

# Gesundheitspolitik als Kunst des Möglichen Wege aus der Kompromißfalle<sup>1</sup>

(gehalten in der Plenarsitzung am 20. Juli 2007)

KLAUS-DIRK HENKE

*Zur wirtschafts- und gesundheits-  
politischen Ausgangslage von Gesundheits-  
reformen*

Die Ausgangslage für Gesundheitsreformen hat sich in den letzten 30 Jahren stark verändert. In den goldenen siebziger Jahren herrschte Vollbeschäftigung bei stetigem Wirtschaftswachstum. Damit war die Grundvoraussetzung für eine lohn- und gehaltsorientierte Finanzierung stets günstig, und zwar sowohl für die Leistungsanbieter als auch für die Patienten und Versicherten. Diese Situation hat sich mit zunehmender Arbeitslosigkeit und mangelndem Wachstum grundlegend verschlechtert. Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist, gemessen an der Gesamtbevölkerung, rückläufig und, schlimmer noch, die Länge der Arbeitszeit und die Dauer der Beschäftigung ebenfalls, so daß seitdem trotz einiger erfreulicher Lichtblicke weiterhin von der Erosion der Bemessungsgrundlage für die Sozialversicherungsbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung auszugehen ist. Ohne Wachstum und bei hoher Arbeitslosigkeit sinken die Beitragseinnahmen, so daß ceteris paribus nach neuen Finanzierungswegen gesucht werden muß.



Klaus-Dirk Henke, Professor der Volkswirtschaftslehre an der Technischen Universität Berlin, O. Mitglied der Göttinger Akademie seit 1993

---

<sup>1</sup> Eine gekürzte Fassung dieses Beitrags erschien unter gleichem Titel in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ vom 17. Februar 2007.

Zur wirtschaftlichen Ausgangslage, die allein schon durch absehbare Finanzierungslücken und steigende Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung gekennzeichnet ist, tritt die demographische Herausforderung einer älter werdenden und rückläufigen Gesamtbevölkerung mit der Zunahme chronischer Erkrankungen und der Anzahl an Menschen, die unter mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden. Angesichts dieser Entwicklung nimmt die Nachfrage nach qualitativ hochwertiger Versorgung zu, so daß der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt insbesondere kranken Menschen oftmals als zu langsam erscheint. Weiter zunehmende Gesundheitsausgaben sind also programmiert.

Vor jeder gesundheitspolitischen Diskussion sollte man sich noch einige Gegebenheiten vor Augen führen, die oftmals übersehen werden. Das deutsche System der Krankenversorgung gilt – auch nach der Wiedervereinigung – als eines der führenden in der Welt. Art und Umfang der erstattungsfähigen Leistungen sind am stärksten ausgeprägt, und die infrastrukturelle Qualität wird von anderen Industrieländern kaum übertroffen. Ineffizienzen und Strukturmängel, die es immer und zu jeder Zeit geben wird, finden sich in allen vergleichbaren Ländern und Systemen, wobei die Unterversorgung in Großbritannien allerdings besonders ausgeprägt ist.

Was noch immer übersehen wird, aber unbedingt zur Einschätzung der wirtschafts- und gesundheitspolitischen Ausgangslage gehört, ist der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen. Viermal so viele Beschäftigte gibt es hier im Vergleich zur Automobilbranche, jeder 10. Erwerbstätige findet im Gesundheitswesen seinen Arbeitsplatz, so daß es nicht verwundert, daß dort in den letzten 20 Jahren die meisten der neuen Berufe entstanden sind. Die Jobchancen in den Gesundheitsberufen finden sich u. a. in der Gesundheits- und der Krankenpflege, im Bereich von Labor und Technik, in der Sport- und Physiotherapie, in Forschung und Entwicklung, in Ernährung und Hauswirtschaft, im Management, im Bereich Information und Kommunikation sowie in der Psycho- und der Verhaltenstherapie. Neben dem ersten Gesundheitsmarkt, der durch die erstattungsfähigen Leistungen gekennzeichnet werden kann, tritt zunehmend ein zweiter Gesundheitsmarkt. Die wachsende Gesundheitswirtschaft mit ihrer Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen, wird zu einer Branche wie die Schifffahrtsindustrie, der Maschinenbau und der Tourismus. Am Rande sei in diesem Kontext darauf hingewiesen, daß es eine empirisch gehaltvolle Bestimmung einer optimalen Gesundheitsquote nicht gibt. Insofern ist es unverständlich, welche Bedeutung der im Jahre 1977 gesetzlich vorgeschriebenen Beitragssatzstabilität in der GKV zukommt. Im politischen Raum wird sie,

