

# 1 Leere Kassen und die Politik zwingen Kliniken zum Handeln

Im 18. Jahrhundert sorgte die Erfindung der Dampfmaschine, im 19. Jahrhundert die Eisenbahn und im 20. Jahrhundert die Automobilindustrie für langanhaltende Konjunkturaufschwünge. Nach kleineren Auf- und Abschwüngen z. B. dank der Informationstechnologie sollen nun die Biotechnologie und die Gesundheitswirtschaft für den nächsten, möglichst langanhaltenden Aufschwung sorgen. Neben moderner Medizin zur schnelleren und erfolgreicherer Behandlung von Krankheiten trügen auch ein höherer Stellenwert der Vorbeugung, die steigende Lebenserwartung der Menschen und zunehmender Wohlstand in Schwellenländern hierzu bei. Wegen anhaltend leerer Kassen der öffentlichen Hand muss jeder Einzelne von uns aber auch mehr Verantwortung für die Erhaltung seiner Gesundheit übernehmen und im Krankheitsfall einen größeren Anteil der Gesundheitskosten aus eigener Tasche entrichten.

Diese Rahmenbedingungen und die daraus entstandenen, rasch aufeinander folgenden – und sicher nicht ausgestandenen – Gesundheitsreformen zwingen auch die deutschen Krankenhäuser seit einigen Jahren zu erheblichen Veränderungen. Jedes vierte Krankenhaus werde bis 2020 geschlossen, nur 1.500 der derzeit 2.200 Einrichtungen werden überleben, prognostiziert die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young. Private Gesundheitszentren würden entstehen, deren vielversprechende Renditen weitere Investoren auf den zukünftigen Wachstumsmarkt locken.<sup>1</sup> Den meisten öffentlichen Häusern drohe das Aus. Der Anteil der privaten Krankenhäuser werde von zwölf auf 30 Prozent steigen, und: „In Zukunft wird es nur noch eine Grundversorgung geben“, prophezeit Rudolf Böhlke, Senior Manager von Ernst & Young. Krankenhäuser, so erwartet Böhlke, werden sich zu Gesundheits- und Wellness-Zentren entwickeln. Die Übergänge zwischen Medizin und Lifestyle würden fließend. Diese Entwicklung zeichnet sich heute bereits ab. Die Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung ohne Berücksichtigung der Ausgaben für Fitness, Wellness und Wohlbehagen werden von heute 234,2 Mrd. Euro bis 2020 auf ca. 500 Mrd. Euro steigen. Die Patienten, so die Prognose, werden zu Kunden, die Qualität und Dienstleistung erwarten.<sup>2</sup>

In ihrer Studie HealthCast 2020: „Gesundheit zukunftsfähig gestalten“ hat die Unternehmensberatung Pricewaterhousecoopers festgestellt, dass

---

1 Vgl. „Konzentriert, Marktorientiert, Saniert Gesundheitsversorgung 2020“, Studie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young, 23.02.2005.

2 Vgl. ebd.

die Gesundheitsausgaben in den nächsten Jahren schneller steigen werden, als in der Vergangenheit; darüber hinaus wird ein Gesundheitssystem, in dem die finanziellen Risiken und Verantwortlichkeiten sowohl von privaten als auch von öffentlichen Zahlern gemeinsam getragen werden, breite Zustimmung finden. Qualitäts- und Preistransparenz werden von einer großen Mehrheit als wesentlicher Faktor der Nachhaltigkeit betrachtet, und Vorsorge- und Disease-Management-Programme werden als Instrumente betrachtet, die unausgeschöpftes Potenzial zur Verbesserung der Gesundheit heben bei gleichzeitiger Verringerung der Kosten. Die Befragten erwarten mehrheitlich einen Boom verbraucherorientierter Programme; das Interesse an ergebnisorientierter Vergütung und erweiterter Kostenverteilung zur Unterstützung eines mündigen Patienten und zur Stärkung der Nachfrageseite sei gestiegen. Informationstechnologie wird als eine wesentliche Lösungskomponente und als wichtiger Faktor für die Integration von Behandlung und Pflege gesehen, und Kooperationen zwischen den Akteuren in den Gesundheitssystemen werden für eine optimale Gesundheitsversorgung immer wichtiger.<sup>3</sup> Eine Studie der Unternehmensberatung Accenture vom Mai 2006 identifiziert bei den deutschen Krankenhäusern wiederum ein Sparpotenzial von 2 Mrd. Euro bei gleichzeitiger möglicher Steigerung der Effizienz. Dies sei unabhängig von der Trägerschaft. Das heißt, auch kommunale Kliniken können wirtschaftlich betrieben werden und private Häuser können die gesundheitliche Daseinsvorsorge problemlos übernehmen. Vorausgesetzt, die Häuser werden effizient gemanagt.<sup>4</sup>

