüsse wie mangelnde Trinkwasserqualität, Austrocknung der Böden oder Umwidmung von Ackeranbau für Energiegewinnung. Luftverschmutzung, Exposition durch Umweltgifte, mangelnde Arbeits- oder Verkehrssicherheit machen immer weniger halt vor den Grenzen der Kontinente. Dabei stehen einige der möglichen zukünftigen gesundheitlichen Umweltgefahren für die europäischen Bevölkerungen auch im Zusammenhang mit globalen Veränderungen des Klimas, der Erschöpfung kostengünstiger Energie- und Wärmeenergiegewinnung, der Meeresökologie und der biologischen Diversität (Jakubowski 2012).

## **Literatur**

Antonovsky, A.: Health, Stress, and Coping, San Francisco 1979.

Bengel, J., Lyssenko, L., Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Band 43)*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012.

- Bieganski, W., Der Krankheitsbegriff, in: K E. Rothsuh (Hg.), Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt 1975, 102-124.
- Brößkamp-Stone, U., Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention - internationale Perspektive, in: F.W. Schwartz et al (Hg.), Public Health, München uaO. 3.A. 2012.
- BZgA (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Gamburg (Verlag f. Gesundheitsförderung G. Conrad in Gamburg) 2011.
- Engelhardt, D. von, Der Gesundheitsbegriff im Wandel der Geschichte, in: Widerspruch, Nr. 42, Gesundheit (2004), S. 25-36.
- Europäischer Gesundheitsbericht WHO 2009; ISBN 978 92 890 3415 9. WHO-Regionalbüro für Europa Scherfigsvej 8DK-2100 Kopenhagen Ø, 2010.
- ISPM - Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.): Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, 2004.
- Jagger, C. et al., Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis Lancet, Volume 372, Issue 9656, Pages 2124 – 2131, 20 December 2008.
- Jakubowski, E., Public Health in Europa - Überblick, in: F.W. Schwartz et al (Hg.), Public Health, München uaaO. 3.A. 2012.
- Medethik.uni-erlangen: Generell krank oder chronisch gesund? Neue ethische Implikationen des Krankheitsbegriffs. Internationale Fachtagung / 30. September – 1. Oktober 2009 / Erlangen. Flyertext. ([http://www.igem.med.uni-erlangen.de/\\_daten/generellkrank.pdf](http://www.igem.med.uni-erlangen.de/_daten/generellkrank.pdf)).
- Noack, H., Public Health in Europa. Akteure, Gesundheitsentwicklung und Perspektiven, in: F.W. Schwartz et al (Hg.), Public Health, München uaO. 3.A. 2012.
- Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung (1986) [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/.../Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/.../Ottawa_Charter_G.pdf) Dateiformat: PDF/Adobe Acrobat (Verfügb.-Kontrolle am 30.10.2012).
- Rinofner-Kreidl, S., Scriptum zum Seminar Ethik in der Medizin, (I) theoretische Grundlagen, Medizin Univ. Graz, SS 2008 (p 8-13).
- Schaeffer, D (Hg.), Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Bern 2009.
- Schwartz, F.W. et al., Wer ist gesund und wer ist krank?, in: F. W. Schwartz et al (Hg.), Public Health, München uaO, 3. A. 2012.

### 3. Gesundheitlicher und demografischer Wandel

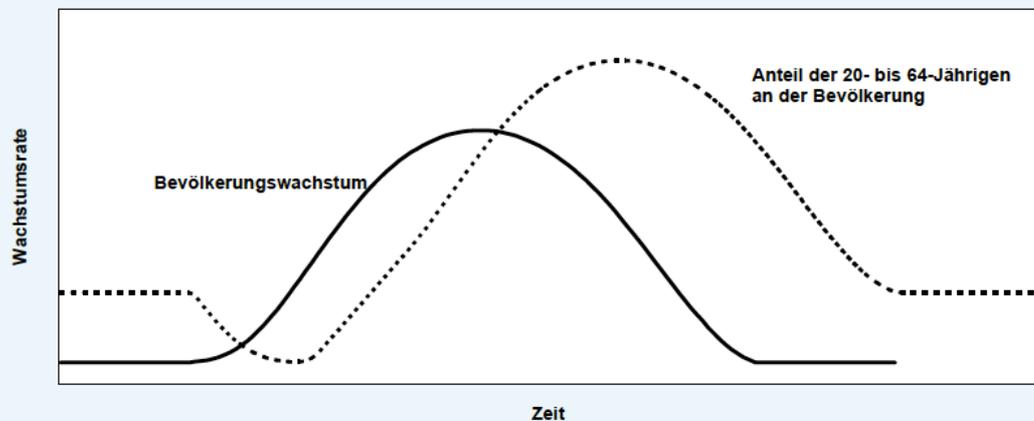
Albrecht Kloepfer

- *Wie hängt gesellschaftlicher und demografischer Wandel mit der Gesundheitsversorgung zusammen?*
  - *Welche grundlegend neuen Herausforderungen an die Versorgung gibt es seit Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883?*
  - *Warum konfrontiert uns der demographische Wandel sowohl mit Versorgungs- als auch mit Finanzierungsproblemen?*
  - *Warum kann und sollte es keine „Jahrhundertreform“ geben?*
  - *Können neue Finanzierungsmodelle und -grundlagen unser Gesundheitssystem nachhaltig stabilisieren?*
  - *Welche Bedeutung könnte und sollte dem Wettbewerb bei der Etablierung eines nachhaltig stabilen Gesundheitssystems zukommen?*
  - *Warum sind Gesundheit und Gesundheitssystem auch von hoher gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Relevanz?*
- **Wie hängt gesellschaftlicher und demografischer Wandel mit der Gesundheitsversorgung zusammen?**

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland basiert auf einer Umlagefinanzierung, deren Einnahmen im Wesentlichen durch die Einkommen der abhängig beschäftigten Bevölkerung und einen entsprechenden Arbeitgeberbeitrag gesichert werden. Auch wenn die Rentenbevölkerung ebenfalls einen Beitrag zur Systemfinanzierung leistet (der allerdings nicht den entsprechenden Aufwendungen für diese Bevölkerungsgruppe entspricht), wird also die Finanzierungsbasis der GKV zum ganz überwiegenden Teil von den im Arbeitsleben stehenden etwa 20- bis 64-Jährigen aufgebracht. Daraus folgt zwingend, dass – will man sich nicht ausschließlich auf Beitragssatzerhöhungen verlassen – Systemanpassungen nötig sind, wenn sich der Anteil der abhängig beschäftigten Bevölkerung in Richtung eines älter werdenden, nicht mehr im Erwerbsleben stehenden Versichertenkollektivs verschiebt.

Teilschritte dieser notwendigen Systemanpassung wurden bereits in Angriff genommen (beispielsweise die Erhöhung des Rentenalters stufenweise auf 67 Jahre), für andere Teile – wie beispielsweise eine nachhaltige Finanzierung der Sozialversicherungssysteme – stehen zielführende politische Lösungen noch aus.

### Bevölkerungswachstum und Anteil der 20- bis 64-Jährigen an der Bevölkerung



Quelle: Bloom et al., 2003

© Sachverständigenrat

- **Welche grundlegend neuen Herausforderungen an die Versorgung gibt es seit Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883?**

Die Anforderungen an ein soziales gesundheitliches Versorgungssystem haben sich in letzten 130 Jahren vermutlich stärker gewandelt als in weiten Zeiträumen der gesellschaftlichen Entwicklung zuvor. Ursache dafür ist nicht allein der system-interne medizinische Fortschritt, sondern sind auch externe Entwicklungen und Innovationen, die nicht im engeren Sinne dem Gesundheitssystem zugerechnet werden können, wie z.B. die Einführung der Kanalisation in Städten und Gemeinden oder auch die Erfindung des Kühlschranks. In der Folge nahmen behandlungsbedürftige chronische Erkrankungen – wie z.B. Diabetes – zu.

Ganz allgemein kann in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass grundlegende Fortschritte in der gesundheitlichen Entwicklung häufig nicht dem Gesundheitssystem selbst zugeschrieben werden können (siehe die Gurtpflicht im Straßenverkehr durch die Todes- und Verletzungsraten drastisch gesenkt werden konnten). Die Summe alle externen und internen Gesundheitsfortschritte führte jedenfalls in den letzten gut 100 Jahren dazu, dass die sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche an unser Gesundheitssystem sich grundlegend gewandelt haben, ohne dass das System selber die entsprechend notwendigen Wandlungsschritte mit ähnlicher Konsequenz vollzogen hätte.

Besonders markant wird dieser Wandel an der nahezu sprunghaften Verlängerung der Durchschnittslebenserwartung von etwa 45 Jahren um 1900 auf knapp 80 Jahre im Jahr 2010. Dass sich mit dieser steigenden Lebenszeit auch ein Wandel an die Anforderungen unseres Gesundheitssystems verbindet, kann kaum erstaunen. Im Bereich der

Krankenbehandlung ist in diesem Zusammenhang vor allem der Wechsel von einer um 1900 noch sehr viel stärker an Akutbehandlungen orientierten Versorgung hin zur Versorgung chronischer Krankheiten zu konstatieren. Solche grundsätzlichen Schwerpunktverschiebungen müssen jedoch zwingend auch auf die Strukturen des dahinter liegenden Versorgungssystems entsprechende Auswirkungen haben.

So unterscheiden sich beispielsweise sinnvolle Vergütungssysteme in der Akutbehandlung grundsätzlich von einer zielführenden Honorierung zur wirkungsvollen Betreuung chronisch kranker Patienten: Einer Behandlung akuter Krankheitsepisoden ist die entsprechende Honorierung über Einzelleistungsvergütungen angemessen, während bei der ärztlichen Behandlung (oder eher: beim ärztlichen Management) chronischer Erkrankungen sich die Honorierung eher an Zielerreichungs- bzw. Qualitätsparametern orientieren sollte. Mit der kontinuierlichen Veränderung des Morbiditätsspektrums seit Beginn der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883 hätte also auch eine kontinuierliche Korrektur und Anpassung der Vergütungs- und Honorierungssysteme einhergehen müssen. Dies ist bislang nur in Ansätzen gelungen. Das gegenwärtig nach wie vor dominierende Prinzip der Einzelleistungsvergütung führt jedoch vor dem Hintergrund längeren Lebens und wachsender Chronifizierung nicht nur zu schlechteren, weil i.d.R. unkoordinierten Behandlungsergebnissen, sondern tendenziell auch zu einer zusätzlichen, medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung, die den Kostendruck im Gesundheitswesen weiter verschärft.

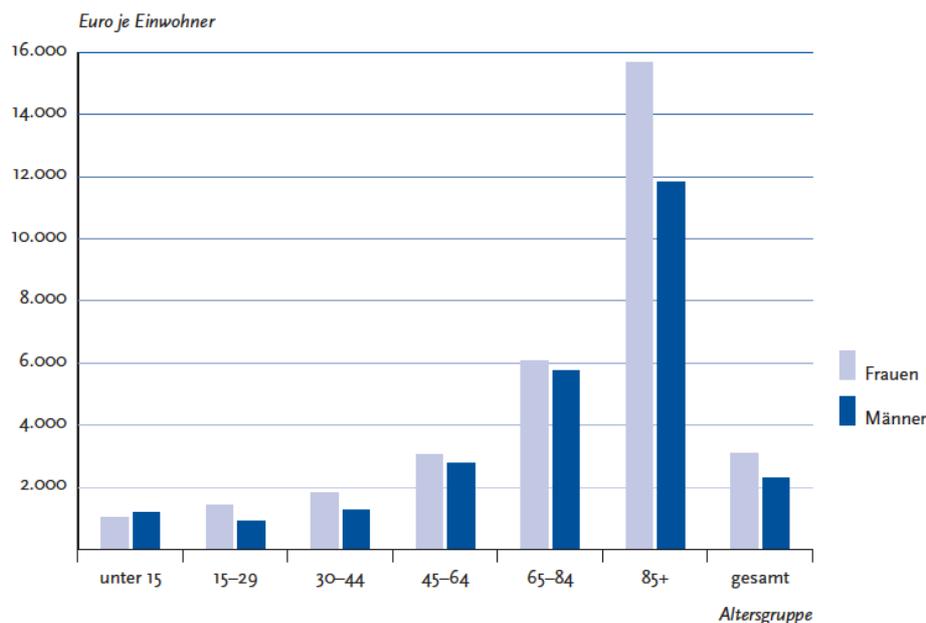
Am Versorgungsmanagement orientierte Vergütungsansätze werden seit etwa zehn Jahren zu etablieren versucht. Vor allem die Einrichtung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) im Paragraphen 137f SGB V aber auch die gesetzliche Etablierung von Integrationsverträgen (§140a-d), Hausarztmodellen (§73b) und strukturierter fachärztliche Versorgung (§73c) sind Kennzeichen dafür, dass die gesundheitspolitischen Akteure versuchen, auf die geänderten Versorgungsanforderungen und Rahmenbedingungen zu reagieren. Erkannt wurde dabei, dass wirkungsvolles Versorgungsmanagement nur in integrierten, kooperierenden, koordinierten und sektorenübergreifenden Modellen erfolgreich sein kann. Dieses Wissen und diese Ansätze werden jedoch nach wie vor durch ein dominantes System der Regelversorgung konterkariert, in dem all diese Ansätze ausdrücklich nicht angereizt oder gefördert werden. Eine solche Förderung wird zwar gesetzlich angemahnt (§87.2c) aber realiter nicht gelebt und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab der ambulanten Vergütung (EBM) bislang auch nicht abgebildet wird.

- **Warum konfrontiert uns der demographische Wandel sowohl mit Versorgungs- als auch mit Finanzierungsproblemen?**

Eine alternde Bevölkerung generiert nach landläufigen Erfahrungen und unter den gegenwärtigen Versorgungsbedingungen fraglos höhere Gesundheitsausgaben: Wach-

sende, oft mehrfache Morbidität, längere Versorgungszeiträume und das immer drängender werdende Problem der Demenz führen – bei linearer Verlängerung des Status quo – zwingend zu wachsenden finanziellen Belastungen des Gesundheitssystems. Darüber hinaus führt die Verschiebung der Morbiditätslast hin zu vermehrt chronischen Erkrankungen bei gleichzeitiger Verlängerung der Lebenszeit zu einer länger andauernden Krankheitsbelastung der Versicherten: Eine alternde Bevölkerung ist also unter den gegenwärtigen Voraussetzungen nicht nur kränker, sie ist auch länger krank.

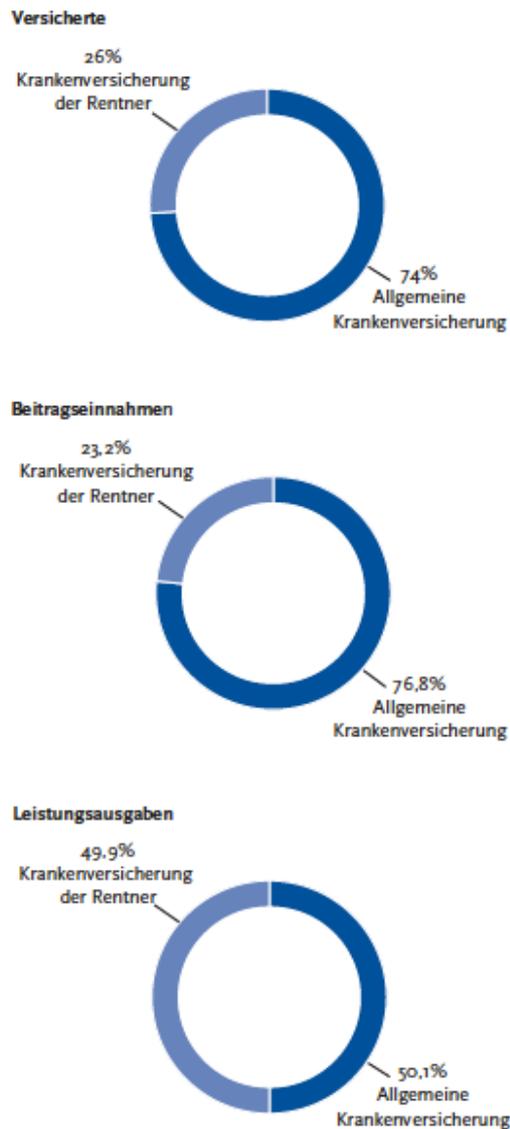
Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht 2004  
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsforschung (Jahresdurchschnitt) und Krankheitskostenrechnung



Katrin Böhm, Clemens Tesch-Römer, Thomas Ziese (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2009, S. 75

Die Ausgabenseite ist aber nicht das einzige Problem, mit dem der demographische Wandel das System der Gesetzlichen Krankenversicherung belastet: Zugleich zahlen GKV-Versicherte nach ihrer Berufstätigkeit in der Regel weniger Beiträge als während ihres Arbeitslebens. Das Problem der überproportional höheren Versorgungsausgaben für die ältere Bevölkerung wird also durch ihren unterproportionalen Finanzierungsbeitrag zusätzlich potenziert. In der privaten Krankenversicherung (PKV) wird dieser Effekt zwar durch die bereits in jüngeren Jahren gebildeten Alterungsrückstellungen und die – dennoch – im Alter steigende Beiträge abgeschwächt, es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass auch die PKV die zukünftigen Herausforderungen des demographischen Wandels allein mit ihren derzeitigen Mitteln nicht wird kompensieren können.

Generationensolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung 2006  
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, GKV-Statistik KJ1



Katrin Böhm, Clemens Tesch-Römer, Thomas Ziese, (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2009, S. 161

Wenn aber – wie es die obenstehende Abbildung nahelegt – vor allem die wachsenden Leistungsausgaben für eine älter werdende Bevölkerung das Krankenversicherungssystem – egal ob gesetzlich oder privat – vor Herausforderungen stellt, dann lässt sich daraus auch folgern, dass wir vor allem unsere Kenntnisse darüber verbessern müssen, wie wir zu einer Verkürzung der Krankheitsphasen im Alter (compression of morbidity) kommen können. Bisher ist nämlich nicht nur unklar, ob die Alterung der Bevölkerung automatisch zu einem entsprechend proportionalen Ausgabeanstieg führt, es sind auch die Mechanismen noch nicht geklärt, die eine Verkürzung der Krankheitsphasen im Alter nachgewiesenermaßen befördern können. Hier erweist es sich als Nachteil, dass auch unsere Forschungspolitik sich in deutlich stärkerem Maße an patho- als an salutogenetischen Kriterien orientiert. Mit anderen Worten: Die Frage, was

uns gesund erhält, ist bislang viel zu wenig gestellt und beforscht worden. Ihr kommt, gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, dramatisch wachsende Bedeutung zu.

- **Warum kann und sollte es keine „Jahrhundertreform“ geben?**

Gesundheitsversorgung muss stets in unmittelbarem Zusammenhang zur jeweils aktuellen gesellschaftlichen Situation stehen. Verliert sie diesen Konnex sind ihre Grundlagen und Mittel in der Regel dem aktuellen Bedarf nicht mehr adäquat. Dies betrifft sowohl die Einnahmenseite (z.B. veränderte Erwerbsbiographien) also auch die Ausgaben (z.B. Verschiebung der Morbiditätslast von akuten zu chronischen Erkrankungen). Zielsetzung kluger Gesundheitspolitik muss es daher sein, ein dauerhaft stabiles aber bewegliches System zu etablieren. Die Rahmenbedingungen dabei so zu setzen, dass Politik und Akteure in der Lage sind, auf unausweichliche gesellschaftliche Veränderungsprozesse schnell und angemessen reagieren zu können oder sie, wenn möglich, zu antizipieren.

Bereits der Name sagt, dass eine „Jahrhundertreform“ gerade diese Voraussetzungen nicht erfüllen kann. Notwendig wäre es vielmehr, den permanenten Reform- und Anpassungsbedarf unseres Gesundheitssystems positiv herauszustellen und die Reformfähigkeit des Systems als einen Wert an sich zu erkennen und zu kommunizieren. Das Gegenteil ist derzeit der Fall: Notwendige Reformschritte werden als „Herumdoktern am System“ diffamiert, und die gesundheitspolitischen Verbände rühmen sich in der Regel, stärkere Systemanpassungen verhindert oder zumindest in der Auswirkung auf ihre Mitglieder abgeschwächt zu haben. Gesellschaftlich etabliert werden müsste stattdessen ein positiver Reformbegriff, der deutlich macht, dass das deutsche Gesundheitssystem auf die weitreichenden Herausforderungen des gesellschaftlichen Wandels zu reagieren vermag – und reagiert.

- **Können neue Finanzierungsmodelle und -grundlagen unser Gesundheitssystem nachhaltig stabilisieren?**

Der Begriff der „Nachhaltigkeit“ ist zum Modewort verkommen (meist verwechselt mit „Langfristigkeit“), wird aber im aktuellen Kontext ganz bewusst und in seiner ursprünglichen Bedeutung verwendet: Nachhaltigkeit besagt in der Forstwirtschaft (und hier wurde der Begriff geprägt), dass einem System (Wald) nicht mehr Güter (Holz) entnommen werden dürfen, als vom System selbst reproduziert werden können. Bereits mit dieser relativ einfachen aber präzisen Definition wird deutlich, dass Nachhaltigkeit sich – in welchem System auch immer – nur dann erreichen lässt, wenn Ressourcen-Entnahme *und* Ressourcen-Rückführung ständig in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden können. Eine nachhaltige Systemfinanzierung des Gesundheitswesens kann also per se nicht gelingen, wenn allein die Ausgabenseite in den

Blick genommen wird (es kann also im Grunde auch kein „Gesetz zur nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ geben, wenn dort nur die Einnahmenseite geregelt und neu geordnet wird).

Daraus wird ersichtlich, dass weder die aktuell diskutierten Finanzierungsmodelle der Gesundheitsprämie noch die Bürgerversicherung diese Bedarfslücke letztlich decken können. Sie regeln alleine die Einnahmenseite und haben in Kern zum impliziten Ziel, die erkennbaren Nachhaltigkeitsdefizite des deutschen Gesundheitswesens entweder in die Zukunft oder in andere Finanzierungsbereiche zu verlagern: Die so genannte Bürgerversicherung verschiebt – in welcher Ausprägung auch immer – das eigentliche Problem nur um ein paar Jahre nach vorne, indem sie die Finanzierungsbasis verbreitert. Die Gesundheitsprämie verlagert die Problematik ins Steuersystem, da in einem wie auch immer gelagerten Prämienmodell die mittelfristig zwangsläufig anfallenden Mehrbelastungen für bedürftige Beitragszahler aus Steuermitteln aufgebracht werden müssen. Dieser Effekt wäre bereits heute schon erkennbar, wenn nicht die Heraufsetzung des Beitragssatzes auf 15,5% und die Sparvorgaben im Arzneimittelbereich ein drohendes Defizit des GKV-Systems vorübergehend aufgefangen hätten. Mit Nachhaltigkeit im eigentlichen Sinne hat also die aktuelle GKV-Finanzierung wenig zu tun.

Finanzierungsmodelle allein werden also kaum in der Lage sein, echte Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung zu etablieren. Auf der Grundlage *eines* Versicherungsmarktes werden vielmehr Konzepte Raum greifen müssen, die flexible, den gesellschaftlichen Grundlagen angepasste Verknüpfungsmodell zwischen Leistungskatalog und Mittelallokation ermöglichen.

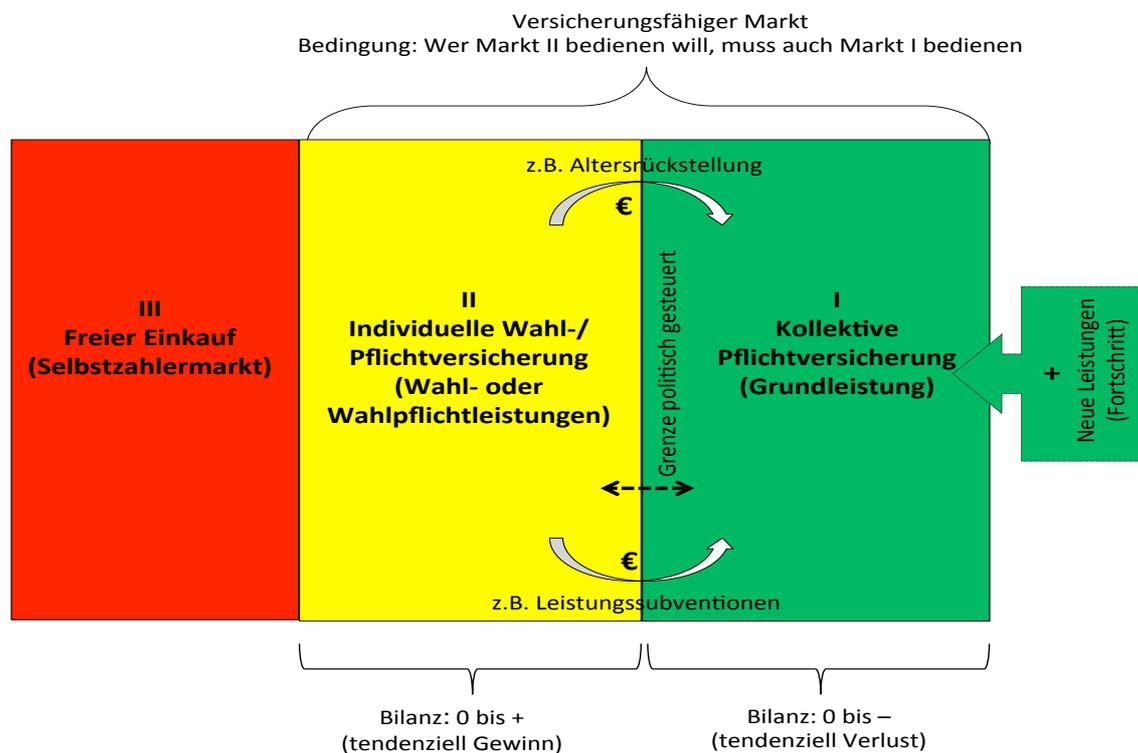
#### **Solidarität neu denken (ein Versuch):**

##### **Finanzierung der Grundversorgung durch Quersubvention?**

Die dargestellten grundlegenden Probleme des demographischen Wandels im ursprünglichen Wortsinne nachhaltig in den Griff zu bekommen, kann nur gelingen, wenn sowohl Finanzierungs- als auch Ausgabenseite mit „atmenden“ und aufeinander reagierenden Steuerungsmechanismen versehen werden. Den wachsenden Ausgaben muss also sowohl durch eventuelle Beitragssatzerhöhungen als auch durch verbesserte Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge, also letztlich auch durch mögliche Leistungskürzungen begegnet werden. Dabei ist durchaus vorstellbar und – systemisch gedacht – sogar wünschenswert, Leistungskürzungen durch individuelle Versicherungsangebote wieder abzusichern. Denkbar sind hier beispielsweise Generika- und Innovations-Tarife in Arzneimittelversorgung, Zusatztarife für höhere Komfortleistungen bei Krankenhausaufenthalt (eventuell bei gleichzeitiger Absenkung des aktuellen Standards) oder auch unterschiedliche Tarifklassen bei der Krankengeldfinanzierung (auch hier bei möglicher Einschränkung des bisherigen Leistungsumfanges).

