

---

# Rahmenbedingungen für Innovationen

Heinrich Höfer

## 1. Rahmenbedingungen für Innovationen:

### *Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren*

Das A und O für Innovationen ist die Freiheit zum Wettbewerb. Für die Unternehmen muss es möglich sein, mit dem besseren Angebot für die Menschen – Kunden, Patienten, Versicherte – mehr Geld zu verdienen. Der Nobelpreisträger Friedrich August von Hayek sagt: „Daher möchte ich [...] den Wettbewerb [...] als ein Verfahren zur Entdeckung von Tatsachen betrachten, die ohne sein Bestehen entweder unbekannt bleiben oder doch zumindest nicht genutzt werden würden.“ Der Wettbewerb ist konstitutiv für Innovationen in großer Zahl mit bedeutender Wirkung. Der Wettbewerb ist ebenso konstitutiv für die „Verfassung der Freiheit“. Theorie und historische Empirie haben bewiesen, dass „der Weg zur Knechtschaft“, die Abwesenheit der Freiheit zum Wettbewerb, die innovativen Kräfte erlahmen lässt.

Dies gilt auch für die Gesundheitswirtschaft, wenngleich die Marktverhältnisse hier ein wenig komplizierter als in manchen anderen Sektoren erscheinen mögen. Immerhin handelt es sich meistens um ein Dreiecksverhältnis zwischen den Patienten bzw. Versicherten zum einen, den Versicherungen zum anderen und den Anbietern von Gesundheitsprodukten sowie Gesundheitsdiensten zum Dritten.

Wie den *Schlaglichtern der Wirtschaftspolitik* des Bundeswirtschaftsministeriums vom Juli 2009 zu entnehmen

ist, galt auch für den damaligen Bundeswirtschaftsminister zu Guttenberg das Leitbild, „dass medizinische Leistungen, wann immer möglich, in einem intensiven Wettbewerbsumfeld erbracht werden sollten. Dies erfordert insbesondere weitere Reformen in den Vertragsbeziehungen innerhalb der Krankenversicherungssysteme. Es lohnt sich auch, über das Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung noch einmal grundsätzlich nachzudenken. Mehr Transparenz kann in das System kommen, wenn die Versicherungsbeiträge von der Lohnhöhe entkoppelt werden. Über diesen Weg kann schließlich auch die Gesamtbelastung des Faktors Arbeit mit Steuern und Abgaben gesenkt und zusätzliche Anreize für Beschäftigung geschaffen werden.“

Und in der Tat ist der Gesundheitssektor selbst ein potenzieller Wachstumssektor mit vielen zusätzlichen Arbeitsplätzen. Die Gründe liegen auf der Hand: Das nahezu unendliche Bedürfnis der Menschen nach einem längeren Leben in vitaler Verfassung ist weltweit unbestritten. Und diesem Bedürfnis kann heute mit immensen neuen Möglichkeiten entsprochen werden: Gerade die Gen- und Zellbiologie, aber auch die Medizintechnik bieten unübersehbare Möglichkeiten, die es zu erforschen und zu entwickeln gilt. Und dann sind die Forschungsergebnisse möglichst rasch zum Patienten zu bringen. Die Gesundheit ist zweifellos unser zweithöchstes Gut. Hier in Freiheit mehr Werte zu schaffen, und zwar im humanen wie im materiellen Sinne – dieser Weg liegt vor uns. Um ihn so schnell wie möglich zu gehen, brauchen wir die Freiheit zum Wettbewerb als Rahmenbedingung für Innovationen gerade im Gesundheitssektor.

*2. Forschung im Wettbewerb – Forschung mit Vision:  
Vital mit 120*

Die angedeuteten, sich ständig erweiternden medizinischen Möglichkeiten legen es nahe, viele öffentliche wie private Mittel in die Forschung zu investieren. Die USA sind für visionäre Forschung und Entwicklung bekannt geworden mit ihrem Programm „Mann auf dem Mond“. Deutschland könnte mit den Menschen auf der Erde entschlossen die Vision verfolgen: „Vital mit 120!“. Doch es sieht so aus, als ob Deutschland nicht bereit wäre, zu investieren, was die USA investiert, nämlich 0,2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für die Gesundheitsforschung, das waren 2008 30,5 Mrd. US\$ von 14.200 Mrd. US\$ BIP. Deutschland begnügt sich bisher mit 0,04 Prozent des BIP, also 1,1 Milliarden von 2500 Mrd. Euro BIP. Es fehlen 4 Mrd. Euro für die Gesundheitsforschung. Wir müssen unsere Prioritäten stringenter nach den begründet vermuteten Potenzialen ausrichten.

