

# Die gesunde Gesellschaft und ihre Ökonomie – vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

*Peter Hensen*

„Citizens must also share responsibility for their own health“  
(WHO, Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996)

Das Gesundheitswesen<sup>1</sup> berührt unzählige Bereiche unseres gesellschaftlichen Lebens und politischen Handels. Die Auseinandersetzung mit der Frage, wie ein bedarfs- und auch leistungsgerecht gestaltetes Gesundheitswesen auszusehen hat, beschäftigt alle gesellschaftlichen Ebenen gleichermaßen. Im Mittelpunkt steht dabei, was wir rechtlich und moralisch unstreitig als schutzwürdige immaterielle Güter verstehen: die Gesundheit und das Leben des Einzelnen und der Bevölkerung. Konsensfähig ist hier jedoch allenfalls die Zielbestimmung. Die Verwirklichung der abstrakten Vorstellung von „Gesundheit für alle“ ist ungleich schwerer in Einklang mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Positionen zu bringen, die nicht nur um programmatische Deutungshoheiten ringen, sondern auch hinsichtlich Herkunft und Verwendung der dazu notwendigen Mittel verschiedene Auffassungen vertreten. Gleichwohl ist das, was wir heute entweder als schützenswert oder aber als verbesserungswürdig am deutschen Gesundheitssystem erleben, keinesfalls selbstverständlich und schon gar nicht unabänderbar. Die zahlreichen Reformen der letzten Jahrzehnte im Umfeld der Gesundheits- und Sozialpolitik illustrieren ebenso wie bereits der Blick ins nahe gelegene Ausland die Vielgestaltigkeit gesundheitlicher Versorgung und die Wandlungsfähigkeit gesundheitspolitischer Programmatik. Das Gesundheitswesen ist vielmehr ein Umfeld, in dem viele Vorstellungen und Gestaltungsprinzipien ihren Platz finden und das konstitutiv durch Wandel und gesellschaftliche Anpassung geprägt ist.

Ein wichtiges Merkmal bei der Beurteilung von Gesundheitssystemen ist die Gestaltung der Beziehung zwischen Staat und Markt. Das deutsche Gesundheitswesen konstituiert sich von je her als wesentliches Element sozialstaatlicher Tätigkeit und zentralstaatlicher Daseinsvorsorge. Jedoch rücken in den letzten Jahren zunehmend marktwirtschaftliche Denk- und Verhaltensweisen und der Import betriebswirtschaftlicher Organisationsprinzipien auf allen Ebenen des Gesundheitswesens in den Vordergrund. Staatliche Einflussnahme und zentralis-

---

<sup>1</sup> Die Begriffe Gesundheitswesen und Gesundheitssystem werden im Weiteren synonym verwandt.

tische Planung werden nach und nach ersetzt durch ein Mehr an Verantwortung und neuen Steuerungsanforderungen auf den nachgeordneten Ebenen (siehe Abb. 1).

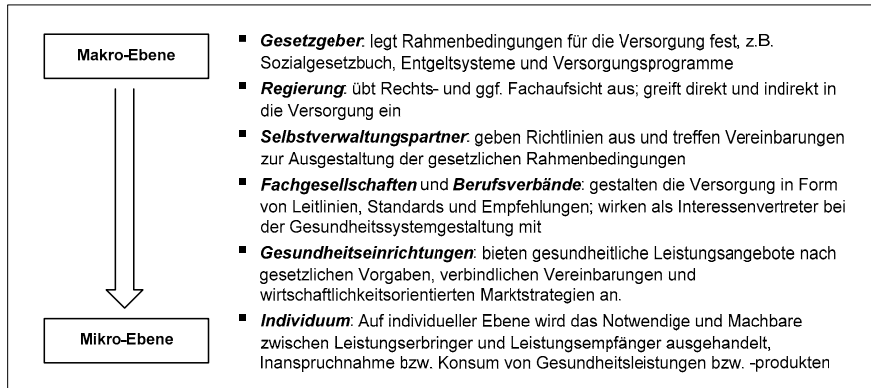


Abbildung 1: Ebenen-Modell des Gesundheitswesens und seiner Akteure.

Auch wenn der zu beobachtende Strukturwandel im Gesundheitswesen noch nicht so radikal ausgefallen ist wie dies in anderen Bereichen staatlicher Daseinsvorsorge, die schrittweise aus der öffentlichen Hand in die Privatisierung geführt wurden, man denke an Telekommunikation, Post, Energie usw., zu beobachten ist, spielen Begriffe wie Deregulierung, Marktorientierung und Wettbewerb im Gesundheitssystem eine zunehmend wichtigere Rolle (vgl. Bruckenberg 2009: 201). Die zahlreichen Finanzierungs- und Budgetierungsstrategien der letzten Jahre, die zu mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen sollen, schlagen auf sämtliche Bereiche der gesundheitlichen Versorgung durch. Der organisatorische Wandel unter dem Primat von Effizienz und Effektivität wird unter anderem durch die sichtbare Betriebswirtschaftlichung von Funktionseinheiten im Gesundheitswesen, wie z.B. Krankenhäuser, Krankenversicherungen usw., deutlich. Neben notwendigen Ökonomisierungsprozessen in Gesundheitsinstitutionen ist in vielen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung, national wie international (vgl. McGregor 2001), gleichzeitig eine liberale Wettbewerbslogik erkennbar, die Gesundheitsleistungen zu Produkten mit Marktwert wandelt, zu denen der individuelle Zugang (auch) von den wirtschaftlichen Ressourcen der Zielgruppe abhängt. Marktwirtschaftliche Elemente erlangen zweifellos auch in Zukunft eine immer größer werdende Relevanz bei der Mittelallokation und der Gestaltung der Organisationsstrukturen in der

Gesundheitsversorgung (vgl. Mörsch 2002). In diesem einführenden Beitrag sollen neben einer Standortbestimmung des deutschen Gesundheitswesens auch Entwicklungslinien aufgezeigt werden, die neben den strukturellen Wandlungsprozessen zu einer Art Neudefinition des Gesundheitswesens beitragen.

## 1 Sozialstaat und Eigenverantwortung

Nach Artikel 20 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) ist die Bundesrepublik Deutschland „ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“. Sozialstaatlichkeit bildet neben der Rechtsstaatlichkeit einen wichtigen Grundsatz unseres republikanisch und föderalistisch geprägten Demokratiemodells. Mit dem Grundgesetz ist der soziale Auftrag des Staates nicht nur rechtlich verfasst, sondern nach Artikel 79 Abs. 3 GG auch nicht änderbar. Jedoch ist das Sozialstaatsprinzip im GG ohne jegliche inhaltliche Konkretisierung normiert, so dass es keine verwertbaren Aussagen zur Realisierung zulässt. Der Sozialstaat ist nicht als eine gesonderte Institution angelegt, „Sozialstaatlichkeit ist vielmehr ein Charakteristikum des Staates neben anderen, welche nach kontroverser Debatte von Staatsrechtlern heute als *Staatsziel* interpretiert wird“ (Kaufmann 1997: 22). Dieses Staatsziel geht einher mit der Konstituierung sozialstaatlicher Prinzipien, die im Wesentlichen auf die Schaffung und Sicherung sozialer Sicherheit, sozialer Gerechtigkeit und sozialen Ausgleichs ausgerichtet sind (akutell hierzu Lessenich 2008). Die Zielrichtung wird somit zwar einigermaßen deutlich, die Zieldefinition insbesondere die Frage nach der Ausgestaltung der sozialen Gerechtigkeit bleibt unbestimmt. Je nach gesellschaftlicher Herkunft, politischem Standpunkt oder individueller Auffassung sind unterschiedliche Deutungen und Strategien denkbar. Über den „gar nicht so selbstverständlichen Begriff der Sozialen Gerechtigkeit“ äußert sich beispielsweise der ehemalige Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz folgendermaßen:

Sozial gerecht ist ein Gemeinwesen, wenn es allen Bürgerinnen und Bürgern hilft bzw. ermöglicht, durch ihr eigenes Handeln ihr Wohl zu erreichen. (...) Soziale Gerechtigkeit ist nichts Statisches, eine Gesellschaft muss sich immer wieder vergewissern, was hier und jetzt gerecht ist. In diesem Sinne muss man das Soziale immer wieder neu denken. (Lehmann 2006)

Mit diesen Worten werden zwei Wesenszüge des Begriffs „soziale Gerechtigkeit“ deutlich: Zum einen ist das Grundverständnis dessen, was wir als Gesellschaft und jeder für sich alleine als sozial gerecht empfinden, etwas grundsätzlich Wandelbares. Dieses Wandelbare, das obendrein nicht „selbstverständlich“ ist, müssen wir uns immer wieder neu vergegenwärtigen und mit Leben füllen. Ste-

tiger Deutungswandel ist also kein bestimmtes Phänomen, sondern inhärentes Merkmal sozialstaatlichen Handelns. Zum anderen macht Lehmann mit seinen Worten unmissverständlich klar, dass Sozialstaatlichkeit nicht ohne das Mitwirken der darin lebenden Bürgerinnen und Bürger funktioniert. Soziale Gerechtigkeit ist keine „Einbahnstraße“, die den Bürger zu einem passiven Empfänger wohlfahrtsstaatlicher Leistungen degradiert und ihn gleichzeitig durch eine Fülle von Leistungsansprüchen gegenüber dem Staat wieder aufwertet. Soziale Gerechtigkeit kann nur im Ausgleich und im Zusammenwirken aller gesellschaftlicher Instanzen und Institutionen entstehen und schließt die individuelle Eigenverantwortung<sup>2</sup> mit ein. Eigenverantwortung ist aber kein Appell oder eine Bitte des Staates an seine Bürger zur Mitwirkung. Vielmehr fußt sie auf einem anderen grundgesetzlich geschützten Wert, dem Wert der Freiheitlichkeit und der Selbstbestimmtheit<sup>3</sup>. Sie ist quasi die Kehrseite einer Medaille, die auf der einen Seite den Bürger und dessen Rechte gegenüber dem Staat beschützt, die auf der anderen Seite aber jedem Einzelnen ein genauso hohes Maß an Verantwortung für das eigene Wohlergehen und dem der Gesellschaft abverlangt. Zwischen diesen beiden Prinzipien – Sozialstaatlichkeit und Freiheitlichkeit – markiert sich ein permanentes Spannungsfeld, in dem stets um Ausgleich gerungen wird (siehe Abb. 2).

Die Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems ist eng mit den Fragen zur sozialen Gerechtigkeit verknüpft. Wichtige Ausgleich schaffende Instrumente sind die sozialen Sicherungssysteme. Den Sozialstaat und auch das Gesundheitswesen in Deutschland dominiert das Versicherungsprinzip. Der Anteil der auf dem Versicherungsprinzip basierenden Systeme (z.B. Kranken-, Renten-, Unfall-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) liegt bei ca. 60 Prozent des Sozialbudgets<sup>4</sup>. Ältester Zweig der Sozialversicherung ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die im Jahr 2008 bereits 125 alt geworden ist (vgl. Rau 2008). Der soziale Auftrag der GKV besteht auch heute noch darin, vollen Versicherungsschutz im Krankheitsfall grundsätzlich paritätisch (d.h. von Versicherten und Arbeitgebern finanziert) und unabhängig von der finanziellen Leistungs-

<sup>2</sup> Unter Eigenverantwortlichkeit versteht Lehmann mit Blick auf das Gesundheitssystem, vor allem auch hinsichtlich vorangegangener Texte der Deutschen Bischofskonferenz, die eine Stärkung der Eigenverantwortung betonen, „Eigenverantwortung nicht im Sinne von Eigenleistung, also höherer Zuzahlungen und höherem Selbstbehalt“, „sondern Eigenverantwortung in dem Sinne, dass man das eigene Leben stärker selbst in die Hand nimmt.“ Siehe auch den Beitrag „Den Sozialstaat zukunfts-fest machen“ von Tobias Blum in den Mainzer Bistumsnachrichten Nr. 35, 27. September 2006.

<sup>3</sup> Als Beispiel sei die Allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG genannt: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“.

<sup>4</sup> Das Sozialbudget umfasst alle Leistungen der sozialen Sicherungssysteme. In Form eines regelmäßigen Berichts der Bundesregierung schafft es so einen Überblick über das Leistungsspektrum und die Finanzierung der Sozialen Sicherung.

fähigkeit des einzelnen Versicherten zu gewährleisten (GKV 2010). Die Mittel dafür werden solidarisch aufgebracht und die Beitragsfinanzierung erfolgt im Umlageverfahren. Einschränkend ist zu sagen, dass die aktuellen Entwicklungen rund um die ab dem Jahr 2010 erheblichen Zusatzbeiträge<sup>5</sup> allerdings auch als eine schrittweise Ablösung vom Prinzip der paritätischen Finanzierung in der GKV gedeutet werden können. Im Kern bietet das System der GKV allen Versicherten einen gesetzlich festgelegten Leistungskatalog, der Leistungen der Krankheitsverhütung, Krankheitsfrüherkennung, Behandlung im Krankheitsfall, medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation sowie Lohnersatzleistungen umfasst. Die funktionalen Kernaufgaben der GKV werden in § 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) unter der Überschrift „Solidarität und Eigenverantwortlichkeit“ deutlich:

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. 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. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Mit diesem ersten Paragraphen weist auch der Gesetzgeber an prominenter Stelle nicht nur auf das notwendige Zusammenwirken von solidarisch geprägter Sozialstaatlichkeit und individueller Eigenverantwortung hin. Auf programmatischer Ebene wird es vielmehr zu einer Grundbedingung für sozial gerechtes Handeln innerhalb der gesundheitlichen Versorgungssysteme erklärt. Offen – und damit wiederum der Deutungshoheit gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Strömungen unterworfen – bleibt die Frage nach den Ausführungen auf der technologischen bzw. operativen Ebene. Eigenverantwortung im augenblicklich erlebten Sinne beschränkt sich vor allem auf finanzielle Eigenbeteiligungen bei gesundheitlichen Leistungen und die Pflicht zur gesunden Lebensführung (vgl. Ahrens 2004; Schmidt 2010). Eine Zunahme von Eigenleistungen ist in vielen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung sichtbar, sei es durch Leistungsan-

---

<sup>5</sup> Mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009, der sich aus einheitlich festgelegten Beitragssätzen und Steuermitteln speist und die Finanzmittel nach festgelegten Kriterien an die Krankenkassen verteilt, haben diese ab dem Jahr 2010 die Möglichkeit, erzielte Überschüsse in Form von Prämien an ihre Mitglieder auszahlen, soweit sie über eine ausreichende Finanzreserve verfügen, oder aber Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern zu erheben, wenn sie mit den aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Geldern nicht auskommen (vgl. BMG 2010).

gebote, die nicht (mehr) die Leistungspflicht der GKV berühren, z.B. in Form von medizinischen Wahlleistungen im stationären Sektor (vgl. Trefz 2003), individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) oder bestimmten Wahlleistungen im ambulanten Sektor (vgl. Abholz 2005; Wagener et al. 2005), oder durch verschiedene Selbstbehalte, die das Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Leistungen ökonomisch motiviert steuern sollen, z.B. die sog. „Praxisgebühr“ oder die Zuzahlungspflicht bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Je restriktiver sich die Maßstäbe an das Versorgungsniveau und damit die Leistungsverpflichtungen der GKV entwickeln, desto mehr wird Eigenverantwortung zu einer Form der Privatisierung des individuellen Krankheitsrisikos mit der Folge, dass Gesundheits- und Krankheitskosten immer mehr auf den Einzelnen verlagert werden (vgl. Holst/Laser 2000; Dabrock 2003; Rakowitz 2004).