## 1.1 Verwalter des Mangels – die politischen Akteure

Der Begriff Gesundheitsreform stand in Deutschland von Beginn an für Kostendämpfung, nicht aber für mehr Gesundheit, bessere Strukturen des Gesundheitswesens oder andere medizinische Therapien; nicht für einen Wechsel der Blickrichtung weg von „Krankheit bekämpfen“ hin zu „Gesundheit erhalten“. Vor allem die Verteilung der Kosten spielt in der öffentlichen Debatte eine wichtige Rolle, also die Fragen: Wie stark können die Versicherten durch Eigenleistungen oder private Absicherung belastet und wie kann der Arbeitsmarkt durch Senkung der Lohnnebenkosten entlastet werden; wie kann die Pharmaindustrie an der Finanzierung

---

3 Vgl. „HealthCast 2020: Gesundheit zukunftsfähig gestalten“, PWC, 2006.

4 Vgl. „Public Service Value im Gesundheitswesen: Wer bietet wirklichen Bürgernutzen?“, Studie von Accenture 2006, [http://www.accenture.com/NR/rdonlyres/CBA33EEE-EF9F-4225-AADE-6A81249416A3/0/Accenture\\_PSV\\_Study\\_2006.pdf](http://www.accenture.com/NR/rdonlyres/CBA33EEE-EF9F-4225-AADE-6A81249416A3/0/Accenture_PSV_Study_2006.pdf).

stärker beteiligt werden und wie stark sollte der Staat mit Steuermitteln etwa bei der Finanzierung der Gesundheitskosten für Kinder eingreifen und damit die Lohnnebenkosten senken. Bei den Krankenhäusern ging es im Rahmen von Reformen in den vergangenen Jahren vorrangig um neue Finanzierungskonzepte und die Verknüpfung von stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt fasste im Zuge des Hauptstadtkongresses im Juni 2006 in Berlin ihre Vorstellungen eines zeitgemäßen Gesundheitswesens so zusammen: Alle Menschen sollen unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Die solidarische Krankenversicherung soll erhalten bleiben und jeder soll krankenversichert sein. Prävention soll einen höheren Stellenwert erhalten, damit unsere alternde Gesellschaft mit anderen, jüngeren Gesellschaften mithalten kann. Um dies zu erreichen, müsse das Gesundheitswesen weiter reformiert werden und Krankenhäuser bekämen die Möglichkeit, auch ambulante fachärztliche Leistungen zu erbringen. In Zukunft sollten Kassen und Leistungserbringer stärker als in der Vergangenheit über Preise, Mengen und Qualität direkt miteinander verhandeln dürfen.<sup>5</sup>

Kaum einer der Beteiligten an der gesundheitspolitischen Debatte würde Ulla Schmidt hierbei widersprechen. Die Nuancen allerdings machen den Unterschied. So setzen SPD und Grüne auf eine Bürgerversicherung, die Unionsparteien auf eine Kopfpauschale und die Liberalen auf eine Grundversorgung mit weitreichender privater Absicherung für besondere Risiken. Letztlich ist allen klar – es wird am Ende wieder einmal teurer. Beim Gesundheitskompromiss der Regierungskoalition aus Union und SPD Ende 2006 ging die Bundesregierung bereits von einer Erhöhung der Beitragssätze um rund 0,5 Prozent für das Folgejahr aus, um eine erkennbare erneute Milliardenlücke zu decken. Höchst umstritten ist nach wie vor das Konzept eines Gesundheitsfonds, der alle Beiträge der Versicherten einziehen und mit Steuergeldern – z. B. zur Finanzierung der Krankenkosten von Kindern – aufgefüllt werden soll.<sup>6</sup> Nicht wenige Kritiker sehen in einem solchen Gesundheitsfonds ein neues bürokratisches Monster.