In jedem Fall aber kommt es darauf an, die bereitgestellten Mittel so effektiv wie möglich einzusetzen – und das heißt „im Wettbewerb“. Das heißt auch „Wettbewerb um die Finanzmittel“. Das heißt beispielsweise „Programmförderung“ statt „institutioneller Förderung“. Natürlich gilt das auch für die Grundlagenforschung. Wie das geht, zeigt das Modell der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), das über die Grenzen der Forschungsorganisationen hinweg zur Anwendung kommen sollte. „Forschung im Wettbewerb“ erfordert darüber hinaus die unabhängige Universitätsklinik im Hochschulverbund mit den Tätigkeitsfeldern Forschung, klinische Forschung, Patientenversorgung, Ausbildung und vielleicht auch mit Ausgründungen z. B. für spezielle Therapien. Gerade die Universitätsklinik könnte der Prototyp moderner Wissenswirtschaft mit ihrer Kombination von grundlagen- und anwendungsorientierter For-

schung sein. Die Wissensgesellschaft braucht eine wettbewerbliche Wissenswirtschaft, um erfolgreich zu sein.

Dazu gehört nicht zuletzt die steuerliche Forschungsförderung, die die Forschung in den Unternehmen nach internationalen Maßstäben im Wettbewerb unterstützt, indem sie nach den Prioritäten der Unternehmen und damit letztlich nach den Bedürfnissen der Nachfrager fördert. Sie sollte auch helfen, die marktgetriebene Forschung mit der Grundlagenforschung zu verzahnen. Frankreich tut das, indem es bis zu 60 Prozent *tax credit* für Forschungsaufträge der Unternehmen an die öffentliche Forschung gibt. Deutschland tut das Gegenteil, indem es die sogenannte Forschungsprämie an öffentliche Institute in Höhe von 25 % des Auftragsvolumens von Unternehmen bis 1000 Beschäftigte auslaufen lässt. Wir haben auf diesem Feld dringenden Handlungsbedarf.

### *3. Versicherung im Wettbewerb: Jeder wird Privatpatient*

Einen funktionierenden Wettbewerb muss es auch zwischen den Krankenversicherungen geben. Dafür brauchen wir transparente Versicherungsbeiträge.

Die Krankenversicherungen müssen um die Versicherten mit einem klaren Preis und mit besonders guten Leistungen werben können. Das stärkt die Motivation, wo immer möglich die Kosten zu senken, um Spielräume für innovative Pionierleistungen zu gewinnen, die über den gesetzlichen Leistungskatalog hinausgehen und/oder den medizinischen Fortschritt innerhalb des Leistungskatalogs beflügeln. Die Kassen sollten als Gesundheits- oder Health-Care-Unternehmen ihrer Versicherten und nicht als quasi-staatliche Institutionen Beiträge und Leistungen auf der Basis des gesetzlichen Leistungskatalogs optimieren.

Dabei ist das Solidaritätsprinzip in der Gesundheitsvorsorge unverzichtbar. Solidarität bedeutet selbstverständlich die Hilfe der Gemeinschaft der Versicherten für den Einzelnen. Die Gesunden, die sogenannten guten Risiken, stehen voll für die Kranken, die sogenannten schlechten Risiken, mit ein.

Solidarität bedeutet aber auch verantwortliches Handeln jedes Einzelnen. Er muss bestrebt sein, die Solidargemeinschaft nur da zu beanspruchen, wo es nötig ist. Dazu gehören die Bereitschaft zur Prävention und die Mitwirkung am Heilungsprozess. Das muss seinen Niederschlag in Selbsthalten und Boni für Eigenverantwortung finden. Die Solidarität mit den Kranken bedeutet nicht zuletzt, den medizinischen Fortschritt voranzutreiben, um da zu heilen oder zu lindern, wo es bisher nicht möglich ist, und es da, wo es jetzt schon möglich ist, besser zu tun.