Der andere Aspekt, Eigenverantwortung im Sinne einer Verantwortung für die eigene Lebensführung zu verstehen, erscheint auf den ersten Blick unbedenklich. Jedoch ist wissenschaftlich mittlerweile gut nachweisbar, dass die Hauptdeterminanten für Gesundheit und Krankheit nicht (allein) auf Seiten der Individuen liegen, sondern dass vielmehr struktur- und verhaltensbezogene Merkmale bzw. sozial ungleich verteilte Belastungen, Beanspruchungen und Ressourcen in hohem Maße Morbidität und Mortalität mitbestimmen (vgl. Richter/Mielck 2000; Ahrens 2004, Siegrist 2003). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit ist mittlerweile ein komplexer Forschungszweig geworden, der sich um die Aufklärung ihrer Determinanten und Mechanismen bemüht. Eine umfassende Übersicht über den aktuellen Forschungsstand zu den verschiedenen sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen sowie verhaltens-, biografie- und lebenslaufbezogenen Ursachen und Einflüssen auf gesundheitliche Ungleichheit geben Bauer et al. 2008.

Wenn der Einzelne also nur bedingt für seine Gesundheit und Krankheit verantwortlich sein kann, kann diese Verantwortung auch nur bedingt wahrgenommen und ausgeübt werden. Andererseits kann jeder Einzelne in den meisten Fällen durch aktives Zutun oder Unterlassen etwas zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsbeeinflussung beitragen. Hierbei muss unterschieden werden in Ereignisse und Zustände, auf die Individuen keinerlei Einfluss haben, wie beispielsweise angeborene Tumoren, und jene, die durch die Wahl des Verhaltens der Betroffenen hervorgerufen werden, wie beispielsweise eine Fraktur durch einen Skiunfall (vgl. Buyx 2005; Alber et al. 2009). Diese Unterscheidung spielt in der Debatte um Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen eine große Rolle. Ein wichtiger Aspekt ist aber, dass bei jeder Überbetonung der Eigenverantwortung reflexartig ein Schuldparadigma anwendbar wird, das jeden Einzelnen verdächtig macht, nicht genügend Anstrengungen in Richtung einer gesundheitsorientierten Lebensführung angestellt zu haben. In einer Analyse zur Eigenverantwortung im Gesundheitswesen fordert daher Schmidt nach einer kritischen

Bestandsaufnahme der ungelösten Fragen der Verantwortungsübernahme und -zuweisung eine paradigmatische Umstellung von der Individualverantwortung zur kooperativen Verantwortung, d.h. zu einem Ansatz, der *Verantwortung* auf alle Akteure im Gesundheitswesen verteilt. Ein solcher Ansatz sollte weniger an den Ursachen für Krankheit und Gesundheit gelehrt sein, sondern einen lösungsorientierten Betrachtungswinkel einnehmen (Schmidt 2010). Verantwortungsübernahme auf allen Ebenen solle sich dabei stärker an der Leistungsfähigkeit und nicht am Verursacherprinzip messen lassen. Letztendlich wird mit einem solchen Denkansatz jenes konkretisiert, was das Zusammenspiel von Solidarität und Subsidiarität in unserem Sozialgefüge ausmacht: Eigenverantwortung ist die Verantwortung jedes Einzelnen und jeder gesellschaftlichen Instanz, den Beitrag in Art und Umfang zu leisten, der ihm mit seinen Mitteln und Voraussetzungen und im Rahmen seines Umfelds und seiner Handlungsräume möglich ist. Die Rolle des Sozialstaats ist nicht die der alleinigen „nährenden Mutter“, sondern sie übernimmt als stärkste Kraft auf der Makroebene eine Lenkungs- und Steuerungsfunktion. Ein Mehr an Eigenverantwortung auf Seiten der unterschiedlichen Akteure führt nicht zu weniger Staatsaufgaben, sondern bedeutet im Gegenteil eher neue und erhöhte Anforderungen an die sozialstaatlichen Tätigkeiten (vgl. Buyx 2005: 279). Je größer der Handlungs- und Möglichkeitenraum auf individueller Ebene, desto mehr Aufwand und Anstrengungen werden erforderlich, soziale Gerechtigkeit in der Balance zu halten (vgl. Abb. 2).

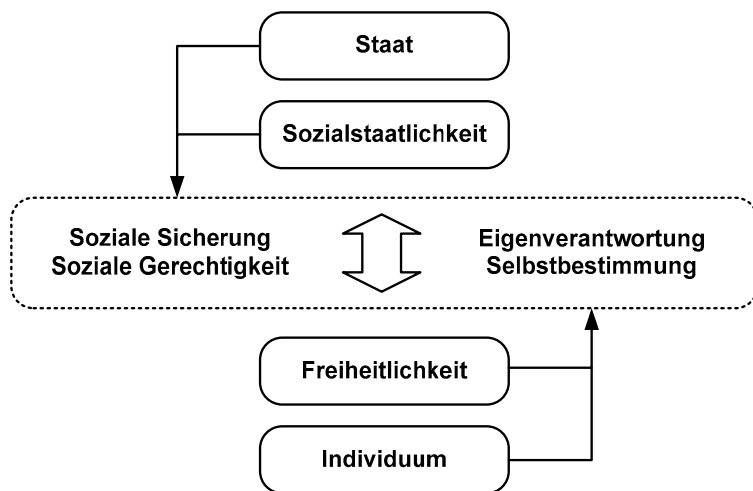


Abbildung 2: Spannungsfeld sozialstaatlichen Handelns.

## 2 Ökonomie und Marktwirtschaft

Bei der Diskussion um die gesellschaftliche und damit auch ökonomische Bedeutung von Gesundheit ist es zunächst sinnvoll, eine Unterscheidung zwischen dem immateriellen bzw. transzendentalen Gut *Gesundheit* und solchen Gütern vorzunehmen, die darauf gerichtet sind, ein Bedürfnis nach Gesundheit zu befriedigen, nämlich *Gesundheitsleistungen* (Oberender et al. 2002: 14ff.). Als Gesundheitsleistungen können sowohl materielle Wirtschaftsgüter, d.h. Waren wie z.B. Arzneimittel oder medizintechnische Geräte, als auch immaterielle Wirtschaftsgüter in Gestalt von Dienstleistungen bzw. Gesundheitsdienstleistungen, z.B. Arztbesuch oder häusliche Krankenpflege, verstanden werden. Gesundheitsleistungen stellen aus ökonomischer Sichtweise die eigentlichen Tauschobjekte dar und das Gut *Gesundheit* übt in diesem Verständnis eine Legitimationsfunktion für das Angebot und die Erbringung dieser Leistungen aus.

Ein wichtiges Merkmal gesundheitlicher Leistungen ist die Besonderheit der Kunden-Lieferanten-Beziehungen. Die Austauschprozesse zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger erfolgen nicht wie im privatwirtschaftlichen Konsumgütermarkt bilateral. Vielmehr werden die Erbringung und das Angebot durch eine dritte Instanz, den Leistungsfinanzierer, maßgeblich mitbestimmt. Auf dem *Gesundheitsmarkt* spannt sich eine Dreiecksbeziehung zwischen Anbietern, Nachfragern und Finanzierern auf, die durch mehr oder weniger stark ausgebildete wettbewerbliche Strukturen einerseits und staatlichen Regulationen andererseits charakterisiert ist (siehe Abb. 3).

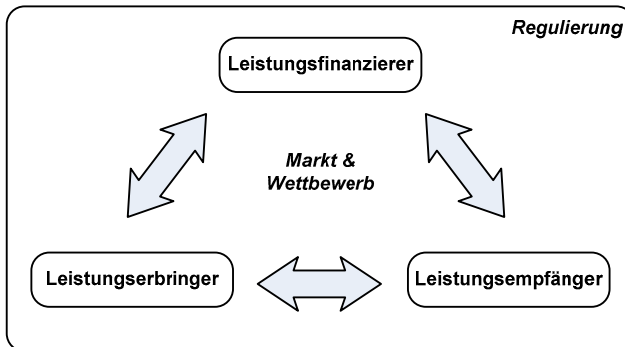


Abbildung 3: Das „sozialrechtliche Leistungsdreieck“ zwischen staatlicher Regulierung und Markt und Wettbewerb.



Leistungen der gesundheitlichen Versorgung sind nach ökonomischem Verständnis in hohem Maße sog. „private Güter“<sup>6</sup>, d.h. sie sind grundsätzlich einer Koordination über Märkte zugänglich (Oberender/Zerth 2008). Jedoch tragen vielfältige Besonderheiten zwischen Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen zu zahlreichen Störungen dieses Marktes bei. Leistungen der gesundheitlichen Versorgung sind zwar grundsätzlich marktfähig, sie können aber nur begrenzt in typischen Marktprozessen koordiniert werden. Einerseits produziert Gesundheit grundsätzlich sog. „externe Effekte“, z.B. erhöhen erfolgreiche durchgeführte Impfmaßnahmen die öffentliche Gesundheit. Weiterhin werden Umfang und Ausmaß künftiger Erkrankungen systematisch unterschätzt, woraus sich aus Gründen der finanziellen Unterdeckung automatisch ein Regulierungsbedarf ergibt (vgl. Neubauer 1988; Oberender/Zerth 2005). Eine Regulierung des Gesundheitsmarktes ist aber auch aufgrund der erheblich eingeschränkten Kundensouveränität und der bestehenden Informationsasymmetrien zwischen Anbietern von Gesundheitsleistungen und Nachfragern notwendig. Im Bereich der Gesundheitsversorgung sind die Funktionsbedingungen eines freien Wettbewerbs nicht oder nur sehr eingeschränkt gegeben (Dettling 2009): Anbieter und Nachfrager verhalten sich nicht nach dem Leitbild des homo oeconomicus (Nutzenmaximierung); es besteht kein freier Marktzugang für Anbieter und Nachfrager; es liegt keine hinreichende Homogenität der Leistungen und hinreichende Austauschbarkeit der Anbieter vor; es besteht keine hinreichende Flexibilität der Wettbewerbsparameter Qualität, Service, Preis und Werbung; es herrscht keine hinreichende Markttransparenz; es liegt keine hinreichende Anzahl von Anbietern und hinreichende Größe der Märkte vor; es herrscht keine gleiche Verhandlungsmacht zwischen Anbietern und Nachfragern; es kann kein hinreichender Ausschluss eines Handelns von Anbietern und Nachfragern auf Kosten Dritter, d.h. Ausschluss der sog. „externen Effekte“, gewährleistet werden.

Aufgrund der zahlreichen Unterschiede bzw. der gegenüber der Privatwirtschaft geringeren Marktfähigkeit von Gesundheitsleistungen entsteht für die Gesundheitsversorgung per se ein hoher Regulierungsbedarf. Daraus lässt sich jedoch kein grundsätzliches Marktversagen<sup>7</sup> ableiten, da z.B. nicht eindeutig

---

<sup>6</sup> Im Gegensatz zu privaten Gütern gilt für sog. „kollektive“ oder „öffentliche Güter“, dass diese sich Marktmechanismen entziehen, z.B. durch die Nicht-Anwendbarkeit des Ausschlussprinzips, d.h. Nicht-Zahlungswilligen kann der Nutzen nicht entzogen werden, die sog. Nicht-Rivalität im Konsum, d.h. dass eine Nutzung von beliebig vielen Nutzern erfolgen kann, ohne dass Nutzeneinbußen erfolgen oder durch das Fehlen des Koordinationsmediums „Preis“. In einzelnen Fällen lassen sich auch für bestimmte Gesundheitsleistungen die Kriterien für öffentliche Güter anwenden, z.B. Infektionsschutz durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

<sup>7</sup> Mit „Marktversagen“ wird in den Wirtschaftswissenschaften der Sachverhalt beschrieben, wenn der Markt nicht zu einer optimalen Aufteilung knapper Ressourcen fähig ist bzw. volkswirtschaftlich nicht wünschenswerte Ergebnisse entstehen. Das „Staatsversagen“ beschreibt dagegen den Sachver-

bestimmbar ist, ob die fehlende Internalisierung des externen Effektes ein Problem des Marktprozesses ist oder vielleicht Spielregeln und Institutionen für den Marktprozess verändert werden müssten (vgl. Oberender/Zerth 2008). Andererseits ist auch festzustellen, dass die fehlenden Voraussetzungen eines freien Marktes und vollständiger Konkurrenzsituation auch in anderen Gütermärkten niemals vollständig realisiert sind. Hinzu kommt aber auch ein wichtiges ethisches Argument für staatlichen Regulierungsbedarf. Wenn der Zugang zur Gesundheitsversorgung von der individuellen Zahlungsfähigkeit abhängig ist, würde dies aufgrund der sehr ungleichen Einkommensvoraussetzungen zu einer ungerechten Verteilung von gesundheitlichen Leistungen führen. Ein gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung ist allerdings eine Grundbedingung für Chancengleichheit in dieser Gesellschaft, quasi eine Basisvoraussetzung für die Verwirklichung von Lebenszielen. Umgekehrt sind die Reduzierung und der Abbau von sozialen Ungleichheiten und Benachteiligungen mit nachweislich besseren Gesundheitschancen verbunden (vgl. Marckmann 2008).