Kritik an der Gesundheitsreform wurde, wie schon bei den vorausgegangenen Reformen, von allen Seiten geübt. In einem gemeinsamen Aufruf mit der Überschrift: „Für Vielfalt und Freiheit im Gesundheitswesen“ warnten Mitte 2006 zwölf Verbände von Ärzten, Apothekern, Pharmaindustrie, Beamten und privaten Krankenversicherern bis hin zu freien Berufen: „Die Folgen der Gesundheitsreform wären Zuteilungsmedizin, Wartezeiten, Versorgungsengpässe und Qualitätseinbrüche.“ Die Pläne der Regierung, Beitragssätze staatlich festzulegen, führten zu einer

---

5 Vgl. Beilage Frankfurter Allgemeine Zeitung zum Hauptstadtkongress 2006, 10.05.2006.

6 Vgl. Reuters, 30.06.2006.

Staatsmedizin, die keine Probleme löse, sondern neue schaffe. Die Regierung hingegen wolle den Beitragseinzug zentralisieren, Einheitshonorare für ärztliche Leistungen schaffen, Innovationshürden errichten und die Preise regulieren. Wettbewerbskräfte würden hingegen kaum gestärkt, stattdessen werde das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung durch Eingriffe „bis hin zum staatlichen Verbot der Produktvielfalt“ gefährdet. Die zwölf Verbände forderten stattdessen mehr Freiheit und Wettbewerb.<sup>7</sup>

Stefan Homburg, Dozent für öffentliche Finanzen an der Universität Hannover und Berater des niedersächsischen Ministerpräsidenten Christian Wulff, beschrieb die Kritik an der Gesundheitsreform und am Gesundheitsfonds der großen Koalition mit einem griffigen Beispiel: Das wäre so, als müssten die Deutschen „den Kaufpreis für ihre Neuwagen nicht mehr an den Autohersteller oder Händler bezahlen, sondern an einen zentralen Autofonds. Der Fonds verteilt dieses Geld gleichmäßig an alle Autohersteller. Wer als Käufer Extras will, zahlt dem Hersteller zusätzlich einen Aufpreis, der allerdings auf ein Prozent des Einkommens begrenzt ist. Zudem werden die Autohersteller zwangsweise im ‚Bund der Autohersteller‘ zusammengeschlossen. Verhandlungen mit ihren Zulieferern dürfen nicht mehr die einzelnen Unternehmen führen, sondern nur der Bund der Autohersteller und seine Landesgliederungen.“ Das Ergebnis ist für Homburg klar: „Die Neuwagen hätten Trabi-Qualität zum Preis der S-Klasse und es gäbe trotzdem lange Wartelisten.“<sup>8</sup>

Zu den grundsätzlichen und häufig ausgeklammerten Fragen gehört zum einen die nach dem Wert einer guten medizinischen Versorgung sowie die Frage, ob moderne Medizintechnik, gute Medikamente und beste Ärzte nicht auch „etwas mehr“ kosten dürfen. Die Bundesregierung sieht dies überwiegend anders. Müssen elf Prozent des Bruttosozialproduktes ausreichen, um 80 Millionen Bundesbürger gesundheitlich gut zu versorgen, wie Gesundheitsministerin Schmidt meint? Oder geht es vielmehr um eine an den Kriterien der Effizienz ausgerichtete und damit nachhaltige Gesundheitsversorgung, die damit keineswegs zur minderwertigen Fließbandmedizin werden muss? Regierungsberater und Chef der Wirtschaftsweisen Prof. Dr. Bert Rürup jedenfalls kritisiert das Spardiktat der Regierung. Er spricht sich für mehr Wettbewerb aus und vertritt den Standpunkt, ökonomisch sei ein Kostenanstieg im Gesundheitswesen kein Problem, wenn er durch geänderte Präferenzen von Patienten, neue Produkte oder die steigende Nachfrage einer alternden Gesellschaft zu erklären sei.<sup>9</sup>

---

7 Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 16.09.2006.