In diesem Kontext machen im Übrigen auch Rechnungen vom Arzt direkt an die Patienten Sinn. Die Transparenz der Arztkosten ist nur dann inspirierend, wenn das Auswirkungen für die Versicherten hat, indem sie z. B. wählen, ob sie sich zu den Standardsätzen ihrer Versicherung behandeln lassen – was sowohl Prävention als auch Diagnose und Therapie, aber auch Arzneimittel und medizintechnische Leistungen betreffen kann – oder über Zahlungen bzw. Zusatzversicherungen Sonderleistungen in Anspruch nehmen. Letztlich kann so jeder zum Privatpatienten werden, wenn er das wünscht.

Sondertarife für innovative Dienste und Produkte über den gesetzlichen Leistungskatalog hinaus helfen, den Fortschritt für alle voranzutreiben. Die Versicherungen werden im Wettbewerb im übrigen automatisch zu Innovations- und Präventionstreibern, und zwar umso mehr, je weniger ihre Leistungsfähigkeit durch den sogenannten Risikostrukturausgleich nivelliert wird. Idealerweise wird das Gesundheitssystem so konstruiert, dass die Versicherun-

gen Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege als Einheit betrachten.

Aus alledem ergibt sich zwingend, dass die Beiträge zur Krankenversicherung transparent und nicht in Prozenten vom sich verändernden Lohn, sondern in klaren absoluten Euro-Beiträgen von jeder Krankenversicherung autonom festgesetzt werden.

Die Abkoppelung vom Lohn bewirkt vor allem, dass das Wachstum des Gesundheitssektors nicht länger über eine Erhöhung der Lohnkosten als Wachstumsbremse in anderen Sektoren wirkt. Die Abkopplung ist ein strategischer Schritt der Innovations- und Wachstumspolitik.

Die damit verbundene Transparenz stärkt den Effizienz- und Innovationswettbewerb der Versicherungen, der die Gesundheitsversorgung für die Versicherten so preiswert wie möglich macht und gleichzeitig den Spielraum für Innovationen im Interesse der Patienten, aber auch des Wachstums der Volkswirtschaft, der Beschäftigung und der Anbieter von Gesundheitsdiensten und -produkten vergrößert.

Doch gerade hier entzündet sich eine Diskussion mit zum Teil völlig unsachlichen Argumenten, die darin gipfeln, dass der notwendige soziale Ausgleich aus Staatsmitteln nicht leistbar sei.

Ein sozialer Ausgleich ist natürlich notwendig für alle, deren künftige feste Euro-Beiträge über den bisherigen prozentualen Beiträgen liegen, wenn der sogenannte Arbeitnehmerbeitrag in Prozenten vom Lohn durch einen festen und transparenten Gesundheitsbeitrag in Euro abgelöst wird, der für alle Versicherten einer Krankenkasse gleich ist. Doch dem stehen im gleichen Umfang die Gewinne derjenigen gegenüber, bei denen die bisherigen Beiträge über den neuen pauschalen Beiträgen liegen.

Die Verteidiger des Status quo argumentieren mit der unzutreffenden Behauptung, der Sozialausgleich erfordere Milliardenbeträge aus dem Staatshaushalt. Das ist falsch,

weil die Umstellung auf einen anderen Finanzierungsmechanismus nicht per se zu steigenden Gesundheitsausgaben führt. Deswegen kann der soziale Ausgleich in der Gesamtkonstruktion des Steuer- und Transfersystems belastungsneutral gefunden werden.

In einem solchen zukunftsfesten Gesundheitssystem tragen wie bisher die Gesunden die Risiken der Kranken in ihrer jeweiligen Versicherung solidarisch mit – mit klaren wettbewerblichen Beitragsansagen. Der soziale Ausgleich zwischen Wohlhabenden und Bedürftigen dagegen erfolgt im Steuer- und Transfersystem. Er erstreckt sich damit sachgerecht auf alle Steuerpflichtigen ohne Bemessungsgrenze und auf alle Einkommensarten. Dies bringt eine klare Arbeitsteilung in die Systeme mit der Folge von Rationalität und Transparenz.