Insgesamt ist das Gesundheitswesen ein Finanzierungs- und Leistungssystem, das einerseits hochgradig staatlich reguliert ist, andererseits auch wettbewerblichen Kräften unterworfen ist, ohne einen tatsächlichen (freien) Markt anbieten zu können. Erkennbar wird aktuell ein Quasi-Markt, auf dem zunehmend marktwirtschaftliche Instrumentarien bedient und eingesetzt werden. Die zahlreichen Gesundheitsreformen der letzten Jahre rückten marktwirtschaftliche Denk- und Handlungswesen zunehmend ins programmatische Zentrum, allerdings weniger aus Gründen der staatlichen Entlastung von Allokationsentscheidungen, sondern vielmehr zur systemimmanenten Effizienzsteigerung. Ziel hierbei war es, durch wettbewerbsgeleitete Marktprinzipien das Verhältnis von Angebot bzw. Anbieter und Nachfrage zu optimieren, Synergien zwischen diversen Anbietern besser zu nutzen und durch Ausschöpfung der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven die knapper werdenden Finanzmittel sinnvoller, d.h. bedarfs- und leistungsgerechter, zu verteilen. Die Qualität der gesundheitlichen Leistungen soll langfristig nicht mehr durch zentral zur Verfügung gestellter Mittel, die in der Vergangenheit durch die Selbstkostenorientierung nahezu unbegrenzt erschienen, erreicht und sichergestellt werden. Sie soll vielmehr in Form eines Wettbewerbsfaktors bzw. als Ergebnis unternehmerischer und wirtschaftlichkeitsorientierter Tätigkeit die Akteure und Gesundheitseinrichtungen zur mehr eigenverantwortlichen Handeln auffordern. Markt und Wettbewerb werden zunehmend zu einer gesundheitspolitischen Antwort auf die Grenzen der finanziellen Leistungsfähigkeit des Sozialstaats.

---

halt, dass eine unternehmerische Tätigkeit des Staates (hier der Sozialstaat) bzw. Staatsinterventionismus zu schlechteren volkswirtschaftlichen Ergebnissen oder ineffizienteren Lösungen führt, als eine Organisation über den Markt unter Wettbewerbsbedingungen (vgl. Pollert et al. 2004: 150).

Bei aller aufkommenden und zum Teil berechtigten Kritik an diesen Entwicklungen muss aber auch berücksichtigt werden, dass die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems bzw. die Qualität und Quantität gesundheitlicher Leistungen in hohem Maße vom Leistungsvermögen unserer Gesellschaft und vom Ergebnis ihrer Volkswirtschaft bestimmt werden, unabhängig davon, ob das Pendel mehr in Richtung Staat oder Markt schlägt. Es können nur Mittel verteilt werden, die zuvor in einem bestimmten Zeitraum auch erwirtschaftet worden sind. Dieser Zusammenhang kann soweit zugespitzt werden, dass eine erfolgreiche Sozialpolitik letztendlich nur auf Basis einer erfolgreichen wachstumsorientierten Wirtschaftspolitik gestaltet werden kann (Schlander/Schwarz 2005: 186). Die Grenzen des Sozialstaats werden also immer auch von den Grenzen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, also von den Einnahmen zumindest mitbestimmt. Ein Krankenversicherungssystem, dessen Einnahmen sowohl von der Anzahl als auch von der Höhe der leistungsorientierten Beitragszahlung seiner Versicherten abhängig ist und das obendrein seine Leistungen umlageorientiert im Bedarfsfall zur Verfügung stellt, ist in hohem Maße von einem prosperierenden Wirtschaftssystem abhängig. Die stete Steigerung der Krankenkassenbeiträge hängt auch mit den Einnahmeverlusten durch eine hohe Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen sinkenden Lohnquote zusammen (Reiners 2002: 43). Da ist es kein Wunder, wenn Arbeitsmarktpolitik bzw. die Senkung von Lohnnebenkosten auch zu einem Nebenschauplatz gesundheitspolitischer Gesetzesreformen werden (vgl. Tretter 2008).

Zu der Einnahmeproblematik gesellt sich aber grundsätzlich auch ein Ausgabenproblem. Insgesamt sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1995 bis 2007 stark gestiegen (Tab. 1). Als größte Ausgabenpositionen tragen vor allem die Krankenhausversorgung und der vertragsärztliche Sektor inklusive der Arzneimittelversorgung massiv zur Ausgabensteigerung bei.

Trotz unzähliger Kostendämpfungsmaßnahmen in den letzten Jahren und Jahrzehnte konnte die Ausgabensteigerung nicht nennenswert gebremst werden. Hinsichtlich des absoluten Anstiegs der Gesundheitsausgaben sind primär keine Kausalzusammenhänge ersichtlich. Die Gründe für die Ausgabensteigerungen werden aber überwiegend in den gestiegenen Kosten für medizinische Forschung, den technologischen Fortschritten in den Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten, dem demographischen Wandel sowie Mengenausweitungen und Preiserhöhungen bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen gesehen (RKI 2006: 197). Auch im internationalen Vergleich sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland signifikant hoch. Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) entsprechen die Gesundheitsausgaben bzw. der Umsatz im Gesundheitswesen der letzten Jahre ungefähr einem Zehntel der gesamtwirtschaftlichen Leistung. Lediglich die USA (2007: 15,3% am BIP), die Schweiz (2004: 11,3% am BIP) und

in jüngster Zeit auch Frankreich (11,0% am BIP) liegen mit ihren Ausgaben für Gesundheit deutlich darüber (Tab. 2). Grundsätzlich ist in den dargestellten OECD-Ländern seit Mitte der 1990er Jahre ein Trend zu einem generellen Anstieg der Gesundheitsausgaben erkennbar (OECD 2003).

<b>Gesundheitsausgaben [in Mio. €]</b>	<b>Jahr 1995</b>	<b>Jahr 2000</b>	<b>Jahr 2007</b>
Ambulante Einrichtungen	86.970	100.798	124.440
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	70.939	78.821	91.772
Rettungsdienste	1.731	2.057	2.676
Gesundheitsschutz	1.782	1.806	1.883
Verwaltung	11.032	12.583	14.673
Sonstige Einr. und private Haushalte	6.204	7.429	7.424
Ausland	568	634	1.112
Investitionen	7.248	8.295	8.771
<b>Gesamt</b>	<b>186.474</b>	<b>212.423</b>	<b>252.751</b>

*Tabelle 1:* Entwicklung der Gesundheitsausgaben 1995 bis 2007 nach Einrichtungen; Gesundheitsausgaben in Mio. Euro; Quelle: Statistisches Bundesamt 2009.

<b>Anteil am Bruttoinlandsprodukt in %</b>	<b>Jahr 1995</b>	<b>Jahr 2000</b>	<b>Jahr 2006</b>
Deutschland	10,1	10,3	10,5
Frankreich	10,4	10,1	11,0
Italien	7,3	8,1	9,0
Japan	6,9	7,7	8,1
Schweden	8,0	8,2	9,2
Schweiz	9,7	10,3	11,3
Vereinigte Staaten	13,3	13,2	15,3
Vereinigtes Königreich	6,9	7,2	8,4

*Tabelle 2:* Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent am Bruttoinlandsprodukt (BIP) am Beispiel ausgewählter OECD-Länder; Quelle: Statistisches Bundesamt 2009, OECD Gesundheitsdaten.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben in Deutschland am BIP präsentiert sich zwar auffällig hoch, er ist im OECD-Ländervergleich jedoch in den letzten Jahren nur geringfügig gestiegen bzw. insgesamt relativ stabil geblieben. Ein deutlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben am BIP wurde allerdings nach der Wiedervereinigung beobachtet, allerdings war auch dies begleitet von einem relativen Zurückbleiben des gesamtdeutschen BIPs nach der Wiedervereinigung (vgl. Schölkopf/Stapf-Finé 2004).

Das Paradigma eines überteuerten Gesundheitswesens ist mittlerweile fester Bestandteil wiederkehrender Politikämpfe um die Wirksamkeit sozialstaatlicher Errungenschaften und ihrer Leistungstiefe. In Deutschland werden hohe Anteile des BIPs für das Gesundheitswesen aufgebracht, jedoch ist schwer vorhersehbar, ob und in welchem Ausmaß diese die Grenzen der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens in Zukunft erreichen bzw. überschreiten. Die relative Ausgabenstabilität gemessen am BIP legt eher eine zurückhaltende Interpretation nahe. Dies wird ebenso bestätigt bei Betrachtung der GKV-Ausgabenanteile am BIP, bei denen in den letzten Jahren eine ähnliche Entwicklung und relative Ausgabenstabilität zu verzeichnen war wie bei den Gesundheitsgesamtausgaben.

Trotz der Effizienzgewinne, die teilweise auf die eingangs dargestellten Veränderungen im Gesundheitswesen zurückzuführen sind, ist bei allgemein relativer Stabilität der Gesundheitsausgaben doch ein geringer Anstieg der Gesundheitskosten am BIP in den letzten Jahren nicht zu verleugnen (vgl. Hensen/Hensen). Dies hängt nach Einschätzung des Robert Koch-Instituts (2006) ähnlich wie in der Situation nach der Wiedervereinigung u.a. mit der – im Vergleich zu anderen OECD-Ländern – ungünstigeren wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland in den letzten Jahren zusammen. Auch bei Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgabenentwicklung, wird deutlich, dass die durchschnittliche Steigerung in Deutschland am geringsten ausfällt. Nichtsdestotrotz muss vor dem Hintergrund zukünftiger gesellschaftlicher Entwicklungen und Herausforderungen geprüft werden, wie die Finanzierung und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens langfristig gesichert werden kann, auch wenn angesichts differenzierter Betrachtungen hinsichtlich der Ausgabenentwicklung nicht wirklich von der viel beschworenen „Kostenexplosion“<sup>8</sup> im Gesundheitswesen gesprochen werden kann.

---

<sup>8</sup> Der Begriff „Kostenexplosion“ entstand Mitte der 1970er Jahre als die Ausgaben für das Gesundheitswesen öffentlich mit der Krise des Sozialstaats in Verbindung gebracht wurde. Gegen das spezielle Argument einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen argumentieren überzeugend Braun et al. 1998 und Reiners 2009.

### 3 Mittelknappheit und Allokationsstrategien

Der Grund, warum die Ausgabenentwicklung sozialstaatlicher Leistungen insbesondere im Gesundheitswesen seit mehr als dreißig Jahren misstrauisch von der Öffentlichkeit und der Politik verfolgt wird und Kostendämpfungs- und Struktur-reformen zum Gegenstand nahezu jeder Legislaturperiode geworden sind, ist zum einen im Bewusstsein der Begrenztheit verfügbarer Ressourcen, vor allem aber in der Sorge um die zukünftige und nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens begründet. Die neben der Ausgabensteigerung zu verzeichnende Einnahmeproblematik der solidarisch finanzierten sozialen Sicherungssysteme verleiht dieser Sorge zusätzlichen An Schub. Grundproblem der Auseinandersetzung mit knapper werdenden Mitteln ist die Frage nach deren Verteilung (Allokationsproblem). Würde die Verteilung von Gesundheitsressourcen vollständig dem freien Markt überlassen werden, würden viele schwierige Entscheidungen über Kriterien und Verfahren der Verteilung vermieden werden. Die unterschiedliche Einkommenssituation und Zahlungsfähigkeit würde zwar soziale und gesundheitliche Ungleichheiten produzieren, Patienten bzw. Nachfrager könnten ihren individuellen gesundheitsbezogenen Präferenzen aber Ausdruck verleihen (vgl. Markmann 2008). Aufgrund der eingeschränkten Marktbedingungen und der solidarischen Grundausrichtung des Gesundheitswesens ist für den Erhalt der sozialen Sicherung und sozialen Gerechtigkeit ein hoher Grad an staatlicher Regulierung unabdingbar. Dadurch ergibt sich notwendigerweise aber das Problem, bei knapper werdenden Ressourcen über die Mittelverteilung von staatlicher oder staatsnaher Seite befinden zu müssen und steuernd einzugreifen.

Grundsätzlich bieten sich drei Möglichkeiten der Intervention: Die Erhöhung der Einnahmeseite bzw. der Mittel im Gesundheitswesen, die Begrenzung der Ausgabenseite bzw. Reduzierung der Kosten und die Begrenzung der Leistungsseite. Die Politik ist der Ausgabenentwicklung in der Vergangenheit vor allem mit der Begrenzung von Vergütungen, der Einführung von Budgets, anbieterseitigen Zulassungsbeschränkungen und der Schaffung ökonomischer und wettbewerblicher Anreize zur Kosteneinsparung und Effizienzsteigerung begegnet. Obwohl politisch höchst unpopulär, konnte trotz des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität ebenso wenig auf regelmäßige Steigerungen der Versichertenbeiträge und damit auf Erhöhung der Einnahmen verzichtet werden, die mit den jüngsten Entwicklungen bisweilen Züge einer Entsolidarisierung in Form einer Abkopplung der Beitragsleistungen von der einkommensabhängigen Leistungsfähigkeit und der Aufkündigung der paritätischen Finanzierung annimmt. Vom Instrument der Leistungskürzung bzw. Begrenzung und Zuteilung gesundheitlicher Leistungen wurde in der Vergangenheit dagegen nur sehr vorsichtig Gebrauch gemacht (vgl. Dannecker et al. 2009). Gegenwärtig zeichnet sich aber

hinsichtlich der Leistungsbereitstellung im Gesundheitswesen ein Umdenken ab. Nach Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven durch Strukturierung der Leistungserstellung und Regulierung des Anbietermarktes sowie Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens gesundheitlicher Leistungen und Ausreizung der Beitragsgestaltung bis zur Belastungsgrenze überwiegt mehr und mehr die Annahme, dass in Zukunft nicht alle Leistungen für alle gesetzlich Versicherten finanziert werden können. Verteilungsentscheidungen, die nicht mehr ausschließlich dem Primat der medizinischen Notwendigkeit folgen, würden eine Abkehr vom konstitutiven Element der Solidarität bedeuten (Fuchs et al. 2009). Im Mittelpunkt steht zunehmend die Frage nach dem medizinisch Notwendigen vor dem Hintergrund des finanziell Machbaren (vgl. Ulsenheimer 2004). Über Art und Umfang des „medizinisch Notwendigen“ schweigt sich allerdings das Sozialgesetzbuch (SGB) aus und überlässt die Deutungshoheit den nachgeordneten Ebenen. In § 12 Abs. 1 SGB V heißt es lediglich:

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Mit diesem sog. Wirtschaftlichkeitsgebot wird bereits an zentraler Stelle der Sozialgesetzgebung deutlich darauf hingewiesen, dass das medizinisch Notwendige nicht mit dem medizinisch Möglichen zu verwechseln ist. Danach gibt es einen Leistungsspielraum, der sich nach unten hin an einem unbestimmten Mindestmaß orientiert, der jedoch nach oben hin stets auf Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen ist. Nach Markmann ist dies ein wichtiger Gerechtigkeitsaspekt eines solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitswesens: „Es ist gerechter, allen Bürgern einen begrenzten Zugang zu wichtigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen als nur einem Teil der Bevölkerung unbegrenzten Zugang zu allen verfügbaren Leistungen“ (Markmann 2008: 889). Offen bleibt, mit welchen Kriterien und Verfahren und auf welcher Ebene dieses notwendige Versorgungsmaß bestimmt werden soll.

