

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke

Sekr. H 51 • Straße des 17. Juni 135 • D 10623 Berlin • k.henke@finance.wv.tu-berlin.de

Betr.: Forschungsbericht „Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik“ in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen – Workshop, Freitag, 11. September 2009, 9.00 bis 15.00 Uhr im Auditorium Friedrichstraße „Quartier 110“, Friedrichstr. 18

**Korreferat zu den „Implikationen für die Finanzpolitik“
auf der Grundlage des Kapitels 6: „Auswirkungen einer stärker wettbewerbsorientierten
Gesundheitsversorgung auf die öffentlichen Haushalte“ (Autor: Bert Rürup)
von Klaus-Dirk Henke, TU Berlin¹**

I Fünf übergreifende Anmerkungen:

1) Wenn man sich dem Gemeinschaftsgutachten (Prof. Rürup, IGES GmbH, DIW e.V./DIW econ GmbH, Prof. Wille) über die Zusammenfassung nähert, fällt zur Finanzierungsproblematik auf, dass einerseits die Krankenkassen als optimale Sachwalter ihrer Versicherten handeln sollten. Es wird gefordert, dass sie hierfür über die erforderlichen Handlungsspielräume und Instrumente verfügen müssten (S. 13/14 und S. 64). Das könnte man als Forderung nach Wiedereinführung der kassenspezifischen Beitragssatzautonomie interpretieren oder als solche missverstehen.

Gleichzeitig wird bei der berechtigten Forderung nach einer monistischen Krankenhausfinanzierung ausgeführt, die Bundesländer sollten gegebenenfalls an der Krankenhausfinanzierung durch zweckgebundene Steuerzuschüsse zum Gesundheitsfonds beteiligt werden. An anderer Stelle (S. 18) steht, dass Teile der Steuermittel für die Investitionsförderung nicht in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden, sondern in einen separaten Infrastrukturfonds fließen sollen².

Einerseits wird also die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen zumindest implizit wieder eingefordert und andererseits der Fonds durch weitere Mittelzuflüsse gestärkt.

¹ Wolfram Richter und Jan Bungenstock danke ich für hilfreiche Hinweise.

² Zur Reform der Finanzierung von Krankenhäusern, auch im Kontext des Sicherstellungsauftrags der Länder, siehe auch das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Band 77 der Schriftenreihe des BMF, Bonn 2004, insb. S. 30 f.

Damit wird eine der zentralen Fragen, nämlich der nach der zukünftigen Existenz des Gesundheitsfonds in dem vorliegenden Forschungsvorhaben nur am Rande aufgegriffen und wohl der politischen Willensbildung überlassen³. Der Fonds hat in meinen Augen den Wettbewerb der Kassen um Mitglieder in Art und Umfang nicht nur verändert, sondern den Kassen Aufgaben zugewiesen, die für sie eine ungewohnte Herausforderung darstellen. Während der Fonds weiterhin lohnbezogen durch einen politisch festgelegten Beitragssatz finanziert wird, konkurrieren die Krankenkassen jetzt über Prämienauszahlungen und Zusatzbeiträge⁴. Allerdings bedarf es hier Veränderungen.

2) Der zentrale Punkt des Gutachtens ist der geforderte Wettbewerb a) in der stationären Versorgung, b) durch die Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung und c) in der Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitssektor. Vor dem Hintergrund vermuteter substanzieller Effizienzpotenziale wird der Wettbewerb in seiner Such- und Entdeckungsfunktion gesehen. Dabei fällt auf, dass der Kassenwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt und dem Vertragsmarkt zu Recht in den Vordergrund gerückt wird, **die privaten Versicherungsunternehmen und das Verhältnis zwischen GKV und PKV jedoch kaum thematisiert wird**. Ausführungen zum Wettbewerb zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen oder zur Überwindung der Dualität treten eher zurück⁵.

