



Bundesministerium
für Wirtschaft
und Energie



Gesundheitswirtschaftskonferenz 2016

Die deutsche Gesundheitswirtschaft schafft Wohlstand



Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Wirtschaft
und Energie (BMWi)
Öffentlichkeitsarbeit
11019 Berlin
www.bmwi.de

Text und Redaktion

Referat Z B 4 – Gesundheitswirtschaft
Dr. Robert Paquet, freier Journalist und Berater

Gestaltung und Produktion

PRpetuum GmbH, München

Stand

November 2016

Bildnachweis

BMWi

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Nicht zulässig ist die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben von Informationen oder Werbemitteln.



Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ist mit dem audit berufundfamilie® für seine familienfreundliche Personalpolitik ausgezeichnet worden. Das Zertifikat wird von der berufundfamilie gGmbH, einer Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung, verliehen.



Diese und weitere Broschüren erhalten Sie bei:
Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
Referat Öffentlichkeitsarbeit
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmwi.de

Zentraler Bestellservice:

Telefon: 030 182722721
Bestellfax: 030 18102722721

Inhalt

1. Potenziale der Gesundheitswirtschaft	2
Staatssekretär Dr. Rainer Sontowski, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie	
2. Wettbewerbliche Fragen in der Gesundheitswirtschaft	4
Prof. Achim Wambach Ph.D., Vorsitzender der Monopolkommission	
3. Wohlstandsmotor für die Gesellschaft	7
Podiumsdiskussion	
4. Stand der Reformen im Gesundheitswesen	10
Staatssekretär Lutz Stroppe, Bundesministerium für Gesundheit	
5. Quo vadis Gesundheitswirtschaft: Ansatzpunkte zum Erhalt des erreichten Wohlstands	12
Podiumsdiskussion	
6. Zusammenfassung der Konferenz	16
Harald Kuhne, Leiter der Zentralabteilung, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie	

1. Potenziale der Gesundheitswirtschaft

Staatssekretär Dr. Rainer Sontowski, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie



Staatssekretär Sontowski betonte zu Beginn seiner Begrüßungsansprache die gestiegene Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren. Die wirtschaftliche Bedeutung dieses Bereichs sei erst in der jüngsten Vergangenheit ins Bewusstsein der Fachleute und der Bevölkerung getreten. „Die von unserem Hause vor einigen Jahren initiierte und auch weiterhin geförderte gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung hat die Stärke der Branche noch einmal durch Zahlen untermauert.“

Bedeutung der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung

Die Gesundheitswirtschaft sei ein herausragender Teil der deutschen Wirtschaft und erbringe rund ein Achtel der Wertschöpfung, also gut zwölf Prozent. Bedeutsam seien vor allem die hochinnovativen Bereiche, wie die Medizintechnik oder die pharmazeutische Industrie. Zudem baue die Gesundheitswirtschaft kontinuierlich Arbeitsplätze auf. Im Jahr 2016 sei mit über sieben Millionen Erwerbstätigen fast jeder sechste Arbeitnehmer in der Branche beschäftigt.

Staatssekretär Sontowski stellte dar, dass „die Gesundheitswirtschaft durch eine große Heterogenität gekennzeichnet ist.“ Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie habe deswegen eine Erweiterung der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung in Auftrag gegeben, um spezifischere Aussagen zur Entwicklung einzelner Teilbereiche und zu den Regionen treffen zu können. In der Erweiterung werde beispielsweise die industrielle Gesundheitswirtschaft vertiefter beleuchtet. Neben der Pharmaindustrie und der Medizintechnik werden die Biotechnologie und die Medizinprodukte gesondert ausgewiesen. Erste Ergebnisse zeigten bereits, dass die Biotechnologie ein bedeutender Wachstumstreiber der Gesundheitswirtschaft insgesamt sei. Der Bereich mache mit neun Milliarden Euro zwar erst einen relativ geringen Anteil an der Bruttowertschöpfung aus. Diese Zahl habe sich aber seit 2005 beinahe verdoppelt.

Mehr Informationen zur Gesundheitswirtschaft unter:
bit.ly/Gesundheitsbranche

Fachkräftebedarf in der Pflege

Eine differenzierte Betrachtung verdeutliche auch die Herausforderungen bei der Fachkräftesicherung. „Im Bereich der Kranken- und Altenpflege ist die Wertschöpfung in der ambulanten und in der stationären Pflege stark gewachsen. Sie beträgt etwa zehn Prozent der Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft insgesamt. Gleichzeitig werden ca. 1,5 Millionen Erwerbstätige der Branche in der Pflege beschäftigt.“ Das starke Wachstum der ambulanten Pflege sei ein Zeichen für die steigende Nachfrage in diesem Bereich. „Es zeigt, dass sich der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ allmählich durchsetzt.“

Diese Entwicklung sei ebenfalls ein Indiz für einen zukünftig steigenden Bedarf an Pflegekräften im ambulanten Bereich. „Hier setzen wir beispielsweise mit unserem **Pilotprojekt zur Anwerbung von Fachkräften aus Drittstaaten** an. Im Zentrum dieses Projekts steht die Ausbildung von jungen Menschen aus Vietnam als Alten- und Krankenpflegekräfte.“ Das erfolgreiche Projekt werde bereits von vielen Einrichtungen als Blaupause genutzt.

Mehr Informationen zu dem Pilotprojekt unter:
bit.ly/Pflegewirtschaft

Wohlstand hat nicht nur mit Geld zu tun

Der Wohlstand in dem Motto der Konferenz sei nicht nur materiell zu betrachten. Der Begriff müsse differenzierter betrachtet werden. „Wohlstand ist auch der Zustand von Glück, Zufriedenheit und gesundheitlichem Wohlbefinden.“ Die Produkte und Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft seien essenziell, um gerade den nicht-monetären Wohlstand der Bevölkerung zu erhalten. Die Gesundheitswirtschaft trage somit dazu bei, die volkswirtschaftliche Kraft und Produktivität der Bevölkerung zu erhalten. Die Gesundheitswirtschaft sei somit nicht nur ein schlichter Wachstumsmotor der Wirtschaft, sondern auch ein Faktor, der den Zusammenhalt der Gesellschaft stärkt.

Finanzierbarkeit und Effizienz

Man müsse aber auch, so Staatssekretär Sontowski, über die **Kosten** sprechen. „Erst im September diesen Jahres hat der wissenschaftliche Beirat meines Hauses vor einer deutlichen Steigerung der **Krankenversicherungsbeiträge** gewarnt. Sie wissen, dass das nach der jetzigen Lage vor allem die Versicherten betrifft. Der steigende Anteil der älteren Versicherten und der medizinische Fortschritt sind entscheidende Ursachen für zukünftig erwartete Steigerungen der Beiträge. Ich will keinem Alarmismus das Wort reden, aber die demografische Herausforderung, vor der unsere Gesellschaft steht, ist gewaltig.“

Staatssekretär Sontowski verwies zudem auf die Bedeutung der **paritätischen Finanzierung**. Er betonte, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zukünftig wieder stärker in die Verantwortung gezogen werden müssten. Dann würden auch sie ein Interesse daran haben, dass die Gesundheitskosten im Rahmen bleiben. „Wenn der Kostendruck wieder steigt, braucht man **zwei Beteiligte**, um die Kosten im Griff zu behalten.“

Eine **unbegrenzte Ausweitung** des beitragsfinanzierten Bereichs der Gesundheitswirtschaft sei **nicht nachhaltig**. „Deswegen müssen wir die **Effizienz in der Versorgung** weiter steigern.“ In diesem Zusammenhang müssten vor allem die Potenziale genutzt werden, die die **Digitalisierung im Gesundheitswesen** biete.