8 Vgl. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 24.09.2006, S. 2.

9 Vgl. „Rürup fordert Struktur- und Finanzreform: Wir brauchen beides“, Ärzte-Zeitung, 18.05.2006, S. 6.

Am deutlichsten für Wettbewerb und gegen Kostendämpfung um jeden Preis plädiert die FDP. Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Daniel Bahr, ist der Auffassung, dass Wahlfreiheit und Wettbewerb im derzeitigen deutschen Gesundheitssystem Schlagworte sind, „denen die substanzielle Verankerung im System fehlt“. Die Liberalen fordern deshalb eine Abkoppelung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten, mehr Verantwortung, mehr Wahlfreiheit des Einzelnen und damit letztlich mehr Markt.<sup>10</sup> Prof. Norbert Klusen, Vorsitzender des Bundesvorstandes der Techniker Krankenkasse, schlussfolgerte 2006 nüchtern: „Da müssen eben auch die privaten Budgets umgeschichtet werden.“ Beitragsstabilität sei nicht alles, Innovation koste Geld.<sup>11</sup> „Kostendämpfung auf dem Wege der Leistungseinschränkung und Regulation ist unter dem Aspekt der Kostenkontrolle durch Wettbewerb und Effizienzsteigerung eindeutig unterlegen“, gibt auch der Managerkreis der SPD-nahen Friedrich-Ebert-Stiftung zu bedenken. Eine Gesundheitsreform in Deutschland müsse allerdings vier gleichgewichtige Ziele im Auge behalten: Qualität, Wirtschaftlichkeit, Eigenverantwortlichkeit *und* Solidarität.<sup>12</sup>

Standen bei früheren Gesundheitsreformen die Finanzierung der Rehabilitation, Zuzahlungen der Patienten zu Medikamenten oder für Arztbesuche, Einschränkungen bei der Verschreibung von Medikamenten oder die Deckelung der Budgets für niedergelassene Mediziner im Mittelpunkt, erfassten spätere Gesundheitsreformen auch die Krankenhäuser. Ungeachtet zusätzlicher Belastungen durch die im Zuge des Ärztestreiks ausgehandelten höheren Ärztegehälter müssen die Krankenhäuser im Rahmen der Gesundheitsreform 2006/2007 500 Mio. Euro einsparen. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), appellierte vergeblich an die Koalition, die geplante Kürzung der Klinikbudgets zurückzunehmen, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu erhalten. Für die Krankenhäuser in Deutschland hatte allerdings vor allem ein anderer Reformschritt der vergangenen Jahre grundlegende Konsequenzen: die 2004 von der damaligen grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer eingeführte und am australischen Vorbild angelehnte Regelung, wonach Krankenhäuser ihre Leistungen nicht mehr nach Tagen, sondern nach Fallpauschalen abrechnen. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) hat wesentlich dazu beigetragen, dass sich die Strukturen in den deutschen Krankenhäusern nachhaltig verändern.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft versucht aus der Not eine Tugend zu machen und die Krankenhäuser aus der Sanierungsfalle in eine Offensive zu führen. In ihren gesundheitspolitischen Grundsatzpositionen