Unter den Voraussetzungen eines einheitlichen Versicherungsmarktes könnten und sollten diese gewinnorientierten Individualversicherungsangebote (Versicherungsmarkt II) durch Quersubventionierung zur Finanzierung des Grundversicherungsbereichs (Versicherungsmarkt I) herangezogen werden. Überschüsse aus einem freiwilligen höherwertigen Versicherungsschutz (beispielsweise Einzelzimmer im Krankenhaus) könnten dann nach eigener un-

ternehmerischer Entscheidung des Versicherers für Quersubventionierung der kollektiven Grundversorgung verwendet werden, statt – wie bisher – ausschließlich privatwirtschaftliche Gewinne abzuwerfen.



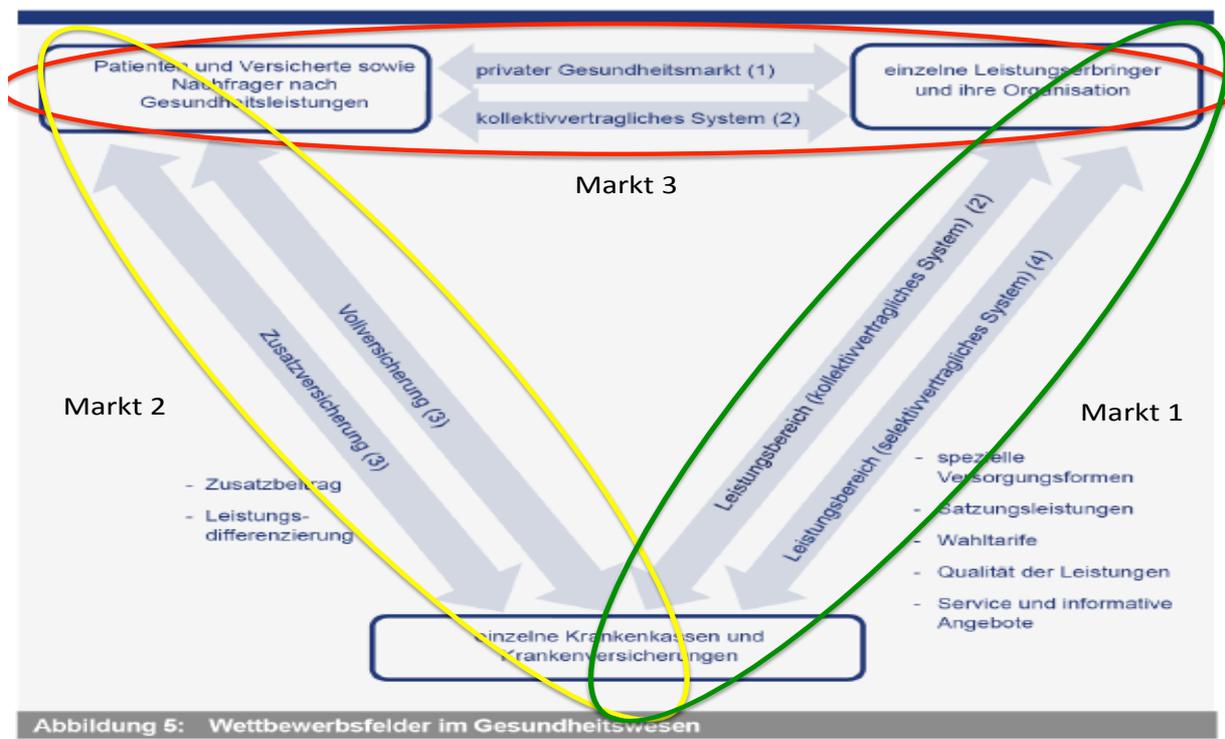
Quelle: Eigene Darstellung

Hierfür müssen allerdings Finanzierung, Präventionsaktivitäten (und -bereitschaft), Leistungsumfang und Wahlversicherungsangebote mit Kontrahierungszwang in *einem* Marktsystem zusammengeführt werden, das den Anbietern die Möglichkeit zur Quersubventionierung des durch medizinischen Fortschritt und demographischen Wandel teurer werden Grundleistungskataloges durch gewinnorientierte individuelle Wahlangebote gewährt – ähnlich wie bei Fluggesellschaften Business- und First Class die Economy-Class subventionieren. Ein solches System sollte den Kassen und Versicherungsunternehmen volle Beitragssatzautonomie zurückgeben. Die jeweiligen Rechtsformen (Körperschaft öffentlichen Rechts oder privatrechtliches Unternehmen) könnten beibehalten werden, wobei allerdings auf steuerliche Gleichbehandlung zu achten ist.

Aktuell jedoch besteht die Möglichkeit der weitergehenden Absicherung von Gesundheits- und Komfortleistungen nahezu ausschließlich im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV).

- Welche Bedeutung könnte und sollte dem Wettbewerb bei der Etablierung eines nachhaltig stabilen Gesundheitssystems zukommen?

Wettbewerb an sich ist kein Selbstzweck, sondern ein ökonomisch getriebener Suchprozess um Systemverbesserungen. Gerade in unserem solidarisch abgesicherten Gesundheitssystem fehlen jedoch bislang Diskussionen darüber an welcher Stelle Markt und Wettbewerb gewünscht, sinnvoll und ethisch vertretbar sind, und wo eher nicht. Darüber hinaus ist das Bewusstsein darüber unzureichend, wo es im Gesundheitssystem Anbieter- und Kundenstrukturen gibt. Hier ändern sich beispielsweise die Systemgrundlagen signifikant, wenn die Betrachtung vom so genannten ersten in den zweiten Gesundheitsmarkt wechselt. Der erste Gesundheitsmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung wird – vor allem im selektivvertraglichen Bereich – eher von einer Anbieter/Kunden-Struktur zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern bestimmt (Markt 1). Nicht der Patient ist „Kunde“ medizinischer Leistungen (allenfalls Nutznießer), sondern die Krankenkasse – in der Regel allerdings als „Zwangskunde“. Hier also herrscht Markt, und hier sollte deswegen auch Wettbewerb der Anbieter untereinander herrschen – was in der Regelversorgung aufgrund des weitgehenden Kontrahierungszwangs jedoch kaum der Fall ist. Deutlich wird daran, dass die selektivvertraglichen Kontrahierungsmöglichkeiten von Krankenkassen erweitert werden müssen, wenn erwünschte wettbewerbliche Lösungen auf das Leistungsgeschehen Einfluss gewinnen sollen. Politische Aufgabe wäre es dabei, die Rahmenbedingungen für einen solchen Wettbewerb so zu setzen, dass vor allem Qualität und nicht Preis den entscheidenden Wettbewerbsparameter bildet.



Quelle: SVR/ eigene Darstellung

Zugleich müssen aber auch dem Versicherten Wahlentscheidungen zugemutet werden. Ein Bewusstsein dafür ist bislang nur sehr rudimentär ausgeprägt, was in letzter Konsequenz zu einer „Vollkasko-Mentalität“ auf Seiten der Versicherten führt, bei der keine persönliche Verantwortung für den Ressourcen-Verbrauch von Gesundheitsleistungen empfunden wird. Einem „Markt 1“ zwischen Leistungsträgern und Krankenversicherungen muss also ein „Markt 2“ an die Seite gestellt werden, in dem der Versicherte (jetzt durchaus auch Kunde) seine jeweilige Krankenversicherung – auf der Basis eines politisch festgelegten Grundleistungskatalogs – nach den für ihn und seiner Versorgungsbedürfnisse individuell zusammengestellte Wahlleistungsangebote auswählt. Solche Wahlentscheidungen und Wahlangebote (deren ethische Flanken ebenfalls der politischen Grenzziehung bedürfen) sollten den Versicherten langfristig zugemutet werden und dürften – bei einer entsprechend flachen Lernkurve – auch zumutbar sein.

Zu fragen wäre in diesem Zusammenhang, inwieweit es wünschenswert und einem solidarischen Versicherungssystem angemessen ist, den Patienten selbst zum autonomen „Einkäufer“ medizinischer Leistungen zu machen (Markt 3). Hier ist vor allem in Rechnung stellen, dass der Patient mit zunehmender Schwere seiner Erkrankung seine Verbraucherautonomie verliert und immer weniger über die Möglichkeiten aktiver Wahl- und Kaufentscheidungen verfügt. Vor diesem Hintergrund sollte ein solidarisches Krankenversicherungssystem tendenziell darauf ausgerichtet sein, *notwendige* Leistungen gänzlich vom Markt 3 fernzuhalten, *wünschenswerte* aber nicht unbedingt notwendige Leistungen so weit wie möglich als Zusatzversicherungsangebote im Markt 2 zu verankern und erst reine Lifestyle- und Individual-Angebote dem freien Markt zwischen Leistungserbringer und Kunden/Patienten zu überlassen.

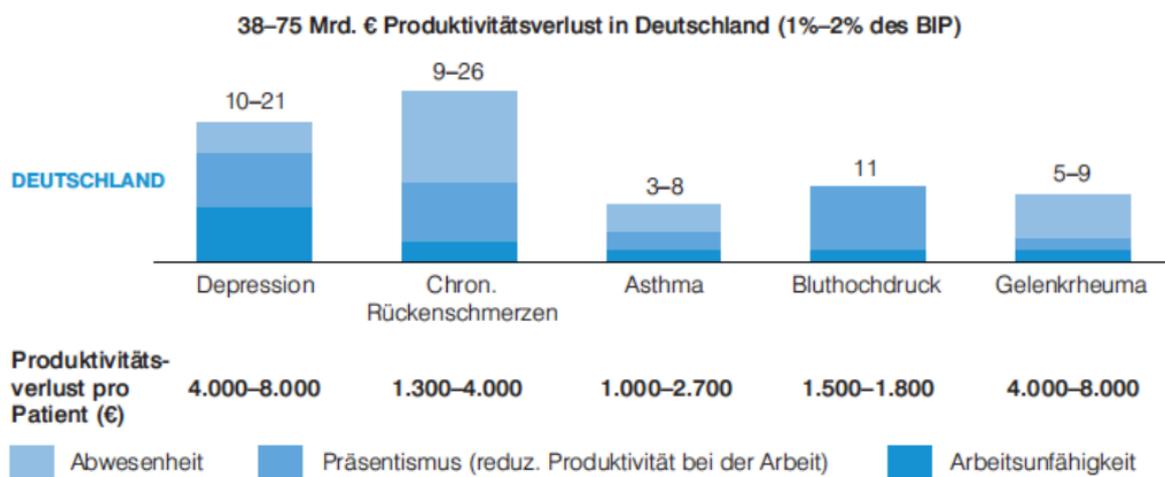
In einem solchen System wäre der Patient sowohl vor einer dominanten Kunden-Rolle gegenüber den Leistungsträgern als auch von einer Situation der Entsolidarisierung mit den gesunden Versicherten geschützt. Die Übergänge zwischen den einzelnen Marktsektoren wären allerdings fließend und würden durch das politische immer wieder neu abgesteckte Feld der Grund- und Wahlleistungen definiert.

- **Warum sind Gesundheit und Gesundheitssystem auch von hoher gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Relevanz?**

Die größte Herausforderung des demographischen Wandels wird vermutlich nicht sein, die Ausgaben für Gesundheit auf ein volkswirtschaftlich verantwortbares Maß zu begrenzen. Noch größere Verantwortung wird unserem Gesundheitssystem angesichts der sich verschiebenden Alterspyramide für die Bereitstellung „wertschöpfender“ Bevölkerungsteile zufallen. Bereits heute entstehen der Bundesrepublik Deutschland seriösen Untersuchungen zufolge Produktivitätsausfälle in Höhe von bis zu 100 Mrd. Euro durch physische und psychische Erkrankungen. Diese Summe kann zwar nicht

unkritisch den aktuell ca. 250 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben hinzuaddiert werden, doch steht außer Frage, dass gerade ein nicht zu vernachlässigender Teil von *vermeidbarer* Morbidität nicht nur Ausgaben im Gesundheitssystem aufwirft, sondern auch zu gesamtgesellschaftliche Folgekosten in anderen volkswirtschaftlichen Bereichen (Produktivitätsverluste, Steuerausfälle, Aufwendungen für Frühverrentung etc.) führen. Diese gesamtgesellschaftlichen Folgekosten eines nicht in erster Linie präventiv ausgerichteten Gesundheitswesens müssen aus diesem Grunde zumindest partiell der Summe der Gesundheitsausgaben noch hinzuaddiert werden, um die Dimension der Herausforderung zu ermessen.

*Produktivitätsverluste aufgrund chronischer Krankheiten, 2010*



Quelle:  
 booz&Co, Bertelsmann Stiftung (2012):  
 Effekte einer gesteigerten Therapietreue: Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens

Für eine solche volkswirtschaftliche Gesamtbilanz steht bislang das notwendige Instrumentarium nur partiell zur Verfügung. Am weitesten führen hier die Berechnungen im Rahmen des so genannten Gesundheitssatellitenkontos (dazu mehr in den nachfolgenden Abschnitten von Klaus-Dirk Henke). Gerade wenn die Ausgaben für Gesundheit – wie gezeigt – durch medizinischen Fortschritt und demographischen Wandel notwendig steigen, muss es jedoch gelingen, die Wertschöpfungsverluste durch Krankheit exakter zu definieren und deutlich zu senken, wenn Deutschland sein wirtschaftliches Potenzial künftig auf dem derzeitigen Niveau stabil halten will. Vor diesem Hintergrund dürfen Gesundheitsausgaben nicht länger als „Kosten“ interpretiert werden. Sie sind vor allem Investitionen für die bislang nicht ausreichend erschlossenen Wertschöpfungspotentiale durch Gesundheit – und damit selber wertschöpfend.

## Literatur

- Amelung, V., Sydow, J., Windeler, A. (Hrsg.) (2009). Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. (Hg.) (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2010). Stellungnahme der Bundesregierung. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Altersbilder in der Gesellschaft. BT-Drucks. 17/3815.
- Busse, R., Riesberg, A. (2005). Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Chinnow, K., Barz, G., Lorenz, K. & Göpel, E. (2011). Health in All Policies auf Bundesebene in Deutschland. Das Gesundheitswesen. 73: A243.
- Fürstenberg Institut. (2011). Fürstenberg Performance-Index 2011. Kosten durch Krankheit und psychosoziale Belastungen in Deutschland. Online im Internet: [http://www.fuerstenberg-institut.de/wp-content/uploads/2011/07/F%C3%BCrstenberg-Performance-Studie-2011\\_Kurzfassung.pdf](http://www.fuerstenberg-institut.de/wp-content/uploads/2011/07/F%C3%BCrstenberg-Performance-Studie-2011_Kurzfassung.pdf)
- Henke, K.-D. (2007). Zur Dualität von GKV und PKV, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 227, Heft 5/6. S. 502-528.
- Martin, K., Henke, K.-D. (2008). Gesundheitsökonomische Szenarien zur Prävention, Baden-Baden 2008.
- Goldschmidt A., Hilbert J. (Hrsg.) (2009). Gesundheitswirtschaft in Deutschland - Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom-Verlag.
- Nowossadeck, E. (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt. 3(2).
- Orlowski, U., Wasem, J. (2007). Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG): Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick. Heidelberg: C.F.Müller.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. (2011). Herausforderungen des demografischen Wandels. Expertise im Auftrag der Bundesregierung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Schumpelick, V., Vogel, B. (Hrsg.) (2012). Gesundheitssystem im Umbruch. Beiträge des Symposiums vom 23. bis 26. September in Cadenabbia. Freiburg im Breisgau: Herder.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten, Band 77 der Schriftenreihe des BMF, Berlin 2004.



## 4. Chancengleichheit

Bernhard Bühlren

- *Ist mangelnde Chancengleichheit für unser System ein Problem? Und wie lässt sich mehr Chancengleichheit erreichen?*
- *Welche gesundheitsrelevanten Interventionsmöglichkeiten bestehen jenseits der individuellen Ebene?*
- *Was ist unter Verhältnisprävention zu verstehen?*
  
- **Ist mangelnde Chancengleichheit für unser System ein Problem? Und wie lässt sich mehr Chancengleichheit erreichen?**

Es muss akzeptiert werden, dass die Bürgerinnen und Bürger nicht alle denselben Gesundheitszustand haben. Begründet ist dies in den vielfältigen Faktoren, welche die Gesundheit unterstützen oder beeinträchtigen können, einschließlich genetischer und anderer nicht vom Individuum beeinflussbarer Größen. Die freiheitliche Gesellschaft bietet dem Individuum durch die Verschiedenheit der sozioökonomischen Milieus, Umweltbedingungen und Lebenswelten unterschiedlich günstige Ausgangsbedingungen und ermöglicht ihm über seine Ausgangsvoraussetzungen hinaus zudem gesundheitsförderndes und gesundheitsschädliches Verhalten. Als „klassische“ Determinanten der Gesundheit gelten (Kickbusch, 2009):

- Einkommen und sozialer Status
- Netzwerke der sozialen Unterstützung
- Bildung und Gesundheitskompetenz
- Beschäftigung, Arbeitsbedingungen
- Soziale und physikalische Umwelt
- Persönliches Gesundheitsverhalten und Umgang mit Krankheit (Coping)
- Gesunde kindliche Entwicklung
- Biologie und genetische Ausstattung
- Gesundheitsdienste
- Geschlecht
- Kultur

Neben den biologischen und individuellen Anteilen nehmen also die sozialen Determinanten der Gesundheit eine ausschlaggebende Rolle ein (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008), was die gesellschaftlichen Bereiche und Politikfelder, in denen gesundheitsrelevante Interventionen erforderlich, aber auch möglich sind, gegenüber dem traditionellen Verständnis von Gesundheitsversorgung v.a. als

Krankenbehandlung mit (etwas) Prävention deutlich erweitert. Gesundheit muss, kann aber auch weit jenseits des Krankenbehandlungssystems erhalten und gefördert werden.

Unterschiedliche Startbedingungen und Bedürfnisse gesellschaftlicher Teilgruppen sind dabei zu berücksichtigen (z.B. Gender Sensitivity), wenn die sozialen Determinanten der Gesundheit ernst genommen werden sollen. Aufseiten des (breit verstandenen) Gesundheitswesens ist eine größtmögliche Transparenz („Readability“) des „Systems“ anzustreben, um auch Menschen mit geringerer Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) zu erreichen. Fairness und Solidarität können sich dann nicht nur auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen beziehen, sondern müssen den Zugang zu Bildung und zu unschädlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen einschließen. Die Kommission fasst zusammen: „Soziale Gerechtigkeit ist eine Frage von Leben und Tod. Sie beeinflusst, wie Menschen leben, folglich ihre Wahrscheinlichkeit für Krankheit und das Risiko vorzeitigen Todes“. Folglich müssten zur Verbesserung der Chancengleichheit hinsichtlich Gesundheit vordringlich die täglichen Lebensbedingungen verbessert und die ungleiche Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen angegangen werden.

Dies ist auch in Deutschland und in den anderen westlichen Industriegesellschaften von Bedeutung, da auch hier die soziale „Schere“ sich immer weiter öffnet und sogenannte „bildungsferne“ Schichten drohen, dauerhaft von Wohlstand, Bildung und gesellschaftlicher Entwicklung abgehängt zu werden – und damit auch von Gesundheit in der kindlichen Entwicklung und im Jugend- und Erwachsenenalter. Alleinerziehende Eltern haben auch in Deutschland ein höheres Armutsrisiko als Familien mit mehr als drei Kindern, auch hier hängt der Bildungsstand mit krankheitsbedingter Morbidität zusammen (Mielck, 2008). Arbeitslosigkeit und sozialer Status der Eltern wirken sich erheblich sogar auf die Körpergröße von Kindern aus, wobei es weniger das Einkommen ist, sondern mehr der psychische Stress und die Frustration der Eltern, welche möglicherweise zu einer Vernachlässigung der Kinder bezüglich ihrer Versorgung und damit zu schlechteren Entwicklungschancen für diese führen (Baten/Böhm, 2008).

Die sozialen Determinanten von Lebenserwartung und Krankheitslasten können nicht durch die medizinische Versorgung in ihrem engeren Sinn verändert werden; beeinflusst werden könnten sie aber durch eine über die Krankenbehandlung hinausweisende, sonstige relevante Politikfelder ansprechende, integrative Gesundheitspolitik („Health in all Policies“, HIAP).

- **Welche gesundheitsrelevanten Interventionsmöglichkeiten bestehen jenseits der individuellen Ebene?**

Die Koproduktion von Gesundheit erfordert neben dem Betroffenen selbst viele verschiedene Akteure, die zusammenwirken, um den Bürger mit den erforderlichen Kompetenzen und Möglichkeiten auszustatten, sich gesund zu erhalten und bei Bedarf

das für ihn geeignete Unterstützungsangebot in Anspruch zu nehmen. Die Forschung zu sozialen Determinanten der Gesundheit zeigt, dass ein finanziell gesichertes Auskommen, eine sinnvolle Tätigkeit mit ausreichender Anerkennung, ein „gesundes“ soziales Umfeld und Zugang zu guter Bildung einen ebenso hohen Beitrag zur öffentlichen Gesundheit leisten können wie das Krankenbehandlungssystem. Historisch ist belegt, dass die starken Zuwächse an gesunder Lebenszeit am Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts zum großen Teil nicht auf den Fortschritt der medizinischen Behandlungsmethoden, sondern auf die verbesserten hygienischen Standards z.B. bei der Trinkwasserversorgung sowie bessere Arbeits- und Lebensbedingungen zurück gehen.

- **Was ist unter Verhältnisprävention zu verstehen?**

Erklärungen auf der Grundlage des klassischen Krankheitsparadigmas beschränken sich auf biologische und verhaltensbezogene Risikofaktoren. Ihr struktureller und professioneller Kontext ist die medizinische Krankheitsbehandlung und -prävention.

Das Konzept der Verhältnisprävention hingegen hat seine Wurzeln u.a. bei Rudolf Virchow, nach dessen Ansicht jede Volkskrankheit, sei sie geistig oder körperlich, uns „das Volksleben unter abnormen Bedingungen“ zeige, und es sich für uns nur darum handle, diese Abnormität zu erkennen und den „Staatsmännern“ zur Beseitigung anzuzeigen (Virchow 1879/2006, S. 119). Dies führte ihn zum Konzept der „politischen Medizin“. Inwiefern das Individuum durch sein Verhalten zur Entstehung von Krankheiten beiträgt (und deshalb diese auch selbst verhindern könnte) und welchen Anteil soziale und Umweltbedingungen haben, ist pauschal sicher nicht beantwortbar. Auch beim viel diskutierten Essverhalten, das im Fall seiner Störung u.a. zur Adipositas mit all ihren Folgewirkungen führt, muss dessen kulturelle Einbettung und seine soziale Funktion berücksichtigt werden, wenn über gesellschaftliche versus individuelle Ansätze zur Intervention nachgedacht wird. Auch alle anderen Risikoverhaltensweisen (Alkoholkonsum, Tabakrauchen, zu schnelles Autofahren etc.) ebenso wie die Schutzfunktionen (die Möglichkeit, Sport zu treiben, Verfügbarkeit schadstoffarmer Lebensmittel, ausreichende Entspannungsmöglichkeiten, soziale Unterstützung usw.) hängen stark von Bedingungen des engeren oder weiteren Umfeldes ab und sind somit auch gesellschaftlich bzw. politisch beeinflussbar. Der Schwerpunkt des Arbeitsschutzgesetzes z.B. liegt auf der Verhältnisprävention: „Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen.“ Vorrangig sollen die Arbeitsbedingungen optimal gestaltet werden, individuelle Maßnahmen sind nachrangig. Auch in anderen Bereichen werden strukturelle Ansätze verfolgt, die auch durchaus Wirkung zeigen, wenngleich die Wirkungspfade oft indirekt sind: Der Tabakkonsum geht seit Jahren zurück, was u.a. auf das Werbeverbot und das Rauchverbot in Gaststätten zurückgeführt werden kann. Regelmäßiger Alkoholkonsum und Rauschtrinken sind bei Jugendlichen in den letzten Jahren stetig zurückgegangen (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 2012),

wozu u.a. die Sondersteuer auf alkoholische Mixgetränke, sog. Alkopops, und die dadurch erreichte massive Preiserhöhung für diese Produkte beigetragen hat. Andere Beispiele für verhältnispräventive Interventionen sind die Einrichtung von Kinderspielplätzen zur Förderung der körperlichen Bewegung oder Fahrverbote in Städten, um die Feinstaubbelastung zu reduzieren.

Die Verhältnisprävention soll selbstverständlich weder die Gesundheitsförderung noch die auf das Individuum bezogene Vorsorge ersetzen. Sie kann aber einen wichtigen Beitrag zur öffentlichen und individuellen Gesundheit leisten, der durch Gesundheitsfolgenabschätzung für Gesetzesvorhaben ermittelt werden kann.

## **Literatur**

Baten, J., Böhm, A. (2008). Trends of Children's Height and Parental Unemployment: A Large-Scale Anthropometric Study on Eastern Germany, 1994 - 2006. CESifo Working Paper No. 2189. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1085979>

Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung (2012). Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

Kickbusch, I. (2009). Policy Innovation for Health. In I. Kickbusch, Hrsg., Policy Innovation for Health (pp. 1-21). New York: Springer.

Mielck, A. (2008). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51, S. 345–352.

Virchow, R. (1879). Sämtliche Werke Bd. 28.1, Abt. I: Medizin: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der Öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre 1879, 1. Band, Nachdr. d. Aug. Berlin 1879, herausgegeben von Christian Andree. Hildesheim: Olms-Verlag 2006, S. 119.

WHO Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report. Geneva: World Health Organization.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

## 5. Aktive Teilhabe

Bernhard Bührlen

- *Warum braucht unser Gesundheitswesen mehr aktive Teilhabe der Betroffenen?*
  - *Wie lässt sich mehr Transparenz im Gesundheitswesen erzielen?*
  - *Wie lässt sich mehr Teilhabe verwirklichen?*
  - *Was versteht man unter bürgerzentriertem Gesundheitsmanagement?*
  - *Inwiefern wird Gesundheit koproduziert?*
  - *Was ist unter „Gemeinsamer Entscheidungsfindung“ zu verstehen?*
  - *Gibt es Grenzen der Teilhabe von Nutzern am Gesundheitswesen?*
- 
- **Warum braucht unser Gesundheitswesen mehr aktive Teilhabe der Betroffenen?**

Grundsätzlich fordert bereits §1 SGB V eine aktive Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an der Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit. „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“

Auch in der Praxis ist evident, dass erfolgreiche Gesundheitsförderung, Prävention sowie das Management von chronischen Krankheiten nur unter Einbindung und Beteiligung der Betroffenen möglich sind. Zunehmend wird daher auch von der Koproduktion von Gesundheit gesprochen. Die Forschung zeigt, dass Unterschiede in der Gesundheit von gesellschaftlichen Gruppen nicht nur von deren Einkommen und Bildungsstand abhängen. Diese Faktoren können sich zwar beispielsweise über eine gesündere Wohnumwelt und ein besseres Verständnis von Gesundheitsinformationen auf den individuellen Gesundheitszustand auswirken. Aber auch innerhalb der sozialen Schichten gibt es ein differenzielles, milieuspezifisches Nachfrageverhalten in Bezug auf Gesundheitsinformationen und Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsangeboten (Arnold, 2011). Die Milieus unterscheiden sich neben den soziodemographischen Merkmalen auch hinsichtlich ihrer eher traditionellen versus eher modernen Werte und Lebensweisen. Die milieuspezifischen Gesundheitsoutcomes belegen, dass die für alle GKV-Versicherten im Grundsatz gleichen Angebote offensichtlich nicht ausreichend differenziert sind, um alle Versicherten und Patienten zu erreichen. Gleiche Gesundheitschancen für alle können also nicht durch gleiche Angebote für alle erreicht werden. Deshalb muss sich die Angebotsseite stärker an die Differenzierung und Individualisierung der Gesellschaft anpassen (Arnold, 2011).