Förderung von Innovationen

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie fördert die Innovationsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft durch verschiedene Förderprogramme. Dazu führte Staatssekretär Sontowski zwei Beispiele an: „Wir fördern mit unserem **Programm EXIST technologieorientierte und wissensbasierte Unternehmensgründungen**. Mit dem **technologieoffenen Programm ZIM** fördern wir technische Innovationsvorhaben **bereits etablierter Unternehmen**. Dafür können wir im nächsten Jahr noch einmal zusätzliche Haushaltsmittel einsetzen.“

2. Wettbewerbliche Fragen in der Gesundheitswirtschaft

Prof. Achim Wambach Ph.D., Vorsitzender der Monopolkommission



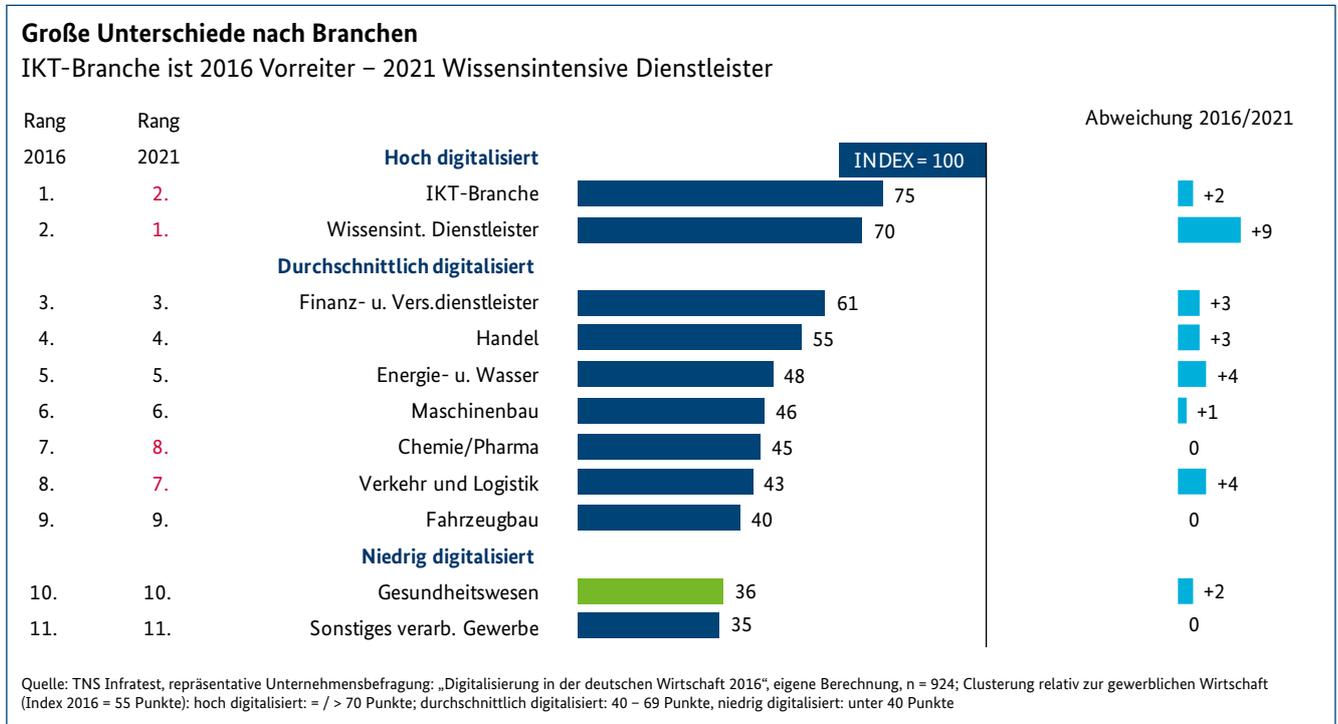
Einführend betonte Prof. Wambach: „Wettbewerb lässt sich nicht alleine statisch motivieren. Die Stärke des Wettbewerbs liegt in der Dynamik.“ Wettbewerb trägt dazu bei, die bestehenden Strukturen zu verändern. Dies habe allen Branchen geholfen und werde auch in der Gesundheitswirtschaft helfen. In einem hochregulierten Markt müsse jedoch vorsichtig mit Wettbewerbsanreizen umgegangen werden, damit diese nicht in die falsche Richtung gingen.

Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft im Rückstand

Bei der Monopolkommission spiele in sämtlichen Branchen die Digitalisierung eine zunehmende Rolle. Ganze Branchen, wie die Finanzdienstbranche oder Versicherungsbranche, würden durch neu eintretende Akteure neue Impulse erhalten. „Auch die Gesundheitsbranche ändert sich wesentlich.“

Allerdings zeige beispielsweise der „Monitoring-Report Wirtschaft Digital“ des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, dass das Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Branchen niedrig digitalisiert sei (siehe Abbildung auf Seite 5). Das habe nicht ausschließlich branchentypische Ursachen. Auch im internationalen Vergleich sei die deutsche Gesundheitsbranche niedrig digitalisiert.

Die Frage nach den Ursachen führe einen zu der Frage, ob die richtigen Strukturen geschaffen wurden, um die Chancen der Digitalisierung und anderer neuer Entwicklungen aufzugreifen. Dabei komme vor allem den **Versicherern** eine **wichtige Rolle bei der Modernisierung** unseres Gesundheitswesens zu.



Fehlende Anreizstrukturen für Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen

Ein grundsätzliches Problem der Gesundheitsbranche sei das Anreizsystem. Nach Adam Smiths unsichtbarer Hand habe etwa ein Bäcker **das gesamte Interesse des Kunden** hinsichtlich der Versorgung mit Brot im Auge. Für gesetzliche Versicherer hingegen gelte dies nicht hinsichtlich des gesamten Interesses ihrer Versicherungsnehmer.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung fehle ihnen „strukturell das langfristige Interesse“ an ihren Versicherten. Das liege auch an dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Obwohl der Morbi-RSA im Konzept der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich eine wichtige wettbewerbliche Funktion erfülle, habe er in der bestehenden Form Anreizprobleme zur Folge. Er Sorge dafür, dass ein Versicherer keine finanziellen Nachteile habe, wenn seine Versicherten in zehn Jahren kränker seien, als sie es mit besseren Präventionsmaßnahmen hätten sein können. Für dieses Problem gebe es keine leichte Lösung. Der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung könne aber nur dann funktionieren, wenn die, die im Wettbewerb stehen, das **Interesse des Kunden** im Auge hätten.

Probleme der privaten Krankenversicherung

Im privaten Krankenversicherungsbereich sei die Anreizproblematik nicht so prägnant, da es keinen vergleichbaren Mechanismus des Risikostrukturausgleiches gebe. Doch gäbe es auch in diesem System kein ausgeprägtes langfristiges Interesse an der Gesundheit der Versicherten. Denn die Versicherer können die Prämien erhöhen, wenn die Versicherten kränker würden. Dabei erweise sich der **fehlende Bestandskundenwettbewerb** als Problem. Eine Wechselmöglichkeit für ältere Versicherte bestünde nicht, da sie ihre Alterungsrückstellungen nicht mitnehmen können. In Wissenschaft und Praxis werde die Mitgabe prospektiv individualisierter Alterungsrückstellungen schon lange als Lösungsvorschlag diskutiert.