Die Politik hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) auf Ebene der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verschiedene Gremien und Strukturen mit Wirkung zum 01.01.2004 unter dem Dach des Gemeinsamen Bundesausschuss<sup>9</sup> (G-BA) zusammengefasst. Dieser G-BA wurde mit weitreichenden

---

<sup>9</sup> Die Grundstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechen derjenigen einer Körperschaft des Öffentlichen Rechts, da er von den Selbstverwaltungskörperschaften bzw. -verbänden mitgliedschaftsähnlich getragen wird. Mitglieder im G-BA sind Vertreter der Krankenkassen, der Leistungserbringer und unparteiische Mitglieder sowie mit beratender Funktion auch sog. „sachkundige Personen“ wie z.B. Patientenvertretungsorganisationen (vgl. Hess 2008).

Kompetenzen ausgestattet. Zu seinen wesentlichen Aufgaben mit Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen gehören:

- Veränderungen im Leistungsrecht inklusive der Kompetenz zu unmittelbaren Einschränkungen von Leistungsansprüchen,
- Konkretisierung des Leistungskataloges auf Basis von Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit,
- Einführung sektorübergreifender Maßnahmen der Qualitätssicherung inklusive Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität von durchgeführten Leistungen zu Abrechnungszwecken,
- Steuerungsinstrumente der Arznei-/Heilmittelversorgung inklusive Einschränkung der Verordnungsfähigkeit aufgrund von Nutzenbewertungen,
- Bedarfsplanung als Grundlage für Zulassungsbeschränkungen zur vertragsärztlichen Versorgung bei Über- oder Unterversorgung.

Mit diesen weitreichenden Aufgaben nimmt der G-BA aus Selbstverwaltungsebene eine besondere Stellung quasi als „kleiner Gesetzgeber“ ein. Danach sollen Entscheidungen der Mittelverteilung konkret durch die Akteure im Gesundheitswesen getroffen, die unmittelbar an der Leistungserbringung beteiligt sind. Um seiner Aufgabe der Bereinigung und Weiterentwicklung des gesetzlichen Leistungskataloges der GKV gewissenhaft nachzukommen bzw. bei der Methoden- und Nutzenbewertung rechtssichere Entscheidungen treffen zu können, muss sich der G-BA methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin bedienen. Die Durchführung dieser Methodenbewertung erfolgt aber nicht unmittelbar durch den G-BA, sondern durch das im selben Jahr gegründete und fachlich unabhängige rechtsfähige wissenschaftliche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen<sup>10</sup> (IQWiG). Wichtig ist eine klare Abgrenzung zwischen der wissenschaftlichen Kompetenz und Beratungs- und Empfehlungsfunktion des Instituts und der rechtlichen Verantwortung des G-BA für die ausschließlich von ihm zu verantwortende Normsetzung. Nach dem Methodenpapier des Instituts erfolgt die Abgabe von Empfehlungen in einem weitgehend öffentlichen Diskurs mit Betroffenen, Sachverständigen und Patientenvertretung. Mit diesen relativ neuartigen Strukturen sollen erstmals konkrete und über die normsetzende Kraft der Richtlinien des G-BA auch für alle Beteiligten verbindliche Aussagen zu Art und Umfang des Leistungsrahmens der GKV gemacht werden.

---

<sup>10</sup> Das IQWiG ist durch Errichtung einer rechtlich eigenständigen Stiftung des privaten Rechts gegründet. Die wissenschaftliche Unabhängigkeit des Instituts ist in der Satzung durch Gewährleistung einer Weisungsfreiheit der Institutsleitung vom Vorstand in wissenschaftlichen Fragen und einen mit Beschluss des G-BA vom 21.12.2004 erteilten Generalauftrag gewährleistet.



Die Gründung und Tätigkeitsaufnahme des G-BA ist eingebettet in die Diskussion um eine sachgerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Fast schon inflationär fallen in diesem Zusammenhang die Begriffe Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung als grundsätzliche Strategien für Allokationsentscheidungen (vgl. Bahro et al. 2001; Marckmann 2007), die sich inhaltlich nicht überlappungsfrei im Beziehungsfeld von Nutzen und Kosten gesundheitlicher Leistungen unterschiedlich aufspannen:

- *Rationierung* meint zunächst Leistungsbegrenzungen. Unter anderem wird als Rationierung die Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen aus ökonomischen Gründen verstanden, die einen unbestrittenen Nutzen haben. Es kann aber auch die Erschwerung des Zugangs zu diesen Leistungen damit gemeint sein (Mack 2001). Eine weitere Definition ist die Reduktionsdefinition, die einer Drosselung der Zufuhr gesundheitlicher Leistungen entspricht (ebd.; Schöne-Seifert 1997). Über den Begriff des Vorenthaltes hinaus beinhaltet dieser auch die Perspektive des Aus- und Zuteilens (Fuchs et al. 2009). Die Verwendung dieser normativ neutralen Begriffsdefinition ist allerdings weniger gebräuchlich. Mack empfiehlt folgende Definition als Standardbegriff: „Rationierung im Gesundheitswesen ist die Zuteilung bzw. die Verteilung von knappen und begrenzt vorhandenen Gesundheitsgütern ebenso wie pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen unter der Bedingung, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot“ (Mack 2001).
- *Rationalisierung* bzw. Rationalisierungsmaßnahmen sollen Effizienz- und Produktivitätssteigerungen im Rahmen der Leistungserstellung ermöglichen. Dies kann durch Verbesserung der Ablaufgestaltung in Gesundheitseinrichtungen oder durch Eliminierung von nicht-notwendigen Maßnahmen und Randaktivitäten innerhalb der Leistungserstellungsprozesse geschehen. Nach einer Empfehlung des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen<sup>11</sup> kann auf medizinische Leistungen verzichtet werden, wenn sie keine Wirksamkeit besitzen, sie eine geringere Wirksamkeit als alternative Maßnahmen aufweisen, die identische Kosten verursachen oder sie kostengünstigere Alternativen nicht an Wirksamkeit übertreffen (SVR 1995). Rationalisierung ermöglicht Einsparungen, ohne dass den Patienten Notwendiges oder Nützliches vorenthalten werden muss (ZEKO 2007). Rationalisierungsmaßnahmen sind durch die Vernunft begründete

---

<sup>11</sup> Der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ wurde 1985 mit der Aufgabe ins Leben gerufen, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Seit 2003 trägt der Rat die Bezeichnung „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“.

sinnvolle Handlungen, deren Ziel es ist, bei gleichbleibendem finanziellen Aufwand das Versorgungsniveau zu erhöhen oder bei geringerem finanziellen Aufwand das Versorgungsniveau zu halten (Fuchs et al 2009). Zur Begrifflichkeit ist aber auch zu sagen, dass der Verzicht auf überflüssige Leistungen ebenso auch als eine Art der Ausgrenzung bzw. der Einschränkung des medizinischen Leistungsspektrums verstanden werden kann und damit einer Form der Rationierung („legitimierte Rationierung“) entspricht (vgl. Mack 2001; Uhlenbruck 1995).

- *Priorisierung* zielt auf die Bildung von Rangreihen als Kriterium der Mittelverteilung. Sie kann als die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen definiert werden (ZEKO 2000). Dabei entstehen Rangreihen, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und auch Indikationen, d.h. Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Probleme mit zu ihrer Lösung geeigneten Maßnahmen, in einer Rangfolge abgebildet werden können (Fuchs et al 2009). Diesem Verständnis nach würden an oberster Stelle solcher Rangfolgen jene Verfahren stehen, die aus wissenschaftlicher Perspektive als unverzichtbar und hilfreich eingestuft werden. Am Ende einer solchen Rangfolge ließen sich Verfahren finden, die keine nachweisbare Wirkung haben. Dabei meint „vertikale Priorisierung“, dass eine Rangreihenbildung innerhalb eines definierten Versorgungsbereichs erfolgt. Dagen wird unter „horizontaler Priorisierung“ verstanden, dass verschiedene Krankheitsgruppen oder Versorgungsziele in Rangfolgen abgebildet werden (ebd.; ZEKO 2007). Prioritätensetzung im Gesundheitswesen ist kein Ziel aus sich heraus, sondern Mittel, bei einem gegebenen Wertgefüge die begrenzten Ressourcen mit dem höchsten Outcome einzusetzen (Fozouni/Güntert 2000). Diesem Verständnis nach kann Priorisierung als eine Form der Rationierung verstanden werden, da die zur Verfügung stehenden Ressourcen unter den teilweise rivalisierenden Interessenlagen letztendlich verteilt und zugeteilt werden. Prioritätensetzung geht über die bloße Reduktion des Leistungskataloges hinaus, wenn die Kriterien der Rangbildung transparent und nachvollziehbar sind und nur weitgehend unwirksame Leistungen aus Ressourcengründen zurückgestellt werden. Aus dieser Argumentation heraus kann Priorisierung wiederum auch als eine Art der Rationalisierung betrachtet werden, welche auf einen sinnhaften, den höchsten gesundheitlichen Nutzen erzielenden Einsatz der vorhandenen Ressourcen zielt (vgl. ebd.; Fuchs et al. 2009).

Jenseits dieser Begrifflichkeiten haben Modelle und Instrumente einer rationalen Allokation im europäischen Ausland eine viel längere Tradition und finden dort

direkt Eingang in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse zur Gestaltung der gesundheitlichen Leistungsangebote (vgl. Fozouni/Güntert 2000). Die Gründung des G-BA und des IQWiG ist als ein erster Schritt in Richtung einer Institutionalisierung einer rationalen Mittelallokation im deutschen Gesundheitssystem anzusehen. Auf der oberen Mesoebene werden unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden und in einem öffentlichen Diskurs Rationierungs- und Rationalisierungsentscheidungen getroffen bzw. vorbereitet, die unmittelbare Wirkungen auf die Leistungserbringung und die Leistungsansprüche der Versicherten entfalten. Nichtsdestotrotz sind Konflikte zwischen ökonomischem Verhalten und medizinischer Ethik vorprogrammiert, da mit jeder Form der Intervention die Gerechtigkeitsprinzipien des Sozialstaats auf dem Spiel stehen. Hier kann nur eine öffentliche und sachlich geführte Diskussion zu einem größt möglichen gesellschaftlichen Konsens in diesen Fragen beitragen. Aus Gerechtigkeitsüberlegungen heraus dürfen diese Fragen nicht allein der Mikroebene, also den Aushandlungsprozessen zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger überlassen werden. Dort, wo auf formaler Ebene Auseinandersetzungen fehlen, breiten sich informelle Lösungen, z.B. in Form von informeller oder stiller Rationierung aus. Trotz aller Rationalisierungsbemühungen werden sich Leistungsbegrenzungen wahrscheinlich nicht vermeiden lassen. Maßnahmen der expliziten Rationierung oder Priorisierungsmaßnahmen weisen gegenüber impliziten Steuerungsmodellen einen erheblichen Vorteil auf: Sie sind transparenter, konsistenter und damit auch gerechter (vgl. Marckmann 2008). Darüber hinaus entlasten sie die Handelnden auf der Mikroebene. Auch wenn die Verantwortung in den Händen staatlicher oder staatsnaher Instanzen liegen muss, sind alle Ebenen gleichermaßen gefragt, sich an diesem Prozess der Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen und sozialpolitisch kritischen Fragen der Mittelverteilung im Gesundheitswesen zu beteiligen.

#### **4    Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft**

Wenn heute vom Gesundheitswesen und der Zukunft der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen gesprochen wird, fällt zunehmend häufiger der Begriff *Gesundheitswirtschaft*. Darin findet die eingangs geschilderte zunehmende Markt- und Wettbewerbsorientierung von Gesundheitsleistungen aber auch die Schaffung und Etablierung neuer Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen in den vielfältigen Wirtschaftsbranchen ihren sprachlichen Ausdruck. Mittlerweile ist der Begriff zu einem fest etablierten Ausdruck in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft geworden. Auf der ersten Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft wurde 2005 der Begriff wie folgt definiert: „Gesundheitswirtschaft

umfasst die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen“ (Kuratorium Gesundheitswirtschaft 2005). Trotz dieser sehr allgemein gehaltenen Definition klingt mit der (neuen) Begrifflichkeit aber an, dass das Gesundheitswesen nicht mehr nur als notwendig im Rahmen einer Solidaritätsverpflichtung wahrgenommen und von Befürchtungen begleitet wird, dass die wachsenden Aufwendungen für den Gesundheitssektor nicht mit der Leistungsfähigkeit der Gesellschaft Schritt halten können. Vielmehr wird mit der Bezeichnung *Gesundheitswirtschaft* deutlich, dass das Gesundheitswesen als ein Wirtschaftszweig betrachtet werden muss, der konsequenterweise nicht mehr nur allein durch staatliche Steuerung und sozialstaatliche Prinzipien bestimmt sein kann und der eine wichtige Rolle als Wachstumsmarkt mit steigenden Beschäftigtenzahlen spielen wird. Dies ist nicht allein einer besonderen Eigendynamik oder neueren Erkenntnisgewinns geschuldet. Bereits durch ein Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahr 1996 wurden die wirtschaftlichen Chancen der Gesundheitswirtschaft und deren Beitrag zur gesellschaftlichen Wertschöpfung thematisiert (SVR 1996). Mit einem derartigen Paradigmenwechsel vom *Kostenfaktor* „Gesundheitswesen“ zur *Wachstumsbranche* „Gesundheitswirtschaft“ wurde die vormals vorrangig sozialpolitische Ausrichtung durch eine wirtschafts- und beschäftigungspolitische Perspektive ergänzt (vgl. Fretschner et al. 2002; Oberender et al. 2002). Im Folgenden sollen einige wichtige Entwicklungen nachgezeichnet werden, um ein Bild des heutigen Gesundheitswesens und dessen neuere gesundheitswirtschaftliche Prägung zu entwerfen.