Diesem Anspruch kann nur ein Gesundheitswesen genügen, das den Betroffenen ausreichende Wahlmöglichkeiten bietet, um für sich und ihre persönliche Lebensweise das geeignete Unterstützungsangebot zu finden. Die Angebote müssen differenziert auf die Zielgruppen zugeschnitten und von diesen in einem transparenten System leicht aufzufinden und akzeptabel sein. Was aber spezifisch genug, transparent genug und akzeptabel ist, kann nicht allein durch „Experten“ definiert, sondern – basierend auf wissenschaftlicher Evidenz – nur gemeinsam mit den Betroffenen als Expertinnen und Experten für ihre persönliche Lebenswelt entwickelt werden.

Darüber hinaus bestehen auch innerhalb der Gruppe der „Laien“ große Unterschiede hinsichtlich ihrer Ziele und Interessen: Als Patienten wünschen Sie sich im Bedarfsfall schnellen Zugang zur Maximalversorgung, als Versicherte, Beitrags- und Steuerzahler eher Effizienz und Ausgabenbegrenzung; als Patienten eventuell das Abgeben von Verantwortung an ein Expertensystem, als Bürger maximale Mitbestimmung. Leistungserbringer im stationären und ambulanten Sektor, Sozial- und Rentenversicherungen, Versicherungswirtschaft, Arzneimittel- und Gerätehersteller und andere gesellschaftliche Gruppen bringen weitere Interessenslagen mit. Ein Ausgleich dieser Interessen kann nur auf demokratischem Weg geschehen, der im immer noch stark patriarchalisch strukturierten Gesundheitswesen in Deutschland noch weiter gestärkt werden muss.

Insofern ist eine starke Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen nicht nur Postulat einer demokratischen Gesellschaft und eine zunehmende Forderung von Personen, die sich als Geldgeber, Leistungsempfänger und Verantwortliche für die eigene Gesundheit souverän und auf Augenhöhe mit den anderen Interessensgruppen verhalten wollen, sondern verspricht, wie bei großen Infrastrukturprojekten, auch bei der Ausgestaltung gesundheitsbezogener Interventionen eine höhere Effizienz, weil Planungen am Bedarf vorbei vermieden und die Inanspruchnahme gerade bei besonders bedürftigen Personen gestärkt werden kann.

- **Wie lässt sich mehr Transparenz im Gesundheitswesen erzielen?**

Der Bedarf nach Transparenz („Readability“) des Gesundheitswesens – in der Prävention wie in der Versorgung – ist enorm. Sie ist das notwendige Gegenstück zur Gesundheitskompetenz („Health literacy“) der Betroffenen und muss für alle Beteiligten, besonders aber für Nutzer, Versicherte und Bürger, optimal gewährleistet sein, damit sie möglichst selbstbestimmt und mitverantwortlich das für sie am besten geeignete Angebot auswählen können. Transparenz ist aber auch für Anbieter, Ausgabenträger (z.B. GKV, PKV, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherung, Selbstzahler...) und politisch Verantwortliche bedeutsam und gilt für Produkte, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sowie für Qualität, Kosten und Wahlmöglichkeiten. Transparenz muss eine Bringschuld aller Entscheider, Produzenten und Dienstleister sein. Auch angewandte

Bewertungskriterien und -prozesse müssen transparent sein, u.a. bei der Qualitätsmessung, Kosten/Nutzen-Bewertung und in der Werbung für Gesundheitsdienstleistungen und -produkte. Erst durch ausreichende Transparenz, wenn möglich auch über vereinfachte, vom Patienten her gedachte Strukturen, wird eine informierte und aktive Teilhabe möglich.

Integrierte und vernetzte Versorgungsmodelle, aus denen die Versicherten wählen können, müssen die fragmentierten Formen der Behandlung ersetzen. Finanzierungsanreize müssen diese Entwicklung unterstützen. Auch für Gesunderhaltung durch Prävention und Gesundheitsförderung sind integrierte Angebote zu entwickeln, z.B. im Rahmen des Lebenswelt-Ansatzes in Betrieben, Schulen, Kindergärten, Freizeiteinrichtungen usw. Eine bessere Integration von Prävention und Gesundheitsförderung mit Krankenbehandlung, Pflege und sozialen Diensten trägt zu einer Verbesserung der Qualität und Nachhaltigkeit der gesundheitsbezogenen Ergebnisse bei.

Eine verbesserte Transparenz nützt auch den involvierten professionellen Akteuren, insbesondere auch der Politik, indem sie dem „System“ seine Steuerbarkeit zurückgibt und eine systemische Gesundheitspolitik ermöglicht (Kyrer/Seyr, 2011).

- **Wie lässt sich mehr Teilhabe verwirklichen?**

Das sich verändernde Krankheitsspektrum mit chronischen Krankheiten, welche eine starke Abhängigkeit vom persönlichen Ess-, Trink-, Bewegungs-, Konsum- und Arbeitsverhalten haben, sind der klassischen, arztzentrierten patriarchalischen Medizin nicht ausreichend zugänglich; sie erfordern eine besonders starke aktive Beteiligung der Betroffenen. Das herkömmliche Medizinsystem kann umgrenzte Krankheiten behandeln, Gesundheit in einem umfassenden Sinn kann aber höchstens von den Bürgerinnen und Bürgern selbst geschaffen werden. Deshalb müssen Selbstbestimmung, Teilhabe und Eigenverantwortung der Bürger und Patienten Grundlage allen gesundheitspolitischen Handelns werden. Das Gesundheitswesen muss sich grundlegend umorientieren, um Bürger, Versicherte und Patienten als aktiv Handelnde durch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen und bei Bedarf durch professionelle Leistungen optimal zu unterstützen und ihren Bedarf und ihre Bedürfnisse ganzheitlich berücksichtigen zu können.

Voraussetzungen dafür ist einerseits die Transparenz („Readability“) des Systems: Das Gesundheitswesen muss an Nutzern, Patienten, Versicherten und Bürgern statt an Anbietern und Kostenträgern ausgerichtet und aus ihrer Perspektive logisch strukturiert sein.

Andererseits muss die Gesundheitskompetenz („Health literacy“) der Bürgerinnen und Bürger gestärkt werden („Empowerment“), damit sie sich gesundheitsfördernd verhalten und die Angebote kompetent mitgestalten und nutzen können. Bei der Festlegung ihrer individuellen Gesundheitsziele und deren Realisierung kommt ihnen die oberste

Souveränität zu. Ihr aktives Handeln ist zu nutzen und zu stärken, deshalb sind maximal mögliche Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit sicherzustellen, die notwendigen Fähigkeiten zur Mitwirkung zu vermitteln und die Nutzerinnen und Nutzer erforderlichenfalls in der bedarfsgerechten Inanspruchnahme professionell zu unterstützen. Souveränität der Nutzerinnen und Nutzer bedeutet auch, dass sie Angebote nicht oder anders in Anspruch nehmen könnten, als diese von den „Experten“ gedacht waren.

Aktive Teilhabe kann mit unterschiedlicher Intensität geschehen (International Association for Public Participation, 2007):

- Informieren (Information zur Verfügung stellen)
- Befragen (Öffentliches Feedback einholen)
- Beteiligen (Direkte Zusammenarbeit)
- Kooperieren (Partnerschaftliches Handeln)
- In die Lage versetzen (Empowerment; Entscheidungsmacht übergeben)

Es entwickeln sich zunehmend neue Formen des *health citizenship*. Der Zugang zu und Austausch von Informationen ist ein zentraler Bestandteil der aktiven Teilhabe. Die Entwicklung der Informationstechnologie hat hierzu wesentlich beigetragen und neue Möglichkeiten wie auch Konfliktfelder eröffnet. Die „social media“ haben nicht nur neue Austauschformen zwischen Patienten ermöglicht sondern auch neue Formen der Transparenz geschaffen, z.B. durch den Austausch von Informationen über Leistungserbringer. Weiterhin von hohem Konfliktpotential ist der Zugang von Patienten zu ihren Gesundheits- und Krankheitsdaten bzw. -akten.

Die aktive Teilhabe der Bürger an der Gesundheit umfasst eine breite Spanne von Handlungsbereichen sowie unterschiedliche Dimensionen und Ebenen der Teilhabe. Sie reicht von lokalen Aktivitäten bis zur Mitsprache in globalen Initiativen. In der Gesundheitsgesellschaft agiert das Individuum als individueller Bürger, Konsument, Patient und Dienstleister, aber auch als Mitglied von Nichtregierungsorganisationen, Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen und sozialen Bewegungen in der Zivilgesellschaft. Auch die Gesundheitsbehörden – besonders in den skandinavischen und angelsächsischen Ländern – nutzen die neuen Kommunikationsmöglichkeiten mit den Bürgern auf vielfältige Weise für Online-Befragungen, Kommentare und Diskussionsforen.

- **Was versteht man unter bürgerzentriertem Gesundheitsmanagement?**

Das deutsche Gesundheitswesen orientiert sich nicht primär an den Bürgerinnen und Bürgern, sondern an den Anbieter von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen und den entsprechenden Finanzierungsstrukturen. Es vergeudet große Potenziale durch eine Kultur des Misstrauens, der Überbürokratisierung, der Intransparenz und der viel-

fachen Bevormundung. Was fehlt, ist eine bürgerorientierte, transparente und qualitätsorientierte Steuerung der Gesundheitsversorgung, bei der Versicherte, Patienten, Ärzte, Pflege- und andere Gesundheitsberufe ihre individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse einbringen können und eingelöst sehen.

Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem können weder durch viele kleine Schritte noch durch einen großen Sprung herbeigeführt werden, sondern nur durch flächendeckende Partizipation mit öffentlicher Präsenz sowie durch die sinnvolle Bündelung der einzelnen Initiativen zu einem großen Sozialkapital der Gesellschaft.

Die Bürger benötigen zur Durchsetzung ihrer Interessen System- und Gesundheitskompetenzen, die schrittweise erworben werden müssen. Auf der anderen Seite müssen die Bürger mehr Transparenz in Form von Berichterstattung einfordern und eine Pflicht zur Transparenz rechtlich anstreben. Die Politik ist aufgefordert, den Bürgern, Patienten und Beitragszahlern unabhängige, zuverlässige und umfassende Information zugänglich zu machen. Eine bürgergeführte (elektronische) Patientenakte ermöglicht auf der individuellen Ebene die eigenverantwortliche Information und Kontrolle über präferierte und erhaltene Leistungen. Zur Steuerung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen macht der aktiv ermöglichende Staat den Bürgern Partizipationsangebote, bei denen die Bürger ihre Fähigkeiten einbringen können und ihre Bedürfnisse eingelöst sehen. Die Netzwerke der „gesunden Städte“, selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser, Gesundheitsregionen können als Keimzellen dienen und durch öffentliche Foren wie Zukunftswerkstätten und Gesundheitskonferenzen weiter ausgebaut werden.

Wohl informierte Partizipation in „lesbaren“, räumlich und fachlich überschaubaren Strukturen mit transparenten Entscheidungsmechanismen ist der Schlüssel zu mehr Bürgerzentrierung. Dabei muss auch die innerstaatliche Machtfrage, wer an welcher Stelle Geld auf eine Weise verteilen kann, damit im Gesundheitssystem eine Umorientierung stattfindet, in Richtung auf eine größere Demokratisierung auch der monetären Entscheidungen beantwortet werden.

- **Inwiefern wird Gesundheit koproduziert?**

Gesundheit dient der Verwirklichung der individuellen Lebensentwürfe zu mehr psychischem, sozialem, somatischem und spirituellem Wohlbefinden (vgl. WHO-Definition von 1948). Individuelle Freiheit, Selbstgestaltung und Teilhabe sind aufgrund dieses umfassenden Verständnisses unverzichtbar. Ein hohes Ausmaß an Eigenverantwortung für die Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit liegt damit beim Betroffenen selbst, der – in Ablösung oder zumindest Ergänzung zum konventionellen, patriarchalischen Verständnis, dass Gesundheit durch den Arzt hergestellt wird, indem dieser Krankheiten behandelt – zum zweiten wichtigen Akteur in Sachen seiner eigenen Gesundheit wird. In einem weiteren Verständnis der Koproduktion von

Gesundheit müssen angesichts der Bedeutung der sozialen Determinanten der Gesundheit auch das soziale Umfeld sowie die finanziellen, materiellen und ökologischen Lebensbedingungen einbezogen werden, welche die Möglichkeiten und Ressourcen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit vorgeben.

- **Was ist unter „Gemeinsamer Entscheidungsfindung“ zu verstehen?**

Im Bereich der Medizin wird „Gemeinsame Entscheidungsfindung“ („Shared decision-making“) auf die Situation des Arzt-Patient-Gesprächs bezogen. Nach den Regeln der Evidenzbasierten Medizin soll der Arzt hier – erstens – den Stand der wissenschaftlichen Forschung („Externe Evidenz“) mit – zweitens – seinen eigenen professionellen Erfahrungen („Interne Evidenz“) sowie die – drittens – Präferenzen berücksichtigen, um mit dem Betroffenen gemeinsam die optimale Behandlungsstrategie festzulegen.

- **Gibt es Grenzen der Teilhabe von Nutzern am Gesundheitswesen?**

Die Teilhabe der Betroffenen an Entscheidungen im Gesundheitswesen ist aus verschiedenen Gründen begrenzt. Erstens begrenzen strukturelle, z.B. gesetzlich vorgegebene Regelungen die Beteiligung an Entscheidungen in Institutionen des Gesundheitswesens. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) z.B. haben die Patientenvertreter ein Anhörungs- und Mitberatungsrecht, sind jedoch bei Entscheidungen nicht stimmberechtigt.

Zweitens gibt es praktische Grenzen: Diese liegen in der Schwierigkeit, gerade die schwerer zugänglichen Milieus in die gemeinsame Willens- und Entscheidungsfindung einzubeziehen, da insbesondere in traditionellen Milieus die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung als Werte weniger stark verankert sind (Arnold 2011) und die Patienten eher auf die Expertise des Arztes als alleinigem Kriterium vertrauen. In besonderen Notfallsituationen sind Patienten auch nicht in der Lage, ihren Willen kundzutun, in anderen Situationen sind sie als Laien ohne hinlängliche Unterstützung durch Dritte nicht in der Lage, die Vor- und Nachteile verschiedener komplexer Therapien zu verstehen, und können sich deshalb kein eigenes Urteil bilden.

In der einzelnen Versorgungssituation kann eine gemeinsame Entscheidungsfindung auf der Basis patientengerecht formulierter, evidenzbasierter Information die Teilhabemöglichkeiten verbessern. Eine fachliche Kontrolle sowohl des Angebotes durch die Leistungserbringer als auch der Inanspruchnahme durch die Nutzer sind bei aller Eigenverantwortung aber weiterhin erforderlich, um eine Über-, Unter- oder Fehlanspruchnahme der Nutzer, aber auch eine Ausbeutung des Systems durch die Leistungsanbieter im Sinn einer angebotsinduzierten Nachfrage oder eines nachfrageorientierten Angebots auszuschließen.

Schließlich stellt sich auf politischer Ebene die Frage, welche Entscheidungen basisdemokratisch beraten oder gar entschieden werden können, und welche dem repräsentativen Modus oder Experteneinschätzungen überlassen werden müssen. Viele Entscheidungen, auch über den Leistungskatalog der öffentlichen Krankenversicherung, werden zum Beispiel in der Schweiz durch Volksentscheid getroffen, während in Deutschland ein Gremium der so genannten Selbstverwaltung darüber befindet.

## **Literatur**

Arnold, N. (2011). Einleitung: Vielfalt und Selbstbestimmung im Gesundheitssystem – Wege aus der sozialen Ungleichheit. In C. Wippermann, N. Arnold, H. Möller-Slawinski, M. Borchard & P. Marx (Hrsg.), Chancengleichheit im Gesundheitswesen (S. 11-23). Berlin: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Heinrich Böll Stiftung, MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit (Hrsg.) (2012). Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland. Dokumentation einer Tagung. (Schriften zu Wirtschaft und Soziales, Band 9).  
Online-Dokument, URL: <http://www.boell.de/publikationen/publikationen-buergerorientierte-gesundheit-in-deutschland-14618.html>, zuletzt geprüft 30.12.2012.

International Association for Public Participation (2007). IAP2 Spectrum of Public Participation.  
Online-Dokument, URL:  
[http://www.iap2.org/associations/4748/files/IAP2%20Spectrum\\_vertical.pdf](http://www.iap2.org/associations/4748/files/IAP2%20Spectrum_vertical.pdf), zuletzt geprüft 22.07.2012.

Kyrer, A., Seyr, B. F. (2011). Transdisziplinäre Governance, Backcasting und Presenting als Reformtreiber für die österreichische Gesundheitswirtschaft. In: A. Kyrer, B. F. Seyr (Hrsg.), Systemische Gesundheitspolitik - Zeithorizont 2015 (S. 9-36). Frankfurt am Main: Peter Lang.



## 6. Innovationsfähigkeit, systemischer Wandel und Nachhaltigkeit

Bernhard Bührlen

- *Warum brauchen wir jenseits von technischer Innovation auch gesellschaftliche und politische Innovation?*
- *Welche Aspekte von Innovationsfähigkeit werden benötigt, um einen systemischen und nachhaltigen Wandel des Gesundheitswesens zu erreichen?*
- *Welche Entwicklungen im Gesundheitssystem wären als nachhaltig zu betrachten?*
- **Warum brauchen wir jenseits von technischer Innovation auch gesellschaftliche und politische Innovation?**

Innovation bzw. technologischer Wandel findet in einem Netzwerk von Akteursgruppen und Institutionen statt, welche jeweils distinkte Aufgaben und Interessen haben und über den Austausch von Waren, Dienstleistungen, Wissen oder anderen Ressourcen interagieren. Aufgrund der unterschiedlichen Notwendigkeiten und Bedingungen, Interferenzen und sich gegenseitig verstärkenden oder hemmenden Wirkungen, und wegen des in sozialen Beziehungen beteiligten „menschlichen Faktors“, sind die Interaktionen im Netzwerk nie völlig rational und immer schwer vorherseh- und steuerbar. Interventionen, welche nur an einzelnen Knoten oder Verbindungen ansetzen, werden oft durch gegenläufige Adaptionsmechanismen wieder zunichte gemacht. Ihre Resultate sind also zeitlich begrenzt und damit nicht nachhaltig.

Dauerhafter systemischer Wandel, also eine Veränderung des Systems als Ganzem, kann eher dadurch bewerkstelligt werden, dass durch gezielte Interventionen nützliche Prinzipien (z.B. Transparenz über die Ressourcen- oder Machtverteilung; demokratische Teilhabe) gestärkt und damit schon angelegte, aber bisher noch blockierte Entwicklungen unterstützt werden. So werden die Selbstregulierungsmechanismen im System für Veränderungen genutzt und gestärkt und Widerstände minimiert.

Systemische Interventionen müssen sich an gemeinsamen, möglichst übergeordneten und langfristigen Zielen orientieren z.B. (vgl. MetaForum, 2009)

- mehr aktive Teilhabe,
- mehr Investitionen in Gesundheit,
- mehr Transparenz,
- mehr Ergebnisorientierung,
- mehr Nachhaltigkeit,
- mehr Integration,

- mehr Subsidiarität,
- mehr gesamtwirtschaftlicher und gesellschaftlicher Nutzen.

Als Vorbedingung ist eine grundsätzliche, Akteursgruppen-übergreifende Verständigung auf die übergeordneten Ziele und Prinzipien erforderlich, nach denen das Innovationssystem Gesundheit funktionieren soll. Gesellschaftliche Innovation würde an dieser Stelle bedeuten, paternalistische Strukturen zu reduzieren und die Entscheidungsprozesse stärker in die Hand der Patienten, Versicherten und Bürger zu legen.

- **Welche Aspekte von Innovationsfähigkeit werden benötigt, um einen systemischen und nachhaltigen Wandel des Gesundheitswesens zu erreichen?**

Aufgrund der hohen Komplexität und der besonders starken wechselseitigen Abhängigkeiten der Akteursgruppen wirken Interventionen im Innovationssystem Gesundheit oft nur indirekt, und ihre Ergebnisse sind nur sehr schwer voraussehbar. Neue Elemente (z. B. Behandlungsmethoden) lösen komplexe Reaktionsmuster im ganzen Innovationssystem aus und können somit das ganze Netzwerk verändern. Innovation in diesem Netzwerk bedeutet nicht nur das Modifizieren eines einzelnen Aspekts des Systems, sondern (auch) die Reorganisation des Systems, z. B. eine aktivere Rolle des Patienten, die Einführung einer neuen Akteursgruppe (wie etwa Fallmanager) oder neue Formen der Zusammenarbeit.

Es bestehen offensichtliche Zielkonflikte zwischen verschiedenen Akteursgruppen in Bezug auf Innovationen im Gesundheitssystem. Diese Zielkonflikte können dazu führen, dass Innovationen verhindert werden oder nicht ihren optimalen Nutzen entfalten können. Eine angemessene Nutzenbewertung muss deshalb die Notwendigkeiten der Akteursgruppen ausreichend einbeziehen, da sonst große Widerstände zu erwarten sind (Bührlen, 2009).

Innovation im Gesundheitswesen ist nicht nur die Entwicklung und Einführung neuer Produkte, Prozesse und Strukturen. Vielmehr wird ein grundlegender Perspektivenwechsel erforderlich, um grundsätzlich neue Potenziale zur Verbesserung des Gesundheitswesens erkennen und realisieren zu können. Dies gilt für viele Bereiche, vor allem bedeutet es aber einen Paradigmenwechsel von einer krankheitsorientierten zu einer die Gesundheit erhaltenden Strategie, die Ausrichtung des Systems auf Bürger, Versicherte und Patienten als aktiv Handelnde, die ganzheitliche Berücksichtigung ihres Bedarfs und ihrer Bedürfnisse, und die alle Politikfelder übergreifende Betrachtung der Gesundheit als entscheidende Grundlage und Chance für die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung. Gesundheit kann nicht mehr als separater funktionaler Handlungsbereich verstanden werden, sondern ist ein sektoren-übergreifendes gesamtgesellschaftliches Handlungsziel.

Ein umfassendes Verständnis der Ursachen von chronischer Krankheit ergibt neue Ansatzpunkte für deren Vermeidung (Verhaltens- und Verhältnisprävention) und frühzeitige Behandlung der Ursachen, nicht nur der Symptome. Das erfordert neben dem medizinischen System zur Krankenbehandlung ein mindestens gleichwertig ausgestattetes System der Gesunderhaltung, das alle Lebensbereiche (Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz, Ernährung, Freizeit, Umwelt, Verkehr...) einschließt.

Der Mangel an einer systemischen Sicht in der Gesundheitspolitik und die geringe Kooperation und Vernetzung der gesundheitsbezogenen Akteure untereinander, mit anderen Politikbereichen und mit den gesundheitsbezogenen Leistungserbringern außerhalb des Versorgungssystems wirkt sich negativ auf die Qualität und die Kosten des Systems aus. Die Akteure in der formellen und der informellen Erbringung von Gesundheitsleistungen müssen so aufeinander abgestimmt tätig werden, dass ihre jeweiligen Kompetenzen bestmöglich genutzt werden. Die optimale Bereitstellung und Abstimmung von Kompetenzen und technischer Infrastruktur bilden die Grundlage für effiziente Wertschaffungsprozesse.

Eine innovationsfördernde Umgestaltung des Gesundheitssystems sollte sich an folgenden Handlungszielen orientieren (MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“, 2008):

- Stärkung und Verankerung des Grundprinzips der Gesundheitserhaltung und der Gesundheitsförderung
- Ausrichtung des Systems auf Bürger, Versicherte und Patienten als aktiv Handelnde
- Transparenz in Entscheidungsprozessen
- Veränderung der strukturellen Bedingungen
- Realisierung des Ansatzes „Gesundheit in allen Politikbereichen“

Angesichts unterschiedlicher Perspektiven, Wertesysteme und Interessenslagen ist die wissenschaftliche Methode die beste Strategie, mit der interessengruppen-übergreifend akzeptierte Aussagen über den Ist-Zustand des Gesundheitswesens und über taugliche Mittel zur Optimierung hin auf Ziele erarbeitet werden können. Sich bei Entscheidungen konsequent auf wissenschaftlich generierte Evidenz zu berufen wäre eine gesellschaftliche Innovation, die zu mehr Transparenz, Qualität und Effizienz führen würde. Dies gilt sowohl für die individuelle Therapieentscheidung (Evidenzbasierte Medizin) als auch für die Gestaltung des Gesundheitswesens (Evidenzbasierte Versorgung) und die – evidenzbasierte – Gesundheitspolitik.

- **Welche Entwicklungen im Gesundheitssystem sind als nachhaltig zu betrachten?**

Das deutsche Gesundheitswesen ist in seiner derzeitigen Organisations- und Finanzierungsform nicht ausreichend auf die Megatrends vorbereitet und damit nicht hinreichend zukunftsfähig. Nur durch eine grundlegende Umorientierung und langfristige Investitionen können fundamentale Prinzipien des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens – Solidarität und gleiche Chancen auf Gesundheit – auch in Zukunft gewährleistet werden. Das Gesundheitswesen muss dabei in die Lage versetzt werden, sich aktiv auf Veränderungen in Rahmenbedingungen, Bedarf und Bedürfnissen einzustellen.

Unter Nachhaltigkeit versteht das Göteborg-Konsenspapier der WHO (WHO Regional Office for Europe und European Centre for Health Policy, 1999), dass kurzfristige und langfristige Effekte sowie direkte und indirekte Effekte von Maßnahmen in einer Gesundheitsfolgenabschätzung untersucht werden sollen. Nachhaltigkeit bedeutet, dass Entscheidungen langfristig tragfähig sind und Reformschritte aufeinander aufbauen, anstatt immer wieder revidiert zu werden.

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen bedeutet achtsamen Ressourceneinsatz, dauerhafte Finanzierbarkeit, Intergenerationengerechtigkeit, Sicherung ausreichender, qualifizierter und motivierter Arbeitskräfte sowie die Fähigkeit des Systems, auf veränderte Rahmenbedingungen zu reagieren. Nachhaltigkeit muss auch im Gesundheitswesen Richtlinie für prioritäre Entscheidungen sowie für Finanzierungsmodelle und Anreize werden. Besonderer Beachtung bedarf die Gesunderhaltung und Gesundheitsversorgung von Kindern, die auch in finanzieller Hinsicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen ist. Langfristig wird der Klimawandel eine große Herausforderung für die öffentliche Gesundheit sein. Ökologische Nachhaltigkeit ist deshalb auch Gesundheitssicherung. Durch sparsameren Einsatz von Material und Energie kann das Gesundheitswesen selbst einen relevanten Beitrag zur Abmilderung des Klimawandels leisten.