„Ich sehe noch nicht das zwingende Sachargument, um an diesem Vorschlag vorbeizukommen“, meinte Prof. Wambach. Man könne den Bestandskundenwettbewerb intensivieren, wenn die Altersrückstellungen **risikobasiert** gestaltet seien. Der Versicherer habe dadurch einen Anreiz, die **langfristige Vorsorge** im Blick zu behalten. Im Falle eines Wechsels müssten einem gesunden Versicherten nämlich weniger Alterungsrückstellungen mitgegeben werden. Das wäre ein erster Schritt zu dem, was das Institut für Wirtschaftspolitik der Universität zu Köln als „Bürgerprivatversicherung“ bezeichnet habe.

Handlungsmöglichkeiten der Versicherungen

In der gesetzlichen Krankenversicherung würden in der Regel **zentrale Lösungen** bevorzugt. Als Beispiele wurden die gematik und das E-Health-Gesetz genannt. Die Dynamik durch die Digitalisierung sei jedoch so rasant, dass zentrale gemeinsame Lösungen zu spät kämen und kassenindividuelle Lösungen gefordert seien. „Man würde sich für die gesetzlichen Krankenversicherer mehr Spielräume wünschen, um ihre Leistung so effizient wie irgend möglich zu erbringen.“

Im privaten Krankenversicherungsbereich seien die Handlungsmöglichkeiten ebenfalls beschränkt. **Öffnungsklauseln** in den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte würden mehr individuelle Vertragsverhandlungen ermöglichen.

Ein Level-Playing-Field bei der Krankenkassenaufsicht

Grundsätzlich müsse sich in allen Bereichen, in denen bestehende Strukturen durch die Digitalisierung aufgebrochen werden, gefragt werden: Gilt hier ein **Level-Playing-Field**? Es müsse überlegt werden, ob es **faire Startbedingungen** zwischen neuen und alten Anbietern, aber auch innerhalb der existierenden Anbieter gebe.

Ein Level-Playing-Field sei wichtig, um zu vermeiden, dass Ressourcen fehlgeleitet würden. Es gebe dann keinen **Wettbewerb um den Endverbraucher**, sondern um strukturelle Vorteile, wie Steuervorteile oder regulatorische Vorteile.

Im Gesundheitswesen gebe es noch Verbesserungspotenziale für das Level-Playing-Field zwischen den existierenden Akteuren. Beispielsweise werde durch die Aufsichtsbehörden eine potenziell verzerrte Wettbewerbsdynamik erzeugt. Dadurch dass die jeweiligen Aufsichtsbehörden dieselben Regeln unterschiedlich auslegen würden, gebe es verschiedene Handlungsoptionen für bundesunmittelbare und landesunmittelbare Krankenkassen.

Hierbei gebe es verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Prof. Wambach betont die Möglichkeit, die **Aufsichtskompetenzen zu reduzieren**: „Wenn wir wollen, dass die Krankenversicherungen mehr in den Wettbewerb treten, muss man sie bei Wirtschaftlichkeitsfragen auch marschieren lassen. Zum Wettbewerb gehört auch, Fehler zu machen und Konzepte auszuprobieren. Hier könnte man überlegen, zumindest teilweise auf eine ex-post-Aufsicht zu wechseln, statt bei den Vorab-Genehmungsverfahren zu bleiben.“

Zusatzversicherungen nur für private Krankenversicherungen

Ein weiteres Feld, in dem es kein Level-Playing-Field gebe, sei das der Zusatzversicherungen. Die **Wahltarife** der gesetzlichen Krankenkassen **konkurrierten unmittelbar mit privaten Zusatzversicherungen**. Aufgrund der unterschiedlichen Regeln zur Prämienkalkulation – die gesetzliche Krankenversicherung berechnet keine risikoadjustierten Prämien – gebe es hier kein Level-Playing-Field. Für Prof. Wambach ist die Antwort relativ klar: „Wenn die GKV als solidarische Vollversicherung konzipiert ist, müssen **Zusatzversicherungen dem privaten Markt überlassen** werden. Sie sind kein Thema für die solidarische Vollversicherung.“

Regionalkomponente beim Morbi-RSA

Als letztes Wettbewerbsproblem sprach Prof. Wambach den fehlenden Ausgleich von regionalen Unterschieden beim Morbi-RSA an. Zunächst betonte er, dass die Verträge der gesetzlichen Krankenversicherungen de facto Ein-Jahres-Verträge seien. Die Kalkulation der Morbi-RSA-Zuweisungen geschehe jährlich neu und es gebe jährliche Wechselmöglichkeiten der Versicherten.

Durch regionale Kostenunterschiede und damit einhergehenden Über- und Unterdeckungen durch den RSA fehle es an einem Level-Playing-Field zwischen den Krankenversicherungen, die nicht alle gleichmäßig in Deutschland Versichertenanteile besitzen. Zudem bestehe die Gefahr, Ressourcen fehlzuleiten. „Damit nicht das Interesse da ist, besonders Werbung um Individuen zu machen, die in Regionen leben, die besonders billig sind.“ Eine Möglichkeit, auf das Problem zu reagieren, könnte darin liegen, im RSA eine Regionalkomponente einzuführen. Dadurch würden regionale Kostenunterschiede in den Zahlungsströmen an die Krankenkassen erfasst und damit eine regional differenzierte Finanzierung sichergestellt, wie sie z. B. auch in der der Pkw-Haftpflichtversicherung vorliegt.

3. Wohlstandsmotor für die Gesellschaft

Podiumsdiskussion



Teilnehmer von links nach rechts: Thom Rasche, Dr. Hagen Pfundner, Dr. Lukas Heukamp, Dr. Robert Paquet, Dr. Werner Eberhardt, Eva Braun, Dr. Jens Baas

Teilnehmer:

- **Dr. Jens Baas**
Vorstandsvorsitzender, Techniker Krankenkasse
- **Eva Braun**
Leiterin der Sparte Healthcare für Deutschland, Österreich und Schweiz, Philips GmbH
- **Dr. Werner Eberhardt**
Vice President Healthcare Development, SAP SE
- **Dr. Lukas Heukamp**
Medical Director, NEO New Oncology,
- **Dr. Hagen Pfundner**
Vorstand, Roche Pharma AG
- **Thom Rasche**
Partner, Earlybird Venture Capital
- Moderation: **Dr. Robert Paquet**

Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion stimmten darin überein, dass die deutsche Gesundheitswirtschaft ein Wohlstandsmotor für die Gesellschaft sei. Jedoch zeige das System grundlegenden Modernisierungsbedarf. Über die folgenden vier Bereiche wurden unter diesem Aspekt intensiv diskutiert: der Marktzugang von Innovationen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen, die Rolle des Patienten und die Steuerung des Gesundheitssystems.

Wie kommen Innovationen in der Versorgung an?