Und weil klar in Euro bezifferte Gesundheitsbeiträge richtig sind, stellen die von jeder Krankenkasse eigenständig festgesetzten Zusatzbeiträge nichts anderes als den richtigen Einstieg dar. Es handelt sich keineswegs um ein Übel, dem durch Kürzung der Arzneimittelausgaben oder andere Sparmaßnahmen begegnet werden müsste. In Euro festgesetzte Gesundheitsbeiträge oder Zusatzbeiträge beflügeln vielmehr den Wettbewerb der Krankenkassen um die Versicherten mit günstigen Beiträgen und immer besseren Leistungen. Sie wirken damit einerseits kostendämpfend und verhelfen andererseits Innovationen beschleunigt zum Durchbruch.

#### *4. Diagnose, Therapie und Zulieferungen im Wettbewerb: Innovative Angebote – freie Preisbildung*

Die Freiheit zum Wettbewerb schließt ein, dass auch die Preise für Gesundheitsprodukte und -dienste im Wettbewerb gefunden werden. Nicht politisch ausgehandelte

Preise, sondern im Wettbewerb verhandelte Preise der Unternehmen sorgen für Effizienz und Innovation.

Zwangsrabatte z. B. sind geradezu innovationsfeindlich. Ohne Berücksichtigung des Einzelfalls, differenzierter Nutzenerwägungen oder höchst unterschiedlicher Entwicklungskosten treffen sie Produkte, für die allein die Pharmaunternehmen – die deshalb auf einen vernünftigen Preis für innovative Medikamente angewiesen sind – über viele Jahre das unternehmerische Risiko tragen. Die US-Pharmaindustrie ist gerade dadurch so stark geworden, dass sie Marktpreise erzielen kann.

Auch den deutschen Patienten und Versicherungen wäre mit Marktpreisen weit mehr gedient als mit Zwangsrabatten oder anderen politischen Preisbestandteilen und Einflussnahmen. Die Verwirklichung des europäischen Binnenmarktes im Gesundheitssektor und weltweiter Freihandel sind für Patienten, Versicherungen und Anbieter im Zweifel bessere Verbündete als marktwirtschaftswidrige politische Preisdiktate.

Die einzelnen Krankenkassen und die einzelnen Leistungsanbieter sollten als Marktpartner die „richtigen“ Preise finden.

Dabei sind konkurrierende Kosten-Nutzen-Bewertungen verschiedener Institute eine Hilfe, sofern die Verfahren transparent gestaltet sind und sich an international anerkannte Standards halten. Solche Kosten-Nutzen-Bewertungen können sicherlich rasch und im Zweifelsfall auch iterativ durchgeführt werden. Statt der verbindlichen Nutzenbewertung durch ein Institut wie das IQWiG muss es dezentrale Nutzenbewertungen durch viele Akteure geben, durchaus gestützt auf wissenschaftliche Untersuchungen verschiedener Institute im In- und Ausland.

Vor allem aber müssen für alle Akteure die gleichen wettbewerblichen Bedingungen gelten, damit der Wert von diagnostischen und therapeutischen Innovationen



zwischen allen Beteiligten im Wettbewerb ermittelt und fair ausgehandelt werden kann. Das bedeutet: volle Geltung des Wettbewerbs- und Kartellrechts und Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen.

Konstitutiv für die Verhandlungsspielräume der Versicherungen muss dabei sein, dass sie Standardsätze der Vergütung festlegen können, zu denen sie die Versorgung nach dem Leistungskatalog in vertretbarer Entfernung garantieren, z. B. durch selektive Verträge, integrierte Versorgung etc. Dabei muss sich der Versicherte bzw. Patient auch für alternative Behandlungsformen entscheiden können, ggf. mit Zuzahlung oder Zusatzversicherung.