3) Das Verhältnis zwischen Art und Umfang der erstattungsfähigen Leistungen und den im Zeitablauf deutlich zunehmenden privaten Ausgaben für eine gesunde Lebensführung wurde weitgehend ausgeklammert, so dass die Ausbalancierung zwischen der **Fürsorgepflicht des Staates und der individuellen Eigenverantwortung** zurücktritt bzw. nicht grundsätzlich thematisiert wurde. Die stärker in den Vordergrund tretende Kosten-Nutzen-Bewertung wird zwar im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung angesprochen, allerdings ohne hierbei auf deren grundsätzliche, zukünftig wahrscheinlich noch stärkere und allgemeinere Rolle im

³ Siehe hierzu Henke, K.-D., Finanzierungsquellen des Gesundheitsfonds – Optimale Gewichtung zwischen Steuern und Beiträgen - Expertenworkshop des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie „Finanzierung in der Gesundheitswirtschaft“, 1. Juli 2009, PowerPoint-Präsentation.

⁴ Siehe zur Entstehung des Fonds auch die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, 2005, Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell.

⁵ Vgl. hierzu Henke, K.-D., Zur Dualität von GKV und PKV, in: Henke, K.-D. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Forschung in Deutschland, Themenheft Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik Bd. 227, H. 5/6, Stuttgart 2007, S. 502-528. Zu neuen Formen der Kooperation und Integration in der Gesundheitsversorgung siehe auch Henke, K.-D., Friesdorf, W., Bungenstock, J. M., Podtschaske, B., Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch genossenschaftliche Kooperationen, Baden-Baden 2008.

Zusammenhang mit der Festlegung eines Leistungskatalogs für die Grundversorgung einzugehen.

4) Die so häufig und zu Recht in den Vordergrund gestellte **Gesundheitswirtschaft mit ihren unterschiedlichen Produkt-, Dienstleistungs- und Arbeitsmärkten** und ihren Impulsen für die Wettbewerbsfähigkeit, die Krankheitskosten und die Beschäftigung stehen nicht auf der Tagesordnung des Gutachtens. Damit entfallen auch die bisher nicht untersuchten Implikationen der wachsenden Gesundheitswirtschaft für die öffentlichen Haushalte mit Ausgaben und Einnahmen.

5) Man hätte schließlich deutlicher machen können, wann von dem **Gesundheitswesen, der Gesundheitsversorgung, dem Gesundheitssystem, dem Gesundheitsmarkt bzw. der Gesundheitswirtschaft oder dem Gesundheitssektor** die Rede ist. In vielen Kapiteln geht es im Grunde wohl nur um die **Gesetzliche Krankenversicherung**, also ausgabenseitig gesehen um gut 55% der Gesundheitsausgaben, wie sie derzeit vom Statistischen Bundesamt erfasst werden. Andere Zweige der Sozialversicherung, z. B. die Gesetzliche Pflegeversicherung oder die Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung werden eher implizit als explizit behandelt. Das Gleiche trifft auch zu für die berufsgenossenschaftlich organisierte Gesetzliche Unfallversicherung.⁶

II 10 ausgewählte Einzelanmerkungen:

1) **Versicherungsfremde Leistungen** sollen in vollem Umfang über Steuermittel bzw. allgemeine Deckungsmittel abgedeckt werden; der Bundeszuschuss darf nach Ansicht der Gutachter auf diesem Wege aber nicht zum „fiskalischen Lückenfüller des GKV-System“ werden. Um das nach Ansicht der Gutachter die GKV prägende Prinzip der Beitragsfinanzierung (**beitragsfinanziertes Bismarck-System im Gegensatz zum steuerfinanzierten Beveridge-System**) nicht auszuhöhlen, soll der Bundeszuschuss über eine klare Zweckbindung definiert werden. Die Trennung von Allokation, hier gemeint als die Versicherungsaufgabe im engeren Sinne, und Distribution, also der Einkommensumverteilung, soll auf diesem Wege zumindest zur Steuerfinanzierung der Familienleistungen führen und zur

⁶ Siehe hierzu Rürup, B., und Steinmeyer, H.-D., Gutachten zur Neuorganisation der gesetzlichen Unfallversicherung, Münster und Darmstadt, 2006.

Prämienfinanzierung über den Fonds bzw. zu einer Stärkung des Äquivalenzprinzips in der Gesetzlichen Krankenkasse.

Diesen Ausführungen schließe ich mich an und vertrete ebenfalls die Ansicht, dass die entsprechenden **Zahlungen auch an die in der PKV versicherten Kinder** fließen müssten. Dazu ist es bisher aus politischen Gründen nicht gekommen, wahrscheinlich um die Finanzlage der knapp 50 PKV-Versicherungsunternehmen nicht zu verbessern.