Für entwicklungsstarke Industrien, wie die Pharmaindustrie, sei „der Aufwand, Arzneimittel, Diagnostika und Medizinprodukte in die Versorgung zu bringen, extrem hoch. Er muss auch sehr sorgfältig betrieben werden, denn die Zulassungsstudien unterliegen zu Recht einem strengen Regelwerk“, betonte **Hagen Pfundner**. Zwar habe man für die Europäische Gemeinschaft ein einheitliches Zulassungsverfahren. Auf nationaler Ebene käme jedoch meist noch eine zweite Schwelle hinzu. In vielen Ländern gebe es nach der Zulassung eine Nutzenbewertung der neuen Produkte. An diese Phase schließe sich in der Regel eine Erstattungsbetragsverhandlung an: „Dieser Prozess ist in Deutschland vor rund sechs Jahren mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz neu organisiert worden. Aber es ist ein Bürokratiemonster daraus geworden.“

Der Gedanke dahinter sei zwar gut, erklärte **Pfundner** ausdrücklich. Wenn man etwas in die Regelversorgung einführen wolle, sei es legitim, nach dem Zusatznutzen zu fragen. „Was uns aber Sorgen macht, ist die Form der Bewertung. Es ist unheimlich schwer, zentral mit Technikern und Bürokraten Innovationsbewertung zu machen.“ Es gebe bei Zulassungsstudien naturgemäß nur eine schmale Daten-„Basis“. „Gleichzeitig wird aber von denen, die über die Einführung in die Regelversorgung entscheiden, eine viel breitere Evidenz gefordert. Da beißt sich der Hund in den Schwanz.“

Für die Medizingeräteindustrie gebe es eingespielte Finanzierungswege, um innovative Produkte auf den Markt zu bringen. **Eva Braun** kritisierte aber, dass es schwierig werde, wenn man neue Wege gehe und konzeptionelle Veränderungen einführen wolle. Beispielsweise habe Philips „ein Patienten-Überwachungssystem, das ‚Early Warning Scoring‘ (EWS), das auf der Normalstation eingesetzt wird. Dort ereignen sich nämlich 40 Prozent der unerwarteten Todesfälle im Krankenhaus, nicht auf der Intensivstation. Wenn sich ihr Gesundheitszustand zum Schlechteren verändert, wird das oft zu spät bemerkt. Im Moment gibt es in den Krankenhäusern aber keine Regeln dafür, wie der Patient auf der Normalstation versorgt werden muss.“ Ein Krankenhaus habe derzeit deswegen keine Finanzierungsmöglichkeiten für eine optimierte Überwachung.

Lukas Heukamp machte deutlich: „Wenn man eine Innovationsschmiede ist, braucht man Partner, die die neuen Verfahren anwenden. Das sind bei uns die Pathologen, die unsere Diagnostik anbieten. Für die Gewebediagnostik gibt es inzwischen eine Erstattung über den EBM. Im niedergelassenen Bereich besteht damit die Möglichkeit, das Ganze abzurechnen. Im stationären Bereich ist das deutlich schwieriger. Da die Patienten der speziellen Zielgruppe überwiegend stationär behandelt werden, werden sie gelegentlich entlassen, um dann Zugang zu unseren diagnostischen Methoden zu haben.“ Die Diagnostik an Blut, die als nicht-invasives Verfahren der eigentlich innovative Schritt sei, werde weiterhin in der Regelversorgung nicht abgebildet.

Das Korsett ist zu eng

Dabei stünden nicht die Kassen auf der Bremse. Integrierte Versorgungsverträge zeigten, dass Krankenkassen offen für neue Konzepte seien. Diese Überzeugung wird von **Thom Rasche** geteilt: „Man muss die Krankenkassen von vornherein mit einbinden. Dabei lernt man, dass die Kostenträger eigentlich sehr willens sind. Sie sind im Grunde innovations-

freundlich, bewegen sich aber in einem sehr engen Korsett. Daher können sie häufig gar nicht anders, als restriktiv zu sein.“

Lukas Heukamp schlägt daher einen konditionierten Übergang in die Regelversorgung vor: „Innovative Ansätze leiden zunächst immer an einer kleinen Datenbasis. Die könnte man dann Schritt für Schritt vergrößern und beweisen, dass die Innovationen auch in der Breitenversorgung sinnvoll sind.“ Formate wie der Pharmadialog seien ein guter Ansatz, um Lösungsvorschläge zu erarbeiten, wie diese Verfahren in Zukunft reibungsloser laufen können, sagte **Hagen Pfundner**.

Digitalisierung

„Das E-Health-Gesetz war ein guter erster Schritt. Aber auch nicht mehr!“, mahnte **Eva Braun**. Auch **Jens Baas** stellte fest, „dass wir bei der Digitalisierung einen extremen Nachholbedarf in Deutschland haben. Ursache ist dabei das deutsche System und die Interessen darin.“ Wenn man sich die Geschichte der Gesundheitskarte anschau, seien nicht die technischen Probleme für die Verzögerung ausschlaggebend gewesen, sondern die vielen starken beteiligten Verbände, die alle in verschiedene Richtungen gezogen hätten. „Dann darf man sich nicht wundern, wenn nachher eine Minimal-Lösung herauskommt.“

„Das deutsche Gesundheitswesen“, so **Jens Baas**, „ist ein zutiefst analoges System“ und gibt dafür ein Beispiel: „Wir möchten eigentlich unseren Versicherten eine App zur Verfügung stellen, die zeigt, welche Diagnosen der Arzt gestellt und welche Leistungen er abgerechnet hat. Woran scheitert das? Ich habe als Kasse die Diagnosen frühestens sechs Monate nachdem der Versicherte beim Arzt gewesen ist. Würde ich so eine App ausgeben, würde sich der Versicherte spätestens nach einigen Tagen wundern, dass die versprochenen Angaben immer noch nicht zur Verfügung stehen. Dann ärgert er sich über seine Krankenkasse, die zu doof ist, eine App zu schrauben, die einem ganz einfache Informationen zur Verfügung stellt.“

Den Rückstand Deutschlands beklagte auch **Werner Eberhardt**, als er erklärte, warum SAP seine BigData-Analyse-Software in den USA eingeführt habe und nicht hier: „Da gibt es ein paar Hindernisse beim Datenschutz und was die Akzeptanz von Technologien angeht. Aber auch, was die Digitalisierung in den Arztpraxen betrifft.“ Die sei in den USA nämlich deutlich höher als hier.

Elektronische Patientenakte

Als Musterbeispiel für digitale Innovationen und ihre Schwierigkeiten wurde die elektronische Patientenakte angeführt. „Wenn wir es mit der Digitalisierung ernst meinen, brauchen wir sie als zentralen Kern. Und zwar an einer Stelle, an der die Informationen zusammenlaufen“, meinte **Jens Baas**. Diese Stelle sei aus seiner Sicht die Krankenkasse. Dabei solle nur der Versicherte auf seine Akte zugreifen dürfen. Die Kasse und die Ärzte würden zum Zugriff die ausdrückliche Zustimmung des Versicherten benötigen. Umfragen der Techniker Krankenkasse bei den Patienten hätten ergeben, dass das Interesse an einer elektronischen Patientenakte hoch sei.

Hier wirke sich die staatliche Aufsicht einmal positiv aus, betonte **Jens Baas**: „Wenn die Akte bei uns verwaltet wird, ist das sicher besser, als wenn sie bei einem amerikanischen Internet-Start-up oder einem privaten Großkonzern wie Google oder Apple liegt.“ Die entscheidende Frage sei, wer die elektronische Patientenakte voranbringe. „Wenn wir das auf die Politik schieben, dauert es zu lange. Zu viele Interessen müssten berücksichtigt werden. Das würde den Prozess so stark verlangsamen, dass die Konzepte bis zur Realisierung längst überholt wären“, schätzte **Thom Rasche**. Die Techniker Krankenkasse wartet daher nicht länger: „Wir suchen jetzt mit einer europaweiten Ausschreibung einen großen Industriepartner, um unseren Versicherten die Akte anzubieten. Man muss nur den Mut aufbringen, einfach einmal anzufangen“ sagte **Jens Baas**.