#### 4.1 Makroökonomische Entwicklungen

Das Gesundheitswesen ist in seiner sozialstaatlichen Verankerung nicht isoliert, sondern in seiner Bandbreite von der gesundheitlichen Kernversorgung bis zum wachsenden Angebot privater gesundheitsfördernder Dienstleistungen und Produkte auch in die Wirtschaftspolitik eingebettet. Daher sind auch allgemein volkswirtschaftliche und konjunkturelle Aspekte bei der Betrachtung der umweltlichen Komplexität des Gesundheitswesens von Bedeutung. Dazu soll der Blick von den „tagesaktuellen“ politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen auf übergeordnete Vorgänge der Volks- und Weltwirtschaft gehoben werden.

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts entdeckte der russische Ökonom Nikolai Kondratieff (1892-1938), dass neben den überschaubaren konjunkturellen Schwankungen der Wirtschaft auch lang andauernde Konjunkturzyklen existieren. Kondratieff untersuchte damals die Zusammenhänge von Kohleverbrauch

und Preisstabilität in den damaligen Industriestaaten und entwickelte die Theorie der so genannten „langen Wellen“ vom ausgehenden 18. Jahrhundert bis zum Jahr 1919 (vgl. Kondratieff 1926). Diese Theorie wurde später von Leo Nefiodow unter Berücksichtigung der Entwicklungen des 20. Jahrhunderts weiterentwickelt (Nefiodow 2006). Eine ausgezeichnete Ausarbeitung dieser Theorie liefert Erik Händeler in seinen Schriften (Händeler 2005a; 2005b; 2008), auf denen die nachfolgenden Darstellungen basieren.

Die Kondratieff'schen Überlegungen basierten auf der Beobachtung, dass jede Zeit mit einem bestimmten Mix aus Werkzeugen, Kompetenzen und anderen Produktionsfaktoren arbeitet, die jedoch nicht im selben Verhältnis wie die Gesamtwirtschaft wachsen. Seine These war, dass es irgendwann einen nötigen Faktor gebe, der im Verhältnis zu den anderen zu knapp und daher viel zu teuer würde, um mit ihm noch rentabel zu arbeiten bzw. ihn zu produzieren. In der Folge würden Investitionen ausbleiben, Personal nicht mehr benötigt und Verteilungskämpfe zunehmen. Aus dieser Knappheit (Bedarfslage) heraus würden aber wiederum neue Innovationen wachsen und neue Märkte entstehen. Die Kondratieff'sche Theorie beginnt am Ende des 18. Jahrhunderts. In langen Wellen führten daraufhin Knappheiten wie Bekleidung, Transportmöglichkeiten, Konsumgüter, individuelle Mobilität und Informationsverarbeitung zur Entwicklung neuer Innovationen von der Dampfmaschine über die Elektrotechnik bis hin zu den neueren Informationstechnologien (Abb. 4). Strukturveränderungen sind dabei immer aus der Wirtschaft heraus entstanden. Jedoch gibt es immer auch eine Schere zwischen technisch-ökonomisch Machbaren und sozio-kulturellem Zeitgeist. Es kommt nicht nur allein auf die Entwicklung neuer Technologien an. Genauso wichtig ist auch, dass die Gesellschaft sich darauf einstellt, diese mitträgt und danach verlangt. Verbunden ist dies immer auch mit neuen Bildungsbedarfen, Bildungsinhalten, Führungsmethoden und Unternehmenskulturen. Aus der Betrachtung dieser Wellen lässt sich ableiten, dass erst das Zusammenspiel der gesellschaftlichen Vorgänge dazu führt, ob sich eine neue Technologie zur Deckung aufkommender Knappheit bzw. Bedarfe durchsetzt. Die Frage nach der wirtschaftlichen Kraft eines Landes hängt demnach auch davon ab, wie sehr seine Bewohner die neuen technischen, aber auch sozialen institutionellen und geistigen Erfolgsmuster verwirklichen, welche die jeweilige Knappheit überwinden (vgl. Händeler 2008). Dieser Denkansatz erweitert die klassische volkswirtschaftliche Vorstellung über die Zusammenhänge von Beschäftigung und Marktpreisen und wertet Wirtschaft insgesamt zu einer kulturellen Leistung auf.

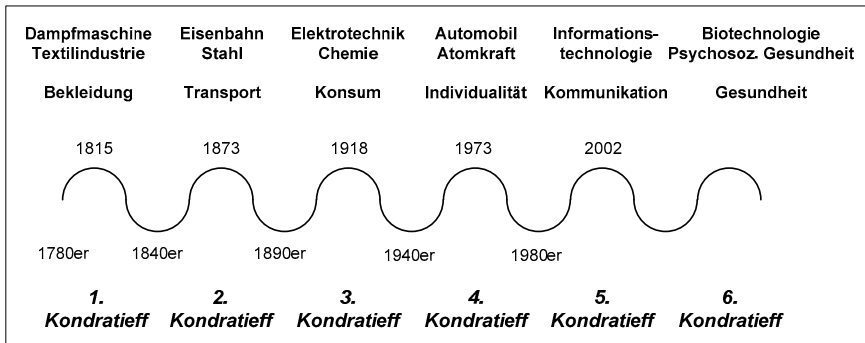


Abbildung 4: Theorie der „langen Wellen“ nach Nefiodow 2007

Nach Nefiodow steht die steigende wirtschaftliche Bedeutung gesundheitsbezogener Produkte und Dienstleistungen mit der Kondratieff'schen Theorie der langen Wellen in Verbindung (vgl. Nefiodow 2007; Goldschmidt/Hilbert 2009). Seiner These nach beruht der sechste Strukturzyklus (6. Kondratieff) auf dem drastischen Bedeutungsgewinn psychosozialer Gesundheit und sorgt dafür, dass Gesundheit als chancenreicher Markt und Motor für die Volkswirtschaft aufgefasst werden kann. Dabei schließt sich dieser nicht unmittelbar an den 5. Zyklus, der auf der Informationstechnologie als Basistechnologie beruht, an. Vielmehr wird der 6. Kondratieff durch Überlappungen und Synergien mit den Informations- und Kommunikationstechnologien geprägt sein.

Die Knappheit bzw. der Bedarf der heutigen Zeit ist vor allem in der produktiven Lebensarbeitszeit in den Strukturen der Wissensgesellschaft zu finden (vgl. Händler 2008). Es geht bei dieser Annahme also nicht darum, den Gesundheitsmarkt nicht allein aufgrund demographischer Entwicklungen und einem vermehrten Versorgungsbedarf als Wachstumsmarkt zu begreifen. Es geht bei dieser Annahme eher darum, Gesundheit als Wachstumspotenzial zu verstehen, weil sie im realen Leben das Produktionspotenzial erhöht. Die Ausgaben für teure Medikamente, bestimmte kurative Verfahren oder Dienstleistungen der Gesundheitsaufklärung alleine treiben die Wirtschaft noch nicht an. Doch wenn durch Innovationen die Selbstbeteiligung der Menschen wiederhergestellt und Eigenverantwortung dahingehend gesteigert wird, dass Maßnahmen für einen gesunden Lebensstil ergriffen und Präventionsmaßnahmen genutzt werden, kann damit auch die volkswirtschaftliche Produktionskraft erhöht werden, die wiederum eng mit der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme verknüpft ist.

#### 4.2 Mikroökonomische Entwicklungen

Das Gesundheitswesen in seiner ursprünglichen Ausgestaltung basiert auf einer institutionellen Gliederung der Gesundheitsversorgung in einzelne Sektoren. Dabei wird traditionell zwischen dem stationären Sektor, dem ambulanten (vertragsärztlichen) Sektor, dem Rehabilitationssektor, dem Pflegesektor und dem Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes unterschieden, welche jeweils aus unterschiedlichen Geldtöpfen finanziert werden. Ebenso sind Maßnahmen gesundheitlicher Versorgung traditionell den Bereichen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation zuzuordnen. Diese sektoralen Trennungen sind überwiegend historisch bedingt, sie werden aber durch neuere Denk- und Reformansätze zunehmend durchlässiger (z.B. durch Managed Care-Modelle, strukturierte Behandlungsprogramme). Die Gesundheitswirtschaft betrachtet über diesen ursprünglich rein versorgungsrelevanten Ansatz hinaus die Verflechtungen mit anderen Wirtschaftssektoren und ordnet Gesundheitsinstitutionen gemäß ihrer Stellung im Wertschöpfungsprozess (vgl. Goldschmidt/Hilbert 2009). Sie umfasst neben den Dienstleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung auch die kapital- und technologieintensive Vorleistungs- und Zulieferindustrie sowie die Randbereiche und Nachbarbranchen mit ausgeprägt gesundheitlichen Bezügen (Hilbert et al. 2002).

Die wirtschaftspolitische Einbettung der Gesundheitswirtschaft wird unter anderem auch an den Initiativen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) sichtbar. Um der zunehmenden wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Rolle dieses Sektors Rechnung zu tragen und um auf die zunehmenden Aktivitäten der Europäischen Union (EU) hinsichtlich der Schaffung eines Binnenmarktes für Gesundheitsdienstleistungen reagieren zu können, wurde 2007 im Wirtschaftsministerium ein zentraler Arbeitsstab „Gesundheitswirtschaft und soziale Dienstleistungen“ gegründet (vgl. BMWi 2008). Ebenso wurde kürzlich auch durch den Deutschen Industrie und Handelskammertag (DIHK) ein Ausschuss zu diesem Thema gegründet („DIHK-Ausschuss für Gesundheitswirtschaft“), der die wirtschaftspolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft weiter unterstreicht. Früher wurden Produktions- und Dienstleistungsbereiche der Gesundheitsversorgung, die Gewinne erwirtschafteten (z.B. Pharmahersteller), der Industrie, und jene Leistungsbereiche, die eher durch Kosten gekennzeichnet sind (z.B. Krankenhausversorgung), dem staatlich finanzierten Gesundheitswesen zugeordnet. Diese Zweiteilung ist jedoch unsinnig, da Angebot und Nachfrage sich aus beiden Bereichen speisen. Ein zusammenhängendes Verständnis beider Seiten innerhalb der Gesundheitswirtschaft ist daher zielführender.

Ein am Institut Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen entwickeltes Modell gliedert die Gesundheitswirtschaft in drei Bereiche (vgl. Fretschner et al. 2002):

- *Kernbereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung.* Zu diesem Bereich gehören die personal- und beschäftigungsintensiven Dienstleistungsbereiche wie Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, freie Arztpraxen, die Praxen nicht-ärztlicher medizinischer Berufe, Apotheken sowie die stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen;
- *Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrien.* Hierzu zählen die pharmazeutische Industrie, die medizintechnische Industrie und die Unternehmen der Bio- und Gentechnologie, das Gesundheitshandwerk sowie die Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten;
- *Nachbarbranchen und Randbereiche des Gesundheitswesens.* Zu diesen Bereichen zählen die Unternehmen, die im weitesten Sinne präventive oder gesundheitsfördernde Leistungen anbieten. Sie verknüpfen die Kernbereiche der Gesundheitsversorgung mit den Angeboten aus anderen Bereichen des Dienstleistungssektors (Gesundheitstourismus, Wellness oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote, Wohnen) sowie des produzierenden Gewerbes (Informations- und Kommunikationstechnologien, neue Werkstoffe, Analysetechnik).

In der gegenwärtigen Diskussion zur Zukunft der Gesundheitsversorgung taucht nicht nur der Begriff Gesundheitswirtschaft auf, darüber hinaus wird auch eine Unterscheidung zwischen einem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt vorgenommen. Diese Zweiteilung ist in seiner Ausprägung zunächst auf das deutsche Gesundheitssystem zugeschnitten und ist aufgrund der Heterogenität internationaler Gesundheitssysteme nicht unmittelbar auf diese übertragbar. Grob vereinfachend wird mit dem ersten Gesundheitsmarkt das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen verstanden, das in der Regel stark zentralstaatlich reguliert wird. Hier ist vor allem die klassische Gesundheitsversorgung angesiedelt. Der zweite Gesundheitsmarkt gilt als der Markt, der durch privat finanzierte Konsumausgaben gekennzeichnet ist und privatwirtschaftlichen Gesetzen folgt (vgl. Karte/Neumann 2009). Wie bei den oberen Ausführungen bereits angemerkt, erscheint eine Zweiteilung in zwei Märkte nicht besonders sinnvoll. Sie soll an dieser Stelle aber zur Illustration des sich erweiternden Angebotsspektrums an Produkten und Dienstleistungen im Gesundheitswesen aufgegriffen werden. Der dahinterliegende Gedanke ist der, dass Gesundheit zunehmend alle Lebensbereiche und Wirtschaftszeige durchdringt und zum Teil auch neue gesundheitsbezo-



gene Teilmärkte eröffnet. Vom Gesundheits- und Wellness-Tourismus über Functional Food und Bio-Lebensmitteln bis hin zu Fitness- und Sportangeboten in der Arbeits- und Freizeitwelt eröffnen sich Branchen und Geschäftsmodelle, für die zunehmend Nachfrage entsteht (vgl. Kickbusch 2004). Aber auch in der medizinischen Grundversorgung gibt es Produkte und Dienstleistungen, die diesem zweiten Gesundheitsmarkt zuzuordnen sind, weil sie beispielsweise aus der gesetzlichen Leistungspflicht ausgeschlossen sind bzw. wurden. Es sind dies zum Beispiel die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), d.h. medizinische Leistungen, die von Vertragsärzten in der Praxis angeboten werden, oder nicht (mehr) erstattungsfähige Medikamente (sog. „over-the-counter“-Medikamente), die rezeptfrei in Apotheken zu erhalten sind, oder auch sämtliche Produkte und Dienstleistungen rund um die Zahnpflege. Die Schwierigkeiten der inneren Abgrenzung wird gefolgt von der ebenso schwierigen Frage der äußeren Abgrenzung der Gesundheitsmärkte, da durch die zunehmende Gesundheitsorientierung nahezu jede Industrie, von der Textil- über die Möbel- bis hin zur Süßwarenindustrie das Thema Gesundheit in ihre Produktplanung und Marketingstrategien aufgenommen hat. Hilfreich ist hier eine pragmatische Zuordnung der Produkte und Dienstleistungen nach ihrem ursprünglichen Kaufmotiv. Abhängig davon, ob der subjektive Gesundheitsnutzen, der beim Kauf oder der Inanspruchnahme im Vordergrund stand, kann hier eine Zuordnung oder Abgrenzung erfolgen (Kartte/Neumann 2009).