Da die Zweckbindung haushaltsrechtlich in Deutschland, anders als beispielsweise in den USA, grundsätzlich verboten ist, sollte es m. E. eine spezielle (familienpolitische) Ausgabenart des Bundes werden, die in ihrer Art und Höhe - wie im Moment bereits vorgesehen ist -, bis zum Jahre 2016 und dann dauerhaft eine Haushaltsposition sein sollte.

Ein variabler Bundeszuschuss hat eine andere politische Funktion und der Kritik wegen seiner Beliebigkeit schließe ich mich an. **Die Ver- oder besser Unzuverlässigkeit der Steuerfinanzierung ist ein grundsätzliches Problem dieser Finanzierungsform.** Steuerfinanzierten Systeme neigen eher zur Unter- als zur Überversorgung, wie vor allem der National Health Service in Großbritannien zeigt. Außerdem bestehen klare Unterschiede zwischen den rechtlichen Ansprüchen eines Steuerzahlers im Vergleich zu denen eines Beitragszahlers, also des Versicherten.

2) **Steigende Gesundheitsausgaben** führen einerseits in ihrer derzeitigen Form zu gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachstumsverlusten und wirken sich nach Meinung der Gutachter **negativ** auf die Tragfähigkeit öffentlicher Finanzen aus (S. 28/29). Schon diese Aussage muss empirisch in Simulationen untermauert werden⁷. Die Gutachter selbst schreiben, dass „**steigende Gesundheitsausgaben keine Fehlentwicklung darstellen**“ (S. 237). Auf S. 231 steht m. E. berechtigt, dass es eine Kostenexplosion im gesamtwirtschaftlichen Sinne in den letzten Jahrzehnten nicht gegeben habe. Auf S. 238 ist allerdings wiederum von einer fortgesetzten Ausgabendynamik die Rede. An dieser Stelle hätte

⁷ Siehe in diesem Kontext auch die Simulationen mit der DIW-Version des ökonometrischen Konjunkturmodells der Wirtschaftsforschungsinstitute zu den gesamtwirtschaftlichen Effekten einer Erhöhung der Beitragssätze zur Krankenversicherung aus den 1990er Jahren; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1997, Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden 1997/98, S. 45 ff. und Anhang zu Kapitel 1.

nach den verschiedenen acht Ausgabenträgern der Gesundheitsausgabenrechnung des Stat. Bundesamtes unterschieden werden können, um zu zeigen, dass den zunehmenden privaten Ausgaben in einer wachsenden Gesundheitswirtschaft nichts entgegen steht.

3) Es wird ein **funktionsfähiger Wettbewerb in der GKV** zwischen den Leistungsanbietern und den Krankenkassen gefordert. Je mehr dies gelänge, desto eher ergäbe sich eine **Harmonie mit dem Ziel einer finanziellen Tragfähigkeit**. Ohne diesen funktionsfähigen Wettbewerb erwachsen unter Tragfähigkeits- und Finanzplanungsaspekten Risiken für die öffentlichen Haushalte. Dem kann ich in dieser Form natürlich zustimmen; allerdings ergeben sich aus dem Konzept eines funktionsfähigen Wettbewerbs noch zahlreiche Detailfragen. Die Verhältnisse auf den Märkten für Versicherungsverträge, den Märkten für Gesundheitsgüter und für Gesundheitsdienstleistungen sowie den Märkten für die Versorgungsverträge mit Kassenärztlichen und ohne Kassenärztliche Vereinigungen sind sehr heterogen.

Hinzu kommt noch das weiterhin ungelöste Verhältnis zwischen dem Privat- und Wettbewerbsrecht einerseits und dem geltenden Sozialrecht andererseits. **Der Weg zu einer Gesundheitspolitik als Wettbewerbspolitik ist damit noch lange nicht geebnet**. Obwohl auf den zunehmenden Unternehmenscharakter der gesetzlichen Krankenkassen eingegangen wird, vermeidet das Gutachten eine Beantwortung der Frage, ob nicht gleich eine Umwandlung der Körperschaften des öff. Rechts in beispielsweise (wie in den Niederlanden) Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit zu erwägen wäre und damit viele Probleme, die derzeit auftauchen, gelöst werden könnten. Hierzu gehört auch und immer noch das Nebeneinander von GKV und PKV (s.o.). Der Gesundheitsfonds und die bestehende Gesundheitsprämie in ihrer jetzigen Ausgestaltung in Verbindung mit mehr Vertragsfreiheit reichen als Elemente eines tragfähigen Konzepts nicht aus.