Die neue Rolle der Patienten

„Die Daten des Gesundheitswesens müssen den Patienten viel mehr zu Gute kommen“, betonte **Eva Braun**. Dabei müsse man den „**mündigen Patienten**“ endlich ernst nehmen, so **Thom Rasche**. Bisher sehe er weder die Kosten, sei nicht in die Prävention involviert und „auch aus den Informationsflüssen halten wir ihn systematisch raus. Wir müssen ihn aber bei all dem stärker einbinden.“

Die Zeiten hätten sich mit der Digitalisierung grundlegend geändert, stellte **Rasche** fest: „Die Kasse kann jetzt mit den Patienten direkt kommunizieren. Die Pharmaindustrie kann in der Versorgung chronisch Kranker plötzlich mit den Patienten in Kontakt treten. Mit und ohne Arzt. Wir als Bürger und Patienten müssen uns plötzlich mit neuen Playern bei der Versorgung unserer Gesundheit auseinandersetzen. Und die heißen nicht nur Google und Apple, sondern auch Roche, Johnson & Johnson oder Philips.“

Dabei müsse klar sein, so **Lukas Heukamp**, dass die Daten im Gesundheitswesen nur zum Nutzen der Patienten eingesetzt werden dürften. **Thom Rasche** unterstrich, man müsse sich von der Idee einer kommerziellen Nutzung dieser Daten lösen. **Werner Eberhardt** verpflichtete sich: „Wir müssen als IT-Unternehmen Transparenz darüber schaffen, was wir mit den Daten machen.“

Eva Braun betonte die positiven Effekte dieser Entwicklungen: „Das Gesundheitssystem wird durch die Patienten unter Druck kommen. Weil die viele Dinge fordern werden, die sie möglicherweise in anderen Ländern in Europa bekommen. In Zukunft können die Patienten auch über die Grenzen hinweg Leistungen in Anspruch nehmen. Wenn wir die entsprechenden Angebote nicht machen, wird es jemand anderer tun.“

Auch die Ärzte würden von der Digitalisierung profitieren, so **Werner Eberhardt**: „Wenn Sie Ärzte befragen, wie sie sich auf dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand halten, werden sie feststellen, dass sie das in aller Regel nicht wirklich effizient tun können.“ Hier werde man in 15 Jahren anders vorgehen. „Dann wird man wissen, wie man durch Maschinenlernen zunehmend den Arzt und auch das Pflegepersonal unterstützen kann. Das sind die zwei Treiber.“

Zentrale Steuerung und experimentelle Spielräume

Für **Hagen Pfundner** stellt die gemeinsame Selbstverwaltung die Ursache der Verzögerungen bei der Digitalisierung dar. Vor allem seien der Gemeinsame Bundesausschuss und der GKV-Spitzenverband mit der zentralen Administration des Systems überfordert. Im Gegensatz dazu „führen wir Verhandlungen mit einzelnen Krankenkassen und sehen bei denen eine große Offenheit für Innovationen. Aber die zentralen Institutionen erlauben diese Offenheit nicht. Die Selbstverwaltung steht perspektivisch vor einer unlösbaren Aufgabe, weil sich die Technologien so rasant verändern.“

Jens Baas stimmte zwar tendenziell zu, wollte das Problem aber nicht pauschal auf die Selbstverwaltung schieben. Das deutsche System habe sich an vielen Stellen bewährt. Das eigentliche Problem sei, Innovationen im System gegen die widerstreitenden Interessen durchzusetzen. „Die Frage ist, wie man diese Blockaden auflösen kann.“ Man brauche mehr Experimentiermöglichkeiten der einzelnen Kassen und ihrer Vertragspartner, stimmte **Thom Rasche** zu.

4. Stand der Reformen im Gesundheitswesen

Staatssekretär Lutz Stroppe, Bundesministerium für Gesundheit



Staatssekretär Stroppe lobte zunächst die **gute Zusammenarbeit** der beteiligten Ministerien. Kooperationen zwischen den Ressorts seien eine „wichtige Voraussetzung und ein Signal für alle, die in der Gesundheitswirtschaft aktiv sind.“ Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung angeschobene Initiativen seien beispielsweise die **E-Health-Initiative**, die **Exportinitiative Gesundheitswirtschaft**, der nationale **Strategieprozess Medizintechnik** und der **Pharmadialog**.

Diese Initiativen zeichneten sich durch Kontinuität aus. Der Pharmadialog werde auf Arbeitsebene fortgesetzt. Einen Schwerpunkt bilde dabei der Bereich der Digitalisierung und Nutzung von **Big Data-Technologien**, der für die pharmazeutische Industrie und für die personalisierte Medizin an Bedeutung zunehme. Der Dialog zwischen Wirtschaft, Wissenschaft, Politik und Verbänden werde somit konzentriert fortgesetzt und in die nächste Legislaturperiode überführt.

Errungenschaften bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens

„**Digitalisierung** ist ein Megatrend in vielen Bereichen, auch in der Gesundheitswirtschaft“, betonte Staatssekretär Stroppe. Die Chancen, die es im Bereich der Digitalisierung für die Gesundheitswirtschaft gebe, müssten beherzt genutzt und vorangebracht werden. Mit dem **E-Health-Gesetz** seien gute Voraussetzungen geschaffen worden, um im internationalen Vergleich aufzuholen.

Als Beispiel nannte Staatssekretär Stroppe **telemedizinische Lösungen**, die die flächendeckende Versorgung unterstützen und auch in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung ankommen müssten. „Wir haben im E-Health-Gesetz zunächst zwei Bereiche in die Abrechenbarkeit aufgenommen, aber es müssen mehr werden“, forderte Staatssekretär Stroppe. Es gebe viele Hoch-Technologie-Anwendungen, die in Deutschland entwickelt und beispielsweise nach China exportiert würden. Alle Partner seien gefordert, damit solche Verfahren auch in Deutschland selbst angewendet und abgerechnet werden könnten.

Der zweite wichtige Bereich im E-Health-Gesetz sei die **digitale Infrastruktur**. Nach über einem Jahrzehnt stehe diese weltweit einmalige Telematikinfrastuktur ab dem Jahr 2018 zur Verfügung. Über 200.000 Ärzte und Zahnärzte, 20.000 Apotheken, 2,3 Millionen sonstige Gesundheitsberufe, fast 2.000 Krankenhäuser und die mehr als 70 Millionen gesetzlich Versicherten würden künftig durch ein sicheres Netz verbunden sein, in dem sie Daten austauschen könnten. Die Infrastruktur bilde die Grundlage für viele weitere Anwendungen, wie z. B. der Einführung der **elektronischen Patientenakte**. Die Einrichtung von **Schnittstellen** beispielsweise für Apps und weiteren Softwareanwendungen sei ebenfalls abhängig von der Kommunikationsinfrastruktur.

Patientenorientierung sicherstellen

Ein weiteres Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit sei die Anwendung von Big Data-Technologien unter anderem in der **Diagnostik der personalisierten Medizin**. Durch Maßnahmen u. a. im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz seien beispielsweise wichtige Voraussetzungen zur Vergütung von neuen diagnostischen Leistungen geschaffen worden.