## **Literatur**

Bührlen, B. (2009). Innovation im Gesundheitssystem: Akteure und Ziele in der Gesundheitswirtschaft. In Goldschmidt, A.J.W., Hilbert, J. (eds.), Gesundheitswirtschaft in Deutschland - Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, pp. 744-759.

MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ (2008). Memorandum zu Handlungszielen für Innovation im Gesundheitswesen.

Online-Dokument, URL: [http://www.metaforum-innovation.de/metaforum-innovAs-sets/docs/publikationen/memoranden/MetaForum2008\\_Memorandum\\_Handlungsziele-fuer-Innovation.pdf](http://www.metaforum-innovation.de/metaforum-innovAs-sets/docs/publikationen/memoranden/MetaForum2008_Memorandum_Handlungsziele-fuer-Innovation.pdf), zuletzt geprüft 22.07.2012.

MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ (2009). Abschlussdokument des MetaForums „Innovation im Gesundheitswesen“ 2007-2009. Karlsruhe: Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung.

Online-Dokument, URL: [http://www.metaforum-innovation.de/metaforum-innovations/docs/publikationen/memoranden/MetaForum2009\\_Memorandum\\_Innovationen-fuer-mehr-Gesundheit.pdf](http://www.metaforum-innovation.de/metaforum-innovations/docs/publikationen/memoranden/MetaForum2009_Memorandum_Innovationen-fuer-mehr-Gesundheit.pdf), zuletzt geprüft 02.09.2012.

WHO Regional Office for Europe und European Centre for Health Policy (1999). *Health Impact Assessment*.

Online-Dokument, URL:

<http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>, zuletzt geprüft 22.07.2012.



## 7. Nutzen- und Ergebnisorientierung

Bernhard Bührlen

- *Inwiefern unterscheidet sich das Ergebnis eines (Behandlungs-)Prozesses von seinem Nutzen?*
  - *Welche Nutzenkriterien müssen gegeneinander abgewogen werden?*
  - *Wie hängen Gesundheit, Gesundheitssystem und Wohlstand zusammen?*
  - *Welche Faktoren unterstützen eine stärkere Nutzen- und Ergebnisorientierung?*
  - *Was ist eine Gesundheitsfolgenabschätzung?*
  - *Wie lässt sich der gesamtgesellschaftliche Nutzen von Gesundheitsausgaben maximieren?*
- 
- **Inwiefern unterscheidet sich das Ergebnis eines (Behandlungs-)Prozesses von seinem Nutzen?**

Unter dem Ergebnis eines Prozesses versteht man sein Produkt oder Resultat, beschrieben in deskriptiven Kategorien, während der Nutzen das Maß für die Fähigkeit von Gütern oder Dienstleistungen ist, Bedürfnisse zu befriedigen. Beim Nutzen kommt zur Deskription also noch eine Bewertungskomponente hinzu: Welchem (übergeordneten) Zweck dient das Produkt?

Die Unterscheidung des Ergebnisses vom Nutzen ist v.a. dort von Bedeutung, wo über verschiedene Sektoren hinweg oder zwischen verschiedenen Gruppen kommuniziert werden muss. Eine Behandlungsmaßnahme kann z.B. den mittleren systolischen Blutdruck um 20 mm Hg senken. Dieses Ergebnis hat für den Arzt/die Ärztin eine bestimmte Bedeutung, für den Patienten bleibt es abstrakt. Wie sollte er beurteilen können, ob der Aufwand, den er leisten muss, um seinen Blutdruck zu senken, z.B. durch regelmäßige Medikamenteneinnahme und Zuzahlungen oder regelmäßigen Sport, sich für 20 mm Hg lohnt? Der Betroffene muss das Ergebnis zuerst in einen für ihn persönlich relevanten Nutzen übersetzen: 20 mm Hg bedeuten eine Reduktion der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von koronarer Herzkrankheit um x% und damit die Aussicht, y Jahre länger mit seiner Frau zum Segeln gehen zu können.

Welche Nutzenkriterien für Patienten, Versicherte oder Bürger wirklich bedeutsam sind, ist allerdings bislang weder ausreichend untersucht noch wird es im Einzelfall eruiert, um die Behandlungsoption auszuwählen, die für die jeweilige Person den größten Nutzen bringt.

Die Kriterien, anhand derer verschiedene Gesundheitsakteure Leistungen bewerten, sind unterschiedlich und teils gegensätzlich: In Abhängigkeit von den jeweiligen Zielen und Aufgaben geht es darum, Leben zu verlängern, Arbeitsfähigkeit zu erhalten, Gesundheitsausgaben zu begrenzen oder die Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Mechanismen für eine Klärung der Nutzenkriterien und einen Interessenausgleich existieren

nur in wenigen Bereichen und bleiben kontextspezifisch. Die Nutzenbewertungen des G-BA/IQWiG gelten nur für die ambulante Krankenbehandlung und dabei jeweils nur innerhalb einer Indikationsgruppe (z.B. Schlaganfallpatienten). Die Nutzenkriterien bleiben abstrakt (z.B. die Reduktion der Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres an dieser Krankheit zu versterben). Sie sind damit nicht geeignet zu vergleichen, ob ein für die Schlaganfallbehandlung ausgegebenes Budget in einer anderen Indikationsgruppe oder gar in einem anderen Politikressort (z.B. anstatt für die Schlaganfallbehandlung in der Gesundheitsbildung im Kindergarten) vielleicht mehr Nutzen stiften könnte.

Eine integrative Gesundheitspolitik würde ein ressortübergreifend akzeptiertes System von Nutzenkriterien erfordern, welches die Bewertung des gesamtgesellschaftlichen Nutzens verschiedenartiger gesundheitsbezogener Leistungen (Eigenaktivitäten, Gesundheitsförderung, Krankenbehandlung, Reduktion von Umweltschadstoffen etc.) vergleichend ermöglicht („Welche Aktivität schafft am meisten Gesundheit, sichert die Wirtschaftskraft und den Wohlstand am kostengünstigsten?“). Ohne die fundierte, gruppen- und politikfeld-übergreifende Klärung der Frage, was nützlich für die Gesellschaft ist, werden viele Aktivitäten sich weiterhin nicht daran orientieren, wie ein optimales Ergebnis erzielt werden kann, sondern am Eigennutz einzelner Interessengruppen. Eine wirksame politische Abwägung von Zielen und Maßnahmen ist so nicht möglich. Bei widersprüchlichen Bewertungskriterien werden Entscheidungen häufig aufgrund der Machtverteilung anstatt im Hinblick auf eine Nutzenmaximierung erfolgen, und etablierte Prozesse, deren Nutzen nicht oder nur schwer infrage gestellt werden kann, können innovative Verfahren, deren Nutzen noch nicht gut belegt ist, verhindern.

- **Welche Nutzenkriterien müssen gegeneinander abgewogen werden?**

Aufgabe und übergeordnete Zielsetzung des Staats und der Gesellschaft sind die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit. An verschiedenen Punkten im Zyklus der Entwicklung und Anwendung von Gesundheitsinterventionen werden diese Ziele aber aus verschiedenen Perspektiven in unterschiedliche Kriterien für den Nutzen (und dem verbundenen Aufwand bzw. den Kosten) übersetzt:

- Forschungsinvestitionen der Firmen folgen betriebswirtschaftlichen Überlegungen.
- Öffentliche Forschungsförderung zielt auf Faktoren des Wirtschafts- und Wissenschaftsstandorts einerseits und des gesundheitlichen Potentials andererseits.
- Bei der Marktzulassung geht es um das Verhältnis der Risiken zur Wirksamkeit, wie sie sich in klinischen Studien anhand medizinischer Outcome-Kriterien (Reduktion von Mortalität und Morbidität) nachweisen lässt.

- Der Zugang zum GKV-Markt wird ebenfalls anhand medizinischer Kriterien, in Verbindung mit den Kosten zulasten der Krankenkassen gesteuert.
- Innerhalb des Gesundheitswesens wird auf den Abbau vermeidbarer Mortalität, Arbeitsunfähigkeit und vermeidbarer Invalidität abgezielt.
- Für die Anwendung einer Methode in Arztpraxen und Krankenhäusern sind ebenfalls die medizinischen Outcomes, aber wiederum auch betriebswirtschaftliche Kalküle der Leistungserbringer relevant.

Sichtbares Beispiel für die strikte Trennung zwischen Ressorts ist auch die Existenz zweier getrennter Expertengruppen beim BMG (Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) und beim BMBF (Gesundheitsforschungsrat) mit nicht abgestimmten und teils inkompatiblen Empfehlungen.

Zwar werden die Hauptkriterien für Nutzen im medizinisch-gesundheitspolitischen Bereich punktuell auch um sozialmedizinische Parameter erweitert, etwa den „Return-to-work“ bzw. die Frühberentungsrate bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, Aktivitäten des täglichen Lebens bei Pflegeinterventionen oder das erweiterte Ernährungswissen bei schulischen Gesundheitsinformationen.

Angesichts unterschiedlicher Anreizmechanismen stehen die Nutzenbewertungen der einzelnen Akteursgruppen aber oft zueinander im Widerspruch (z.B. Minimierung von Risiken im Verfahren der Marktzulassung versus Erhaltung von Arbeitsplätzen in der Herstellung; Bührlen, 2009). Gerade wenn kein klares finanzielles Interesse eines Herstellers oder Leistungserbringers zum Tragen kommt, unterbleiben wichtige Aktivitäten, weil ihr Nutzen oft nicht mit allgemein akzeptierten Kriterien und Bewertungsmechanismen belegt werden kann. Eine Abschätzung der Gesundheitsfolgen von Maßnahmen der Arbeitsmarkt-, Umwelt-, Verkehrs-, Familien-, Finanz- oder Rentenpolitik wird damit ebenso erschwert wie die Identifikation von „fachfremden“ oder ressortübergreifenden Interventionen, die benötigt würden, um die Herausforderungen chronischer Krankheiten umfassend zu bewältigen. Interventionen ohne einen Nutzenbeleg, der auf breit akzeptierten Kriterien fußt, lassen sich im gesellschaftlichen und politischen Diskurs nicht realisieren.

Insbesondere Maßnahmen im Grenzbereich zwischen verschiedenen Politikbereichen, zu denen typischerweise die Gesundheitsförderung und die Verhältnisprävention zählen, können sich im gesellschaftlichen Wettbewerb mit anderen Interventionen, für die anerkannte, „harte“ Nutzenmaße vorliegen, bisher kaum durchsetzen. Mangels konkreter, nachvollziehbarer und individuell bedeutsamer Nutzenbelege erschließt sich aber auch dem Individuum nicht, warum es sich gesundheitsförderlich verhalten sollte. Dass eine Präventionsmaßnahme seine Lebenserwartung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit um einen gewissen Betrag erhöhen könnte, reicht ganz offensichtlich als Motivation oft nicht aus.

Kriterien werden benötigt für die Bewertung des Nutzens aus folgenden Perspektiven:

- Persönlicher Nutzen (bei Patienten und ihren Angehörigen: Verbesserung bei individuell relevanten Funktionen des Lebens, z.B. körperliches Wohlbefinden, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, aber auch bei Versicherten, Steuerzahlern oder Aktionären von Gesundheitsbetrieben: finanzielle Vorteile durch reduzierte Aufwendungen oder erhöhte Erträge)
- Betriebswirtschaftlicher Nutzen (ökonomische Kriterien für Hersteller, Leistungserbringer, Krankenkassen)
- Institutioneller Nutzen (Erfüllung des Leistungsauftrags, z.B. einer öffentlichen Stelle oder der Selbstverwaltung, Sicherung der Position und des Einflusses einer Interessensgruppe)
- Gesamtgesellschaftlicher Nutzen (Realisierung allgemeiner Ziele und Werte der Gesellschaft, z.B. „gesundes Altern“, „öffentliche Gesundheit“, Erhaltung des Wohlstands, Versorgungsgerechtigkeit, Teilhabe, Selbstbestimmung, Solidarität)

- **Wie hängen Gesundheit, Gesundheitssystem und Wohlstand zusammen?**

Die WHO-Ministerkonferenz hat festgestellt, dass ein Gesundheitswesen, das diesen Namen verdient, weit mehr ist als Krankenbehandlung (WHO Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, 2008). Das Gesundheitssystem unterstützt die Gesundheit, welche eine Grundbedingung für Wohlstand ist. Gleichzeitig beeinflusst aber der Wohlstand indirekt über den Zugang zu Versorgungsleistungen, aber auch direkt als soziale Determinante die Gesundheit.

Verstärkt durch den demographischen Wandel muss die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsvorsorge neu bewertet werden. Gesundheit der Bürger wird in einer zunehmend globalisierten Wirtschaft zum Standortfaktor, gesunde Lebensbedingungen und ein leistungsfähiges Gesundheitswesen machen ein Land attraktiv für hochqualifizierte Arbeitskräfte. Investitionen in die Erhaltung und Förderung der Gesundheit sichern deshalb die wirtschaftliche Produktivität und das gesellschaftliche Wohlergehen eines Landes. Ausgaben für Gesundheit können deshalb als Investition angesehen werden, anstatt sie als Konsumption zu betrachten.

- **Welche Faktoren unterstützen eine stärkere Nutzen- und Ergebnisorientierung?**

Chronische Erkrankungen (u.a. Adipositas und Diabetes, koronare Herzkrankheit, Alkoholabhängigkeit mit ihren Folgeerkrankungen einschl. alkoholbedingter Verkehrsunfälle und Gewalt) sind meist mit dem Verhalten der Betroffenen korreliert und durch medizinische Interventionen allein nicht ausreichend beeinflussbar. Neben dem

individuellen Leiden bewirken diese Krankheiten in Verbindung mit den individuellen Folgen des demographischen Wandels eine Abnahme der verfügbaren Arbeitsleistung und damit in der Summe auch der Wirtschaftskraft und des Wohlstands. Die Gesundheit der Bevölkerung ist somit nicht nur von individueller, sondern auch von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Diese dokumentiert sich u.a. in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit eines Landes; Gesundheit wird in einer zunehmenden globalisierten Wirtschaft auch zu einem Standortfaktor. Die Bedeutung eines „gesunden Alterns“ liegt aber nicht nur im wirtschaftlichen Bereich, sondern vor allem bei den zahlreichen zivilgesellschaftlichen Tätigkeiten der Bürgerinnen und Bürger, etwa bei den vielfältigen Aktivitäten, sei es im Sportverein, in der Kirche, in der Politik oder auch in der Pflege noch älterer Menschen und der Nähe zu den Enkelkindern.

Investitionen in die Erhaltung und Förderung der Gesundheit sichern die wirtschaftliche Produktivität und das gesellschaftliche Wohlergehen eines Landes. Um den immensen Herausforderungen wirkungsvoll zu begegnen, müssen mögliche Interventionen identifiziert werden, welche wesentlich mehr gesundheitlichen und damit gesamtwirtschaftlichen und gesellschaftlichen Nutzen schaffen, als das bisher gelungen ist. Diese Interventionen gehen weit über den Bereich der medizinischen Krankenbehandlung hinaus, alle relevanten Politikbereiche müssen integriert werden („Health in all policies“).

Für die Entwicklung und Bewertung integrativer Interventionen sind aus den genannten Gründen Nutzenkriterien erforderlich, die ebenfalls über die üblicherweise als zentral angesehenen epidemiologischen Outcomes (Mortalität und Morbidität) hinausgehen und insbesondere auch die originäre Perspektive der Betroffenen einbeziehen. Bislang werden Nutzenkriterien aber fast ausschließlich auf dem Hintergrund „ihrer“ einzelnen Politikfelder diskutiert: medizinisch-epidemiologische Kriterien für medizinische bzw. gesundheitspolitische Interventionen, Fortschritte im Wissen für Bildungsmaßnahmen etc. Wirklich konzertierte Aktivitäten über Ressorts hinweg auf ein gemeinsames Ziel hin sind mangels eines gemeinsamen Begriffs- und Denkr Rahmens, von Ausnahmen abgesehen, noch immer ausgeschlossen. Ein politikfeld-übergreifend anwendbares und allgemein akzeptiertes System von Nutzenkriterien würde die Entwicklung derartig integrierter Ansätze fördern und einseitige, zu kurz greifende punktuelle Interventionen vermeiden helfen. Die gewünschten Eingriffe und Anreize erfordern allerdings grundsätzlich veränderte, neue Strukturen und Arbeitsweisen.

- **Was ist eine Gesundheitsfolgenabschätzung?**

Gesundheitsfolgenabschätzung (Health Impact Assessment, HIA) ist ein Werkzeug, mit dem die Folgen politischer oder administrativer Entscheidungen auf die Gesundheit der Bevölkerung abgeschätzt oder vorhergesagt werden können (WHO Regional

Office for Europe und European Centre for Health Policy 1999). Sie ist ein Instrument der Evidenzbasierung von politischen Entscheidungen. Analog zur Umweltverträglichkeitsprüfung, welche nicht nur auf Maßnahmen angewandt wird, welche den Umweltschutz zum primären Ziel haben, ist die Gesundheitsfolgenabschätzung nicht nur auf gesundheitspolitische Interventionen anwendbar. Bau- und Verkehrspolitik können Feinstaub reduzieren und Möglichkeiten zur körperlichen Bewegung mit dem Fahrrad schaffen, die Energiepolitik kann zur Luftreinhaltung und zur Reduktion der Klimaerwärmung mit ihren Risiken durch Sommerhitze oder die Einwanderung von Krankheitsüberträgern aus tropischen Gebieten beitragen. Die Erziehungs- und Bildungspolitik kann neben der Berufsqualifikation die „Health literacy“ fördern und die Sozial- und Finanzpolitik kann vor Altersarmut schützen und den Zugang von Rentnerinnen und Rentnern zu ausreichender Krankenbehandlung sicherstellen.

Die Straße 73 zwischen Stockholm und der Hafenstadt Nynäshamn an der Ostsee hatte eine Teilstrecke mit einer sehr hohen Rate von Verkehrsunfällen, sodass sie teilweise als „Straße des Todes“ bezeichnet wurde. Wegen des hohen und wachsenden Verkehrsaufkommens wird ihr nationale Bedeutung beigemessen, gleichzeitig verläuft sie durch ökologisch sensible Küsten- und Waldgebiete, die auch einen hohen Erholungswert für die Bevölkerung haben.

Die letztlich über Straßenbau-Vorhaben entscheidende Behörde ist in Schweden die Kreisverwaltung. Es wurde eine Umweltfolgenabschätzung mit eingegliedert Gesundheitsfolgenabschätzung durchgeführt; dabei wurden sieben verschiedene Trassenverläufe geprüft. Es wurden Anhörungen und Präsentationen durchgeführt und Stellungnahmen von den Interessensgruppen eingeholt. Dies resultierte in der Empfehlung, eine vierspurige Straße neu zu bauen, welche das Erholungsgebiet umgeht, dies aber mit einer Verbindungsstraße daran anzubinden. Die bestehende Küstenstraße sollte zur lokalen Straße mit Fuß- und Radwegen umgebaut werden.

Die unterschiedlichen Interessenslagen führten aber in eine Patt-Situation, weshalb eine vertiefende HIA mit Anhörungen weiterer Stakeholder und ca. 5000 Straßennutzern, Erholungssuchenden, lokalen Unternehmen und Organisationen. Es wurde untersucht, inwiefern die verschiedenen Optionen dazu beitragen, Gesundheitsziele insbesondere für besonders vulnerable Gruppen (Kinder, Ältere, Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten...) zu erreichen. Gesundheitlich relevante Aspekte im engeren Sinn waren dabei Risiken durch Verkehrsunfälle, durch den Transport gefährlicher Güter, Sorgen oder Unsicherheit durch das Unfallrisiko und die Steigerung körperlicher Aktivität durch eine unterstützende Umgebung. Beiträge zur Gesundheit im weiteren Sinn wurden untersucht hinsichtlich der Luftsauberkeit, Wasserqualität, Lärm und Erholungswert der Landschaft.

Die HIA trug dazu bei, dass wichtige Aspekte aus der Bevölkerung in die Folgenabschätzung aufgenommen wurden. Die Gesundheitschancen von besonders vulnerablen Gruppen wurden besonders berücksichtigt, was die HIA zu einem effektiven Instrument sozialer Verbesserung machte.

(Knutsson/Linell, 2007)

Die genannten Beispiele mit ihren sehr unterschiedlichen Anwendungsfeldern und verschiedenen Ergebnisdimensionen machen deutlich, dass Gesundheitsfolgenabschätzung interdisziplinär betrieben werden und einen ganzen Katalog unterschiedlicher Forschungsmethoden anwenden muss. Sie zeichnet dabei die verschiedenen Pfade nach, über die die untersuchte Intervention positive oder negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnte, und beschreibt diese Wirkungen qualitativ und quantitativ. In Gesundheitsfolgenabschätzungen sollte alle verfügbare qualitativ hochwertige Evidenz genutzt werden. Im Sinn der Nachhaltigkeit sollten kurz- und langfristige sowie direkte und indirekte Wirkungen betrachtet werden. Das Verfahren sollte transparent und partizipativ sein und Aspekte der Gerechtigkeit (z.B. die ungleiche Verteilung von Gesundheitsfolgen) berücksichtigen. Aufgrund ihres umfassenden Ansatzes ist die Gesundheitsfolgenabschätzung ein bevorzugtes Instrument der integrativen Gesundheitspolitik („Health in all Policies“). Sie berücksichtigt den umfassenden Charakter von Gesundheit und die schier allgegenwärtige Bedeutung allen Verhaltens und aller Lebensbereiche für die Gesundheit selbst oder für Determinanten der Gesundheit. Wenn alle politischen und administrativen Maßnahmen einer Gesundheitsfolgenabschätzung unterzogen werden, können ihre Hauptwirkungen gegen die gesundheitsbezogenen Nebenwirkungen abgewogen werden. Somit können aus einem Bündel von möglichen Optionen diejenigen ausgewählt werden, die besonders günstige Gesundheitswirkungen versprechen. Obwohl Gesundheitsfolgenabschätzungen seit den 1990er Jahren von der WHO und anderen internationalen Organisationen gefordert werden, ist ihre Durchführung in Deutschland noch nicht ausreichend institutionalisiert. Als verpflichtendes Element schließen Umweltverträglichkeitsprüfungen zwar auch die Gesundheit des Menschen ein, betrachten aber meist nur direkte Gesundheitswirkungen. Explizite Gesundheitsfolgenabschätzungen finden nur selten und wenn, dann v.a. auf lokaler oder regionaler Ebene statt (Hernández-Aguado/Parker 2009).

- **Wie lässt sich der gesamtgesellschaftliche Nutzen von Gesundheitsausgaben maximieren?**

Das System zur Krankenbehandlung in Deutschland ist bereits sehr leistungsfähig. Auf der Basis weiterer Erkenntnisse aus den Lebenswissenschaften sind auch für die chronischen Volkskrankheiten in Zukunft noch weitere biomedizinische Behandlungsmethoden zu erwarten. Typischerweise sind diese Krankheiten jedoch auch durch soziale und Verhaltensfaktoren mitbedingt, die bislang noch nicht ihrem Einfluss entsprechend berücksichtigt und noch nicht mit ausreichender Wirksamkeit beeinflusst werden können. Sie besser als bisher verändern zu können würde wesentliche Gesundheitsgewinne und damit eine deutliche Ausweitung des Nutzens für die Gesamtgesellschaft ermöglichen. Sowohl innerhalb des Gesundheitswesens als auch in einer weiter

gefassten integrativen Gesundheitspolitik muss also der Nutzen von Behandlungen und Interventionen gesteigert werden, um Gesundheit und Wohlstand auch weiterhin zu sichern.

Innerhalb des Krankenbehandlungssystems werden bei schweren Leiden in der Regel auch ausgabenintensive Behandlungsmethoden als gerechtfertigt angesehen, da hier der Nutzen für das Individuum und für die Solidargemeinschaft in medizinischen und gesundheitsökonomischen Kriterien belegt werden kann. Bei Gesunden (Gesunderhaltung), bei leichteren Einschränkungen z.B. in Frühphasen der Krankheitsentstehung, bei setting- oder populationsbezogenen Interventionen sind die Wirkungen auf die Individuen jedoch kleiner. Aber auch hier kann ein erheblicher Nutzen erzielt werden, wenn die Verbesserungen sich auf große Bevölkerungsgruppen beziehen und nicht nur die naheliegenden medizinischen Verbesserungen berücksichtigt werden, sondern alle Aspekte des gesamtgesellschaftlichen und auch zukünftig zu erwartenden Nutzens. Die Maximierung des langfristigen Nutzens sorgt damit auch für mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung gesundheitsbezogener Interventionen.

Bislang ist selbst eine indikationsübergreifende Kosten/Nutzen-Abwägung (z.B. Krebsbehandlung vs. Herztransplantation) umstritten. Erforderlich sind aber sogar ressort-übergreifende Entscheidungen des Typs „Sollen Gemeinschaftsmittel besser in eine bestimmte Therapieform für Krebskranke in eine Maßnahme zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit fließen?“ Hierfür ist eine öffentliche und parlamentarische Diskussion zu führen, um dann ggf. die Gesetzgebung an die ermittelten Nutzenkriterien anzupassen.

Die Verantwortung selbst für die Behebung gesundheitlicher Störungen ist bislang teilweise unklar (Patient versus. Therapeut, Eigenverantwortung des Bürgers versus. staatliche Regulierung und Anreize). Im Vergleich zur Krankenbehandlung sind die Zuständigkeiten für die Gesunderhaltung aber noch weit weniger geklärt (föderale Verteilung von Befugnissen). Entsprechend den vielen Einflussfaktoren auf die Gesundheit ebenso wie hinsichtlich der breiten Effekte von gesundheitsbezogenen Interventionen (vom Individuum bis zur langfristigen Erhaltung des Wohlstandes) müssen die Verantwortlichkeiten für die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit diskutiert und in vielen Fällen neu verteilt werden. Die Governance muss dem Prinzip folgen, dass Verhaltensweisen, Strukturen und Prozesse belohnt werden, welche Gesundheitsgewinne im Sinn der o.g. Nutzenkriterien erzielen, auch wenn nicht eine konkrete Interessengruppe finanziell davon profitiert, und dass alle Strukturen und Interventionen sich (auch) bezüglich ihrer Gesundheitswirkungen gemessen an den übergeordneten Nutzenkriterien rechtfertigen müssen. Hemmnisse, die eine stringente Orientierung am Gesundheitsergebnis verhindern, müssen identifiziert und abgebaut werden.