4) Eine grundlegende **Neuordnung der Finanzierung des Gesundheitswesens** wird im sechsten Kapitel des Gutachtens gefordert, und es wird beklagt, dass sie im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht enthalten war. In dem vorliegenden Forschungsbericht liegen dafür aber auch keine erkennbaren und griffigen Konzepte vor. Hinzu kommt, dass, wie bereits erwähnt, zwischen dem Gesundheitswesen, der GKV, der Gesundheitsversorgung und dem Gesundheitsmarkt kaum unterschieden wird und die Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche seltsamerweise gar nicht oder nur am Rande thematisiert wird.

Im Grunde ist **ganz überwiegend** von der **GKV** die Rede; die Unfallversicherung, die Rehabilitationsausgaben der GRV, die Pflegeversicherung, die Lohnfortzahlung und die zunehmenden Ausgaben der privaten Haushalte werden im Finanzierungskontext und der Nachhaltig- bzw. Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen nicht aufgegriffen, obwohl es in allen Fällen um die Gesundheitsversorgung geht.

Meine Frage an Herrn Rürup zur Neuordnung der Finanzierung des Gesundheitswesens lautet daher, was wollen Sie denn besser machen, wenn die Überforderungsklausel beim Gesundheitsfonds abgeschafft würde zugunsten von vernünftigen Prämienauszahlungen und Zuzahlungsermächtigungen (§ 53 Abs. 8 und 242 SGB V)?

5) Die **implizite Staatsverschuldung** wird zwar thematisiert (S. 232/233), allerdings ohne Zahlen und ohne Hinweis darauf, mit welchen Konzepten man ihr entgegenwirken will. Raffelhüschen ermittelt eine der GKV zuzurechnende implizite Staatsschuld von immerhin 89% vom BIP. Im Grunde geht es darum, die nachwachsenden Generationen vor der Überwälzung der Lasten durch die ältere Generation zu bewahren. Die Umlagefinanzierung stößt hier an ihre Grenzen; erst mehr Kapitalbildung führt zu demographieresistenten Ergebnissen.

6) Angesichts der zunehmenden Wettbewerbsorientierung in der Gesundheitsversorgung mit ihrer Wirkung auf die öffentlichen Haushalte ergibt sich zusätzlich als zukünftiger Forschungs- und Handlungsbedarf **die steuerpolitische Behandlung dieses Sektors der Volkswirtschaft mit seiner fiskalischen Bedeutung**. Hierzu zählen u. a.:

- die Unterschiede in der steuerlichen Behandlung von privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen
- die einkommen- und körperschaftsteuerliche Behandlung von Gesundheitseinrichtungen verschiedenster Art⁸,

⁸ Siehe hierzu: Die abgabenrechtliche Privilegierung gemeinnütziger Zwecke auf dem Prüfstand, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen und Berhanu, S., Henke, K.-D., Mackenthun, B., Die Zukunft der Gemeinnützigkeit von Krankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung freigemeinnütziger Krankenhäuser, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU), Bd. 27, Heft 3, S. 223-237.

- die umsatzsteuerliche Behandlung (Befreiung, ermäßigte Sätze) von Leistungen im Gesundheitswesen (ärztliche Leistungen, Befreiung der Sozialversicherungsträger, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Arzneimittel etc.),
- die gewerbsteuerliche Befreiung von Einrichtungen (Krankenhäuser, Arztpraxen etc.) und
- die Befreiung von der Grundsteuer.

Krankenhäuser im steuerlichen Sinne sind zu trennen von Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen, die keine Häuser im steuerlichen Sinne sind. Dabei müssen die unterschiedlichen **kommunalen, gemeinnützigen und privaten Trägerstrukturen** der Einrichtungen berücksichtigt werden. Zu diesen Implikationen für die Finanzpolitik bedarf es dringend weiterer Untersuchungen.

Hierzu zählt auch die steuerliche Behandlung im internationalen Vergleich, insbesondere innerhalb des Europäischen Binnenmarkts. Reform- und Harmonisierungsüberlegungen gehören genauso hierher wie das Benchmarking („best practice“) und die Wirkungsanalyse im Rahmen der sog. „offenen Methode der Koordinierung“.