Die entscheidenden Fragen bei der Nutzung von Innovationen seien: „Was nutzt es dem Patienten?“ und „Wie kann seine Versorgung hierdurch verbessert werden?“ Die **Patientenorientierung** sei auch beim **Innovationsfonds** die zentrale Maxime. Hierfür sollten neue Versorgungsformen – vor allem übergreifende zwischen ambulantem und stationärem Bereich – erprobt werden. Dabei müssten künftig zunehmend der Pflege-, der Rehabilitations- und der Präventionsbereich verstärkt einbezogen werden. Staatssekretär Stroppe betonte: „Nur mit der **integrierten Versorgung aus allen Bereichen** lässt sich in Zukunft eine patientenorientierte Gesundheitspolitik verwirklichen.“

Bei der Gesamtentwicklung der Gesundheitsversorgung spiele die **Arzneimittelversorgung** ebenfalls eine zentrale Rolle. Deswegen sei im Pharmadialog die entscheidende Frage gewesen, wie im Rahmen des AMNOG-Prozesses die Innovationskraft der deutschen Pharmaindustrie gestärkt werden könne, während gleichzeitig die Bezahlbarkeit des Gesundheitssystems erhalten bliebe. Durch viele Diskussionen habe man gemeinsam Lösungen gefunden, die nun im Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz umgesetzt würden.

Das Ziel bleibt: gute und wohnortnahe Versorgung

Das Bundesministerium für Gesundheit werde auch künftig im Spannungsfeld agieren müssen, Innovationen einen schnellen Marktzugang zu ermöglichen und gleichzeitig die Bezahlbarkeit des Systems zu sichern. Im Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz werde beispielsweise die kontinuierliche Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses vorgegeben, um sicherzustellen, dass Innovationen künftig schneller bei den Patientinnen und Patienten ankämen. Auch die Qualität der Hilfsmittelversorgung werde durch das Gesetz gestärkt.

In dieser Legislaturperiode sei mit vielen Maßnahmen das Ziel verfolgt worden, die Versorgung zu verbessern, wie beispielsweise bei der Krankenhausversorgung, in der ländlichen Versorgung oder im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung. Wenn sich jedoch abzeichne, dass die ergriffenen Maßnahmen für eine engere Zusammenarbeit der Versorgungsbereiche nicht ausreichen, dann werde die Bundesregierung dort wieder ansetzen müssen, schloss Staatssekretär Stroppe seine Rede. „Wir können in der medizinischen Versorgung **keinen Flickenteppich** gebrauchen. Man muss sich darauf verlassen können, dass an jedem Ort in Deutschland eine gute Versorgung gewährleistet ist. Das wird weiterhin die Maxime unserer Politik sein.“

5. Quo vadis Gesundheitswirtschaft: Ansatzpunkte zum Erhalt des erreichten Wohlstands

Podiumsdiskussion



Teilnehmer von links nach rechts:
Thomas Reumann, Dr. Doris Pfeiffer, Sylvia Bühler, Dr. Robert Paquet, ...



... Sylvia Bühler, Dr. Robert Paquet, Dr. Gerhard Timm,
Joachim M. Schmitt, Iris Plöger

Teilnehmer:

- **Sylvia Bühler**
Bundesfachbereichsleiterin Gesundheit,
ver.di-Bundesvorstand
- **Dr. Doris Pfeiffer**
Vorstandsvorsitzende, GKV-Spitzenverband
- **Iris Plöger**
Abteilungsleiterin Digitalisierung, Innovation
und Gesundheitswirtschaft im Bundesverband
Deutscher Industrie (BDI) e.V.
- **Thomas Reumann**
Präsident, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- **Joachim M. Schmitt**
Geschäftsführer, Bundesverband Medizintechnik
(BVMed) e.V.
- **Dr. Gerhard Timm**
Geschäftsführer, Bundesarbeitsgemeinschaft der
Freien Wohlfahrtspflege e.V.
- Moderation: **Dr. Robert Paquet**

In der Podiumsdiskussion wurden einerseits Hoffnungen auf die wünschenswerten Fortschritte des Gesundheitswesens geäußert. Andererseits erfolgte eine kritische Bestandsaufnahme des Bestehenden. Eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft ist nach Auffassung der Podiumsteilnehmer an folgende Bedingungen geknüpft: Auch in Zukunft müssten in einem solidarischen System der Nutzen von Produkten und Verfahren sorgfältig geprüft werden. Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen müssten in vielen Bereichen verbessert werden. Die größten Effizienzpotenziale werden in einer besseren Integration der Leistungen bzw. in „sektorübergreifenden Versorgungslandschaften“ gesehen. Dabei spiele das System der Regulierung und seiner Institutionen eine wichtige Rolle.

Chancen der Gesundheitswirtschaft

Es wurde allgemein anerkannt, dass durch die Errungenschaften der Gesundheitswirtschaft ein längeres und gesünderes Leben ermöglicht wird. Es sei dazu notwendig, die Versorgungsmöglichkeiten auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu verbessern. Aus **Iris Plögers** Sicht gehe die größte Faszination im Moment von der Digitalisierung aus. „Viel gesprochen wird über Möglichkeiten, die Daten, die uns in Massen zur Verfügung stehen, aufzubereiten. ‚BigData‘ ist ja fast schon wieder vorbei; jetzt redet man von ‚SmartData‘. Aber je mehr Daten man auswerten kann, desto mehr hat letztlich auch der Patient davon. Gerade im Bereich der Medizin ist es offensichtlich, dass große Wissenspotenziale gehoben werden können.“ Diese Erkenntnis sei

bei beiden Sozialpartnern vorhanden. „Wir haben im BDI den Eindruck, dass das alle im System unterstützen und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit da ist – vielleicht auch etwas mehr als das in der Vergangenheit der Fall war.“

Joachim M. Schmitt stimmte zu: „Uns gelingt es in den letzten Jahren, Krankheiten immer früher zu erkennen und besser zu behandeln. Wir haben neue Untersuchungs- und Operationstechniken, die es z. B. erlauben, Operationen durchzuführen, die früher nicht möglich waren. Auch an immer älteren Patienten.“

Schmitt sieht für den Bereich der Medizintechnik in den nächsten 15 Jahren drei zentrale Entwicklungen: „Zum einen die *Miniaturisierung*. Unsere Produkte werden immer kleiner und besser. Und sie werden immer mehr messen. Man wird neue Produkte entwickeln, die mit Sensoren und Einrichtungen versehen sind, die Daten aufnehmen und übertragen. Sie können sich z. B. ein Pflaster vorstellen, das den Wundheilungsprozess misst.“ Der zweite große Punkt sei die *Biologisierung*. Es werde mehr Bioimplantate geben, vielleicht sogar in Verbindung mit der Individualisierung der Medizintechnik. Schließlich verbreite sich die *Computerisierung und Vernetzung*: „Wir sprechen gerne von der Digitalisierung und dem Internet der Dinge. Wir werden noch erleben, dass sich unsere Maschinen untereinander unterhalten, auch wenn wir es selbst gar nicht mitbekommen.“

Es gebe zwar Optimierungsbedarf im System, es sei aber insgesamt gut und leistungsfähig, stellte **Doris Pfeiffer** fest. Die Aussage in der Überschrift der Podiumsdiskussion vom „Erhalt des erreichten Wohlstands“ sei keineswegs verzagt. „Wenn ich zurückdenke an die Diskussion vor zehn bis fünfzehn Jahren, hätte man die These gehört: ‚Das System fährt vor die Wand‘ und habe ‚überhaupt keine Zukunft mehr‘. Da sind wir heute in einer völlig anderen Situation.“ Das habe zwar auch mit der guten Wirtschaftslage zu tun. Die GKV als System stehe aber heute auch in der öffentlichen Meinung gut da.