Nach Porter und Olmsted Teisberg (2006) kann auch ein Wettbewerb so gestaltet werden, dass er sich vorwiegend an der Schaffung gesundheitlichen Werts und nicht nur

an Kostensenkung ausgerichtet. Dazu muss er auf nachweisbaren Ergebnissen basieren, welche nicht nur punktuell, sondern entlang der gesamten Behandlungskette betrachtet werden. Qualitativ hochwertige Versorgung sollte weniger teuer sein, da Qualitätsgewinne nicht zwangsläufig zu Kostensteigerungen führen müssen, sondern mit Kostensenkungen einhergehen können. Zusätzlicher Nutzen erwächst aus der Erfahrung der Anbieter und ständigem Lernen über die Krankheiten. Wettbewerb darf nicht nur lokal oder regional ausgetragen werden, sondern muss auf der nationalen Ebene funktionieren. Dazu müssen Informationen über Behandlungsergebnisse, die in den Versorgungseinrichtungen erzielt werden, breit verfügbar sein. Innovationen, welche zusätzlichen Nutzen generieren, müssen stark belohnt werden.

Mehr Orientierung am gesundheitsbezogenen Ergebnis auch außerhalb der Gesundheitspolitik in ihrem engeren Sinn setzt voraus, dass Strukturen und Interventionen sich der Maximierung des gesundheitlichen Nutzens unterordnen, dass die Aktivitäten in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen im Hinblick auf ein gemeinsames Ziel integriert werden und sich ergänzen (Subsidiarität). Dies erfordert eine andere, stringenter an Zielen ausgerichtete Governance.

Zentrales Instrument zur Umsetzung ist eine verpflichtende Gesundheitsfolgenabschätzung für alle öffentlichen Interventionen, bei der die zu entwickelnden Leitkriterien für Fortschritte bei der Gesundheit erfasst werden. Politisch muss dies ressortübergreifend gewährleistet werden; die verfügbaren Mittel müssen unter Beachtung des gesamtgesellschaftlichen gesundheitsbezogenen Nutzens in allen Politikfeldern und auf allen Ebenen zugeordnet werden.

Neue Einrichtungen sind hier in gleichem Maße erforderlich wie ein funktionaler Wettbewerb. Zudem müssen privatwirtschaftliche Geschäftsmodelle entwickelt werden, welche gesundheitserhaltende und gesundheitsfördernde Interventionen auf der sozialen und der Verhaltensebene auch für Unternehmer rentabel machen. Insbesondere muss aber das individuelle und bürgerschaftliche Engagement im Sinn eines bürgerorientierten (anstatt bisher weitgehend patriarchalischen) Gesundheitsmanagements entwickelt und gefördert werden.

## **Literatur**

Bührlen, B. (2009). Innovation im Gesundheitssystem: Akteure und Ziele in der Gesundheitswirtschaft. In Goldschmidt, A.J.W., Hilbert, J. (eds.), Gesundheitswirtschaft in Deutschland - Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, pp. 744-759.

Henke, K.-D. (2009), Die Allokation der stets zu knappen Ressourcen im Gesundheitswesen aus volkswirtschaftlicher Sicht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, Bd. 55, Heft 1, S. 61-72

- Hernández-Aguado, I., Parker, L. A. (2009). Intelligence for Health Governance: Innovation in the Monitoring of Health and Well-Being. In I. Kickbusch, Hrsg., Policy Innovation for Health (pp. 23-66). New York: Springer.
- Knutsson, I., Linell, A. (2007). HIA speeding up the decision-making process: the reconstruction of route 73 in Sweden. In M. Wismar, J. Blau, K. Ernst und J. Figueras (Hrsg.), The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe (S. 161-176). Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <http://www.euro.who.int/document/e90794.pdf>
- Porter, M., Olmsted Teisberg, E. (2006). Redefining health care – Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Publishing.
- WHO Regional Office for Europe und European Centre for Health Policy (1999). Health Impact Assessment. <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>
- WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, Health and Wealth (2008): WHO Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Online-Dokument, URL: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/medicines/publications2/pre-2009/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth-2008>, zuletzt geprüft 22.07.2012.

## 8. Gesundheitswirtschaft einschließlich Finanzierung

Klaus-Dirk Henke

- *Was versteht man unter der Gesundheitswirtschaft?*
  - *Was bedeuten Wachstum und Wertschöpfung im Gesundheitswesen?*
  - *Was ist ein Satellitenkonto im Gesundheitswesen?*
  - *Welche unterschiedlichen Formen von Innovationen gibt es in Gesundheitssystemen?*
  - *Was sind Innovationsimpulse?*
  - *Gibt es eine optimale Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen?*
  - *Was ist uns die Gesundheit wert?*
  - *Was sagt eine Gesundheitsquote aus?*
  - *Was sollen „Markt“ und „Wettbewerb“ im Gesundheitswesen bewirken?*
  - *Welches sind die Funktionen des Wettbewerbs?*
  - *Wo gibt es Gesundheitsmärkte?*
  - *Was soll eigentlich im Gesundheitswesen finanziert werden?*
  - *Gibt es eine nachhaltige Finanzierung?*
  - *Warum wird zwischen Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen unterschieden?*
  - *Gibt es einen Leistungskatalog in der GKV?*
  - *Was leistet Health in all Policies?*
- 
- **Was versteht man unter der Gesundheitswirtschaft?**

Neben den geläufigen Begriffen Gesundheitsversorgung, Gesundheitssystem oder Gesundheitswesen gesellt sich immer häufiger die Gesundheitswirtschaft als ein weiterer Begriff hinzu. Gemeint ist damit ein eigenständiger Wirtschaftssektor, der sich neben den anderen Sektoren, wie beispielsweise der Energiewirtschaft, der Automobilwirtschaft oder dem Tourismus etabliert.

Die „Gesundheitswirtschaft“ produziert und vermarktet Güter und Dienstleistungen, die im weitesten Sinne der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Daher umfasst der Begriff neben dem Gesundheitswesen im engeren Sinn – also den stationären oder ambulanten Einrichtungen, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelanbietern etc. – auch die medizinische Vorleistungs- und Zulieferindustrie, z. B. die Pharmaindustrie, die medizinische Biotechnologie oder die Medizintechnik, den Handel mit Gesundheitsprodukten sowie auch den wachsenden „Zweiten Gesundheitsmarkt“ mit Angeboten wie Gesundheitstourismus, Wellness oder Fitness, OTC-Produkte oder IGeL-Leistungen sowie Teile altersgerechter Assistenzsysteme

Die Diskussion über die Gesundheitswirtschaft hat sich in Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und in der Fachwelt aber nicht nur deswegen grundlegend verändert. Es hat sich ein neues Verständnis von Gesundheit entwickelt. Im Vordergrund dieser Sichtweise steht die Aussage, dass das Gesundheitswesen nicht nur ein Kostenfaktor ist, sondern zum volkswirtschaftlichen Wachstum und zur Beschäftigung beiträgt sowie die Berufswelt verändert.

Wenig beachtet wird in diesem Zusammenhang, dass sich in unserem Gesundheitssystem solidarisch aufgebrauchte Gelder mit privaten Investitionen (und Profiten) an zahllosen Stellen berühren und vermischen. Bereits die Honorierung ärztlicher Leistungen führt beispielsweise zur Umwandlung solidarischer Gelder in Arbeitsentgelte und Privatvermögen.

Diese Vorstellung, mit Gesundheit dürfe kein Geld verdient werden, ist ebenso unsinnig wie der Ansatz, das Gesundheitswesen rein am Wettbewerb und der Möglichkeit zur Gewinnmaximierung auszurichten. Gesundheit ist keine Ware, und der Patient ist kein uneingeschränkt entscheidungs- und wahlfähiger Kunde, dennoch ist die Gesundheitswirtschaft mit mehr als 10% des BIP und einem noch darüber liegenden Anteil an Arbeitskräften die inzwischen größte Wirtschaftsbranche bzw. ein besonders starker Industriesektor in der Bundesrepublik mit hohem Exportanteil.

Gesundheitswirtschaft wird zukünftig auf einem neuen „dritten“ Weg gedacht werden müssen, bei dem weder ein reiner Marktliberalismus noch ein reiner Etatismus (auch in der deutschen Sonderform des „Selbstverwaltungs-Etatismus“) allein die Richtung vorgeben dürfen. „Produktion“ von Gesundheit (präventiv und kurativ) ist eine der zentralen Herausforderungen, der sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten alle alternden Industriegesellschaften stellen müssen, wenn sie mittelfristig überlebensfähig bleiben wollen. Investitionen in Gesundheit sind aus dieser Perspektive auch aus dem Bereich der Privatwirtschaft weder verwerflich noch überflüssig, sondern, im Gegenteil, absolut notwendig. Sie müssen allerdings mit der Generierung von „Human-kapital“ und Lebensqualität als der entscheidenden gesellschaftlichen Rendite positiv gegengerechnet werden können. Entscheidend ist die gesamtgesellschaftlich geleistete ökonomische und medizinische Wertschöpfung, die über die Qualität von Gesundheitsinvestitionen entscheidet.

Mit der Gegenüberstellung einer eher traditionellen und einer neuen Betrachtung des Gesundheitswesens soll in der folgenden Abbildung auf dem Wege in eine offene Gesundheitsgesellschaft an sechs Beispielen ein neues Verständnis von Gesundheit aufgezeigt werden. „Gesundheit neu denken“ schlägt sich also deutlich in einem neuen Verständnis von Gesundheit nieder.

# 1. Neues Verständnis von Gesundheit

Auf dem Weg zur offenen Gesundheitsgesellschaft

## ALTES VERSTÄNDNIS

## NEUES VERSTÄNDNIS

Zum Gesundheitswesen	→	gehört die Gesundheitswirtschaft
Zur überwiegend öffentlichen Finanzierung (Pflichtbeiträge)	→	kommt der Zweite Gesundheitsmarkt
Zur Inputorientierung	→	tritt mehr Qualitäts- und Ergebnisorientierung
Neben (Lohnneben-)Kostenfaktor	→	an Wachstum, Beschäftigung und neue Berufe denken
Statt Gesundheitskonsum	→	Investitionen in Gesundheit
Kein abgegrenzter Gesundheitsbereich, z.B. die GKV oder ein Ministerium	→	Sondern Gesundheit in allen Lebensbereichen und lebenslang



© 2012 WifOR | Gesundheitswirtschaft in Deutschland

4

### • Was bedeuten Wachstum und Wertschöpfung im Gesundheitswesen?

In zunehmendem Maße wird akzeptiert, dass das Gesundheitswesen nicht nur wegen seiner partiellen Finanzierung über die sog. Lohnnebenkosten ein Kostenfaktor ist, sondern auch nachhaltig und konjunkturresistent zur Beschäftigung, zum Wirtschaftswachstum, zum Export sowie der Beschäftigung und damit zur ökonomischen Stabilität einer Volkswirtschaft beiträgt.

Anknüpfend an die Überlegungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996/1997), die die Bereiche Pflege, medizinische Telematik, Medizinprodukte und die pharmazeutische Industrie als Wachstumsmärkte und Zukunftsbranchen identifiziert haben, wurde 15 Jahre später im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen ein sog. Gesundheitssatellitenkonto entwickelt, um die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors statistisch zu ermitteln und im Zeitverlauf zu beobachten.

Dabei geht es darum, den Beitrag der Gesundheitswirtschaft zur Gesamtwirtschaft mit Hilfe makroökonomischer Kennziffern auf der Grundlage der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zu erfassen (siehe Tabelle).

## 2. Die Ökonomische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft

Eckwerte der deutschen Gesundheitswirtschaft im Zeitverlauf 2005-2008

Kennzahlen [Mrd. EUR]	2005	2006	2007	2008 <sup>1)</sup>	2009 <sup>1)</sup>	Wachstum 05 bis 09 Ø Wachstum/Jahr	
Gesamtes Aufkommen an Gütern	373,98	392,61	412,61	428,339	434,27	60,29	16,1%
<i>Anteil an der Gesamtwirtschaft</i>	7,8%	7,7%	7,6%	7,7%	8,6%		3,8%
Produktionswert	327,12	339,06	353,32	367,54	372,96	45,83	14,0%
<i>Anteil an der Gesamtwirtschaft</i>	8,1%	7,9%	7,9%	8,0%	8,8%		3,3%
Bruttowertschöpfung	203,22	208,79	214,64	223,74	229,44	26,22	12,9%
<i>Anteil an der Gesamtwirtschaft</i>	10,0%	10,0%	9,9%	10,1%	10,7%		3,1%
Konsumausgaben	273,47	281,31	289,36	299,33	310,76	37,29	13,6%
<i>Anteil an der Gesamtwirtschaft</i>	17,3%	17,4%	17,8%	17,9%	18,3%		3,3%
Exporte	54,78	63,78	71,51	72,84	69,51	14,74	26,9%
<i>Anteil an der Gesamtwirtschaft</i>	6,1%	6,2%	6,4%	6,3%	7,3%		6,5%
Erwerbstätige [Mio.]	5,32	5,34	5,44	5,63	5,73	0,42	7,8%
<i>Anteil an der Gesamtwirtschaft</i>	13,7%	13,7%	13,7%	13,9%	14,2%		1,9%

1) Fortschreibung



© 2012 WifOR | Gesundheitswirtschaft in Deutschland

7

Aus der Tabelle ist u.a. zu entnehmen, dass die ökonomische Wertschöpfung um die 10% ausmacht, der Export bei gut 7% als Anteil am gesamten Export liegt und die Erwerbstätigen gut 14% betragen, d.h. etwa jeder 7. Beschäftigte arbeitet im Gesundheitswesen. In der absehbaren Zukunft wird die Anzahl der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft stark zunehmen (müssen), so dass jeder 5. Erwerbstätige dort sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist.

Da es sich bei den Ergebnissen zur Wertschöpfung und zum Wachstum gleichzeitig um Ergebnisse der wirtschaftlichen Aktivitäten und aus anderer Sicht „nur“ um Inputgrößen handelt, besteht Forschungsbedarf hinsichtlich einer Gesundheitsfolgenabschätzung dieser und anderer Kennziffern. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass sich die ökonomische Wertschöpfung bzw. die „ökonomische Dividende“ von der stärker an Krankheitsbildern orientierten medizinisch-epidemiologischen Abgrenzung der Wertschöpfung unterscheidet. Ökonomische und medizinische Wertschöpfung sowie Gesundheitsfolgenabschätzung sind also unterschiedliche Kategorien.

### • Was ist ein Satellitenkonto im Gesundheitswesen?

In dem vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie seit 2008 geförderten Forschungsprojekt „Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland“ wurde eine Input-Output-Tabelle erstellt, die Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsprodukten nach der international abgestimmten Methodik der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) erfasst und sämtliche Verflechtungen zwischen der Gesundheitswirtschaft und der Gesamtwirtschaft erstmalig für das Jahr 2005 aufzeigt. Die Ermittlung des Beitrags der Gesundheitswirtschaft zur Wert-

schöpfung, zum Konsum, zum Export und zur Beschäftigung in Deutschland stand dabei im Vordergrund und ist fortgeschrieben und erweitert worden. Mittlerweile liegen diese Berechnungen auch für Bundesländer und Regionen vor; auch einige Großunternehmen lassen sich ihren Beitrag zur Beschäftigung, zur Wertschöpfung, zum Export, zur Finanzierung der Staatsausgaben und sozialen Sicherung über Steuern und Sozialversicherungsbeiträge berechnen. In Österreich und in der Schweiz wird an vergleichbaren Studien gearbeitet. In einem nächsten Schritt geht es um die „Gesundheitsdividende“, also die Produktivität und Effizienz der mit Hilfe des GSK gemessenen Gesundheitswirtschaft.

- **Welche unterschiedlichen Formen von Innovationen gibt es in Gesundheitssystemen?**

Eine Klassifikation von Innovationen seitens der OECD umfasst vier grundlegende Innovationstypen:

1. Produktinnovationen
2. Prozessinnovationen
3. Marketinginnovationen
4. Organisationsinnovationen

Die Klassifikation der OECD muss vor dem Hintergrund der im europäischen Vergleich unterschiedlichen Gesundheitssysteme, z. B. steuer- oder beitragsfinanzierte, um Systeminnovationen ergänzt werden. System- bzw. Strukturinnovationen zur Weiterentwicklung dieser nationalen Gesundheitssysteme können sich auf sektorale, regionale und auch auf betriebsgrößenspezifische Aspekte von Innovationen beziehen.

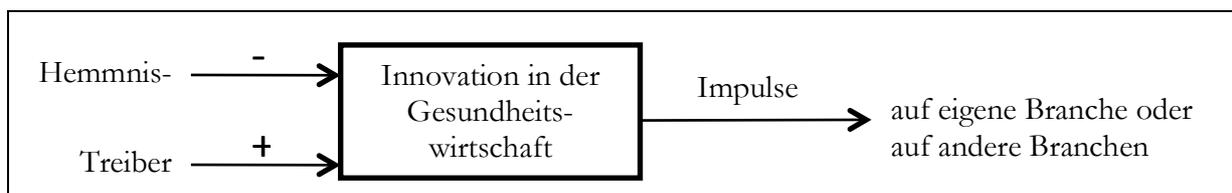
Innovationen gehören neben Wissen und unternehmerischer Initiative (insb. Risikobereitschaft) zu den wesentlichen Faktoren für Wachstum und Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft. Aber auch die Gesundheit der Bürger wird in einer zunehmend globalisierten Wirtschaft zum Standortfaktor. Dementsprechend lassen sich steigende Ausgaben für die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit durchaus positiv bzw. als Wohlfahrtsgewinn für die Gesellschaft ansehen. Gesundheit wird neben der Bildung zum zweiten Faktor des Humanvermögens und damit eine Größe, die das Wachstum, die Produktivität einer Volkswirtschaft und das gesellschaftliche Wohlergehen eines Landes nachhaltig fördert. Betrachtet man Gesundheit als einen wichtigen Wachstumsfaktor, sind Gesundheitsausgaben nicht mehr bloßer Konsum sondern Investitionen in die Zukunft eines Landes. Wichtig ist nur, dass die Gesundheitsleistungen effizient erbracht werden, also Verschwendung vermieden wird und die gesamte Gesundheitswirtschaft produktiv arbeitet. Hier liegen Forschungsaufgaben für die Zukunft, denn der Systemvergleich im Gesundheitswesen unter dem Aspekt der Effizienz dieser Systeme steckt noch in den Kinderschuhen und muss klar unterschieden werden von dem Vergleich der Effizienz der Gesundheitswirtschaft.

- **Was sind Innovationsimpulse?**

Innovationen gehören neben Wissen und unternehmerischer Initiative zu den wesentlichen Faktoren für Wachstum und Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft. Sie tragen entscheidend zur Erhöhung des Bruttosozialproduktes bei und wirken in aller Regel beschäftigungssteigernd. Selbstverständlich beziehen sie sich auch und vor allem auf die Verbesserung der medizinisch-ärztlichen und anderweitigen gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung und die Behandlung von kranken Menschen.

Die Gesundheitswirtschaft zeichnet sich durch eine hohe Innovationsdynamik aus – so werden beispielsweise knapp ein Drittel aller Umsätze der Medizintechnik mit Produkten getätigt, die nicht älter als drei Jahre sind, und in der Biotechnologie liegt der Anteil der F&E-Aufwendungen bei bis zu 50% vom Umsatz. Darüber hinaus finden viele Behandlungen von Patienten mittlerweile ambulant und nicht mehr durch operative Eingriffe im Krankenhaus statt (durch Arzneimittel werden manche Operationen überflüssig) oder ermöglichen eine vereinfachte Behandlung, und im Falle von Operationen sind sie mit kürzeren Liegezeiten verbunden.

Schematischer Zusammenhang der Begriffe Innovationshemmnisse, -treiber und -impulse



Quelle: Eigene Darstellung

Als Innovationsimpulse werden diejenigen Wirkungen bezeichnet, die von Innovationen ausgehen und verschiedene Bereiche innerhalb aber auch außerhalb der Gesundheitswirtschaft beeinflussen. Dazu gehören vor allem die ökonomischen und sozialen Effekte von Innovationen im Sinne von Wachstum, Entwicklung und Beschäftigung.

Von besonderer Bedeutung sind die sogenannten Basisinnovationen. Dazu gehören neue Technologien (z. B. Mikrosystem- und Sensortechnik, Übertragungstechnologien), die neuartige Anwendungsmöglichkeiten (Produkt- und Dienstleistungsinnovationen) schaffen. Das setzt einen angebotsinduzierten Innovationsprozess in Gang, der neue Märkte eröffnet, z. B. Telemedizin infolge technischer Fortschritte im Bereich IT und Funktechnik, Homecare mittels neuer Medizintechnik sowie neue Handlungsfelder für Heilberufe wie Teleradiologie.

Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft führen über Nachfrage-, Produktivitäts- und auch so genannte Spillover-Effekte zu Wachstum, Effizienzsteigerung und Beschäftigungszuwachs. Vor allem die Nachfrageeffekte (steigende Absatzmengen und Preise) beeinflussen die Höhe der Gesundheitsausgaben.

Aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive kommen neben der immer noch im Vordergrund stehenden Vermeidung direkter Kosten bzw. der tatsächlichen Ausgaben die indirekten Kosten und psychosozialer Krankheitskosten trotz ihrer großen volkswirtschaftlichen Bedeutung immer noch zu kurz. Bei den indirekten Kosten handelt es sich um die Vermeidung von Krankheiten, Invalidität und vorzeitigem Tod. Sie werden in zweijährigen Rhythmus vom Statistischen Bundesamt auf der Grundlage des International Code of Diseases (ICD) erhoben. Psychosoziale Krankheitskosten sind solche, die auf durch Krankheit hervorgerufene Einschränkungen hindeuten. Dazu gehört zum einen bei unmittelbar betroffenen Personen z. B. die Verminderung der Produktivität, ohne dass eine Arbeitsunfähigkeit oder ein Berufswechsel vorliegt. Zum anderen verursachen z. B. ein vermindertes Selbstwertgefühl, Angst und Leid psychosoziale Kosten im engeren Sinne. Bisher werden psychosoziale Kosten nur in Ausnahmefällen, z. B. im Zusammenhang mit Lebensversicherungen oder Berufsunfällen, durch ökonomische Kennziffern erfasst. Indirekte Krankheitskosten, also Opportunitätskosten, stellen ein Maß für den Wert der Güter und Dienstleistungen dar, welche die Gesellschaft wegen krankheitsbedingten Produktionsausfalls nicht erwirtschaften kann.

Das Innovationspotenzial der Gesundheitswirtschaft ergibt sich mittels Produkt-, Prozess-, Organisations- und Systeminnovationen mit dem Ziel des Erhalts, der Wiederherstellung und der Förderung von Gesundheit entlang der gesamten Versorgungskette. Dies geschieht durch die stetige Optimierung der angebotenen Produkte und Leistungen sowie durch eine verbesserte Koordinierung der Leistungserbringung.

- **Gibt es eine optimale Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen?**

Bei der Zuweisung von Mitteln oder Produktivkräften geht es um die bestmögliche Verwendung der knappen Produktionsfaktoren einer Wirtschaft auf die jeweiligen Verwendungszwecke. Bei den Ressourcen kann es sich um materielle und immaterielle Güter und Dienstleistungen handeln. Im Vordergrund stehen also auch Fähigkeiten, Charaktereigenschaften, Bildung und Gesundheit einer Bevölkerung.

Bei der Architektur der Allokation geht es um mehrere Ebenen, um ein Makromanagement („von oben nach unten“), eine Mikroperspektive („von unten nach oben“) und eine Mesoebene mit einer regionalen und sektoralen Zuordnung sowie vor allem um die wichtige Frage, welche Mechanismen bzw. welche Kräfte eigentlich über diese Allokation in einer Gesellschaft entscheiden (sollen).

Nach einer Entscheidung auf Makroebene, wie viel eine Gesellschaft für Umwelt, Klimaschutz, Nahverkehr, Verteidigung, Bildung, Gesundheit und andere Aufgaben verwenden will, steht im Gesundheitswesen die Entscheidung darüber an, wie viel für

- Prävention und Gesundheitsförderung, für die
- medizinische Behandlung akut Kranker, chronisch Kranker und gesunder Menschen und für

- Arzneimittel,
- Heilleistungen,
- Hilfsmittel,
- Rehabilitation,
- Pflege,
- psychosoziale Versorgung und
- zahnmedizinische Behandlung sowie für
- Lohnfortzahlung

ausgegeben werden soll.

Dabei stellt sich die Fragen nach dem Nutzen oder der Wohlfahrt bzw. dem Gemeinwohl dieser Gesundheitsleistungen für die Gesellschaft. Es gibt bisher keine wissenschaftlich ableitbare optimale Gesundheitsquote, so dass die medizinische und ökonomische Wertschöpfung in den Vordergrund tritt. Übergreifend lässt sich nur sagen, dass Ressourcen dort zu investieren bzw. einzusparen sind, wo sie am meisten bzw. am wenigsten zur Gesundheit beitragen. Dabei treten vielfältige Probleme der Messung von Gesundheit auf, vor allem bei der Frage, wer die Gesundheit bekommen bzw. wie sie „verteilt“ werden soll. Träger- und Zuständigkeitsprofile sind zu gestalten sowie entsprechende Anreize. Eine Lösung besteht aus wissenschaftlicher Sicht letztlich in einer Ex-ante-Makro- oder Ex-ante-Mesoallokation, also einer Verwendung vor der erforderlichen Versorgung bzw. Behandlung.

Auf der einzelwirtschaftlichen Ebene stehen die individuellen Entscheidungen beim Krankenversicherungsschutz innerhalb der Gesetzlichen und zwischen den privaten und den gesetzlichen Krankenversicherungen im Vordergrund. Darüber hinaus zählen hierzu aber auch die Kosten der persönlichen Lebensführung und die damit verbundenen Kaufentscheidungen im wachsenden Zweiten Gesundheitsmarkt.

Zur Mikro- und sektoralen Betrachtung zählt vor allem die individuelle Behandlung bei ärztlich-medizinischen Leistungen, unterschieden nach Krankheitsbildern und Bevölkerungsgruppen. Hier geht es neben der regionalen Versorgung auch um die Rolle im sich verändernden Arzt-Patienten-Verhältnis sowie um die zunehmende Bedeutung nicht-ärztlicher Heilberufe im Gesundheitswesen.

Schließlich stellen sich in diesem Umfeld einer Allokationsarchitektur auch Fragen einer zweckmäßigen Organisation und dem dazugehörigen Ordnungsrahmen sowie nach den treibenden Kräften in der gesundheitspolitischen Willensbildung, die zur jeweils vorliegenden Allokation der stets zu knappen Ressourcen führt.

- **Was ist uns die Gesundheit wert?**

Der Wert der Gesundheit wird von gesunden und kranken Menschen individuell unterschiedlich wahrgenommen.

Rauchen, Übergewicht, Alkoholkonsum, Bewegungsarmut und riskanter Lebensstil gehören zur Realität des täglichen Lebens. Das gesunde Individuum unterschätzt in aller Regel die Risiken von Krankheit und die zukünftig zu erwartenden Leistungen bei Krankheit. Man spricht hier auch vom ex-ante-moral hazard, also einem individuellen Fehlverhalten in der Hoffnung auf Hilfe im Krankheitsfall.