---

10 Vgl. Informationsdienst für Politik, <http://www.politikerscreen.de>.

11 Vgl. Gesundheitsnachrichten 03/2006.

12 Vgl. Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung, März 2006, S. 1.

2005 hat sie sich vor dem Hintergrund der aktuellen Reform klar positioniert und den Krankenhäusern die zentrale Rolle in einer künftigen Gesundheitsversorgung zugewiesen. Wörtlich heißt es: „Krankenhäuser wollen sich zu ‚Integrierten Dienstleistungszentren‘ weiterentwickeln. Diese Zentren sollen – wie in den Gesundheitssystemen vieler anderer Länder längst üblich – die Gesamtverantwortung für die Versorgung von Patienten übernehmen. Die Versorgung aus einer Hand bietet im Vergleich zur heutigen, nach Sektoren gegliederten und entsprechend fragmentierten Gesundheitsversorgung erhebliche Potenziale für eine stärkere Patientenorientierung, mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit.“<sup>13</sup> Dabei zielt die Deutsche Krankenhausgesellschaft ganz wesentlich auf das in Deutschland bisher vorrangig von niedergelassenen Ärzten abgedeckte Leistungsspektrum ambulanter Gesundheitsangebote bis hin zu ambulanten Operationen ab, ein Verteilungskampf, der noch lange nicht ausgestanden ist.

Im September 2006 begann die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Führung ihres Präsidenten Rudolf Kösters eine Kampagne gegen die von der Regierungskoalition geplante Reform des Gesundheitswesens. Statt die Krankenhäuser mit zusätzlich 750 Mio. Euro zu belasten, müssten die Kliniken in Folge der Ärztestreiks drei Prozent mehr Geld bekommen. Die deutschen Krankenhäuser hätten 2005 das ärztliche Personal deutlich aufgestockt und mehr Patienten in kürzerer Zeit und in weniger Betten behandelt. Die Zahl der Krankenhausärzte sei um mehr als 3.600 auf 121.000 Ärzte gestiegen. Das nichtärztliche Personal sei mit 688.900 nahezu unverändert geblieben, Ende 2005 habe es damit 810.000 Beschäftigte in deutschen Kliniken gegeben. Die Zahl der Krankenhäuser sei 2005 um 1,3 Prozent auf 2.137 zurückgegangen. Diese Häuser hätten über 523.600 Betten (minus 1,5 Prozent) verfügt. Wie im Vorjahr sei die Verweildauer gesunken, sie liege inzwischen bei 8,7 Tagen.<sup>14</sup>

Mit Einführung der DRGs hat in den deutschen Krankenhäusern ein Wettbewerb um die effizientesten Strukturen eingesetzt. Verstärkt wird dieser Wettbewerb durch große private Klinikgruppen, die seit einigen Jahren notleidende kommunale Krankenhäuser aufkaufen und dabei sind, ihre Unternehmen zu Marken Anbietern am Gesundheitsmarkt zu entwickeln. Dabei haben diese großen Klinikgruppen nach dem Verkauf der Universitätsklinik Gießen-Marburg an die Rhön Klinikum AG auch weitere renommierte deutsche Universitätskliniken im Auge. Private Klinikgruppen verfügen über mehr Kapital als kommunale Kliniken und staatliche Universitätskliniken und sie können schneller handeln. Die öffentlichen Häuser schließen sich gegen die private Konkurrenz zusammen. Ähnlich organisieren sich auch die freigemeinnützigen Kliniken.

---

13 Vgl. „DKG-Positionen zum kurzfristigen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf bei vorgezogenen Bundestagswahlen“, Das Krankenhaus 8/2005, S. 642–643.

14 Vgl. Krankenhaus Report 2006.

Dabei ist allen klar, dass der Klinikmarkt in Deutschland derzeit aufgeteilt wird und der Staat Schritt für Schritt mehr Wettbewerb unter den Anbietern zulassen wird. Für die Klinikgruppen und einzelnen Häuser heißt das, sich eine gute Ausgangsposition für diesen Wettbewerb zu verschaffen. Klar ist ebenfalls, dass der demografische Wandel wesentlich dazu beitragen wird, dass der Gesundheitsmarkt deutlich wächst.