Bei näherer Betrachtung der so entstehenden Teilmärkte fällt auf, dass der zweite Gesundheitsmarkt vor allem aus Produkten und Dienstleistungen besteht, die der Prävention dienen und damit durch die Vermeidung von Krankheit den ersten Gesundheitsmarkt entlasten bzw. den dort herrschenden Kostendruck abfedern helfen. Nichtsdestotrotz zeigt sich eine deutliche Verzahnung der beiden Gesundheitsmärkte nicht nur durch die gegenseitigen Wechselwirkungen, sondern auch durch die gegenseitigen Querfinanzierungen, z.B. durch die Finanzierung von präventiven Leistungen durch die Krankenkassen. Die Verzahnung der Gesundheitsmärkte wird aber auch an der Ausbildung zahlreicher Gesundheitsregionen deutlich. In Deutschland ist die Gesundheitswirtschaft entlang der Wertschöpfungskette traditionell stark in Forschung, Entwicklung und Verwertung innovativen Wissens fragmentiert. Das Ziel der wachsenden Zahl von Gesundheitsregionen will hier einen integrativen Ansatz schaffen, jedoch sind die regionalen Vernetzungen und lokalen Kooperationsmodelle gegenwärtig eher durch Machbarkeit und Kooperationsbereitschaft vor Ort geprägt. Diese Netzwerkbildung wurde in der jüngeren Vergangenheit auch durch ein Förderprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützt. Mit diesen Mitteln sollte die „Gesundheitsregion der Zukunft“ gesucht und bestehende Gesundheitsregionen bei ihrer Profilbildung unterstützt werden. Ziele

dieser wissenschaftlich geprägten Förderung sind die Erschließung der Potenziale einer Region für Innovationen im Gesundheitswesen durch Forschung und Entwicklung, die nachhaltige Stärkung der regionalen Wertschöpfungsketten in der Gesundheitswirtschaft und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Steigerung von Qualität und Effizienz von Prozessen im gesamten Bereich der Gesundheitswirtschaft (BMBF 2008).

Gegenwärtig ist die ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens für den Standort Deutschland kaum zu unterschätzen. Derzeit sind hier mehr als 4,3 Millionen Menschen beschäftigt (Tab. 3). Nahezu die Hälfte der Beschäftigten sind nach der Definition des Statistischen Bundesamtes so genannte Gesundheitsdienstberufe bzw. Gesundheitsberufe<sup>12</sup>. Die Anzahl der Gesundheitsberufe ist in den letzten zehn Jahren um knapp 12,1% gestiegen. Dagegen ist die Anzahl der anderen Berufe im Gesundheitswesen, worunter sämtliche verwaltungsbezogene bzw. kaufmännisch tätige Beschäftigte subsummiert werden, deren Arbeitgeber Einrichtungen des Gesundheitswesens sind, in den letzten zehn Jahren um 8,5% gesunken. Insgesamt entspricht die Beschäftigtenquote im Gesundheitswesen knapp 10% der Gesamtbeschäftigten überhaupt. Werden die Bereiche hinzugerechnet, die von der Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes nicht erfasst werden, steigt die Anzahl auf knapp 4,9 Millionen Beschäftigte (vgl. Ostwald/Ranscht 2007).

<b>Anzahl Beschäftigte [in 1.000]</b>	<b>Jahr 1998</b>	<b>Jahr 2002</b>	<b>Jahr 2007</b>
Gesundheitsdienstberufe	2.097	2.206	2.351
Soziale Berufe	225	295	372
Gesundheitshandwerker	141	137	134
Sonstige Gesundheitsfachberufe	85	88	87
Andere Berufe im Gesundheitswesen	1.557	1.461	1.425
<b>Gesamt</b>	<b>4.105</b>	<b>4.187</b>	<b>4.369</b>

*Tabelle 3:* Anzahl Beschäftigte nach Berufsgruppen im Gesundheitswesen von 1998 bis 2007; Quelle: Statistisches Bundesamt 2009.

<sup>12</sup> Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes entsprechen den Gesundheitsdienstberufen Ärzte, Apotheker, psychologische Psychotherapeuten, Zahnärzte, medizinische/zahnmedizinische Fachangestellte, Diätassistenten, Heilpraktiker, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpfleger, Hebammen, Physiotherapeuten, Masseure, medizinische Bademeister, medizinisch-technische Assistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten und weitere therapeutische Berufe.

Betrachtet man die allgemeinen Gesundheitsausgaben als Umsatz der gesamten Branche, entspräche ein derartiges Volumen in etwa dem Umsatz der deutschen Autoindustrie. Unternehmensberatungen prognostizieren jährliche Wachstumsraten von 3%, im zweiten Gesundheitsmarkt sogar von 6%. Weitere vorsichtige Schätzungen gehen davon aus, dass 2020 die Zahl der Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft um weitere 800.000 wachsen kann (McKinsey 2008).

### *4.3 Demographische Entwicklung*

Die Entwicklung der Bevölkerung ist grundsätzlich von drei Faktoren abhängig: Geburtenrate, Sterblichkeitsrate sowie Zu- und Abwanderung. Die Berechnungen und Statistiken zur Bevölkerungsentwicklung sind sehr komplex. Das Statistische Bundesamt hat ein Berechnungsmodell erstellt, mit dem die demographische Entwicklung in Deutschland bis zum Jahr 2050 simuliert werden kann (siehe 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, StBA 2006). Eine derart modellierte Bevölkerungsvorausberechnung ist keine die Zukunft bis 2050 exakt vorher sagende Prognose. Sie zeigt vielmehr, wie sich die Bevölkerungszahl und die Bevölkerungsstruktur unter bestimmten Annahmen entwickeln würden. Da der Verlauf der maßgeblichen Einflussgrößen mit zunehmender Vorausberechnungsdauer zunehmend schwerer vorhersehbar ist, haben solche langfristigen Rechnungen lediglich Modellcharakter. Dabei wird die Gesamtbevölkerung nach Geburtsjahren und Geschlecht, in so genannte Kohorten unterteilt. Diese Kohorten werden anhand von alters- und geschlechtsspezifischen Übergangswahrscheinlichkeiten von Jahr zu Jahr fortgeschrieben. In zwölf verschiedenen Szenarien werden unterschiedliche Annahmen zu den demographischen Einflussfaktoren wie Geburtenrate, Sterblichkeit und Zu- und Abwanderungen getroffen und deren Auswirkungen auf die Bevölkerungsentwicklung simuliert. Bei der Prognose werden drei verschiedene Annahmen unterschieden: Die Lebenserwartung wird mit einer Basisannahme (L1) und einem hohen Anstieg (L2) modelliert. Dabei wird die Lebenserwartung von L1 bei Männern auf 83,5 Jahre und bei Frauen auf 88,0 Jahre gesetzt. Bei L2 betragen die männliche Lebenserwartung 85,4 Jahre und die weibliche 89,8 Jahre. Die Geburtenhäufigkeit wird mit drei Annahmen modelliert: annähernd konstant bei 1,4 (G1), leicht steigend ab 2025: 1,6 (G2) und leicht fallend bis 2050 auf 1,2 (G3). Für die Wanderungsbewegung werden positive Wanderungssaldi von 100.000 (W1) und 200.000 (W2) Wanderungen pro Jahr betrachtet. Zusätzlich zu diesen 12 Varianten werden mittlerweile weitere Modellrechnungen durchgeführt, um das sehr breite Spektrum der Wanderungen abzudecken und die Effekte der Zuwanderung noch deutlicher darzustellen, z.B. Modelle mit einem Wanderungssaldo von 300.000 Personen

im Jahr sowie mit ausgeglichenem Wanderungssaldo. Darüber hinaus werden die Fragen nach den Auswirkungen eines – aus heutiger Sicht unrealistischen und lediglich hypothetischen – Anstiegs der Geburtenhäufigkeit auf 2,1 Kinder je Frau beantwortet (StBA 2006). Die Geburtenhäufigkeit pro Frau ist eine zentrale Kennzahl der Bevölkerungsentwicklung. Diese lag im Jahr 2000 bei 1,38. Das Bestandserhaltungsniveau von 2,1 Kindern pro Frau (StBA 2006) wird in Deutschland aber gegenwärtig in keiner Bevölkerungsregion (Kommune) erreicht.

Für die Zukunft zeigen alle Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung einen rapiden Anstieg des Geburtendefizits ebenso wie eine steigende Zahl der Sterbefälle: Jahrgänge, die weit stärker als die der heute Hochbetagten besetzt sind, werden das höhere Alter erreichen. Die steigende Lebenserwartung führt zu einer Verschiebung der Sterbefälle in höhere Alter (StBA 2006).

Weiterhin werden die Geburtenzahlen rückläufig sein. Auch bei einer Geburtenhäufigkeit von 1,6 Kindern pro Frau dezimiert sich die darauffolgende Müttergeneration, da wie bereits beschrieben, für die Bestandserhaltung eine Geburtenrate auf 2,1 Kindern pro Frau erforderlich ist. Die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter geht kontinuierlich zurück. Aufgrund des weiter steigenden Geburtendefizits wird sich der Trend der abnehmenden Bevölkerung weiter fortsetzen. Nach einer Schätzung des Statistischen Bundesamts lebten Ende 2005 in Deutschland 82,4 Millionen Menschen. Die beiden Extrempositionen der Bevölkerungsentwicklung belaufen sich auf minimal 68,7 Millionen Einwohner bei konstanter Geburtenrate und auf maximal 86,1 Millionen Einwohner bei stark ansteigender Geburtenhäufigkeit und jeweils zugrundegelegten Wanderungssaldo von 100.000. Ohne positive Zuwanderung würde die Bevölkerungszahl 2050 sogar auf 62,5 Millionen absinken. Die Bevölkerung wird im Zeitraum von 2005 bis 2050 zwischen 10% und 17% zurückgehen, wenn sich an der aktuellen demographischen Entwicklung nicht grundlegend etwas ändert (StBA 2006).

Ähnlich dramatisch wie die Bevölkerungsentwicklung sind die Verschiebungen in der Alterspyramide. Heute ist das mittlere Alter am stärksten vertreten, zu den Älteren und den Jüngeren gehören weniger Personen. Bis zum Jahr 2050 werden sich die stark besetzten Jahrgänge weiter nach oben schieben und von zahlenmäßig kleineren ersetzt, so dass sich der Altersaufbau weiter verändert und der Bevölkerungsaufbau damit eine zunehmend glatte und steile Form annimmt (siehe Tab. 4). Im Jahr 2050 werden die Geburtsjahrgänge 1988 bis 1990 als dann 60- bis 62-Jährige am stärksten besetzt sein. Umgerechnet heißt dies, dass diesen Jahrgängen doppelt so viele Personen angehören werden, wie Kinder geboren werden (StBA 2006). Auswirkungen hat das auf den Anteil der Personen im Erwerbsalter. Diese werden bezogen auf die Gesamtbevölkerung

von 61% im Jahr 2005 auf 55% im Jahr 2030 und danach auf 51 bis 52% im Jahr 2050 zurückgehen. Die Auswirkungen auf das Erwerbspersonenpotenzial sind jedoch sehr schwer vorherzusagen, da dieses sowohl vom Rentenzugangsalter als auch der durchschnittlichen Ausbildungsdauer bzw. dem Eintritt ins Erwerbsleben abhängt (Reiners 2009: 56).

Jahr	Gesamt	unter 20 Jahre	20 - 64 Jahre	über 65 Jahre
2050	68,7 Mio	10,4 (15%)	35,5 (52%)	22,9 (33%)
2040	73,4 Mio	11,5 (16%)	38,4 (52%)	23,5 (32%)
2030	77,2 Mio	12,7 (16%)	42,4 (55%)	22,1 (29%)
2020	80,1 Mio	13,5 (17%)	48,0 (60%)	18,6 (23%)
2010	81,9 Mio	15,0 (18%)	50,0 (61%)	16,8 (21%)
2000	82,3 Mio	17,4 (21%)	51,2 (62%)	13,6 (17%)
1990	79,8 Mio	17,3 (22%)	50,5 (63%)	11,9 (15%)
1980	78,4 Mio	21,0 (27%)	45,3 (58%)	12,1 (15%)
1970	78,1 Mio	23,4 (30%)	43,9 (56%)	10,8 (14%)
1960	73,1 Mio	20,8 (28%)	43,9 (60%)	8,4 (12%)
1950	69,3 Mio	21,1 (30%)	41,5 (60%)	6,7 (10%)

*Tabelle 4:* Bevölkerungsdaten der Bundesrepublik Deutschland und Anteile der Altersgruppen. Bevölkerungsvorausberechnung unter der Annahme L1, G1 und W1; Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

Durch den zu erwarteten hohen Anteil älterer Menschen wird langfristig eine demographische Verschiebung der Märkte und Zielgruppen eintreten. Aus Sicht des Anbietermarktes könnte dies zu Verlagerungsstrategien zum Beispiel in Form eines Ausbaus geronto-medizinischer und Reduzierung pädiatrischer Versorgungsstrukturen abzeichnen. Dabei kommt es aber nicht nur auf die absolute Zahl älterer und hochbetagter Menschen in unserer Gesellschaft an. Es gibt zwei Strömungen in der demographischen Forschung, die das Potenzial sehr unterschiedlich einstufen: Die *Kompressionstheorie* prognostiziert, dass die von den Menschen gewonnen Lebensjahre bei befriedigender Gesundheit zugebracht wird und dass die gesundheitlichen Probleme auf die letzte Lebensphase komprimiert werden. Träfe diese Theorie zu, wäre trotz des drastischeren Alterns der Gesellschaft nicht mit vergleichbar nachhaltigen Bedarfssteigerungen gesundheitsbezogener Leistungen zu rechnen (vgl. Kurth 2001, Hilbert et al. 2002, Reiners 2009). Dennoch verbirgt sich auch unter dieser Annahme ein ökonomisches Wachstumspotenzial für die Gesundheitswirtschaft. Privathaushalte in Nordrhein-Westfalen beispielsweise, in denen mindestens eine Person im Alter zwischen 55 und 80 Jahre ist, verfügen über ein durchschnittliches Nettoeinkommen von 2.500 EUR (vgl. Naegle 2008, Schaible et al. 2007). Neben der

ökonomischen Kaufkraft ist auch ein Wertewandel bei der älteren Generation zu erwarten, welche nicht ausschließlich für die nächste Generation sparen will, sondern auch bereit ist, Geld auszugeben. Inwieweit diese Kaufkraft sich auf die demographische Hochrechnung extrapolieren lässt, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht bestimmt werden. Es ist aber zu erwarten, dass vor allem bei dieser älteren Bevölkerung neben einem freizeitlichem Konsuminteresse vor allem auch ein Interesse an gesundheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Produkten und Dienstleistungen besteht. Das heißt, die Kompressionstheorie würde eine Verschiebung gesundheitsbezogener Ausgaben von den solidarisch versicherten Leistungen im Krankheitsfall zu eher privat finanzierten Leistungen der Gesundheitserhaltung bedeuten. Bezogen auf die längere Lebenszeitspanne ist dadurch mit einer erhöhten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen insgesamt zu rechnen.