7) Was nun das **eigentliche Kernthema** betrifft, **die nachhaltige Finanzierbarkeit** des Gesundheitswesens, wird deutlich, dass sich die wichtigen Arbeiten der OECD, des IFO-Instituts, der Tragfähigkeitsberichte des Bundesministeriums der Finanzen und zur Generationenbilanzierung mit ihren Ergebnissen noch nicht eignen, bestehende Tragfähigkeitslücken abzubauen⁹. Es steht nur die genannte Untersuchung von Raffelhüschen im Raum und darin wird nicht berücksichtigt, dass die Gesundheitswirtschaft mit ihrem Beitrag zur Wertschöpfung und Beschäftigung die Tragfähigkeitslücke möglicherweise ein wenig schmälert.

Rürup sieht die Ziele der Gesundheitspolitik – also die Bereitstellung von Gesundheitsgütern – dann in Harmonie mit dem Ziel der finanziellen Tragfähigkeit, wenn – und diesen Satz möchte ich vorlesen: „wenn diese Ausgabensteigerungen das Ergebnis einer zunehmenden Multimorbidität als Folge der Bevölkerungsentwicklung, eines die Lebensqualität der Patienten

⁹ Siehe hierzu Nachhaltigkeit in der Finanzpolitik – Konzepte für eine langfristige Orientierung öffentlicher Haushalte, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim BMF, Heft 71 der Schriftenreihe des BMF, Bonn 2001, insb. S. 52 ff.

verbessernden und die Lebenserwartung verlängernden medizinisch-technischen Fortschritts oder veränderter Präferenzen als Folge der Wohlfahrtssteigerungen sind“ (S. 237).

Die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen wird also dadurch erreicht, dass Ausgabensteigerungen zu beseitigen sind, deren Ursachen in Ineffizienzen in den Organisations- und Anreizstrukturen beziehungsweise im fehlenden Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen liegen. Im Rahmen dieser eher traditionellen Ergebnisse werden dann die üblichen ausgaben- und vor allem einnahmenseitigen Maßnahmen (Stichwort „Erosion der Bemessungsgrundlage“) in der GKV gefordert.

Mit der Finanzierung wird schließlich der bekannte Gedanke einer Prämienfinanzierung aufgegriffen und in den Dienst der Nachhaltigkeit gestellt. Das Pauschalprämiensystem mit dem zwingend erforderlichen sozialen Ausgleich wird seit Jahren diskutiert und führte zu der unseligen Dichotomie von Bürgerversicherung (zweckgebundener proportionaler Einkommensteuer für Gesundheitsleistungen) und Kopfpauschale, die eine Bürgerversicherung darstellt.

Die veränderte Situation durch den Gesundheitsfonds wird also nicht zum Anlass für Vorschläge einer Neuordnung der Finanzierung genommen. Mehr Wettbewerb und damit eine weitere Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung bleiben damit in dem Forschungsbericht das Hauptcharakteristikum einer nachhaltigen Finanzierung.¹⁰

8) Zum Schluss sei auf **eine indirekte Finanzierung des Kernbereichs der Krankenversorgung** hingewiesen und die Vorteile, die sich aus einer wachsenden Gesundheitswirtschaft mit ihren unterschiedlichen Teilmärkten möglicherweise ergeben. Die Vorteile liegen erstens darin, dass ein gesundes Altern zu höherer Produktivität und damit angebotsseitig zu mehr Wachstum führt. Zweitens entlastet eine gesunde Gesellschaft die Ausgaben der Kranken- und der Pflegeversicherung. Drittens führt die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen außerhalb des erstattungsfähigen Bereichs nachfrageseitig zu einem höheren Sozialprodukt.

¹⁰ Siehe zu innovativen Vorschlägen z.B. Richter, W., Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland, in Perspektiven der Wirtschaftspolitik, im Erscheinen sowie Müller, M., Böhm, K., Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 45, Berlin 2009

Der Zweite Markt, der die nicht erstattungsfähigen Waren und Dienstleistungen enthält, wirkt sich also fiskalisch günstig auf den Kernbereich der erstattungsfähigen Leistungen aus. Auch hier besteht Forschungs- und möglicherweise Handlungsbedarf. Man denke nur an das weite Thema eines „ambient assisted living“ angesichts der demographischen Herausforderungen¹¹. Hier liegen ebenfalls, wenn auch bisher versteckte, Implikationen für die Finanzpolitik.