Die individuellen Ansprüche an die medizinische Versorgung, die Hoffnung auf einen raschen medizinischen Fortschritt aber auch die Forderung nach Übernahme möglichst aller Kosten durch die Krankenversicherung oder die Gesellschaft stehen im konkreten Krankheitsfall einzig und allein im Vordergrund. Diese Situation führt möglicherweise auf Seiten der Patienten, aber auch bei den Leistungserbringern zu einem Übermaß an Leistungen, so dass von einem ex-post-moral hazard gesprochen wird. Hierzu gehört die angebotsinduzierte Nachfrage ebenso wie ein Übermaß an subjektiven Ansprüchen.

Bei der Bestimmung des Wertes von Gesundheit kann zwischen der individuellen Gesundheit und einer kollektiven Gesundheit unterschieden werden. Aus der Verbesserung der Gesundheit ergeben sich nicht nur individuelle Vorteile sondern auch Vorteile für das ganze Land. Das Ausmaß des individuellen und des kollektiven Nutzen, z.B. einer Impfung, lässt unter Umständen Rückschlüsse für die Finanzierung bestimmter Gesundheitsleistungen zu. Ein guter nationaler Gesundheitsstand ist als Investition anzusehen und hat dementsprechend positive Wirkungen als Standortfaktor. Der kollektive Wert von Gesundheit gehört in die parlamentarische Diskussion. Um den Nutzen und die Kosten gesunder Lebensjahre zu bestimmen, bedarf es einer öffentlichen Diskussion und einer Transparenz der verwendeten Argumente und Methoden.

- **Was sagt eine Gesundheitsquote aus?**

Es gibt keine wissenschaftlich ableitbare optimale Gesundheitsquote. In der gesundheitspolitischen Diskussion stehen Begriffe wie der Anteil der Gesundheitsausgaben in unterschiedlicher Abgrenzung am Sozialprodukt, die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Versicherten, die Höhe der Beitragssätze in der Sozialversicherung oder die Höhe der Prämienzahlungen in der privaten Krankenversicherung im Vordergrund, wenn über vermeintlich zu hohe Gesundheits-“kosten“ geklagt wird.

Die Höhe der Gesundheitsausgaben sagt nichts aus über die Gesundheit einer Bevölkerung und gibt auch keine Hinweise auf die Produktivität der Gesundheitswirtschaft oder die Effizienz des Gesundheitswesens. Trotz ihrer begrenzten Aussagekraft stehen ausgaben- und einnahmeseitige Gesundheitsquoten in der gesundheitspolitischen Dis-

kussion und im internationalen Vergleich, z.B. durch die OECD, jedoch stets im Vordergrund.

- **Was sollen „Markt“ und „Wettbewerb“ im Gesundheitswesen bewirken?**  
(Friedrich Wilhelm Schwartz/ Klaus Dirk Henke)

Gesundheitswesen als „Gesundheitswirtschaft“ hat sich in Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und in Teilen der gesundheitsbezogenen Fachwelt bereits weitgehend etabliert und die Sichtweise über das Gesundheitswesen bereits verändert. Parallel entwickelt sich in vielen medialen, zivilgesellschaftlichen und in zahlreichen fachlichen Bereichen ein neues umfassenderes Verständnis von Gesundheit, das sich viel stärker als noch vor wenigen Jahren an der Erhaltung und Förderung von Gesundheit orientiert und sich auf die Umwelt, die Arbeitswelt, gesunde Ernährung und weitere persönliche Lebensbereiche und den Lebensstil bezieht.

Die Ablösung vieler vertrauter, wenngleich keineswegs immer zweckmäßigen Begriffe, Institutionen und Regulationen der Gesundheitsversorgung durch neue Begriffe, Regeln, Abläufe und Organisationsformen in einer marktförmigeren „Gesundheitswirtschaft“ wecken in Teilen der politischen wie der nichtpolitischen Öffentlichkeit, bei vielen Bürgern, Versicherten und Nutzern der GKV (sowie der PKV) besorgte Fragen nach dem Erhalt sozialstaatlicher Solidar- und Fürsorgepflichten.

In der Tat ist die Frage nach der Vereinbarkeit, der richtigen Anwendung oder „Mischung“ von Marktprinzipien und neuen Wettbewerbsformen einerseits und sozial gebotener Solidarität andererseits in einer rasant wachsenden und sich verändernden „Gesundheitswirtschaft“ bisher weder im fachlichen noch im politischen Diskurs aufgegriffen und geklärt.

Mehr Wettbewerb führt in der GKV bei idealtypischer Betrachtung zu einer bedarfsgerechteren und kostengünstigeren Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung. Die zu hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, insbesondere im stationären Bereich, kann z.B. abgebaut werden und würde zu massiven Einsparungen führen. Neue Trägerstrukturen innerhalb und zwischen den Leistungsanbietern, mehr Politikferne und weniger Einfluss der Verbände mobilisieren in einer vernetzten Versorgungslandschaft die Wirtschaftlichkeitsreserven durch mehr Wettbewerb.

Die vorgeschlagene wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenversicherungsschutzes verlangt auf der einen Seite einen neuen Sicherstellungsauftrag, der nicht mehr nach stationärer und nach ambulanter Versorgung unterscheidet. Auf der anderen Seite ist eine neue Versicherungsaufsicht erforderlich, die mit einer Verstärkung der marktlichen Kräfte die Aufsicht und Kontrolle übernimmt und eine Grundsicherung für jedermann und jedefrau sicherstellt. Eine kontrollierte Öffnung des Gesundheitsmarktes lautet die Devise.

Die Schaffung eines funktionalen Wettbewerbsrahmens in der GKV und die Förderung der integrierten Versorgung sind keine Instrumente, um kurzfristig Ausgaben einzusparen, sondern Investitionen in ein zukunftsfähiges und prosperierendes Gesundheitssystem. Wie bei allen Investitionen muss man tendenziell eher davon ausgehen, dass es in der Anfangsphase hier und da auch zu höheren Ausgaben und Friktionen kommen wird. Deshalb ist eine langfristige Ausrichtung und eine entsprechende Kommunikationsstrategie (managing expectations) von entscheidender Bedeutung.

Eine besondere Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Verbände, die medizinischen Fachgesellschaften und Medien, die Neuerungen häufig zunächst einmal schlechter darstellen als sie es in aller Regel sind und die meisten Neuerungen rundweg ablehnen. Als Beispiel hierfür kann der Gesundheitsfonds angeführt werden.

- **Welches sind die Funktionen des Wettbewerbs?**

Angesichts des umstrittenen Beitrags des Wettbewerbs zu einer kostengünstigen und bedarfsgerechten Krankenbetreuung und Gesundheitsversorgung sollen an dieser Stelle einmal die erwarteten positiven Wirkungen den unerwünschten Wirkungen von Markt und Wettbewerb systematisch gegenübergestellt werden.

### **1. Erwartete positive Wirkungen:**

- Verbesserte Effizienz auf der Produktionsseite, mehr Effizienz, d.h. bedarfsgerechtere und kostengünstigere Verteilung knapper Ressourcen.
- Bestmögliche Präferenz- und Ergebnisorientierung in der Patientenversorgung.
- Stärkung der Patienten- und Konsumentenautonomie („funktionierender Wettbewerb ist konsumentenfreundlich“). Im Kassenwettbewerb sollen Produkte und Dienstleistungen entstehen und angeboten werden, die gemessen an den Wünschen der Patienten sachgerecht sind.
- Wettbewerb zur Sicherung von mehr Versorgungsqualität, von mehr gesundheitlicher Nutzenorientierung in der Versorgung, Qualität als Hauptparameter des Wettbewerbs.
- Bessere kleinräumige und regionale Lösungen durch mehr Wettbewerb.
- Wettbewerb ist immer Mittel zum Zweck und kein Selbstzweck oder ein Ziel an sich.
- Neben einem weiterhin regulierten und durch das Sozialversicherungsrecht getriebenen sog. „Ersten oder primären Gesundheitsmarkt“ soll als Ergänzung, partiell auch als Konkurrenz, ein expansiver freier „Zweiter Gesundheitsmarkt“ entstehen.

### **2. Unerwünschte Wirkungen von Markt und Wettbewerb:**

- Unübersichtlichkeit der tatsächlichen Leistungen, Verkomplizierung durch zu große Angebotsvielfalt.

- Mangelnde Transparenz, irreführende Werbungen.
- Unausgewogene Kräfteverhältnisse der Akteure(z.B. Asymmetrien in Bezug auf Kapitalzugang, Marktmacht, Zugang zu Technologien, Zugang zu Informationen).
- Versicherter oder Patient als nicht- (voll)-informierter und in aller Regel nicht-kompetenter Konsument.
- Einschränkung der Zugangsmöglichkeiten für Alle zur notwendigen bzw. angemessenen Versorgung
- Ggf. fehlende effektive Anwendung staatlicher Instrumente zur Marktaufsicht, zur Transparenzsicherung und zur Monopolkontrolle.
- Keine automatische Sicherung flächendeckender Versorgungsangebote. Überschätzung der Lösungskraft von Wettbewerb.
- Wettbewerb als liberaler Selbstzweck anstelle rational gebotener Steuerungseingriffe.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Wettbewerb an sich kein Ziel ist, sondern dass ihm nur instrumentelle Bedeutung zukommt. Ihm gegenüber stehen eher planwirtschaftliche Ansätze. In jedem Fall bedarf es klarer Rahmenbedingungen von möglichst längerfristiger Geltung im Gewährleistungsstaat.

### • **Wo gibt es Gesundheitsmärkte?**

Im klassischen Sinne eigentlich nur im Zweiten Gesundheitsmarkt. Dort entscheiden die individuellen Konsumausgaben den Kauf von Gütern und Dienstleistungen (z.B. IGeL-Leistungen, OTC-Produkte, altersgerechte Assistenzsysteme). Auch das Angebot und die Nachfrage nach Krankenversicherungsschutz kann als ein Gesundheitsmarkt begriffen werden. Schließlich ist die industrielle Gesundheitswirtschaft dem internationalen Wettbewerb auf globalen Märkten ausgesetzt.

Fasst man den Begriff der Märkte jedoch weiter und bezieht die Beschaffungs- und Absatzmärkte, die Finanz- und Lebensversicherungsmärkte und die Arbeitsmärkte mit ein, ergibt sich ein differenzierteres Bild als bei der in aller Regel im Vordergrund stehenden Konzentration auf Märkte von Gütern und Dienstleistungen der Krankenversicherungen.

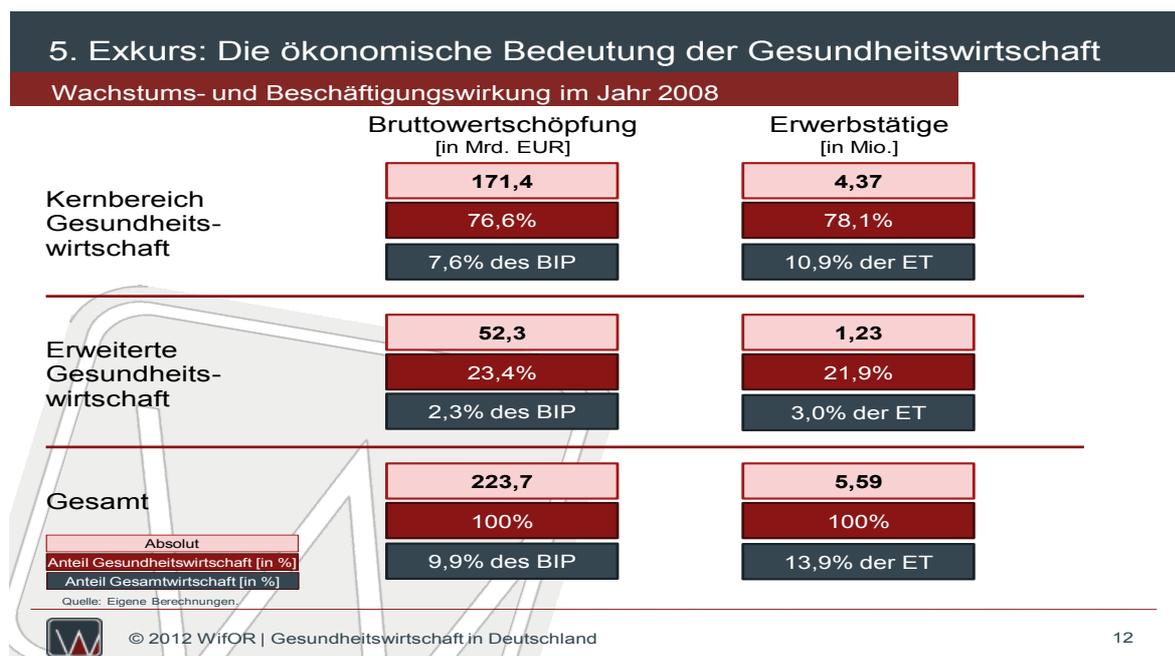
Je nach Verständnis von Märkten und Wettbewerb lassen sich auch die Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungsanbietern in diesen Zusammenhang bringen. Kollektivvertragliche und individual- bzw. selektivvertragliche Regelungen stehen sich dann gegenüber. Und die Rolle des Kartellrechts, des europäischen Privatrechts und das nationale Sozialrecht stehen sich als unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Gesundheitsmärkte gegenüber.

- **Was soll eigentlich im Gesundheitswesen finanziert werden?**

Die Ausgaben verschiedener Zweige der gesetzlichen Sozialversicherung (gesetzliche Kranken-, Unfall-, Pflegeversicherung, Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung, die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die Krankenhausinvestitionen etc.) oder die Leistungen der privaten Versicherungen mit ihren unterschiedlichen Tarifen und Gebührenordnungspositionen.

Als Finanzierungsgegenstand im engeren Sinne werden häufig die Leistungen des sog. Leistungskatalogs der GKV angesehen, also der erstattungsfähigen Leistungen. Dazu zählt auch die Sicherstellung ambulant und stationär erbrachter Leistungen und der Unfallrettungsdienst mit unterschiedlichen Finanzierungsformen.

Leistungen im Rahmen des „Zweiten Gesundheitsmarktes“ werden aus den Kosten der allgemeinen Lebensführung bestritten, also aus den privaten Konsumausgaben. Ihr Anteil am Sozialprodukt liegt bei gut 2% (siehe die Abbildung); möglicherweise finanziert der Zweite Markt, wenn auch nur marginal, die Grundversorgung, also den wesentlichen größeren Anteil des Sozialprodukts, der auf die Gesundheitswirtschaft zurückzuführen ist, mit.



Mit dem Äquivalenzprinzip (benefit principle) und dem Leistungsfähigkeitsprinzip (ability-to-pay-principle) stehen die zwei klassischen Finanzierungsgrundsätze im Vordergrund und auch in Konkurrenz miteinander

Während das Leistungsfähigkeitsprinzip bei der Besteuerung und der Finanzierung öffentlicher Aufgaben, z.B. der Infrastruktur oder der Sozialleistungen, herangezogen wird, steht das Äquivalenzprinzip im Mittelpunkt der privaten Versicherungswirtschaft und jener öffentlichen Leistungen, die z.B. über Studiengebühren oder Kommunalabgaben finanziert werden. Die derzeitige Finanzierung über Sozialabgaben bzw. Sozial-

versicherungsbeiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer liegt zwischen diesen beiden Prinzipien. Bei Reformen und einer neuen Ausbalancierung muss daher immer wieder neu entschieden werden, ob die Gesellschaft mehr in die eine Richtung einer Prämien- und Beitragsfinanzierung gehen will oder in die andere Richtung, wie z.B. in England, über ein überwiegend steuerfinanziertes Sozialversicherungssystem.

- **Gibt es eine nachhaltige Finanzierung?**

1) Nachhaltigkeit ist einerseits bereits gegeben, da das Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter aus dem Jahre 1883 stammt (damals Beiträge 2/3 Arbeitnehmer, 1/3 Arbeitgeber und maximal 6% auf Löhne und Gehälter mit Versicherungspflicht bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze) und Weltkriege, Inflationen und Wirtschaftskrisen überlebt hat. Andererseits ist eine nachhaltige Finanzierung nicht mehr gewährleistet, da die Generationenbilanz unausgeglichen ist. Die heute über 60jährigen hinterlassen eine negative Bilanz, so dass sich die Frage stellt, werden im Jahre 2050 Menschen im Alter noch gepflegt, wenn es kaum noch Familien gibt? Wer zahlt die Beiträge bei der stark rückläufigen Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten? Die zu erwartende Erosion der wachstumsorientierten Bemessungsgrundlage erfordert daher neue Formen der Mittelaufbringung in Form der Beitragsfinanzierung in der Krankenversicherung oder durch staatliche steuerfinanzierte Systeme der Gesundheitsversorgung.

2) Nachhaltigkeit ist vielleicht zu kennzeichnen durch eine regelmäßig und regelhaft anzupassende existenzielle Grundversorgung (im Umlageverfahren mit Teilkapitalbildung), die der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stehen sollte. Darüber hinaus gehende Leistungen bedürfen der individuellen (wenn gewünscht, auch kapitalbildenden) Vorsorge in einer wachsenden Gesundheitswirtschaft.

- **Warum wird zwischen Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen unterschieden?**

Bei der (äußeren) Finanzierung handelt es sich um die Mittelaufbringung über allgemeine Deckungsmittel, also überwiegend über Steuern, Staatsverschuldung, Prämienzahlungen, Sozialversicherungsbeiträge, Zusatzzahlungen, Selbstbeteiligung oder durch Konsumausgaben, wie im Zweiten Gesundheitsmarkt.

Im Falle der Vergütung oder inneren Finanzierung geht es um die Honorierung bzw. Bezahlung von ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen, also z.B.

- die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen
- die Versorgung mit Heilmitteln
- die häusliche Krankenpflege

- die Krankenhauspflege
- den Unfallrettungsdienst
- die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder
- die künstliche Befruchtung

um nur einige Beispiele zu nennen.

Die Unterscheidung zwischen der äußeren und inneren Finanzierung ist angesichts der Finanzierungsverflechtung im Gesundheitswesen hilfreich für das Verständnis der zahlreichen und vielfältigen Geldströme und auch im internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen. Die Zusammenhänge zwischen der Mittelaufbringung und der Mittelverwendung sind Gegenstand ökonomischer Analyse. Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme stehen beitragsfinanzierten Systemen also gegenüber. Und im Vergütungsbereich konkurrieren beispielsweise unterschiedliche Gebührenordnungen mit Gehaltszahlungen und Pauschalen.

- **Gibt es einen Leistungskatalog in der GKV?**

Diese Frage ist zunächst mit „ja“ zu beantworten, weil er für die Gesetzliche Krankenversicherung vorgegeben ist. Gleichzeitig ist aber darauf hinzuweisen, dass es im Zeitablauf immer wieder Veränderungen gegeben hat und aus erstattungsfähigen Leistungen Güter und Dienstleistungen solche des täglichen Lebens wurden und dementsprechend zu den Kosten der Lebensführung zählen (z.B. Brillen). Derartige Neubestimmungen gab es im humanmedizinischen und im zahnmedizinischen Bereich gleichermaßen und über die vergangenen Jahrzehnte immer wieder. Der Hinweis, Einschnitte in den Leistungskatalog seien politisch kaum möglich, trägt also nicht. So hat beispielsweise die rot/grüne Koalition mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom Januar 2004 die nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel (OTC) weitgehend aus der GKV-Erstattung eliminiert. Mit wachsender finanzieller Belastung der GKV-Finzen sind also durchaus auch andere Einschnitte in den Leistungskatalog denkbar. So sind zum Beispiel was das Krankengeld anbelangt unterschiedliche Regelungen vorstellbar. So kann gefragt werden, ob bereits der erste Krankheitstag zu Krankengeldzahlungen führen soll und grundsätzlich einmal überlegt werden, ob die Kostenübernahme zu 100% beim Arbeitgeber für die ersten sechs Wochen liegen muss. Bei der Bewertung von Art und Dauer der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall gibt es durchaus unterschiedliche Einschätzungen.

Geht man jedoch vom Status Quo des Leistungskataloges aus, so ergibt sich zunächst einmal das folgende Bild: Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sozialgesetzbuch, fünftes Buch (SGB V), festgelegt und erstreckt sich auf folgende Leistungen:

### **Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und Empfängnisverhütung §§ 20 bis 24b SGB V**

- Präventionsleistungen und Förderung von Selbsthilfegruppen
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
- Prävention durch Schutzimpfungen
- Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)
- Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)
- Medizinische Vorsorgeleistungen
- Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter
- Empfängnisverhütung
- Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

### **Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten §§ 25 und 26 SGB V**

- Gesundheitsuntersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen)
- Kinderuntersuchungen (Früherkennung von Krankheiten)

### **Krankenbehandlung §§ 27 bis 52 SGB V**

- ärztliche Behandlung
- zahnärztliche Behandlung
- Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen
- Versorgung mit Arzneimitteln und Verbandsmitteln
- Versorgung mit Heilmitteln
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Häusliche Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Krankenhauspflege
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Künstliche Befruchtung
- Kieferorthopädische Behandlung
- Soziotherapie
- Palliativversorgung
- Hospizleistungen
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Sozialpädiatrische Leistungen

### **Krankengeld**

Geht man von gegenwärtigen medizinischen Leistungsgeschehen aus und den erstattungsfähigen Leistungen, so müssen im Grunde auch Gebührenordnungspositionen aufgelistet werden. Dabei handelt es sich um weit über 6000 Positionen, die über die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen abgerechnet werden können. Beim Vergleich der privaten und gesetzlich erstatteten Leistungen gibt es wiederum Unterschiede; die privaten Krankenversicherungen halten sich zwar an die gesetzlichen Leistungen, sind aber im Einzelnen oft großzügiger und erweitern den Bereich der abrechenbaren Leistungen.

Last but not least ist vor allem am Beispiel der Arzneimittel auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hinzuweisen. Er ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Dort wird mehr und mehr über die Erstattungsfähigkeit von Gesundheitsleistungen entschieden.

Zusammenfassend zeigt sich, dass es keinen unveränderlichen konstanten Leistungskatalog gibt. Ein Blick auf die selbst zu zahlenden Leistungen zeigt die Veränderungen im Zeitablauf. Brillen, Sterbegeld, Kuren, OTC-Produkte etc. zeigen die Veränderungen beispielhaft. Auch im Umfang der Arbeitsunfähigkeitstage sind Veränderungen vorstellbar. Das Beharrungsvermögen des Status quo steht Veränderungen in alle Regel gegenüber.

- **Was leistet Health in all Policies?**

Der Public-Health-Ansatz bietet einen noch weitergehenden Perspektivenwechsel. Hier wird mit „Health in all Policies“ eine neue Gesundheitsgesellschaft propagiert. Gesundheit kann produziert und gemanagt werden, indem man Rahmenbedingungen verändert und somit Verhalten beeinflusst. Parallel dazu nimmt der Bürger durch Information und Bildung eine stärkere Rolle als aktiver, kritischer Konsument ein. Da Gesundheit als hohes Gut wahrgenommen wird, treten in dieser Gesundheitsgesellschaft Themen der Beitragssatzstabilität und Kostendämpfung in den Hintergrund. Wird Gesundheit als persönliche und gesellschaftliche Priorität akzeptiert, wird zudem die wirtschaftliche Bedeutung des Sektors erkannt. Es drängt sich eine koordinierte, ressortübergreifende Politik auf, die Kooperation und Vernetzung der gesundheitsbezogenen Leistungserbringer untereinander, mit anderen Politikbereichen und mit den gesundheitsrelevanten Akteuren außerhalb des Versorgungssystems verfolgt.

## **Literatur**

Dierks, C., Henke, K.-D., Frank, J., Hensmann, J., Wilkens, H. (2011), Bürgerzentriertes Gesundheitswesen, Baden-Baden.

Eberhardt, B., Fachinger, U., Henke, K.-D. (2010), Better health and ambient assisted living (AAL) from a global, regional and local economic perspective, in: Int. J. Behavioural and Healthcare Research, Vol. 2, No. 2.

Fachinger, U., Henke, K.-D., Hrsg. (2010), Der private Haushalt als Gesundheitsstandort, Baden-Baden.

Fachinger, U., et al., Ökonomische Potenziale altersgerechter Assistenzsysteme: Ergebnisse der Studie zu Ökonomischen Potenzialen und neuartigen Geschäftsmodellen

dellen im Bereich Altersgerechte Assistenzsysteme, März 2012 und die dort angegebene Literatur.

- Fachinger, U., Erdmann, B. (2010): Determinanten des Nachfrageverhaltens privater Haushalte nach assistierenden Technologien - ein Überblick, in: Fachinger, U. und Henke, K.-D., Hrsg., Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. Baden-Baden: Nomos, S. 147-162.
- Henke, K.-D., Braeseke, G. et al. (2012), Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, Innovationen, Branchenverflechtung, Arbeitsmarkt, Baden-Baden.
- Henke, K.-D., Neumann, K., Schneider, M. et al. (2010), Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Baden-Baden.
- Henke, K.-D., Ostwald, D.A. (2012), Gesundheitssatellitenkonto – der Erste Schritt, in: Lohmann, H., Preusker, U., Hrsg., Gesundheitswirtschaftspolitik: Frischer Wind durch neues Denken, Medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 17 – 38, auf Englisch erschienen (2012) als Health satellite account: the first step, in: Behavioural and Healthcare Research, Bd.3, H.1., S. 91-105.
- Lisac, M., Reimers, L., Henke, K.-D., Schlette, S. (2010): Access and Choice – Competition under the Roof of Solidarity in German Health Care. An analysis of health policy reforms since 2004, in: Journal of Health Economics, Policy and Law, Vol. 5, pp. 31-52.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche; Zwei Bände, Baden-Baden 1996/1997.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Kurzfassung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2012/2013 BTDr 17/11440 vom 12. 11. 2012, S. 350-373 (Gesetzliche Krankenversicherung: Reformnotwendigkeit trotz Überschüsse).
- Schwartz, F. W., Henke, K.-D., Gesundheitswirtschaft als Wachstumsmarkt – Sind Marktprinzipien und sozialstaatliche Solidarität oder die gesundheitsbezogenen Leitideen des Metaforums Orientierungshilfen? Manuskript 2011.

## 9. Gesundheitspolitik

Friedrich Wilhelm Schwartz

- *Ist Gesundheit ein Grundrecht?*
- *Geht es in der Gesundheitspolitik und in ihren Zielen wirklich vor allem um mehr Gesundheit und Wohlbefinden für die Bevölkerung?*
- *Gibt es überhaupt „Gesundheitsziele“ in Deutschland und in internationaler Perspektive – und wie ist ihre Wirkung zu beurteilen?*
- *Kann das Konzept der sozialen Gesundheitsdeterminanten unsere Gesundheitspolitik verbessern?*
- *Was sind die grundlegenden politischen Handlungsstrategien und Handlungsebenen von Gesundheitsförderung?*
- *Wie kann die Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung evaluiert werden?*
- *Warum ist Gesundheitsförderung eine Herausforderung für die heutige deutsche Gesundheitspolitik?*
- *Welche Bedeutung hat Prävention als Thema der Gesundheitspolitik?*
- *Lassen sich politisch schlüssig Ziele einer nachhaltigen Gesundheitspolitik für Deutschland formulieren?*
- *Wodurch ist eine moderne Politikgestaltung für Gesundheit („Governance for Health“) gekennzeichnet ?*
- *Wie trägt Gesundheit in allen Politikbereichen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit bei?*

### • **Ist Gesundheit ein Grundrecht?**

Bereits 1945/46 haben UNO und WHO den Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes als Grundrecht jedes Bürgers ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung bezeichnet und ferner klargestellt, dass für die Erreichung des besten Gesundheitszustandes es von besonderer Bedeutung ist, dass die relevanten Erkenntnisse der medizinischen, psychologischen und verwandten Wissenschaften in geeigneter Form allen zugänglich sind – Forderungen, die mit den sozial und bildungsabhängig ungleichen Lebens- und Gesundheitserwartungen selbst in den medizinisch hochversorgten Industrieländern einschließlich Deutschland (s. soziale Gesundheitsdeterminanten; s. Health Literacy; s. Lebenserwartung in Gesundheit/Gesundheitserwartung) immer noch deutlich kontrastieren.