## 1.2 Demografischer Wandel

Das Gesundheitswesen ist aber nicht nur ein Kostenfaktor, sondern auch ein enormer Motor für Wachstum und Beschäftigung. Die Branche beschäftigt allein in Deutschland 4,2 Mio. Menschen, sie ist an ihrem Umsatz gemessen der mit Abstand größte Wirtschaftszweig. Mit rund 245 Mrd. Euro jährlich erwirtschaftet sie weit mehr als die gesamte Automobilindustrie samt Zulieferkette. Die Gesundheitsindustrie wird weiter wachsen. Ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt, also ihre Wirtschaftsleistung, wird bis 2020 von derzeit 11,1 Prozent auf 13,5 Prozent steigen, schätzen Wirtschaftsforscher. Weltweit steigen die Ausgaben sogar noch schneller. Die OECD kalkuliert, dass sich allein die staatlichen Gesundheitsausgaben bis 2050 verdoppeln werden. Hinzu kommen die privaten Ausgaben für alternative Heilmethoden und Medikamente, für medizinisch nicht notwendige Behandlungen oder für Lifestyle-Medizin. Dahinter steht, dass die Zahl der über 65-Jährigen weltweit jeden Monat um eine Million zunimmt und gleichzeitig die Lebenserwartung von immer mehr Menschen steigt. Der Gesundheitssektor wächst weltweit etwa ein Prozent schneller als die Gesamtwirtschaft, sagt Joaquim Oliveira Martins von der OECD in Paris.<sup>15</sup>

Zu der höheren Lebenserwartung haben eine gute Ernährung, bessere Umweltbedingungen und nicht zuletzt der medizinische Fortschritt wesentlich beigetragen. Angesichts steigender Lebenserwartung nimmt die Bedeutung der Gesundheit für die Menschen zu. Und angesichts wachsenden Wohlstands in westlichen Ländern wie auch in Schwellenländern wächst auch die Bereitschaft, einen Teil dieses Geldes in die Pflege, Erhaltung und Wiederherstellung der eigenen Gesundheit zu investieren. Ein 90-Jähriger schluckt im Schnitt viermal so viele Medikamente, wie ein 40-Jähriger. Dass die Bürger bereit sind, mehr Geld für Gesundheit auszugeben und dabei Solidarität mit Schwächeren zu zeigen, belegen Umfragen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung 2006. Sie ergaben, dass es 82 Prozent aller Befragten überwiegend oder vollkommen gerecht finden, wenn einkommensstarke Haushalte ärmere unter-

---

15 Vgl. „Lohnender Eingriff“, Wirtschaftswoche Nr. 30, 24.07.2006, S. 99.

stützen. Fast ebenso viele halten es für richtig, wenn Gesunde den Kranken und junge Menschen den älteren helfen. Gerade diejenigen Haushalte, die mehr als 3.000 Euro verdienen, unterstützen das Solidarprinzip überproportional stark. „Sie scheinen die Notwendigkeit einer solchen Umverteilung zu Gunsten des sozialen Friedens zu akzeptieren“, schreiben die Gesundheitsfachleute Jan Böcken und Robert Armhof in ihrer Bewertung. Das ursprüngliche Konzept der SPD einer Bürgerversicherung stößt dabei auf mehr Gegenliebe, als das ursprüngliche Unionskonzept einer Kopfpauschale. Allerdings sind erwartungsgemäß die etwas besser Verdienenden eher bereit, zusätzlich zu einer Grundsicherung weitergehende Risiken privat, also aus eigener Tasche abzusichern.<sup>16</sup>