Gerhard Timm stellte dar, dass aus seiner Sicht Optimierungsbedarf dahingehend bestehe, die Trennung der Sektoren im deutschen Gesundheitswesen zu überwinden. „Es geht um die starke Versäulung in unterschiedliche Leistungsbereiche, die sich auch in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern niederschlägt.“ Sie sei nicht vom Patienten oder Nutzer her gedacht, sondern von den Finanzierungsströmen. Auch **Pfeiffer** will das Sektorendenken durch eine stärker

koordinierte Versorgung ablösen. In Zukunft müssten die Versorgungspfade aus der Patientenperspektive entwickelt werden, nicht aus der der Leistungserbringer. „Es muss egal sein, ob das jetzt aus dem einen oder anderen Topf finanziert wird.“

Timm betonte, dass noch immer nicht alle von dem erreichten Wohlstand profitieren. Dies gelte nicht nur für die ca. 80.000 Menschen ohne Krankenversicherung, sondern etwa auch für große Teile der Asylsuchenden und Geflüchteten. Deutschland könne es sich leisten, alle Bedürftigen in sein Gesundheitssystem voll zu integrieren.

Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen

Dass die Gesundheitswirtschaft Wohlstand schafft, ist aus der Sicht von **Sylvia Bühler** eine gewagte These. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern und der Altenpflege seien seit vielen Jahren einem extremen Druck ausgesetzt. „Dabei geht es leider nicht um die beste Versorgung, sondern um den Wettbewerb um möglichst wenig Beschäftigte und die geringsten Lohnkosten.“

Die Situation sei auch deshalb dramatisch, weil „wir kein Gegenüber haben, mit dem wir einen Branchentarifvertrag machen könnten. Die meisten Anbieter versuchen tariflos zu bleiben, oder eigene Tarifverträge zu machen, die aus ihrer Sicht billiger sind.“ Die Branche habe ihr wirtschaftliches Zukunftsrisiko offenbar noch nicht erkannt: „Nämlich keine jungen Menschen mehr für diese wichtigen Berufe zu finden.“

Sie kritisierte die Zunahme von Werkverträgen im Gesundheitswesen, die mit Versorgungsqualität nichts mehr zu tun hätten. Ein großer Gesundheitskonzern habe z. B. seinen Hol- und Bringendienst im Krankenhaus der Logistikbranche zugeordnet, um deren Tarifverträge anzuwenden. „Das sind alarmierende Entwicklungen.“

Gerhard Timm machte die harten Arbeitsbedingungen und die vergleichsweise niedrige Vergütung für den Fachkräftemangel in der Pflege verantwortlich. Es gebe aber noch weitere Faktoren: „Ich höre aus dem Pflegebereich, dass Leute nach Schweden abwandern, nicht nur weil sie dort viel besser bezahlt werden, sondern auch weil sie keine Lust mehr haben, sich in hierarchischen Arbeitswelten gängeln zu lassen, wie das im deutschen System oft der Fall ist. Ich glaube, von diesen Standesunterschieden müssen wir

zugunsten echten Teamworks unbedingt wegkommen. Die sind auch in keinster Weise im Interesse des Patienten. Auch viele Ärzte und Ärztinnen wollen das nicht mehr.“

Auch **Sylvia Bühler** sieht die Hierarchien, insbesondere im Krankenhaus, als besonders ausgeprägt. „Es gibt so wunderbare Berufe im Gesundheitswesen; die können viel mehr, als sie heute zeigen dürfen. Wir brauchen eine Neuordnung der Aufgaben der Gesundheitsberufe und eine deutlich bessere Kooperation zwischen den einzelnen Professionen.“

Nutzenbewertung und solidarisches Finanzierungssystem

Doris Pfeiffer äußerte den Wunsch, „dass wir in 15 Jahren eine Versorgung haben, bei der alle Leistungen ihren Nutzen nachgewiesen haben. Heute gibt es viele Behandlungsformen und Produkte, die diesen Anspruch nicht einlösen. Wenn sie aber zu Lasten der Solidargemeinschaft finanziert werden sollen, muss es diesen Nachweis geben. Denn das Gesundheitswesen ist für die Versorgung der Patienten da und nicht für die Versorgung der Ärzte oder Medizinproduktehersteller.“ Das, was mit dem AMNOG richtigerweise angefangen worden sei, müsse konsequent auch auf andere Bereiche ausgedehnt werden.

Hier widersprach **Joachim M. Schmitt**: „Niemand in der Medizinprodukteindustrie ist gegen Nutzenbewertung. Aber sie muss auch *sachgerecht* sein. Da kann man nicht einfach die Regeln für die Arzneimittel auf die Medizinprodukte übertragen. Wir brauchen eine *angepasste Methodik*, die die Besonderheiten der Medizintechnologie besser berücksichtigt. Vergleichsstudien sind oft aus ethischen Gründen problematisch. Dann gibt es das Problem, wie lange die Nutzenbewertung von Innovationen dauert. Wir sind eine extrem innovative Branche: Etwa ein Drittel unserer Produkte ist nicht älter als drei Jahre. Bei uns gibt es die berühmten ‚Schrittinnovationen‘: In dem Moment, in dem ein Produkt in den Verkehr gebracht wird, beginnt man schon zwischen Arzt und Ingenieur zu überlegen, wie an diesem Produkt Verbesserungen vorgenommen werden können.“

Sektorübergreifende Versorgungslandschaften

Angesichts des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels, meinte Thomas Reumann, „müssen wir uns Gedanken machen, wie wir ambulant und stationär eine wohnortnahe, flächendeckende medizinische Versorgung sicherstellen. Die Antwort ist aus meiner Sicht, dass wir in patientenorientierten Versorgungsnetzwerken denken müssen.“

Die spannende Frage sei, wie man das organisiere. „Meine Überzeugung ist, dass wir das dezentralisiert und regionalisiert angehen müssen. Wenn wir nämlich nach dem Versorgungsbedarf fragen, sieht das in meinem Landkreis Reutlingen völlig anders aus als auf der Hallig Hooge, oder in Bayern oder in Sachsen-Anhalt.“

„Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist jedoch keine Utopie mehr. Dazu haben wir mit einem Modellprojekt angefangen. Wir haben uns z. B. über drei Landkreise sieben Krankheitsbilder vorgenommen. Eines davon ist Demenz. Wir wollen die Behandlungspfade überprüfen und sehen, welche unterschiedlichen Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.“ Das Projekt könne zeigen, wie die Versorgung in diesem Bereich verbessert werden könne.