Auf der anderen Seite müssen gerade die Anbieter von Produkten und Diensten den Versicherten und Patienten Informationen über die medizinischen Möglichkeiten in jeder Form zugänglich machen können, nicht zuletzt um Zuzahlungen zu begründen. Gesetzliche Hemmnisse gegen Informationen müssen ausgeräumt werden. Nur so werden Versicherte und Patienten auch zu informierten Partnern ihres Health-Care-Unternehmens bzw. ihrer Krankenversicherung, um bei der Optimierung von Beiträgen und Leistungen im Wettbewerb qualifiziert mitzuzuscheiden und Innovationen zu treiben. Auf diese Weise führt Marktwirtschaft auch im Gesundheitssektor zu optimalen Preisen und Prozessen.

Natürlich kann es in einem wettbewerblichen Gesundheitssystem keine gesetzlich vorgegebenen Segmentierungen und Trennungen, wie z. B. zwischen stationär und ambulant oder zwischen Krankenhausapotheke, Ärzten und Apotheken, geben. Auch das Mehrbesitzverbot bei Apotheken muss fallen. Die Binnenmarktregeln müssen im gesamten Gesundheitssektor sowohl für den Arzneimittelhandel als auch für die grenzüberschreitende Behandlung in Arztpraxen und Kliniken sowie für die Tätigkeit der Krankenversicherungen gelten. Das ist zweifellos um ein

Vielfaches wirksamer als zentrale Preisverhandlungen zwischen Krankenversicherungen und Pharmaunternehmen oder bilateral-monopolistische Preisfestlegungen im Gemeinsamen Bundesausschuss oder gar politisch verordnete Preise, Preisstopps und Zwangsrabatte.

Auch die Krankenhäuser müssen mit den Krankenversicherungen Preise für die gesetzlichen Regelleistungen aushandeln können, die eine angemessene Vergütung des Personals genauso erlauben wie die notwendigen Investitionen. Zuzahlungen für spezielle Behandlungen von Patienten können ebenso hinzukommen wie Zuschüsse von Gebietskörperschaften, um z. B. Standortnachteile aufgrund geringer Behandlungszahlen auszugleichen.

#### *5. Gesundheit zahlt sich aus – wer setzt die Einsicht durch?*

Die wichtigsten fünf Punkte im Interesse von Innovationsdynamik und von mehr Wertschöpfung für Patienten und Volkswirtschaft liegen auf der Hand:

1. Reduzierung und schließlich Wegfall der einkommensabhängigen Beiträge (vielleicht zunächst Entdeckung der Zusatzbeiträge; dann Wegfall der sogenannten Arbeitnehmerbeiträge und schließlich auch der sogenannten Arbeitgeberbeiträge); stattdessen in Euro festgesetzte, für alle Versicherten einer Krankenkasse gleiche pauschale Gesundheitsbeiträge (Abkopplung von den Lohnkosten),
2. Versicherungspflicht statt gesetzlicher Krankenkassen (Unternehmereigenschaft der Krankenkassen),
3. Zuzahlungen bei Leistungen, die über die garantierten Versicherungsleistungen nach dem gesetzlichen Leistungskatalog hinausgehen,
4. vollständige Informationsfreiheit der Anbieter,
5. keine Segmentierungen.

Richtig organisiert, brauchen wir uns um die Finanzen eines innovativen und damit dynamisch wachsenden Gesundheitssektors keine Gedanken zu machen: Gesundheit zahlt sich aus.

Das gilt zum einen schon rein human: Jeder Tag eines Menschenlebens zählt.

Aber es gilt auch rein ökonomisch. Die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft arbeiten mit Hochdruck an Innovationen, die den Menschen nützen. Sie sind in vielen Fällen kostensparend. Aber auch wachsende Gesundheitsausgaben haben ihren Wert.

Die Gesundheitsaufwendungen führen zu höherer Wertschöpfung durch Vermeidung von Arbeitsausfällen und durch die höhere Produktivität gesünderer Menschen. Jeder Tag Arbeitsausfall kostet etwa 162 Euro Bruttowertschöpfung. 401 Mio. Krankheitstage im Jahr 2006 haben einen Verlust von 65 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung verursacht. Zusätzliche Kosten fallen durch Lohnfortzahlungen (2006 knapp 30 Mrd.) an. Die Reduzierung dieser Beträge bleibt ein lohnendes Ziel.