Demgegenüber geht die *Medikalisierungstheorie* davon aus, dass durch den medizinischen Fortschritt die Lebenserwartung gesteigert werden kann, jedoch würden altersbedingte Krankheiten nicht verhindert werden und es würde zu einer direkten Nachfragesteigerung nach Gesundheitsleistungen und -produkten kommen, die sich aber vor allem auf die Heilung und Linderung von Krankheiten konzentrieren. Insgesamt ergäbe sich daraus ein Mehrbedarf an professionellen Hilfs- und Pflegeangeboten sowie geronto-medizinischen Leistungen, vor allem auch durch den Rückgang der informellen Laien-Pflegekapazitäten (vgl. Beske 2007). Gleichzeitig ist mit einer zunehmenden gesellschaftlichen Individualisierung und Singularisierung des sozialen Umfeldes zu rechnen. Die Zahl der Privathaushalte steigt, die Haushaltsgröße sinkt, und dieser Trend wird sich fortsetzen (StBA 2007). Diese Entwicklung wird sich auch deutlich auf die Gestaltung von Versorgungsformen und das Nachfrageverhalten auswirken. Die Ansprüche an eine bedarfsgerechte Versorgung werden neue Strukturen im Gesundheitswesen erfordern, z.B. in Form von intersektoralen Einrichtungen, individuellen Gesundheitsangeboten und häuslichen Versorgungsmodellen bzw. Supportivleistungen im Krankheitsfall.

Die Frage, mit welchen Auswirkungen tatsächlich in der Zukunft zu rechnen sein wird bzw. welche der beiden Theorien sich letztendlich bewahrheiten, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden. Die Kompressionstheorie zeigt gegenüber der Medikalisierungstheorie zwar eine höhere empirische Evidenz, kann diese jedoch nicht völlig widerlegen (Reiners 2009: 63). Die Wirklichkeit wird sich wahrscheinlich als eine Mischung aus beiden Theorien präsentieren, d.h. die Gesundheitswirtschaft wird sich sowohl auf den Auf- und Ausbau gesundheitsfördernder Angebote konzentrieren, als auch die steigenden Bedarfe altersgerechter Versorgung berücksichtigen müssen.

#### 4.4 Medizinisch-technische Entwicklungen

Die naturwissenschaftliche Medizin und Forschung hat in den letzten Jahren beeindruckende Erkenntnisse gesammelt, die insgesamt hohe Bedeutung für diagnostische und therapeutische Interventionen haben. Beispielhaft sind die Entwicklungen auf dem Feld der Genforschung zu nennen, die nebenbei zu einem neuen gesellschaftlichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit geführt haben. Gleiches gilt für die technologischen Errungenschaften der letzten Jahre und Jahrzehnte, die den Spielraum des medizinisch Notwendigen und Machbaren erweiterten und die keineswegs immer nur aus rein medizinischen Gründen eingesetzt werden. Die Ausgaben für Waren und Medizinprodukte im Gesundheitswesen<sup>13</sup>, sind für alle Leistungsträger zusammen in den letzten zwölf Jahren mit 45,1% um nahezu die Hälfte gestiegen (siehe Tab. 5).

<b>Ausgaben für Waren [in Mio. €]</b>	<b>Jahr 1995</b>	<b>Jahr 2000</b>	<b>Jahr 2007</b>
Arznei- und Heilmittel	26.384	31.604	41.699
Hilfsmittel	8.764	10.378	11.338
Zahnersatz (Material- u. Laborkosten)	5.469	5.439	5.796
sonstiger medizinischer Bedarf	7.158	8.230	10.504
<b>Gesamt</b>	<b>47.775</b>	<b>55.651</b>	<b>69.337</b>

*Tabelle 5:* Gesundheitsausgaben für Waren von 1995 bis 2007; Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2009.

Die Entwicklung und Einführung neuer Technologien und Innovationen (z.B. Mikrochirurgie, Biotechnologie, Zelltherapie, regenerative Medizin, technologisch veränderte Materialien oder Pharmakomedizin) führen andererseits nicht nur zu besseren Erfolgen, sondern erhöhen auch den Druck auf die Leistungserbringer bzw. Einrichtungen im Gesundheitswesen, diese auch anzubieten. Vor allem die Fortschritte im Umfeld der Pharmakotherapien beeinflussen die Gesundheitswirtschaft nachhaltig. Dabei kommt der sog. Pharmakogenetik eine besondere Rolle zu (vgl. Berlin et al. 2001, Greiling/Brinkhaus 2010). Die neuen Technologien führen zu Effizienzgewinnen in den Dimensionen Zeit, Qualität und Kosten sowie neuartig vernetzte Strukturen über die Sektorengrenzen und Anbieter-Nachfrager-Beziehungen hinaus.

<sup>13</sup> Waren im Gesundheitswesen umfassen Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel, Zahnersatz und sonstiger medizinischer Bedarf inklusive Implantate, Blutprodukte, ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Instrumente, Narkose- und sonstiger OP-Bedarf, Labor- und Dialysebedarf.

Fortschritte in Medizin und Medizintechnik führen zu steigenden Spezialisierungen in allen Bereichen. Die Zeiträume zwischen Technologiesprüngen sowie die Produktlebenszeiten haben sich erheblich verkürzt (Technologielebenszyklus). Diagnostische Großgeräte sind immer besser in der Lage, pathologische Zustände am Menschen zu erkennen. Die Medizintechnikbranche zeigt sich als eine dynamische und hoch innovative Branche innerhalb der Gesundheitswirtschaft. Mehr als die Hälfte des Umsatzes erzielen die Unternehmen mit Produkten, die nicht älter als drei Jahre sind. Im Durchschnitt werden 7% vom Umsatz in Forschung investiert. Die Branche beschäftigte in ca. 1.200 Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten ca. 110.000 Mitarbeiter, das sind 2% aller Beschäftigten im produzierenden Gewerbe (vgl. Knaebel und Ungethüm 2009).

Medizinprodukte und Medizintechnik unterliegen aber nicht nur marktwirtschaftlichen Gesetzen, sondern sind wie alle Akteure und Marktteilnehmer eingebunden in staatliche Vergütungsregelungen. Die Methoden- und Technologiebewertung im deutschen Gesundheitswesen liegt in den Händen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit Unterstützung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die Medizinprodukte- und Medizintechnik-Industrie ist dadurch einem Nachweis des medizinischen und ökonomischen Nutzens unterworfen, woran letztendlich Vergütungsmöglichkeiten für die Leistungserbringer gekoppelt sind. Die Preisfindung muss demnach begründet sein. Für den deutschen Markt entscheidend ist daher, ob ein Produkt den Weg in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nimmt. In hohem Maße wenden Patienten heute aber auch private Mittel für medizintechnische Güter auf und dies keineswegs nur in Form von Zuzahlungen. Steigende Selbstmedikation und zunehmende Versorgung mit Geräten zur gesundheitlichen Selbstkontrolle, wie Blutdruckmessgeräte oder Blutzuckerkontrollgeräte liegen im Trend der individuellen Nachfrage (vgl. Schalk und Potratz 2009). Hieran zeigt sich eindrucklich, wie stark die unterschiedlichen Gesundheitsmärkte miteinander verflochten sind.

Insgesamt ist damit zu rechnen, dass sich der Trend steigender Ausgaben für Medizinprodukte und Medizintechnik in den nächsten Jahren und Jahrzehnten fortsetzen wird. Der Fortschritt wird noch rasanter verlaufen. Eine Studie des BMBF benennt zahlreiche zukünftige Trends der Medizintechnik (z.B. die Computerisierung, Miniaturisierung und Molekularisierung) und zukünftige Forschungsfelder, die bedeutsam für die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft angesehen werden. Mit Hilfe von Wirtschaftsdaten wurden Themenfelder in ihrer Bedeutung für Absatzproduktion sowie Export und Import bewertet und zu sechs technisch orientierten, zukunftssträchtigen „Themenfeldern“ verdichtet: Biomikroelektromechanische und optische Systeme, Funktionelle und zellbiologische Bildgebung, Minimal-invasive Chirurgie und Interventionen, Computer-



unterstützte Diagnose, Therapieplanung und Therapiebegleitung, e-Health, Telemedizin und Vernetzung sowie Medizintechnik für die regenerative Medizin (BMBF 2005). Besondere Bedeutung erlangen dabei die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien, die in der unmittelbaren Leistungserbringung in Gesundheitsorganisationen integrative Behandlungsprozesse zunehmend ermöglichen. Informationstechnologien spielen auch eine elementare Rolle bei den so genannten wissensbasierten Dienstleistungen, bei denen Medizintechnikprodukte und gesundheitliche Dienstleistungen (z.B. telemedizinisches Kardiomonitring) integriert angeboten werden. Die Bedeutung von Telematik und Telemedizin sind nicht gering einzuschätzen. Es ist denkbar, dass sich die ambulante Versorgung in Zukunft zu erheblichen Anteilen in den häuslichen Bereich verlagert (Greiling/Brinkhaus 2010). Trotz dieser in der gebotenen Kürze nur angerissenen medizintechnologischen Trends, die eine effektivere und effizientere Gesundheitsversorgung in der Zukunft suggerieren, muss kritisch hinzugefügt werden, dass nicht alle der hochgepriesenen Fortschritte und Innovationen wirklich zu einer Verbesserung der Versorgung, sondern oft nur zu einer Verteuerung der Gesundheitsleistungen führen. Die lange Liste der Scheinnovationen und „Mee too“-Produkte muss genauso beachtet werden, wie die spektakulären Erfolge der modernen Medizin (vgl. Reiners 2009: 79). Hinzu kommt, dass die zu beobachtbaren gesellschaftlichen Phänomene, wie die Verlängerung der Lebenserwartung, nicht unmittelbar und linear im Zusammenhang mit den Erfolgen der Medizin stehen. Es gibt zwei Bereiche, in denen die Fortschritte der Medizin jedoch signifikant zu einer erhöhten Lebenserwartung geführt haben: bei Frühgeburten und akutem Herzinfarkt (ebd.: 77). Insgesamt haben gesellschaftliche Einflüsse und die Gestaltung der Lebensverhältnisse einen höheren Einfluss auf die Lebenserwartung als die moderne Medizin (ebd.). Nach Schätzungen der Centers for Disease Control (USA) trägt die medizinische Versorgung sogar mit einem Anteil von ungefähr 10% zur Gesamtmortalität bei und ist demnach als ein Risikofaktor zu betrachten (McGinnis et al. 2002).

## 5 Zusammenfassende Betrachtung

Aus der Vielzahl der möglichen Betrachtungsperspektiven auf das Gesundheitswesen und seinen Wandlungsprozessen in Richtung Gesundheitswirtschaft wurden einige Entwicklungslinien skizzenhaft dargestellt. Die Komplexität der Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen sowie die geringe Prognosefähigkeit gesellschaftlicher Veränderungen lassen nur eine schemenhafte Vorstellung des Gesundheitswesens in der Zukunft erahnen. Die demographischen Veränderungen und der Zuwachs an Möglichkeiten werden unser gesell-

schaftliches Leben, den Umgang mit Gesundheit und Krankheit und auch die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme verändern. Anhand der hier vorgestellten Perspektiven wurde deutlich, dass das Spannungsfeld von Staat und Individuum, von Sozialstaatlichkeit und Freiheitlichkeit, von zentralstaatlicher Daseinsvorsorge und Eigenverantwortung mit keinem Versuch moderner Gesundheitssystemgestaltung aufzulösen ist. Es muss vielmehr als Grundkonstituente unseres gesellschaftlichen Lebens und Handelns verstanden werden. Daher werden die Antworten stets irgendwo zwischen Stärkung der individuellen Eigenverantwortung und sozialstaatlichen Interventionen zum Schutz der Schwachen liegen, auch wenn das Pendel mal mehr in die eine und mal mehr in die andere Richtung ausschlägt.