9) Zum Schluss möchte ich angesichts des konstruktiven Dialogs mit den Ausführungen von Rürup in seinem sechsten Kapitel des Forschungsberichts meine eigene Position vor dem Hintergrund seiner Ausführungen wie folgt zusammenfassen.

In einer **Situation ohne politische Festlegung des Beitragssatzes** in der GKV (Status Quo ante) wäre ich für ein Pauschalprämienmodell für die Grundsicherung, differenziert nach drei Altersklassen, mit mehr Wettbewerb in der Leistungserbringung und zu unterschiedlichen Preisen. Gleichzeitig stelle ich mir eine Öffnung des privaten Versicherungsschutzes für die gesamte Bevölkerung vor¹².

Unter der realistischen Annahme einer Beibehaltung des Gesundheitsfonds, also mit einem politisch bestimmten einheitlichen Beitragssatz in der GKV (Status Quo), würde ich im Zusammenhang mit den Ausführungen von Rürup folgende Elemente einer zukünftigen Gesundheitsversorgung nennen und dabei die Implikationen für die Finanzpolitik nicht aus den Augen verlieren:

- **Tragfähigkeit des Systems** im Rahmen einer allgemeinen Versicherungspflicht durch **eine regelmäßig und regelhaft anzupassende existenzielle Grundversorgung** ausgehend vom Status Quo des SGB V, die jedermann im Umlageverfahren mit oder ohne **Teilkapitalbildung** zur Verfügung stehen sollte.

¹¹ Eberhardt, B., Fachinger, U., Henke, K.-D. Better Health and Ambient Assisted Living (AAL) from a global, regional and local economic perspective, Diskussionspapier 2009/3, hrsg. von der Wirtschaftswissenschaftlichen Dokumentation der TU Berlin.

¹² Siehe im Einzelnen Henke, K.-D., Andersen, H., Grabka, M., Pauschalprämienmodell zur Finanzierung des Gesundheitswesens, Strukturparameter, Gestaltungsoptionen, Simulationen, Berlin, Juli 2007, DIW Berlin, Research Notes 23 sowie Henke, K.-D., Private Krankenversicherung für Alle, in: Standpunkt: FAZ vom 6. Mai 2009.

- Die Finanzierung des **unverzichtbaren sozialen Ausgleichs** für Bezieher mit zu niedrigem Einkommen wie bisher **aus dem Bundeshaushalt**.
- Die Finanzierung **versicherungsfremder Familienleistungen** ebenfalls **aus allgemeinen Deckungsmitteln**.
- Darüber hinaus gehende **zusätzliche Gesundheitsleistungen bedürfen der individuellen Vorsorge im Rahmen der Ausgaben für die persönliche Lebensführung** und/oder durch Zusatzversicherungen in einer wachsenden und privat finanzierten Gesundheitswirtschaft.
- Der weiter **an Bedeutung gewinnende Wettbewerb** spielt sich auf der Leistungsseite bzw. in der Leistungserbringung zunehmend auf den Versicherungsmärkten und in den Versorgungsverträgen zwischen Anbietern und Krankenversicherungen ab.
- Der **Zweite Gesundheitsmarkt** trägt indirekt und marginal auf den genannten drei Wegen zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Haushalte der Sozialversicherungen und der Gebietskörperschaften bei (z. B. das Potenzial des ambient assisted living zur Entlastung der Pflege- und Krankenkassen, wenn ältere Personen in ihrem häuslichen Umfeld durch sog. intelligente Objekte Unterstützung in der Lebensführung, medizinische Überwachung und somit Erhalt der Selbstständigkeit erfahren).

10) Lassen Sie mich abschließend noch auf die positive Entwicklung aufmerksam machen, dass nicht mehr allein das Gesundheitsministerium in Fragen der Gesundheitsversorgung im Vordergrund steht, sondern nach dem Wirtschafts- und Wissenschaftsministerium des Bundes nunmehr auch das Bundesfinanzministerium sich um Fragen der Krankenversorgung, der gesundheitlichen Betreuung und der Gesundheitsförderung der Bevölkerung kümmert. **In einer „offenen Gesundheitsgesellschaft“ ist die Gesundheitsversorgung kein abgegrenzter Bereich mehr.**