Vor allem aber hat die Lebenserwartung jedes Jahr um drei Monate zugenommen und die Phase hoher Morbidität gegen Lebensende eher abgenommen, keinesfalls aber zugenommen. Wir bleiben länger rüstig und können länger arbeiten. Ein Jahr mehr Lebensarbeitszeit aber macht Erfahrung und Wissen gerade bei Fachkräftemangel länger nutzbar und bringt in Deutschland etwa 1,5 Prozent des BIP, was etwa 36 Mrd. Euro entspricht. Über Steuern flößen dem Staat dadurch etwa 9 Mrd. Euro zu. Zudem würde die gesetzliche Rentenversicherung erheblich entlastet. Steuereinnahmen durch eine wachsende Gesundheitswirtschaft kommen hinzu. Das alles zusammen unterstreicht auch rein ökonomisch: Gesundheit zahlt sich aus.

Das gilt allerdings nur, wenn die derzeitige Finanzierung der Gesundheit über Lohnnebenkosten beendet wird.

Solange sie besteht, ist die steigende Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen ein Problem, weil die dann steigenden Lohnnebenkosten in anderen Sektoren als Wachstumsbremse wirken. Um die enormen Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft realisieren zu können, statt in ihr nur einen Verursacher von Problemen und ein Ziel immer neuer Kostendämpfungsmaßnahmen zu sehen, müssen die Gesundheitskosten von den Lohnnebenkosten entkoppelt werden. Der in Euro festgelegte, für alle Versicherten einer Krankenkasse gleiche pauschale Beitrag ermöglicht Wachstum in der Gesundheitswirtschaft, ohne über steigende Lohnnebenkosten das Wachstum in anderen Bereichen zu bremsen.

Ich fasse zusammen: Wer für Gesundheit kämpft und unser Gesundheitssystem durchdenkt, wird nach Wegen suchen, Effizienz und Innovationskraft zu steigern. Der Schlüssel heißt: Wettbewerb und Transparenz im Interesse von Versicherten und Patienten wie von Unternehmen und Volkswirtschaft. Zum Glück stehen in einer wettbewerblich geordneten Wirtschaft die Interessen von anbietenden Unternehmen und nachfragenden Menschen nicht im Gegensatz, sondern im Einklang miteinander.

Wir müssen reformieren, weil es notwendig ist. Wir wollen reformieren, damit es noch viel besser wird als bisher. Das gilt es klar zu machen und in bester Art und Weise durchzusetzen. Zur Unterstützung dieses Prozesses ist die BDI-Initiative „Wirtschaft für Gesundheit“ angetreten, eine Plattform für alle Akteure der Gesundheitswirtschaft von den Versicherungen über die Ärzte und Kliniken bis hin zur Industrie, die selbstverständlich auch Patienten- und Versichertenorganisationen zur Verfügung steht – und natürlich der Politik.

Transparenz ist dabei der Dreh- und Angelpunkt. Die Anbieter von Produkten und Diensten müssen ihre Leis-

tungen Versicherten und Patienten auf allen zur Verfügung stehenden Wegen darlegen dürfen. Dies ist heute nicht der Fall.

Für gute Marktbeziehungen in dem Dreieck von

- erstens, Versicherten bzw. Patienten,
- zweitens, Versicherungen und
- drittens, Anbietern von Produkten und Diensten für die Gesundheit

sind Informationen entscheidend.

Um die genannten Änderungen auf den Weg zu bringen, brauchen wir vor allem in der Politik eine komplette Neuorientierung, wie sie Minister Rösler verspricht. Wir brauchen eine Regierung, die von der Kraft, der innovativen Kraft des Wettbewerbs überzeugt ist, auch im Hinblick auf Gesundheit und Forschung. Die Gesundheitswirtschaft ist schon jetzt der führende Wachstumssektor und die größte Branche in Deutschland. Nicht nur nach Roland Berger und dem Bundeswirtschaftsministerium, sondern auch nach dem letzten SPD-Kanzlerkandidaten Steinmeier winken bis 2020 1–2 Mio. neue Arbeitsplätze in über 800 Berufen, wenn wir es richtig anstellen und ein Gesundheitssystem schaffen, das zugleich innovativ, effizient und solidarisch ist.