Wirtschaftsforscher des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen erwarten, dass Gesundheit zu einem der stärksten globalen Wachstumsmärkte werden wird, mit einem jährlichen Wachstum von fünf bis sechs Prozent. „Die Konzerne schärfen ihr Profil“, sagt Karl-Heinz Scheunemann, Branchenexperte des Bankhauses Metzler in Frankfurt. Allein in Deutschland gibt es 11.044 Medizintechnikunternehmen, meist Mittelständler. Sie entwickeln Geräte wie z. B. mobile Sonografen, die ein Drittel dessen kosten, was für stationäre Geräte aufgewendet werden muss. Die Nachfrage seitens der Ärzte ist groß. Die Innovationszyklen medizintechnischer Geräte sind aber kurz, meist nur wenige Jahre, dann werden wieder neue Produkte angeboten. Die Mediziner wiederum verlangen nach Geräten, die besser sind als die alten, die aber auch Kosten senken, z. B. teure Operationen überflüssig oder effizienter machen, damit die Patienten schneller gesund werden.<sup>17</sup> Nicht nur in der Medizintechnik, auch in anderen Bereichen kostet moderne Medizin viel Geld. Die elektronische Gesundheitskarte, mit der 140.000 Arztpraxen, 55.000 Zahnärzte, 22.000 Apotheken und mehr als 2.100 Krankenhäuser vernetzt werden sollen, wird nach Berechnungen der Unternehmensberatung Booz Allen Hamilton dreimal so teuer wie geplant und spiele die erwarteten Einsparungen zudem viel später ein, als Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt erhoffte. Dabei geht es um Milliardenbeträge. Zudem sieht es so aus, als würden vor allem die Krankenkassen durch die Gesundheitskarte sparen, die niedergelassenen Ärzte hingegen draufzahlen.<sup>18</sup> Kommen wird die elektronische Gesundheitskarte in jedem Fall und innovative Krankenhäuser haben bereits begonnen, mit einer elektronischen Patientenakte zu experimentieren (siehe Kapitel II 2.1).

---

16 Vgl. Karsten Polke-Majewski, Die Zeit online, 23.06.2006.

17 Vgl. „Lohnender Eingriff“, Wirtschaftswoche Nr. 30, 24.07.2006, S. 98–101.

18 Vgl. „Dreimal so teuer“, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 17.09.2006.

### 1.3 Erfahrungen aus dem Ausland

Gesundheit ist ein gewaltiges Geschäft. 2,6 Billionen Euro wurden im Gesundheitssektor 2003 weltweit umgesetzt. Das meiste Geld wird für Krankenhäuser und medizinische Geräte ausgegeben. Die Weltbevölkerung wächst, die Menschen werden auch in anderen Ländern älter und benötigen mehr medizinische Versorgung, und immer mehr Schwellenländer können sich höherwertige Medizin leisten.<sup>19</sup> „Im internationalen Vergleich stehen wir ausgesprochen gut da“, sagt Prof. Dr. med. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin. Sein Institut „Management im Gesundheitswesen“ ist an der Erstellung des europäischen „Health Basket“ beteiligt, ein Projekt, das die medizinische Versorgung in neun Ländern vergleicht. Gravierende qualitative Unterschiede gibt es nicht, in Deutschland sei aber die Verfügbarkeit medizinischer Dienstleistungen vergleichsweise gut und der Leistungskatalog ambulanter Versorgung einheitlich. Das heißt, im Ausland erhält nicht jeder Versicherte an jedem Ort die gleiche Leistung. Bewohner des Baskenlandes können sich z. B. ihre Zähne ohne Zuzahlung behandeln lassen. In anderen spanischen Regionen wird nur das Ziehen eines Zahns von der Krankenkasse bezahlt. Auch in Italien variieren die medizinischen Angebote abhängig vom Wohnort. Norbert Klusen, Chef der Techniker Krankenkasse in Hamburg, würde die Dienstleistungen seiner Kasse auch gerne differenzieren und einen gegenüber anderen Krankenkassen erweiterten und umfangreicheren Leistungskatalog anbieten. Auch würde er gerne die Ärzte und Kliniken aussuchen, mit denen er zusammenarbeitet, aber der in Deutschland geltende Kontrahierungszwang lässt dies nicht zu. Klusen muss mit allen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zusammenarbeiten, unabhängig von der Qualität ihrer Leistung.<sup>20</sup>