Deutschland hat 2009 eine Resolution der UNO (Behindertenrechtskonvention, 2007) ratifiziert, d.h. auch für unser Land rechtlich verbindlich gemacht, die Gesundheit als ein Grundrecht des Bürgers anspricht und sichert.

- **Geht es in der Gesundheitspolitik und in ihren Zielen wirklich vor allem um mehr Gesundheit und Wohlbefinden für die Bevölkerung?**

Die gesundheitspolitischen Ziele in Deutschland fokussierten nach dem Zweiten Weltkrieg vor allem auf Fragen der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, des Leistungsrechts, der Ordnungspolitik und der Wirtschaftlichkeit.

Die Gesundheit der Bevölkerung oder von Teilbevölkerungen in den Mittelpunkt der Politik zu stellen, war in Deutschland – bis auf Ausnahmen – bislang nicht Gegenstand der Gesundheitspolitik. Dies ist aber gerade das Anliegen, das mit „Gesundheitszielen“ verfolgt wird.

- **Gibt es überhaupt „Gesundheitsziele“ in Deutschland und in internationaler Perspektive – und wie ist ihre Wirkung zu beurteilen?**

Die Ursprünge der Gesundheitszielprogramme der WHO reichen mehr als 30 Jahre zurück. Seit 1978 setzt sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Entwicklung von Gesundheitszielen ein; mit der Deklaration von Alma-Ata wurde das Zielepaket „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ formuliert. In der Folge stimmten alle Mitgliedstaaten der europäischen Region, einschließlich Deutschland, den 38 Zielen der WHO zu (s. Tab. 11-1). Dieses Konzept wurde in den Folgejahren weiterentwickelt und differenziert.

Außerdem wurden Gesundheits-Indikatoren definiert, die eine Wirkungsüberprüfung und regelmäßige Berichterstattung der Länder an die WHO ermöglichen sollten, was sich als konzeptionell und technisch schwierig erwies, aber dennoch zum Aufbau von nationalen Systemen der „Gesundheitsberichterstattung“ in praktisch allen Ländern beitrug; dies half auch wesentlich die gesundheitsstatistischen Programme der OECD und der EU voranzutreiben, die inzwischen zunehmend brauchbare „Benchmarking“-Vergleiche zwischen den Staaten und intranationale Entwicklungsanalysen der Gesundheitssysteme ermöglichen.

*„Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, Auflistung aller 38 Ziele der WHO nach Kurztiteln*

<b>Eine bessere Gesundheit ermöglichen</b>	
1.	Chancengleichheit im Gesundheitsbereich sichern
2.	Gesundheit und Lebensqualität für alle fördern
3.	bessere Teilhabe-Möglichkeiten für Behinderte schaffen
4.	chronische Erkrankungen reduzieren
5.	übertragbare Krankheiten reduzieren
6.	Altern in Gesundheit ermöglichen
7.	Gesundheit von Kindern und jungen Menschen in den Mittelpunkt stellen
8.	Gesundheit von Frauen stärken
9.	Herz-Kreislauf-Krankheiten reduzieren

10.	Krebs bekämpfen
11.	Unfälle bekämpfen
12.	Ursachen und Auftreten für psychische Störungen und Selbstmord reduzieren
<b>Gesundheitsförderliche Lebensweisen stärken</b>	
13.	eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
14.	Rahmen zur Förderung der Gesundheit schaffen
15.	gesundheitliche Kompetenz der Bürger fördern
16.	Konzepte für gesundes Leben in Bildungsprogrammen und öffentlich vermitteln
17.	den Konsum von Tabak, Alkohol und psychotrope Substanzen reduzieren
<b>Gesunde Umwelt sichern (Ziele 18-25)</b>	
<b>Bedarfsgerechte Versorgung sichern (Ziele 26-31)</b>	
<b>Entwicklungsstrategien für „Gesundheit für alle“ vorantreiben</b>	
32.	Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich stärken und auf Gesundheit orientieren
33.	Nationale Weiterentwicklung der „Gesundheit für alle“ und Vernetzung der Akteure fördern
34.	Management der Entwicklung zur „Gesundheit für alle“
35.	Unterstützung der Gesundheitskompetenz der Bürger durch transparente und angemessene Gesundheitsinformation
36.	angemessene personelle Ressourcen für die Gesundheit erschließen
37.	Partner für die Gesundheit
38.	Gesundheit und Ethik wissenschaftlich und praktisch entwickeln

Später wurde das Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ unter dem Titel „Gesundheit 21“ fortgeschrieben und insbesondere das Konzept der Lebenswelten („Settings“) integriert. Auf Initiative der Bundesregierung wurde im Jahr 2000 der Gesundheitszieleprozess „gesundheitsziele.de“ ins Leben gerufen. Gesundheitsziele.de will nach eigenen Aussagen gesundheitspolitische Akteure zusammenbringen und im Konsens konkrete, exemplarische Gesundheitsziele als Empfehlung an die Politik und andere Akteure entwickeln. Die Arbeitsergebnisse stehen allen Beteiligten und der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung, die politische Resonanz und der entsprechende Einfluss der Plattform sind allerdings bislang gering.

Außerhalb Deutschlands wurden Gesundheitsziele in zahlreichen OECD-Ländern entwickelt. Zielprogramme gibt es für Australien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Irland, Italien, Kanada, Neuseeland, die Niederlande, Polen, Portugal, Spanien und die USA. Deutschland hat kein offizielles Zieleprogramm vorgelegt. Die Anzahl der Gesundheitszielprogramme auf regionalen Ebenen ist international kaum mehr zu überblicken.

Das Konzept der Gesundheitsziele wurde auch auf kommunaler Ebene aufgegriffen. Das von der WHO im gleichen Zusammenhang entwickelte Konzept „Gesunde Städte

und Gemeinden“ hebt die Bedeutung lokaler und regionaler Gesundheitsziele für lokale Gesundheitspolitik hervor. Dies hat insbesondere in den deutschen Stadtstaaten zur Entwicklung einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung und zum Anstoß vieler kommunaler Projekte der Gesundheitsförderung beigetragen.

Gesundheitsziele sind kein politisches Allheilmittel, aber sie sind wirkungsvolle Beiträge zu einer rationaleren und tatsächlich auf Gesundheitsfragen fokussierten Politik statt dem üblichen Steckenbleiben in fiskalischen, institutionellen, standespolitischen und föderalen Konflikten.

- **Kann das Konzept der sozialen Gesundheitsdeterminanten unsere Gesundheitspolitik verbessern?**

Strategieleitende Erklärungen auf der Grundlage des Krankheitsparadigmas beschränken sich meist auf biologische und verhaltensbezogene Gesundheits-Determinanten bzw. Risikofaktoren. Ihr struktureller und professioneller Kontext ist überwiegend die professionelle individuelle Krankheitsbehandlung und -prävention.

Wichtige weitere Determinanten der Lebenserwartung und der Krankheitslasten der Industrieländer sind jedoch sozialer Natur.

Als „**soziale Determinanten von Gesundheit**“ wurden identifiziert:

- Schichten-,
- kulturelle Milieuzugehörigkeit,
- Bildung, Einkommen;
- Ausmaß der Ungleichverteilung von Gütern und Chancen in der Gesellschaft.

Ihre Beeinflussung liegt außerhalb der medizinischen Versorgung, aber nicht außerhalb der zumindest teilweisen Beeinflussung einer über das engere System der medizinischen Versorgung und der medizinischen Prävention sowie der Krankenkassen hinausweisenden, weitere relevante Politikfelder ansprechenden Gesundheitspolitik; die WHO spricht von der Notwendigkeit, dafür schrittweise politisch integrative Formen für eine Health in all Policies (HIAP)-Politik zu entwickeln (Kickbusch/Buckett, 2010).

- **Was sind die grundlegenden politischen Handlungsstrategien und Handlungsebenen von Gesundheitsförderung?**

Die grundlegenden politischen Handlungsstrategien und Handlungsebenen von Gesundheitsförderung wurden in der „Ottawa-Charta“ (Weltgesundheitsorganisation WHO, 1986) beschrieben. In zahlreichen nachfolgenden Konferenzen und Erklärungen wurden die damals aufgestellten Grundsätze konkretisiert und fortgeschrieben; im Kern bewahren sie bis heute ihre Gültigkeit.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung hebt insbesondere folgende politische Handlungsebenen hervor:

### **I. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik**

Gesundheit ist nicht nur eine Aufgabe der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Gesundheit muss vielmehr auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen als zentrales Anliegen betrachtet werden. Politikerinnen und Politiker müssen sich bei allen ihren politischen Entscheidungen ihrer Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung bewusst sein und deren gesundheitliche Konsequenzen berücksichtigen.

Politische Entscheidungen wirken sich auch dann auf die Gesundheit aus, wenn sie nicht im engeren Sinne Gesundheitsthemen betreffen. Volkswirtschafts- und Finanzpolitik, Bildung, Kultur, Soziales und Sicherheit sowie alle Aspekte der Umweltpolitik (Verkehr, Bau, Raumplanung, etc.) haben mehr oder weniger direkte Auswirkungen auf die Gesundheit.

Um in der Politik diesen komplexen Zusammenhängen in mehreren Politikfeldern (s. HIAP-Politik) Rechnung tragen zu können, müssen technische und politische Fachleute aus allen Bereichen interdisziplinär zusammenarbeiten. Es müssen Anstrengungen unternommen werden, aus verschiedenen Teilpolitiken eine Gesamtpolitik zu entwickeln, die sich für das Wohlergehen und die Lebensqualität aller Menschen einsetzt (ISPM, 2006).

Die entsprechende Beratung und Unterstützung von Politik und Verwaltung ist eine zentrale Handlungsstrategie von akademischen und praktischen Institutionen von Public Health und Gesundheitswissenschaften.

### **II. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen**

Mit Lebenswelt (englisch "Setting") bezeichnen wir ein soziales Subsystem, in dem Menschen leben, lernen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen (Schule, Betrieb, Gemeinde, etc.). Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) propagiert, Interventionen auf derartige soziale Subsysteme zu fokussieren, d.h. auf Organisationen und Netzwerke von Organisationen und nicht auf einzelne Menschen und ihr individuelles Gesundheits- und Risikoverhalten.

Mit dem Lebenswelten-Ansatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1999)

Als Settings für Prävention und Gesundheitsförderung haben sich international etabliert: Schulen, Gemeinden, Betriebe und Krankenhäuser.

Welche Zielgruppen innerhalb einer Lebenswelt angesprochen und welche Institutionen und Funktionsträger einbezogen werden sollen, muss jeweils auf der Basis einer gründlichen Organisationsdiagnose entschieden werden (ISPM, 2006).

### **III. Persönliche Kompetenzen entwickeln**

Anders als bei dem Lebensweltenansatz geht es bei diesem Ansatz um die Förderung der Kompetenz des Individuums.

In der Konfrontation mit Stressoren, Krankheit und Veränderungsprozessen braucht der einzelne Mensch gewisse Kompetenzen, um Gesundheitsrisiken vermeiden und persönliche Gesundheitsressourcen erschließen zu können. Damit können körperliche Ressourcen gemeint sein, wie die Förderung der Fitness und der Abwehrkräfte, oder die Sensibilisierung für die Wahrnehmung des Körpers. Aber auch psychisch-personale Ressourcen können entwickelt und aktiviert werden (Kompetenzen zur Bewältigung von Stress und Konflikten, die Stärkung des Selbstvertrauens, etc.). Ein großes Ressourcenpotenzial liegt im sozialen Umfeld. Die Fähigkeit, intensive und befriedigende Beziehungen zu leben und ein anregendes soziales Netzwerk zu pflegen, ist entscheidend für die Gesundheit

Die wesentlichen Instrumente, die zur Förderung der persönlichen Kompetenzen zur Verfügung stehen, sind Information und Bildung. Dabei ist der Lebensstil und Kommunikationsform der Person zu berücksichtigen, die angesprochen werden soll.

Staatliche Stellen, die Privatwirtschaft und gemeinnützige Organisationen sind ebenso zum Vermitteln der relevanten Information und Bildung aufgefordert wie die traditionellen Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen (ISPM, 2006).

### **IV. Gesundheitsdienste neu orientieren**

Das System und die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind heute zu stark auf medizinisch-kurative Dienstleistungen ausgerichtet.

Stattdessen sollen die verantwortlichen Instanzen – Management, Medizinal- und Pflegepersonal, Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser – eine Binnenkultur und ein Versorgungssystem entwickeln, das sich stärker um die Erhaltung und Förderung der Gesundheit bemüht. „Ziel ist ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen. Die primäre Fokussierung auf selektierte gesundheitliche Probleme eines Menschen oder der Bevölkerung muss einer umfassenderen Wahrnehmung weichen.

Alle Dienste, Organisationen und Fachleute sind aufgerufen, auf die kulturellen Bedürfnisse ihrer Klienten und Klientinnen Rücksicht zu nehmen und deren Wünsche nach einem gesünderen Leben aufzugreifen und zu unterstützen. Angesprochen sind nicht nur die Gesundheitsdienste im engeren Sinne, sondern alle Dienste, Stellen und Personen, die sich im weitesten Sinne um das Wohlergehen der Menschen kümmern: Sozialdienste, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Fachstellen, kirchliche Organisationen (Seelsorge) usw.“. Eine funktionierende Zusammenarbeit unterschiedlichster Disziplinen ist eine wesentliche Grundlage (ISPM, 2006).

- **Wie kann die Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung evaluiert werden?**

#### **a) Gesundheitliche Auswirkungen**

Die Verbesserung von Gesundheit wird vor allem anhand der (bevölkerungs- oder gruppenbezogenen) Indikatoren Verbesserung von Morbiditäts- und Mortalitätsdaten sowie Veränderung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gemessen.

Ein günstiger Einfluss auf die Leistungsfähigkeit und Kranken-Quote der berufstätigen Bevölkerung, einschließlich der davon abhängigen ökonomischen Größen, ist dabei häufig plausibel beobachtbar.

Eine große, im Auftrag der Europäischen Kommission durchgeführte, Studie lässt kaum Zweifel, dass Gesundheitsförderung positive Wirkungen zeitigt:

Die „International Union for Health Promotion and Education“ ließ führende Expertinnen und Experten aus 15 Ländern Forschungsarbeiten aus den letzten 20 Jahren sammeln und im Hinblick auf ihre Aussagen zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderung untersuchen (International Union for Health Promotion and Education – IUHPE, 2000).

Beim Thema Alter zeigte sich beispielsweise, dass die Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstils (Ernährung, Bewegung) positive gesundheitliche Auswirkungen zeigte. Gut ausgebaut extramurale Sozial- und Gesundheitsdienste zeigen positive Auswirkungen auf Wohlbefinden, Unabhängigkeit und Mortalität der Alten und führten zu einer Reduktion der Eintritte in stationäre Einrichtungen.

Psychische Gesundheit: Gesundheitsförderung in diesem Bereich hat offensichtlich positive Auswirkungen in einem sehr breiten Feld: So konnten Abnahmen im Bereich von Depressionen, Selbstmord, Scheidungen, Sucht, Delinquenz, Spitaltage, aber auch von Kindesmissbrauch, Aids, Lernschwierigkeiten und einer ganzen Reihe weiterer Symptome beobachtet werden. Auch bezüglich anderer Settings, Problembereiche und Zielgruppen kommt die Studie zum Schluss, dass gut gemachte Prävention und Gesundheitsförderung positive Auswirkungen haben (ISPM, 2006).

#### **b) Soziale, institutionelle, politische Auswirkungen**

Soziale, institutionelle und unter Umständen auch politische Auswirkungen von Gesundheitsförderungsprogrammen sind vielfältig beschrieben worden. Aufgrund der komplexen Einflussgrößen kann ein positiver Einfluss der Effekte auf die Gesundheit häufig nur indirekt, z.B. über verbesserte Gesundheitsdeterminanten und Lebensqualität nachgewiesen werden. Soziale, institutionelle und politische Auswirkungen sind vor allem unter Nachhaltigkeitsaspekten bedeutsam und die Maßnahmen sollten auch daraufhin angelegt sein.

#### **c) Ökonomische Auswirkungen**

Die ökonomischen Wirkungen von Prävention und Gesundheitsförderung sind aufgrund der Komplexität der Ansätze und ihres Einsatzfeldes nur schwierig zu bestimmen. Wirkungen können oft durch andere Effekte überlagert werden und zeitverzögert auftreten (Meier, 2004; Martin/Henke, 2008).

Gemäß der Definition von Prävention und Gesundheitsförderung kann von Prävention eine eher direkte gesundheitliche Wirkung erwartet werden, während in der Gesundheitsförderung, die auf komplexe Prozesse zielt, oft eher indirekte Effekte zu beobachten sind.

Tatsächlich gibt es in der Prävention zahlreiche Interventionen mit manifesten gesundheitlichen Auswirkungen: Impfen, Kariesprophylaxe, Gurtpflicht und die HIV/Aids-Präventionsaktionen etwa sind bekannte Beispiele, für welche die positiven gesundheitlichen Auswirkungen klar nachgewiesen werden können.

Im Bereich der Gesundheitsförderung ist der Nachweis der Wirksamkeit schwieriger zu führen. Es ist zwar relativ einfach aufzuzeigen, dass Verhalten und Verhältnisse, die für die Gesundheit negative bzw. positive Folgen haben, zu hohen Kosten bzw. Kosteneinsparungen führen. So schätzt das Staatssekretariat für Wirtschaft, seco, die gesamten finanziellen Kosten von Stress bei der Gesamtheit der Berufstätigen in der Schweiz auf 2,3 % des Bruttoinlandsproduktes (Ramaciotti/Perriard, 2000). Im Bereich der körperlichen Aktivität zeigen Schätzungen für die Schweiz (Martin et al., 2001), dass der volkswirtschaftliche Nutzen von Bewegung und Sport beträchtlich ist (4,1 Milliarden SFR pro Jahr), während Bewegungsmangel hohe Kosten verursacht (2,4 Milliarden SFR pro Jahr).

Diese Zahlen zeigen das Potenzial von Gesundheitsförderung auf. Negativ zu Buche schlagen allerdings Unfälle, die im Zusammenhang mit Bewegung und vor allem Sport passieren (3,4 Milliarden SFR pro Jahr), die in geeigneter Weise zu saldieren wären (ISPM, 2004).

- **Warum ist Gesundheitsförderung eine Herausforderung für die heutige deutsche Gesundheitspolitik?**

Auf der Internationalen Konferenz 1986 zur Gesundheitsförderung in Ottawa verabschiedeten die Mitgliedstaaten der WHO die „Ottawa-Charta“ als Umsetzungsstrategie für Gesundheitsförderung (WHO 1986). Sie hatte in der Folge maßgebliche Auswirkungen auf die Reformdiskurse zur Gesundheit („Gesundheit für alle“):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Es wurden fünf zentrale Handlungsbereiche formuliert:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Förderung persönlicher Kompetenzen zur gesunden Lebensweise
- Förderung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Lediglich zwei dieser Punkte wurden in Deutschland bisher zielstrebig begonnen: Das Lebensweltenkonzept und gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen wurden von

Kassenverbänden, einzelnen Großkassen und Kommunen begonnen und in Kitas, Schulen oder Betrieben eingesetzt. Von den übrigen wurde im Rahmen der so genannten Disease-Management-Programme (DMP) der Kassen und der Ärzteschaft die Förderung persönlicher Kompetenzen zur gesunden Lebensweise bei vorliegender chronischer Erkrankung unterstützt. In nichtärztlichen Studiengängen gibt es seit längerem zahlreiche Ausbildungsangebote zur Gesundheitsförderung.

Aber eines der wichtigsten Elemente der Gesundheitsförderung, die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, wurde weder begonnen oder gar umgesetzt, – wegen verfassungspolitischen föderalen Problemen und bislang fehlendem nachhaltigen Interesse.

Dazu wäre es inhaltlich notwendig, das traditionelle Krankheitsparadigma im Sinne des Gesundheitsparadigmas zu erweitern und die dominierende Strategie akutmedizinischer „Körperreparaturen“ durch umfassende präventive, kurative und gesundheitsfördernde Langzeitstrategien zu ergänzen oder teilweise zu ersetzen.

Von essentieller Bedeutung ist hierbei eine neue Wertorientierung, die Gesundheit als Ressource und individuelles wie öffentliches Gut begreift und in einer Politik der Lebenschancen verankert. Gleichzeitig sollten Über-, Fehl- und Unterversorgung wirksam bekämpft werden.

Beide Systemkorrekturen, der „Ausstieg aus dem Reparaturzeitalter“ und die Entwicklung von Strukturen und Kulturen bedarfsgerechter gesundheitlicher Versorgung und Förderung werden in Deutschland und in Europa aus zwei Gründen immer dringlicher: Weil im Zuge der demographischen Alterung die Krankheitslast infolge chronisch-degenerativer Erkrankungen weiterhin deutlich wachsen wird und die Ausgaben der Krankenversorgung schneller steigen als das Bruttoinlandsprodukt. Der Aufbau leistungsfähiger Infrastrukturen und professioneller Ressourcen für bevölkerungsweite Gesundheitsförderungsprogramme oder primäre Präventionsprogramme erfordert deshalb Investitionen in Health-in-All-Policies, die zur Zeit erst in wenigen nordeuropäischen Ländern als prioritär betrachtet werden.

- **Welche Bedeutung hat Prävention als Thema der Gesundheitspolitik?**

Gesetzliche Regelungen zu mehr Prävention in Deutschland scheiterten in der deutschen Länderkammer, obwohl in drei aufeinanderfolgenden Koalitionspapieren die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung als politisches Handlungsziel aufgenommen wurde.

Die Bedeutung von Prävention wächst dennoch in der Medizin und der Gesundheitspolitik aller Industriestaaten.

Dabei besteht eine zunehmend wichtige und in Politik und Praxis immer besser verstandene Interdependenz zwischen der reparativen und der präventiven Medizin: die

teils durch Langlebigkeit, im hohen Maße aber auch durch kulturell und technisch geprägte und durch soziale Milieus bestimmte Lebensweise, Individualverhalten und Arbeitskultur anwachsende chronische Krankheitslast in der Bevölkerung führt zu jährlich steigendem Mitteleinsatz der reparativen Medizin. Dynamisierend addieren sich dazu die Kosten eines immer filigraner und spezifischer werdenden medizinischen und biotechnologischen Fortschritts.

Wenn präventive Intervention den Anteil vermeidbarer Krankheitslast bei Individuen und der zu versorgenden Bevölkerung reduziert, hat das zunächst vor allem einen humanitären Wert für in Gesundheit aufwachsenden Kinder und ihre Familien und für die in besserer Gesundheit lebenden und alt werdenden Erwachsenen.

Aber es hat auch einen hohen gesellschaftlichen Wert in einer Gesellschaft, deren wichtigste Ressource gesunde, bildungsfähige und lange in Gesundheit lebende Bürger sind (Schwartz/Scriba, 2011).

Der relative Mitteleinsatz für Prävention vor Eintritt von Erkrankungen gilt nach gesundheitsökonomischen Szenariorechnungen (An Unhealthy America, 2007; Martin/Henke, 2008) zudem als geringer als derjenige für die medizinische Versorgung nach Eintritt der potentiell vermeidbaren Erkrankungen. In diesem Falle steigen bei effektiv organisierter Prävention die verfügbaren Mittel für eine angemessene, im medizinischen und medizintechnischen Sinne fortschrittliche Versorgung der nach dem Stand des Wissens nicht vermeidbaren oder aus anderen Gründen nicht vermiedenen Krankheitslast in der Gesellschaft. Hinzu treten regelhaft die vermiedenen indirekten Kosten von Erkrankungen, z.B. durch vermiedene Produktionsverluste.

Insofern trägt Prävention auch dazu bei, den medizinischen Fortschritt für die unvermeidlich Erkrankten langfristig besser zu sichern.

- **Lassen sich politisch schlüssig Ziele einer nachhaltigen Gesundheitspolitik für Deutschland formulieren?**

Bereits im Jahre 2002 schrieb die Bundesregierung in ihrer „Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie“:

„Es geht darum, für jedermann, jetzt und in der Zukunft, eine gute Lebensqualität zu erhalten und womöglich zu verbessern. Jeder soll die Möglichkeit haben, sein Leben in die Hand zu nehmen, zu lernen und zu arbeiten, Verantwortung für andere zu übernehmen und eingebettet in ein Netz sozialer Beziehungen in einer gesunden und sicheren Umwelt zu leben. Der Mensch mit seinen Möglichkeiten und seiner Verantwortung steht im Mittelpunkt“ (Bundesregierung: Nationale Nachhaltigkeitsstrategie, 2002).

Diese Zielverpflichtung stellt ein gutes Fundament für eine tatsächlich auf mehr Gesundheit zielende, neue Gesundheitspolitik in Deutschland dar und ließe sich mit diffe-

renzierenden Zielen auf die politischen Felder einer modernen Gesundheitspolitik übertragen.

- **Wie trägt Gesundheit in allen Politikbereichen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit bei?**

(Bernhard Bühlren)

Die vielfältigen sozialen, ökologischen und ökonomischen Determinanten der Gesundheit sind bisher nur ungenügend berücksichtigt, wenn es um den Schutz und die Verbesserung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger geht. Gesundheit in allen Politikbereichen (u.a. auch als Health in all Policies (HIAP) oder als Integrative Gesundheitspolitik bezeichnet) ist ein gesellschaftliches und politisches Prinzip, nach dem mehr Gesundheit und Wohlbefinden auch außerhalb des Gesundheitswesens zu einer Priorität werden soll. Alle Politikbereiche erkennen ihre Verantwortung für Gesundheit und handeln dementsprechend koordiniert (WHO-Euro, 2012). Gesundheit in allen Politikbereichen war ein Schwerpunkt der finnischen EU-Ratspräsidentschaft im Jahr 2006 (Stahl et al., 2006), die praktische Umsetzung ist aber z.B. in Australien weiter vorangeschritten (Kickbusch/Buckett, 2010).