Der Bedeutungswandel und die Neubewertung des Gesundheitswesens als Wachstumsbranche und weniger allein als Kostenfaktor klingt insgesamt sehr attraktiv. Von einem Gesundheitswesen als Reparaturbetrieb werden grundsätzlich nur geringe Wirtschaftsimpulse ausgehen. Eine erfolgreiche Sozialpolitik ist immer auch an eine erfolgreiche Wirtschaftspolitik gekoppelt. Es muss nur sorgfältig darauf geachtet werden, dass die sozialstaatlichen Grundprinzipien und die gesellschaftliche Solidarität nicht auf dem Altar der Gewinnmaximierung geopfert werden, auch wenn soziale Gerechtigkeit und gesundheitliche Gleichheit allein mit zentralstaatlicher Daseinsvorsorge nicht zu erreichen sind. Jede Verlagerung von Gesundheitsrisiken auf die individuelle Ebene kann als ein Prozess der gesellschaftlichen Entsolidarisierung bewertet werden. Andererseits können durch Förderung von Eigenverantwortung und Steigerung der Selbstbeteiligung Wachstumspotenziale für die Gesundheitswirtschaft erschlossen werden, von denen die gesamte Gesellschaft profitiert. In den folgenden Beiträgen sollen einige Facetten des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit vertieft werden. Dabei kommen die bereits angesprochenen sozioökonomischen Aspekte gesundheitlicher Versorgung genauso zu Wort wie sozialetische Perspektiven vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts und sich wandelnder gesellschaftlicher Bedingungen.

## Literatur

- Abholz, H.-H. (2005): IGel-Leistungen – Was kann dies sein? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 81, 163-165.
- Ahrens, D. (2004): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung - Eigenverantwortung für Gesundheit? In: Das Gesundheitswesen 66, 213-221.
- Alber, K./Kliemt, H./Nagel, E. (2009): Selbstverantwortung als Kriterium kaum operationalisierbar. In: Deutsches Ärzteblatt 106(26), A 1361-1363.

- Bahro, M./Kämpf, C./Strnad, J. (2001): Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen. Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftlicher Sicht. In: Ethik in der Medizin 13, 45-60.
- Berlin, M./Leiter, J.M.E./Maleck, K./Moscho, A. (2001): Pharmacogenomics – der Weg in ein neues medizinisches Wertesystem? In: Saalfeld, R./Wettke, J. (Hrsg.): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens – Perspektiven und Konzepte. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 247- 272.
- Beske, F. (2007): Gesundheitsversorgung 2050. Herausforderungen einer alternden Gesellschaft – eine Prognose. In: Arzt und Krankenhaus 80(11), 326-330.
- Bauer, U./Bittlingmayer, U.H./Richter, M. (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Braun, B./Kühn, H./Reiners, H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M.: Fischer-Taschenbuch.
- Bruckenberg, E. (2009): Öffnung des Krankenhauswesens für Kapitalinvestoren. Vor allem Kassenverbände und Bundesregierungen ebneten den Weg in die Privatisierung. In: Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, S. 191-217.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010): Zusatzbeitrag (8. Februar 2010). <[http://www.bmg.bund.de/cln\\_169/nn\\_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/A/Z/Z/Glossarbereich-Zusatzbeitrag.html](http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/A/Z/Z/Glossarbereich-Zusatzbeitrag.html)>.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2005): Bundesministerium für Bildung und Forschung. Studie zur Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich.  
URL: <[http://www.bmbf.de/pub/situation\\_medizintechnik\\_in\\_deutschland.pdf](http://www.bmbf.de/pub/situation_medizintechnik_in_deutschland.pdf)>.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2008): Leitfaden für Antragskizzen zur Konzeptentwicklung im Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“ vom 22. August 2008.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (2008): Allgemeine Wirtschaftspolitik - Schlaglichter der Wirtschaftspolitik. Sonderheft Gesundheitswirtschaft. URL: <<http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/S-T/sonderheft-gesundheitswirtschaft,property=pdf,bereich=bmwi,sprache=de,rwb=true.pdf>>.
- Buyx, A. (2005): Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen. Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. In: Ethik in der Medizin 17, 269-283.
- Dabrock, P. (2003): Menschenbilder und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128, 210-213.
- Dannecker, G./Huster, S./Katzenmeier, C./Bohmeier, A./Schmitz-Luhn, B./Streng, A.F. (2009): Notwendiger rechtlicher Gestaltungsspielraum. In: Deutsches Ärzteblatt 106(41), A 2007-2010.
- Dettling, H.-U. (2009): Juristische Implikationen der Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103, 621-631.

- Fozouni, B./Güntert, B. (2000): Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen – die Triade zwischen Rationierung, Rationalisierung und rationaler Allokation. In: *Das Gesundheitswesen* 62, 559-567.
- Fretschner, R./Grönemeyer, D./Hilbert, J. (2002): Die Gesundheitswirtschaft: ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie. In: Institut Arbeit und Technik (Hrsg.) *Jahrbuch 2001/2002*. Gelsenkirchen: Eigendruck, 33-47.
- Fuchs, C./Nagel, E./Raspe, H. (2009): Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? In: *Deutsches Ärzteblatt* 106(12), A 554-557.
- Greiling, M./Brinkhaus, M. (2010): Marktchancen und –risiken in der Gesundheitswirtschaft. Strategien und Bewertung, Problemlösung und Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer.
- GKV-Spitzenverband (GKV) (2010): Die Gesetzliche Krankenversicherung: Aufgaben. <<http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=657>>.
- Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, H. (2009): Von der Last zur Chance – Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, J. (Hrsg.): *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche*. Wegscheid: Wikom, 20-40.
- Händler, E. (2005a): Die Geschichte der Zukunft. Sozialverhalten heute und der Wohlstand von morgen. Moers: Brendow.
- Händler, E. (2005b): Kondratieffs Welt. Wohlstand nach der Industriegesellschaft. Moers: Brendow.
- Händler, E. (2008): Gesundheit wird zum Wachstumsmotor – Die Ressourcen für Krankheitsreparatur werden immer knapper und der Innovationsdruck löst einen neuen Kondratieff-Strukturzyklus aus. In: Merz, F. (Hrsg.): *Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens*. München: Carl Hanser, 29-60.
- Hensen, G./Hensen, P. (2008): Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeiten. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hrsg.): *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13-38.
- Hess, R. (2008): Der Gemeinsame Bundesausschuss als kleiner Gesetzgeber. In: Roeder, N./Hensen, P. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 237-251.
- Hilbert, J./Fretschner, R./Dülberg, A. (2002): Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Gelsenkirchen: Eigendruck.
- Holst, J./Laaser, U. (2003): Zuzahlungen im Gesundheitswesen: Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100, A 3358-3361.
- Karte, J., Neumann, K. (2009): Der Zweite Gesundheitsmarkt als notwendige Ergänzung des Ersten. In: Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, J. (Hrsg.): *Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche*. Wegscheid: Wikom, 760-771.
- Kaufmann, F.-X. (1997): Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kickbusch, I. (2004): Die Gesundheitsgesellschaft zwischen Markt und Staat. In: Göpel, E. (Hrsg.): *Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann*. Frankfurt a.M.: Mabuse, 28-37.

- Knaebel, H.P./Ungethüm, M. (2009): Medizintechnik in der Gesundheitswirtschaft heute und morgen. In: Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, 236-252.
- Kondratieff, N. (1926): Die langen Wellen der Konjunktur. Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik 56: 573-609.
- Kuratorium Gesundheitswirtschaft (2005): Ergebnisbericht „Nationale Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005“ 07./08. Dezember 2005, Rostock-Warnemünde. URL: [http://www.bcv.org/hosting/bcv/website.nsf/urlnames/gw\\_rbbconference/\\$file/Bericht\\_BK\\_05.pdf](http://www.bcv.org/hosting/bcv/website.nsf/urlnames/gw_rbbconference/$file/Bericht_BK_05.pdf)
- McGregor, S. (2001): Neoliberalism and health care. In: International Journal of Consumer Studies 25, 82-89.
- McKinsey (2008): McKinsey Deutschland: Deutschland 2020. Zukunftsperspektiven für die deutsche Wirtschaft. URL: [http://www.mckinsey.de/downloads/profil/initiativen/d2020/D2020\\_Exec\\_Summary.pdf](http://www.mckinsey.de/downloads/profil/initiativen/d2020/D2020_Exec_Summary.pdf).
- Kurth, B.M. (2001): Demographischer Wandel und Anforderungen an das Gesundheitswesen. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 44, 813-822.
- Lehmann, K. (2006): Ausgleichende Teilhabe an den Lebensmöglichkeiten der Menschen. Über den gar nicht so selbstverständlichen Begriff der „Sozialen Gerechtigkeit“. Eröffnungs-Referat des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Kardinal Lehmann, bei der Herbst-Vollversammlung der Deutschen Bischofskonferenz am 25. September 2006 in Fulda. <http://www.dbk.de/aktuell/meldungen/01170/index.html>.
- Lessenich, S. (2008): Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld: Transcript.
- Mack, E. (2001): Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialetisches Problem. In: Ethik in der Medizin 13, 17-32.
- Marckmann, G. (2008): Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 12, 96-100.
- Marckmann, G. (2008): Gesundheit und Gerechtigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51, 887-894.
- McGinnis, J.M./Williams-Russo, P./Knickman, J.R. (2002): The case for more active policy attention to health promotion. In: Harrington, C./Estes, C.L. (Hrsg.): Health Policy. Crisis and reform in the U.S. health care delivery system. Sudbury, Ma: Jones and Bartlett, S. 51-58.
- Mörsch, M. (2002): Die ökonomischen Funktionen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen: Anspruch, Realität und wirtschaftspolitischer Handlungsbedarf. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 7, 155-160.
- Naegele, G. (2008): Demographischer Wandel und demographisches Altern in Deutschland: Probleme, Chancen und Perspektiven. In: Kreuzer, V./Reicher, C./Scholz, T. (Hrsg.): Zukunft Alter. Stadtplanerische Handlungsansätze zur altersgerechten Quartiersentwicklung. Dortmund: Blaue Reihe: Dortmunder Beiträge zur Raumplanung, Eigenverlag, 13-27.

- Nefiodow, L.A. (2007): Der sechste Kondratieff: Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Die langen Wellen der Konjunktur und ihre Basisinnovation. Sankt-Augustin: Rhein-Sieg-Verlag.
- Neubauer, G. (1988): Regulierung und Deregulierung im Gesundheitswesen. In: Thiemeyer T (Hrsg) Regulierung und Deregulierung der Sozialpolitik. Berlin: Duncker & Humblot.
- Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J (2002): Wachstumsmarkt Gesundheit. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Oberender, P./Zerth, J. (2005): Gesundheitsökonomie: Überblick und Perspektive. In: Kerres, A./Seeberger, B. (Hrsg.): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Berlin: Springer, S. 213-232.
- Oberender, P./Zerth, J. (2008): Der Gesundheitsmarkt als Wirtschaftsfaktor. In: Merz, F. (Hrsg.): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl Hanser, S. 11-28.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2009): OECD Health data 2009. Statistics and Indicators for 30 Countries.
- Ostwald, D./Ranscht, A. (2007): Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft von Berlin-Brandenburg. Studie im Auftrag von Health-Capital Berlin-Brandenburg.
- Pollert, A./Kirchner, B./Polzin, J.M. (2004): Lexikon der Wirtschaft. Grundlegendes Wissen von A bis Z. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.
- Rakowitz, N. (2004): Klassen-Medizin. Die Gesundheitsreform als Instrument der Umverteilung von unten nach oben. In: Widersprüche (4) 24, Heft 94, 9-24.
- Rau, F. (2008): Der Sozialstaat: Prinzipien, Konstituenten und Aufgaben im Gesundheitsbereich. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 41-59.
- Reiners, H. (2002): Ökonomische Dogmen und Gesundheitspolitik. Anmerkungen zur Gesundheitsökonomie. In: H.-U. Deppe/W. Burkhardt (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Hamburg: VSA, S. 36-56.
- Reiners, H. (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Huber.
- Richter, M./Mielck, A. (2000): Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 8, 198-215.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (1995): Sondergutachten 1995 - Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (1996): Sondergutachten 1996 - Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Baden-Baden: Nomos.

- Schaible, S./Kaul, A./Lührmann, M./Wiest, B./Breuer, P. (2007): Wirtschaftsmotor Alter. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/endbericht-studie-wirtschaftsmotor-alter,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.
- Schalk, C./Potratz, W. (2009): Medizintechnik – Wachstum in Abhängigkeit von der Personalentwicklung. In: Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, 254-275.
- Schlender, M./Schwarz, O. (2005): Finanzierbarkeit steigender Gesundheitsausgaben in Deutschland: eine makroökonomische Betrachtung. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 10, 178-187.
- Schmidt, B. (2010): Der eigenverantwortliche Mensch. In: Das Gesundheitswesen 72, 29-34.
- Schölkopf, M./Stapf-Finé, H. (2004): Die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich. Ein Überblick mit Schlussfolgerungen für die deutsche Reformdiskussion. In: Journal of Public Health 12, 185-198.
- Schöne-Seifert, B. (1997): Fairness und Rationierung im Gesundheitswesen? In: Kirch, W./Kliemt, H. (Hrsg.) Rationierung im Gesundheitswesen. Regensburg: Roderer, S. 42-55.
- Siegrist, J. (2003): Soziale Ungleichheit im Bereich von Gesundheit und Krankheit: Wie ist sie zu erklären und wie zu verändern? In: Managed Care 5, 6-7.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2006): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Übersicht der Ergebnisse der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung - Varianten und zusätzliche Modellrechnungen. URL: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/Content75/Bevoelkerungsentwicklung2050\\_Deutschland,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/Content75/Bevoelkerungsentwicklung2050_Deutschland,property=file.pdf).
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2007): Demografischer Wandel in Deutschland: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/Aktuell,templateId=renderPrint.psm>.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2009): Gesundheit. Ausgaben 1995-2007. Wiesbaden (Erschienen am 06.04.2009).
- Trefz, U. (2003): Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der gesonderten Berechnung von medizinischen Wahlleistungen. In: das Krankenhaus 95(8), 628-632.
- Tretter, F. (2008): Gesundheitsökonomie zwischen Politik und Wissenschaft. Gestaltungsansprüche und Erkenntnisdefizite. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 107-140.
- Uhlenbruck, W. (1995): Rechtliche Grenzen einer Rationierung in der Medizin. In: Medizin Recht 11, 427-437.
- Ulsenheimer, K. (2004): Zur Abhängigkeit des medizinischen Standards von den wirtschaftlichen Möglichkeiten. In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen, 4, 355-358.

Wagener, A./Nösser, G./Korthus, A. (2005): Medizinische Wahlleistungen. In: das Krankenhaus 97 (5), 396-400.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2007): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) - Stellungnahme. Berlin, ZEKO 2007, 2-3.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: Deutsches Ärzteblatt 97(15): A 1017-1023.