Auch die Wartezeit auf Operationen ist in Deutschland kürzer, die Anzahl der Krankenhausbetten – noch – höher als in vielen anderen Ländern. Die Zahl der Ärzte pro Bürger ist höher, ebenso wie die Anzahl der Pflegekräfte. In Großbritannien kommen auf einen Arzt 611 Einwohner, in Deutschland sind es nur 298. In Großbritannien stehen dem Klinikarzt 4,1 Pflegekräfte zur Verfügung, in Deutschland sind es 2,9. Die Organisation staatlicher britischer Krankenhäuser nimmt auf Privilegien von Chefarzten weniger Rücksicht als in Deutschland. Die Kliniker sind in vier bis fünf Mediziner starke Teams organisiert, Büroarbeiten werden von Stationsmanagern übernommen, Hilfskräfte nehmen Blut ab und examinierte Pflegekräfte dürfen bestimmte Medikamente verordnen. Das hat auch Konsequenzen für die Einkommen von niedergelassenen

---

19 Vgl. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 10.07.2005, S. 32.

20 Vgl. „Hauptsache gesund – wie lange noch?“, Magnus Heier, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 13.08.2006, S. 47.

Ärzten und Krankenhausärzten. Die Gehälter deutscher Krankenhausärzte liegen verglichen mit denen ihrer westeuropäischen Nachbarn oder US-amerikanischer Ärzte auch nach den durch die Streiks des Jahres 2006 erstrittenen Gehaltserhöhungen eher im unteren Drittel.<sup>21</sup> Immer mehr deutsche Krankenhäuser experimentieren im medizinischen wie im pflegerischen Bereich mit neuen Prozessen und teilen die Arbeit neu auf (siehe Kapitel II 4).

Bei der Suche nach einem geeigneten Modell für die Reform der deutschen Krankenversicherung rückten 2006 die Niederlande ins Blickfeld, wo im selben Jahr eine Art Mischung aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale eingeführt wurde. Große Diskussionen und Widerstände gab es dort von keiner Seite. Uneingeschränkt übertragbar auf Deutschland ist das niederländische Modell aber nicht. In Holland konnten öffentliche und private Krankenkassen leichter zusammengeführt werden, weil die privaten Kassen keine Rücklagen gebildet hatten und die niedergelassenen Ärzte für Privatpatienten kaum mehr kassieren durften als für gesetzlich Versicherte. Außerdem ist in den Niederlanden die Ärztedichte ungleich geringer als in Deutschland.

Während in europäischen Ländern überwiegend Solidarsysteme gelten und Krankenversicherungen üblich sind, ist in den Vereinigten Staaten von Amerika Gesundheitsvorsorge Privatsache. Nur etwa ein Drittel der Bevölkerung ist krankenversichert, was zumeist über den Arbeitgeber geschieht. Für Bedürftige übernimmt der Staat die Kosten der medizinischen Versorgung. Dennoch investieren US-amerikanische Bürger mit 16 Prozent des Bruttosozialproduktes deutlich mehr Geld in ihre Gesundheitsversorgung als die Deutschen mit rund elf Prozent. Dazu zählt Spitzenmedizin in berühmten Privatkliniken ebenso wie einfache Versorgung. Ob die Versorgung dort insgesamt besser ist als in europäischen Ländern, lässt sich allenfalls an den offiziellen Statistiken der Lebenserwartung ablesen. Die Unterschiede unter den entwickelten Industrienationen sind graduell.

Allerdings ist man in den USA wie in vielen anderen Bereichen auch im Gesundheitswesen schon einige Schritte weiter als in Europa. In einem Land, in dem man von jeher andernorts verschreibungspflichtige Medikamente im Drugstore kaufen kann, erscheint es nur konsequent, Arztpraxen in Supermärkten einzurichten. Für kleines Geld werden dort leichte Erkrankungen behandelt. In einem Land, in dem rund ein Drittel der Menschen keine Krankenversicherung hat, ist das kein ungewöhnlicher Ansatz. Unter dem Motto „You’re sick, we’re quick“ bieten Ketten wie Interfit Health, Minute-Clinic oder Take Care Health Systems Ambulanzzentren in Supermärkten wie Wal-Mart oder Drogerieketten an. In manchen Bundesstaaten ist nicht einmal die Anwesenheit eines Arztes vorgeschrieben. In Deutschland schaudert es viele schon beim Gedanken,

---

21 Vgl. Die ZEIT, Nr. 23, 01.06.2006.