Auch **Gerhard Timm** betonte: „Wir brauchen ein Gesundheitssystem, in dem die verschiedenen Teilsysteme viel enger miteinander zusammenarbeiten. Das betrifft auch die Schnittstellen zwischen Medizin, Pflege und Rehabilitation. Diese Schnittstellen sind Effizienz-Killer.“

Digitalisierung und Entwicklungen in der Industrie

Die Digitalisierung trage dazu bei, dass Branchengrenzen innerhalb der Gesundheitswirtschaft immer unschärfer würden. **Iris Plöger** stellte in diesem Zusammenhang dar, dass „das Pharmaunternehmen nicht mehr nur Arzneimittel herstellt, sondern in den Bereich der Diagnostik geht. Der Medizintechnikhersteller geht in die Biotechnologie. Bei der Digitalisierung wissen wir z. B. überhaupt nicht, wer am Ende welchen Anteil an der Wertschöpfung hat. Wir diskutieren das auch bei ‚Industrie 4.0.‘“ Dabei sei nicht allein ausschlaggebend, wer die besten Produkte entwickle sondern wer sie am schnellsten in den Markt bringen könne. „Da geht es sehr stark um Skaleneffekte. Die erste Frage für die anzubietende Gesundheitsleistung ist, wo kann ich sie auf den Markt bringen und welche Regelungen sind dafür entscheidend? Die zweite ist, wer

sie bezahlt. Beide Fragen müssen wir sehr kritisch für unser Gesundheitssystem stellen, wenn auch die deutsche Industrie damit noch Geld verdienen will.“

Die Frage „Brauchen wir die Digitalisierung oder nicht?“ werde sich gar nicht stellen. Denn sie wird kommen und zwar schnell“, betonte **Plöger**. Das betreffe auch die Telemedizin, für deren Anwendung noch der richtige Regelungsrahmen entwickelt werden müsse. Das negative Beispiel mit dem Transrapid habe sich bei vielen Menschen im Gedächtnis eingebrannt: Dass nämlich Technologien in Deutschland entwickelt würden, aber nicht zur Anwendung kämen. Dieses Muster dürfe sich nicht wiederholen.

Reichweite und Grenzen der Selbstverwaltung

Doris Pfeiffer stellte einerseits fest, dass es Vorteile mit sich bringe, dass das Gesundheitssystem auch ein Markt sei. Andererseits sei ‚Gesundheit‘ jedoch kein Gut wie jedes andere. Deshalb brauche man „Strukturen, wie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in dem die Details des Leistungskatalogs entwickelt werden und die Qualitätssicherung gestaltet wird.“ Das seien notwendige Rahmenbedingungen, um ein mit Wirtschaftsinteressen durchsetztes System im Hinblick auf soziale Standards zu organisieren. „Aber man braucht auf der anderen Seite auch den Wettbewerb. Da wünschen wir uns an vielen Stellen mehr Spielräume. So gibt es z. B. mit der neuen Krankenhausreform die Möglichkeit, dass Kassen in Zukunft auch mit Krankenhäusern Einzelverträge schließen können.“ Das könne zu mehr Qualität und Effizienz führen.

Wie in unserer Wirtschaftsordnung insgesamt müsse man sich auch für das Gesundheitswesen „immer wieder fragen, ob an der einen oder anderen Stelle mehr oder weniger Regulierung notwendig ist.“ Vor allem die sektorübergreifende Versorgung brauche jedoch mehr Anschlag vom Gesetzgeber, weil hier die Interessen der Beteiligten nicht gleichgerichtet seien. Unbestritten sei, dass insbesondere bei Prozessinnovationen noch Potenzial für eine Verbesserung der Versorgung besteht.

Auch **Thomas Reumann** steht zum G-BA: „Gesundheitswesen ist Daseinsvorsorge. Deshalb ist es richtig, dass es die Selbstverwaltung gibt. Sie ist im Gesundheitswesen die Schwester der kommunalen Selbstverwaltung und damit Ausfluss unseres Rechtsprinzips der Subsidiarität. An diesem Grundsatz will ich festhalten.“ Eine andere Frage sei, welche grundsätzlichen Strategie- und Planungsthemen man der

Selbstverwaltung übertragen könne. Da gebe es eine Grenze, über die die Kompetenz des G-BA nicht hinausgehen dürfe.

In diesem Zusammenhang wird für die Selbstverwaltung ein ganzheitliches Konzept angemahnt, wie Innovationen bewertet werden und wie sie in die Versorgung Eingang finden sollen. Dazu stellte **Pfeiffer** fest: „Heute haben wir ein Sammelsurium an Regelungen, die nach und nach aus der gesetzlichen Entwicklung entstanden sind. Jedoch mache ich hinsichtlich des Patientennutzens keinen Unterschied zwischen Arzneimitteln, Krankenhausbehandlung oder Medizinprodukten. Die Bewertung muss für die Sektoren nach den gleichen Kriterien ablaufen, aber methodisch den unterschiedlichen Gegenständen angepasst werden.“

Auch **Gerhard Timm** brach eine Lanze für die Selbstverwaltung. „Sie ist mit dafür verantwortlich, dass wir mit unserem Gesundheitswesen international vergleichsweise gut dastehen. Dieses System generiert enorme Gestaltungsmöglichkeiten, verleiht aber auch starke Vetopositionen.“ Es könne daher nur gestalterisch tätig werden, wenn es einen Konsens über die Zielrichtung gebe.

6. Zusammenfassung der Konferenz

Harald Kuhne, Leiter der Zentralabteilung, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie



Herr Kuhne betonte die gute Zusammenarbeit von Gesundheits- und Wirtschaftsministerium: „Die beiden Häuser verstehen sich gut und ziehen in wesentlichen Punkten an einem Strang.“

Aus der Diskussion ergaben sich für ihn drei wesentliche Aspekte. Der erste Punkt betreffe die **Digitalisierung im Gesundheitswesen**. Der Innovationsbedarf in diesem Bereich sei erheblich und die Möglichkeiten, die die Analyse von relevanten Daten biete, seien noch gar nicht ausgelotet. Mit dem verbesserten Zugang zu relevanten Informationen baue sich aber zudem ein Spannungsfeld auf. Denn die Rolle des einzelnen Arztes als Fachberater verändere sich, wenn Patienten sich bereits umfassend im Internet über die neuesten Erkenntnisse zu ihrer Krankheit informieren können.

Beim zweiten Punkt ginge es um die **Anreizsysteme**. Diese Thematik werde in der nächsten Legislaturperiode an Bedeutung zunehmen. „Wir werden sicher nicht nur über Anreize bei der Arzneimittelversorgung und bei den Versandapotheken diskutieren, sondern z. B. auch beim Morbi-RSA,“ betonte Herr Kuhne. Der dritte Punkt sei die **Versäulung der Gesundheitsversorgung**. Das stehe zwar bereits seit Jahren auf der Agenda, doch durch die Digitalisierung bestünden heute neue Möglichkeiten, die bestehenden Sektoren-

grenzen aufzubrechen. Alle drei Punkte seien durch den Aspekt der **Patientenorientiertheit** umklammert, den sich sämtliche Akteure auf die Fahne schrieben. Es werde sich noch zeigen, wie die Patienten und Versicherten dazu stünden.

Schließlich seien auch die **Fachkräftesicherung** und die **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen** wichtige Punkte. „Daher könnte ich mir für eine nächste Gesundheitswirtschaftskonferenz vorstellen, dass wir vor allem mit dem BMAS und dem BMFSFJ zusammenwirken.“ Schwerpunkte könnten dann die Arbeitsbedingungen und die Löhne und Gehälter in der Branche sein. Das Verhältnis von Ärzten und Krankenschwestern könnte detaillierter beleuchtet werden. „So modern sind nämlich die Strukturen in unserer Gesundheitsversorgung und die Arbeitsbedingungen nicht,“ stellte Herr Kuhne dar. Selbst in der Bundesärztekammer werde über die **Delegierbarkeit bestimmter Leistungen** nachgedacht, denn auch die Ärzte seien unzufrieden, wenn sie mit Aufgaben belastet würden, die eigentlich andere übernehmen könnten.

Zusammenfassend habe die Konferenz bereits einen ersten Ausblick auf die Themen geben können, die in den anstehenden Koalitionsverhandlungen von Bedeutung sein würden.