Ein Beispiel für die Notwendigkeit, verschiedene Politikbereiche aufeinander abzustimmen, ist die Prävention übermäßigen Alkoholkonsums. Die Agrarpolitik fördert den Erhalt ökologisch vorteilhafter Streuobstwiesen. Aus der Ernte wird u.a. Obstbrand hergestellt, dessen Produktion und Vermarktung von Steuern (Finanzpolitik) und Gesetzen und Vorschriften (z.B. zum Jugendschutz, Wettbewerbsrecht u.v.m.) beeinflusst wird. EU- und nationales Recht verschiedener Ressorts greifen ineinander und können nur in enger Abstimmung, die sich auf klar definierte, ressortübergreifend akzeptierte Ziele hin ausrichtet, ihre gesundheitsbezogene Wirkung entfalten. Hier wird deutlich, dass übergeordnete Zielsetzungen vereinbart und mit klaren Steuerungsmechanismen umgesetzt werden müssen.

Eine wirksame Politikgestaltung zugunsten von Gesundheit bedient sich weniger präskriptiver, sondern eher kooperativer Arbeitsmodelle, um ein Maximum an Ressourcen für das gemeinsame Ziel zu mobilisieren, um von vielen Seiten her positiv auf die Verteilung der Determinanten der Gesundheit einzuwirken und so die Chance auf ein gesundes Leben zu erhöhen. Die Steuerung muss unter Beteiligung der gesamten Gesellschaft und des gesamten Staats auf allen Ebenen tätig werden und sowohl einen nationalen als auch einen lokalen Kontext für Maßnahmen zugunsten von Gesundheit bieten (WHO-Euro, 2012).

Neben einer auf Kooperation ausgerichteten Governance erfordert die Umsetzung von Gesundheit in allen Politikbereichen auch eine Verbesserung der Systeme für die Steuerung und die Leistungserbringung (WHO-Euro, 2012).

Das Konzept der Gesundheit in allen Politikbereichen fußt auf soliden Erkenntnissen der Public-Health-Wissenschaften. Es ist allgemein akzeptiert, dass die Gesundheit

stark von sozioökonomischen Faktoren, Lebens- und Arbeitsbedingungen und dem individuellen Verhalten beeinflusst wird (Sihto et al., 2006). Neben der Krankenbehandlung gewinnen gerade hinsichtlich der zunehmenden, stark mit dem individuellen Verhalten verbundenen Krankheiten diejenigen Politikbereiche an Bedeutung für die Gesundheit, welche gesundheitsförderliche Lebensbedingungen schaffen können: Bildungspolitik (z.B. für Gesundheitsinformation), Städtebau und Verkehr (Möglichkeit und Anreize für körperliche Bewegung), Wirtschaft und Arbeit (soziale Absicherung, stressarme Arbeitsbedingungen), Finanzen (ausreichende Finanzierung gesundheitsbezogener Maßnahmen) etc.

Die Gesundheitspolitik im althergebrachten Sinn der Organisation und Finanzierung von Krankenbehandlung ordnet sich in diese umfassend verstandene Politik für Gesundheit ein. Wird Gesundheit als persönliche und gesellschaftliche Priorität akzeptiert, dann drängt sich eine koordinierte, ressortübergreifende Politik auf, die Kooperation und Vernetzung der gesundheitsbezogenen Leistungserbringer untereinander, mit anderen Politikbereichen und mit den gesundheitsrelevanten Akteuren außerhalb des Versorgungssystems verfolgt.

Sogar der Gesundheitssektor selbst muss aber teilweise noch von der Notwendigkeit überzeugt werden, Gesundheit im allen Politikbereichen zu schützen und zu fördern. Die Tendenz zur Vernachlässigung der externen Faktoren von Gesundheit, zur Medikalisation gesundheitlicher Probleme und zur Problemlösung allein mit den Mitteln der Krankenbehandlung ist oft noch stark. Für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheit in allen Politikbereichen ist es neben einer klaren Führung notwendig, dass gesundheitsbezogene Ziele auch in den anderen Politikbereichen formuliert werden. Wenn gesundheitsbezogene Ziele mit anderen Zielen konfliktieren (z.B. in der Agrar- oder Finanzpolitik), müssen Diskussionen über die grundlegenden Werte geführt und entsprechende Prioritäten gesetzt werden (Sihto et al., 2006).

- **Wodurch ist eine moderne Politikgestaltung für Gesundheit (Governance for Health) gekennzeichnet?**

(Bernhard Bühlren)

Die Steuerbarkeit des aktuellen deutschen Gesundheitswesens ist sehr beschränkt. Es ist von mächtigen Interessensgruppen dominiert, deren Auseinandersetzungen häufig in Patt-Situationen führen, sodass nur kleine Reformen möglich sind und gute Ansätze im Status von begrenzten Modellprojekten stecken bleiben. Das Gesundheitswesen mit seinen vielen Schichten von der individuellen Arzt-Patient-Interaktion bis hin zur Ausgabenpolitik muss wieder besser steuerbar werden.

Als gesellschaftliche Trends verbinden sich die (postmoderne) Abkehr von der Expertenorientierung mit einem grundsätzlicher Trend zu mehr Bürgerbeteiligung bei Entscheidungen und dem – auch durch das Internet gestützten – Aufbau der dafür not-

wendigen Kompetenzen bei den Betroffenen. Hinzu kommt die notwendige Neujustierung im Ausgleich zwischen den Generationen, zwischen ökonomischen, ökologischen und Gesundheitsbedürfnissen. Diese allgemeinen Trends verlangen auch in anderen Politikbereichen eine Neudefinition der Aufgabenverteilung zwischen den Ebenen der Politik, öffentlichen Einrichtungen, Privatwirtschaft und den organisierten und den individuellen Bürgern; Transparenz, Partizipation und Ko-Produktion von Ergebnissen durch Staat und Gesellschaft gemeinsam sind auch bei Energie-, Umwelt-, Bau- und Verkehrsprojekten vermehrt zu beobachten. Im Gesundheitsbereich ist die Komplexität der Bedingungsfaktoren und Wirkzusammenhänge besonders hoch und sind die Interdependenzen zwischen den Beteiligten besonders deutlich ausgeprägt, sodass hier systemische Lösungen besonders dringlich erscheinen.

Im Anschluss an das „Mainstreaming“ von Gesundheit in allen Politikbereichen ist eine weiterentwickelte Regierungsführung notwendig, welche die Ausrichtung aller erforderlichen politischen und gesellschaftlichen Kräfte auf das Erreichen von Gesundheitszielen möglich macht („Governance for health“).

Die gemeinsame Aktivierung der Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, auf öffentlicher und privater Seite und der Bürgerinnen und Bürger erfordert eine horizontale Politikgestaltung und deshalb eher kooperative denn normative Ansätze. Demokratisierung, Evidenzbasierung und Regionalisierung unter dem Dach gemeinsamer Werte und Ziele sind Instrumente, welche der Politikgestaltung für Gesundheit zur Verfügung stehen, um ihre Ziele zu erreichen. Die Strukturen für Zusammenarbeit werden gestärkt, und es wird nach synergistischen Effekten über Akteursgruppen und Politikfelder hinweg gesucht. Die Integration vieler Akteursgruppen machen gesundheitsförderliche Ansätze zu Aufgaben der gesamten Regierung und zu gesamtgesellschaftlichen Aktivitäten.

Trotzdem behalten die Regierungen eine wichtige Rolle dabei, Normen zu definieren, Evidenz zu generieren und Rahmenbedingungen so zu setzen, dass gesundheitsförderliche Entscheidungen erleichtert werden („making the healthier choice the easier choice“; Kickbusch/Gleicher, 2012).

## **Literatur**

An Unhealthy America: The Economic Burden of Chronic Disease. DeVol, , Bedroussian, A, Charuworn, et al. Project Report, 2007 Official URL: <http://www.milkeninstitute.org/publications/publications.taf?function=detail&id=38801018&cat=resrep>

Bundesregierung (BMU): Nationale Nachhaltigkeitsstrategie – Perspektiven für Deutschland, 2002.

ISPM-Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hg.): Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, 2.004.

International Union for Health Promotion and Education, 2000.

Kickbusch I., Buckett K.: Implementing Health in All Policies – Adelaide 2010. Adelaide: Department of Health, Government of South Australia, 2010 URL: <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>, abgerufen 10. Okt. 2012.

Kickbusch I., Gleicher D.: Governance for health in the 21st century – a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

Martin K., Henke K.D: Gesundheitsökonomische Szenarien zur Prävention. Baden-Baden 2008.

Meier C.: Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung 2004.

Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung, 1986 [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/.../Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/.../Ottawa_Charter_G.pdf) (Verfügbar.-Kontrolle am 30.10.2012).

Sihto M., Ollila E., Koivusalo M.: Principles and challenges of Health in All Policies. In: T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo, Health in all Policies – Prospects and potentials. Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health (pp. 3-20), 2006.

Ståhl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. (Hrsg.): Health in all Policies – Prospects and potentials. Helsinki, Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Schwartz F.W., Scriba P. C.: Arzneimittel und Prävention. Gutachten für den Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA) (Fassung 6.9.2011).

Weltgesundheitsorganisation, Regionalkomitee für Europa (WHO-Euro): Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie (Dokument Nr. EUR/RC62/8), 2012 Internet-Dokument: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/170313/RC62wd08-Ger.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/170313/RC62wd08-Ger.pdf), abgerufen 10. Okt. 2012.

UN-Behindertenrechtskonvention von 2007 ; Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, Bonn am 31. Dezember 2008. Ratifiziert in Deutschland am 24.02.2009. In Kraft getreten am 26.03.2009.

## 10. Epilog

### 1) Erste Handlungsschritte

- **Stärkung und Verankerung des Grundprinzips der Gesundheitserhaltung und der Gesundheitsförderung**
  1. Grundsätzliche Orientierung an Gesundheit statt an Krankheit
  2. Aufbau von Gesundheitskompetenz bei den Bürgern in allen gesellschaftlichen Gruppen sowie von Kommunikationskompetenz bei den Gesundheitsberufen
  3. Auf- und Ausbau gesundheitsfördernder Strukturen, Angebote und Anreize in Alltag, Schule und am Arbeitsplatz
  
- **Ausrichtung des Systems auf Bürger, Versicherte und Patienten als aktiv Handelnde**
  1. Maximal mögliche Selbstbestimmung und Eigenverantwortung
  2. Berücksichtigung nicht nur des „objektiven“ Bedarfs, sondern auch der individuellen Bedürfnisse, Bedingungen und Möglichkeiten der Bürger, Versicherten und Patienten
  3. Verbesserung der Verständlichkeit des Versorgungs- und Versicherungssystems
  4. Systematische Einbeziehung von Bürgern, Versicherten, Patienten bzw. deren Vertretungen in alle Entscheidungsprozesse (z.B. in den Bereichen Forschung, Versorgungssteuerung und Ressourcenallokation, individuelle Behandlung)
  5. Ein neues Rollenverständnis bei Patienten und Gesundheitsberufen hin zu einem umfassenden Gesundheitsmanagement des Einzelnen mit Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Potenziale
  
- **Transparenz in Entscheidungsprozessen**
  1. Optimale Bereitstellung, zielgruppenspezifische Aufbereitung und Nutzung von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien und aus Qualitätssicherungsmaßnahmen für alle Entscheidungsprozesse
  2. Ausrichtung der Forschung und Qualitätssicherung auf patientenbezogene Ergebniskriterien und auf die Versorgungspraxis
  3. Klarheit darüber, auf welche Art und mit welchen Bewertungskriterien Entscheidungen getroffen werden
  4. Klare Definition dessen, was Aufgabe der Solidargemeinschaft und was Aufgabe des Einzelnen ist

5. Transparenz über Versorgungsqualität für Bürger, Versicherte und Patienten
- **Veränderung der strukturellen Bedingungen**
    1. Bessere Ausrichtung des Systems auf die demographischen Veränderungen und chronische Krankheit
    2. Bessere Vernetzung zwischen den Leistungserbringern und Überwindung der sektoralen Zielsetzung, der fragmentierten Versorgung und der komplexen Finanzierung
    3. Steuerung des Systems über bedarfs- und bedürfnisorientierten Nutzen, Qualität und Wahlmöglichkeiten
    4. Neuorientierung der Gesundheitsberufe im Hinblick auf gemeinsame Entscheidungsfindung und bessere Integration in der Behandlung
    5. Ausreichende Befähigung und Legitimation aller an Entscheidungen Beteiligten, insbesondere auf lokaler und regionaler Ebene
  - **Realisierung des Ansatzes „Gesundheit in allen Politikbereichen“**
    1. Verständigung über Gesundheit als Aufgabe vieler Handlungsträger und als Querschnittsaufgabe vieler Politikbereiche
    2. Entwicklung ressortübergreifender Strategien, um die zentralen Gesundheitsdeterminanten nachhaltig zu beeinflussen, zur Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsbildung, Gesundheitsforschung und für eine gesunde Umwelt
    3. Berücksichtigung der ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen insbesondere durch eine Verbindung der Gesundheits- mit der Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik
    4. Erarbeitung eines gesamtgesellschaftlichen Konsenses zu Grundprinzipien des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik (z.B. zu Aufgaben der Solidargemeinschaft, Mitwirkungsrechten und -pflichten der Bürger, Systemtransparenz)

Diese Handlungsziele wurden auf dem 3. MetaForum „Innovation im Gesundheitssystem“ im Juni 2009 als Handlungsempfehlungen von allen beteiligten Akteursgruppen entwickelt. Sie haben aus unserer Sicht bislang nichts an Aktualität eingebüßt.

## **2) Welches Gesundheitssystem wollen wir in Zukunft haben? (Sieben Thesen)**

Am Beginn des 21. Jahrhunderts bildet sich ein grundlegend verändertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit heraus. Die Gesundheit wird zur treibenden Kraft und zwar aus wirtschaftlicher, sozialer, politischer und individueller Perspektive – wir nennen dies die Gesundheitsgesellschaft. Im Folgenden stellen wir sieben Thesen in Bezug auf ein Gesundheitssystem der Zukunft vor:

1. Gesundheit und damit auch gesundes Altern ist als eine wesentliche Grundlage für unseren Wohlstand und unsere Lebensqualität anerkannt; Gesundheitspolitik ist geleitet vom gesamtwirtschaftlichen und gesellschaftlichen Nutzen, dem „Gesundheitsmehrwert“ – es gibt keine wissenschaftlich ableitbare optimale Gesundheitsquote (weder in Form der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt noch als Beitragssatz oder Prämie in der GKV).
2. Die Gouvernanz von Gesundheit umfasst Staat, Markt und Zivilgesellschaft, die Interaktionen und Entscheidungsprozesse der drei Sektoren sind transparent miteinander verbunden. Der Gewährleistungsstaat setzt und beaufsichtigt auf Bundesebene die Spielregeln für das Gesundheitssystem und für eine gesundheitsfördernde Politik in einer Vielzahl von Politikbereichen.
3. Die Rolle der Gesundheit als konjunkturresistente Leitbranche mit positiven Wirkungen auf den Arbeitsmarkt und die volkswirtschaftliche Wertschöpfung verleiht der Gesundheitspolitik und dem Gesundheitssystem einen Zuwachs an politischer und wirtschaftlicher Bedeutung; für gesundheitspolitische Entscheide ist eine Externalisierung der gesundheitspolitischen Leitlinien immer wichtiger (z.B. über eine Enquete-Kommission; unabhängige Institutionen)
4. Gesundheitssysteme entfalten neue Handlungsprinzipien und Organisationsformen, die auf einem Verständnis von Gesundheit als einem koproduzierten Gut beruhen – sie zeichnen sich aus durch aktive Teilhabe der Bürger, Solidarität, Investitionen in Gesundheit, Transparenz, Qualität und Ergebnisorientierung, Nachhaltigkeit, Integration und Subsidiarität; viele dieser Veränderungen werden mit hoher Dynamik durch neue medizinische sowie insbesondere durch Informationstechnologien vorangetrieben.
5. Mehr Prävention und Gesundheitsförderung sind unverzichtbar zur Vermeidung systemischer Risiken, wie z.B. Adipositas, Alkohol, Tabak und psychische Erkrankungen; sie setzen in der Lebenswelt (Familie, Gemeinde, Arbeitsplatz) und nicht

nur beim Individuum an; sie fördern Gesundheitskompetenz, die durch mehr Transparenz und verlässliche Informationen gestärkt wird.

6. Die regelmäßig und regelhaft anzupassende medizinische Grundsicherung für die gesamte Bevölkerung ist konstitutiver Bestandteil eines solidarisch organisierten Gesundheitssystems, dazu gehört auch das Bestreben, die ungleichen Gesundheitschancen durch das Handeln in anderen Politikbereichen zu reduzieren. Neue Bemessungsgrundlagen und neue Formen der Finanzierung sind eingeführt, diese orientieren sich an Effektivität und Effizienz (dem „Gesundheitsmehrwert“) und den Patientenbedürfnissen nicht am Verbandseinfluss und einer interessengebundenen Rationalität.
7. Neue, vom Patienten her gedachte integrierte Versorgungssysteme – besonders für das Leben mit chronischer Krankheit - bauen auf dem privaten Haushalt als zentralem Gesundheitsstandort sowie auf bürgernahem Gesundheitsmanagement auf; verbunden mit Netzwerken in der Zivilgesellschaft tragen sie zur Qualität der Versorgung und zur Entlastung der Sozialversicherung bei. Individuell gestaltete Versorgung und Gesundheitsdienstleistungen erfolgen über Zusatzversicherungen und durch private Konsumausgaben im sog. Zweiten Gesundheitsmarkt.

Quelle: Welches Gesundheitssystem wollen wir in Zukunft haben? Sieben Thesen von Klaus-Dirk Henke, TU Berlin und Ilona Kickbusch, Graduate Institute, Genf, in: Schumpelick, W., Vogel, B., Hrsg., Medizin nach Maß- Individualisierte Medizin – Wunsch und Wirklichkeit, Freiburg 2011, Herder, S. 279-281.

## Über die Autoren

**Dr. Bernhard Bührlen**, Diplom-Psychologe, studierte Psychologie in Freiburg im Breisgau. Er war anschließend an der Universität Freiburg in Forschungs- und Evaluationsprojekten zur Gesundheitspsychologie, Prävention und Gesundheitsförderung tätig und promovierte über die Evaluation einer bundesweiten AIDS-Präventionskampagne. Nach einer Forschungstätigkeit von mehreren Jahren am Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung mit Projekten im Bereich der medizinischen Rehabilitation wechselte er 2002 ans Fraunhofer-Institut für System und Innovationsforschung, Karlsruhe, wo er ab 2008 das Geschäftsfeld „Innovationen im Gesundheitssystem“ leitete. Schwerpunkte seiner Arbeit u.a. für das Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag und die EU-Kommission waren Innovationen in Medizin und Biotechnologie, funktionelle Lebensmittel, Methoden des Health Technology Assessment, Pharmacovigilanz und Klinische Forschung sowie die wissenschaftliche Leitung des MetaForums „Innovation für mehr Gesundheit“. Seit 2010 ist Bernhard Bührlen als Projektleiter im Bereich Organisationsentwicklung an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Schweiz, tätig.

**Thomas Hegemann**, Geschäftsführender Partner der CGC GbR, Heidelberg; langjährig im Bereich Gesundheitswesen in der Strategie- und Innovationsberatung von Fachgesellschaften, Kassen, KVen, Pharmaunternehmen und Berufsverbänden tätig; Autor, Korrespondent, Moderator, Regisseur, Filmproduzent für ZDF/ARD; Philosophie-, Ökonomie-, Journalistikstudium.

**Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke** war von 1995 – 2011 Inhaber des Lehrstuhls für die Fachgebiete Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie am Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht der Technischen Universität Berlin und ist seit dem 1.10. 2011 emeritiert. Er ist jedoch als Universitätsprofessor der TU bis zum 1.9. 2014 weiterhin tätig. Seit 1984 ist er Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen. In den Jahren 1987 - 1998 war er Mitglied und von 1993 – 1998 Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Von 1999 bis 2003 war er Sprecher des Graduiertenkollegs „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung“ der DFG. Bis vor kurzem gehörte er zu den Sprechern des Innovationszentrums „Technologie für Gesundheit und Ernährung“ (IGE) an der TU Berlin. Träger des Bundesverdienstkreuzes. Er arbeitet hauptsächlich auf den Gebieten der Gesundheitsökonomie, der öffentlichen Finanzen und der Europäischen Integration.

**Dr. Albrecht Kloepfer**, Politikberater, Publizist und gelernter Literaturwissenschaftler, unterrichtete von 1987 bis 1999 in Berlin und Tokyo (Lektor des Deutschen Akademischen Austauschdienstes) an verschiedenen Universitäten. Von 1996 bis 2001

war er Korrespondent der Zeitschrift „Deutschland“, herausgegeben vom Auswärtigen Amt und vom Bundespresseamt. Seit 2000 arbeitet er als Moderator und strategischer Berater für Unternehmen und Verbände aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. Seit 2002 ist er Herausgeber des „GesundheitsPolitischen Briefs“, einem wöchentlichen Nachrichtenüberblick zur deutschen Gesundheitspolitik, sowie Leiter des Berliner „Büros für gesundheitspolitische Kommunikation“. Seit 2006 moderiert er wöchentlich die „Gesundheitspolitischen Kamingsgespräche“ im Berliner Hotel Adlon. Seit 1. Januar 2013 ist er Geschäftsführer des MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.

**Dr. Thomas Reiß**, Studium Biologie und Chemie Universität Freiburg, Staatsexamen 1980 Doktorarbeit in der Pflanzenphysiologie, Promotion zum Dr. rer. nat. Universität Freiburg 1983; 1983-1986: Wissenschaftlicher Angestellter der Universität Freiburg am Institut für Biologie II, Molekularbiologie der Pflanzen (Prof. Link, Prof. Schäfer); 1986-1987: Gastwissenschaftler (DFG-Stipendium) am DOE Plant Research Laboratory, Michigan State University, East Lansing, USA; seit 1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI, Projektleiter; 1993-1995: Mitglied des Leitungsgremiums der Abteilung "Technischer und Industrieller Wandel"; 1996-2004: Leiter der Abteilung "Innovationen in der Biotechnologie"; seit 2005 Leiter des Competence Centers Neue Technologien; August 2006 bis März 2007: stellvertretender Direktor.

**Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz**, seit 2009 Professor em. der Medizinischen Hochschule Hannover- MHH. 1973 Promotion in Medizingeschichte, Senckenberg – Institut, Frankfurt, 1982 Habilitation (MHH) Hannover. 1972 bis 1984 ärztlicher Geschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zugleich 1974 bis 1984 Gründungsgeschäftsführer und Leiter des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung. 1985–2009 Direktor des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der MHH in Hannover. Persönliches Mitglied der Philosophischen Fakultät der Leibniz-Universität Hannover. 1990 ff. Inaugurierung des ersten universitären Graduiertenstudienganges für „Public Health“ und der ersten „Patientenuniversität“ in Deutschland. 1985 – mit Unterbrechungen – bis 2003 Mitglied, zeitweilig Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ehem. Mitglied des wissenschaftlichen Beirates des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesgesundheitsrates und des Gesundheitsforschungsrates, ehem. Member of Board of Directors der European Health Management Association. Berater der WHO Kopenhagen und Genf und der EU. Mitunterzeichner der Ottawa-Charta 1986 für Gesundheitsförderung. Bundesverdienstkreuz, Salomon-Neumann-Medaille und weitere Auszeichnungen.

Das deutsche Gesundheitswesen ist zu großen Teilen als Reparaturbetrieb organisiert: Überwindung oder Verwaltung von Krankheit ist die eigentlich treibende Kraft im System. »Gesundheit neu denken« will dazu anregen, unser Versorgungssystem tatsächlich an Gesundheitsparametern auszurichten. Mit dem Nebeneffekt, dass Gesundheitsleistungen nicht mehr als Ausgaben verstanden werden, sondern als Investitionen, die über ein Mehr an Gesundheit reiche Rendite bringen.

Das Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI analysiert Entstehung und Auswirkungen von Innovationen. Wir erforschen die kurz- und langfristigen Entwicklungen von Innovationsprozessen und die gesellschaftlichen Auswirkungen neuer Technologien und Dienstleistungen. Auf dieser Grundlage stellen wir unseren Auftraggebern aus Wirtschaft, Politik und Wissenschaft Handlungsempfehlungen und Perspektiven für wichtige Entscheidungen zur Verfügung. Unsere Expertise liegt in der breiten wissenschaftlichen Kompetenz sowie einem interdisziplinären und systemischen Forschungsansatz.



FRAUNHOFER VERLAG

ISBN 978-3-8396-0754-1



# Sachwörterverzeichnis

## A

Aktive Teilhabe 39, 42  
Allokation der Ressourcen 69  
altersgerechte Assistenzsysteme 74  
Arbeitsunfähigkeitstage 79

## B

Bürgerbeteiligung 40, 92

## D

DALY 18  
Demenz 24  
demografischer Wandel 21  
Determinanten der Gesundheit 35, 36 f, 44, 59, 91  
Disease Management Programme 23

## E

Empowerment 41 f  
Ergebnisorientierung 47, 73, 97

## F

Finanzierung 27, 60, 65, 71, 75 ff, 92, 96, 98

## G

gesunde Umwelt 96  
Gesundheitsberichterstattung 82, 84  
Gesundheitsdienste 35, 86 f  
Gesundheitserwartung 17 f  
Gesundheitsförderung 12, 14, 15, 17, 39, 41, 49, 55, 69, 78, 84 f, 87 ff, 95, 97  
Gesundheitsgesellschaft 42, 64, 79, 97  
Gesundheitsindikatoren 18  
Gesundheitsmanagement 42, 95, 98  
Gesundheitspolitik 14, 26, 36, 41, 49, 54, 61, 82, 84, 88 ff, 96, 97  
Gesundheitsquote 70 f, 97  
Gesundheitsverhalten 15, 17, 35  
Gesundheitswirtschaft 18, 63 ff, 71 ff, 74ff, 96  
Gesundheitsziele 41, 82 ff

## H

Health in all policies 4, 57

## I

Innovation 47 ff, 96  
Innovationsimpulse 68

## J

Jahrhundertreform 26

## K

Krankenversicherung 21 f, 24, 27 f, 45, 71, 76 f  
Krankheit 3, 11, 13f, 39, 49, 95 ff  
Krankheitsforschung 16  
Krebsregister 4

## L

Lebensstil 17, 71 f  
Leistungskatalog 27, 45, 77, 79

## N

Nachhaltigkeit 26, 27, 41, 47, 50, 59, 60, 76, 97  
Nutzen- und Ergebnisorientierung 53, 56

## O

ökonomische Wertschöpfung 66

## P

Prävention 12, 14, 15, 17, 36, 39, 40 f, 69, 78, 84, 87 ff, 97

## S

Salutogenese 16  
Satellitenkonto 66  
Solidarität 27, 36, 50, 56, 72, 97  
Sozialversicherung 71, 75, 98  
systemischer Wandel 47

## T

Transparenz 36, 40 f, 47, 49, 74, 93, 95, 98

## V

Vergütung 23, 76  
Verhältnisprävention 37 f, 49, 55  
Versorgungsmanagement 23

## W

Wachstum 18 f, 64 ff  
Wertschöpfung 64 f, 66 f, 70, 97  
Wettbewerb 29, 60 f, 64, 72 f  
Wohlbefinden 11, 43, 56, 82, 87, 91

## Z

Zivilgesellschaft 42, 97 f  
Zweiter Gesundheitsmarkt 73