ähnlich wie der Beitragssatz in der Gesetzlichen Rentenversicherung, zu einem „politischen Preis“.

Schließlich zählen die institutionellen Gegebenheiten eines Landes noch zur Ausgangslage für Gesundheitsreformen. Und hier ist Deutschland mit seinen 16 Bundesländern, die jeweils hoheitliche Aufgaben in der Gesundheitspolitik wahrnehmen, aufgrund des Dauerwahlkampfes durch die Landtagswahlen nicht gut aufgestellt. Nimmt man den Verbändestaat mit seinen korporatistischen Strukturen und das ausgeprägte Lobbying im Gesundheitswesen noch hinzu (auf gut 500 Mitarbeiter im Gesundheitsministerium entfallen knapp 4000 Personen als Verbandsvertreter), dann wird verständlich, daß die OECD hierin einen entscheidenden Standortnachteil gegenüber anderen europäischen Ländern sieht. Hinzu treten Urteile des Bundesverfassungsgerichts und die zahlreichen Sozialgerichtsurteile, die in aller Regel nicht nur zu Innovationen im Gesundheitswesen führen. Die Gegensätze zwischen diesen überwiegend sozialrechtlich begründeten Urteilen und der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs in Verbindung mit dem europäischen Wettbewerbsrecht werden an Einfluß gewinnen.

### *Verquerrer Einstieg in die Gesundheitsreform*

Eine unübersehbare Anzahl von Gutachten mit einer Vielfalt von unterschiedlichen Reformvorschlägen ist typisch für die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland. Kommissionsberichte, Sachverständigenratgutachten unterschiedlicher Gremien und die Verbände versorgen die Medien und damit eine breite Öffentlichkeit mit reichlich Material für ihre Sendungen. Die Gesundheitsversorgung gehört zu den Themen, die von allen Medien dankbar aufgegriffen werden. Möglicherweise sind schon aus diesem Grund Gesundheitsreformen stets besser, als es ihrer Darstellung im Fernsehen entspricht.

Im Rahmen einer Großen Koalition ist die Herausforderung einer Gesundheitsreform angesichts der divergierenden Auffassungen in der CDU, der CSU und der SPD besonders groß und die Umsetzung angesichts des breiten Spektrums an Reformvorschlägen zusätzlich mit Problemen verbunden. Zudem kam ein unglücklicher Reformstart hinzu, da in der sogenannten Rürup- und in der sogenannten Herzogkommission mit zwei Begriffen gearbeitet wurde, die einen Etikettenschwindel darstellen, der weder von den Fachleuten noch von den Medien, geschweige denn von der Bevölkerung bis heute aufgegriffen wurde. Die beiden Kommissionsberichte, die

sich der Frage einer nachhaltigen Finanzierung annehmen sollten, stellen einer sogenannten Bürgerversicherung eine sogenannte Kopfpauschale gegenüber, ohne zu bemerken, daß die beiden Begriffe falsch verwendet wurden.

Die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage für die Gesetzliche Krankenversicherung über die Löhne und Gehälter hinaus um die Kapitaleinkünfte und Mieterträge, also in Richtung des zu versteuernden Einkommens, führen zu einer proportionalen Einkommensteuer. Das Aufkommen dieser Zwangsabgabe wäre zweckgebunden für die Krankenversicherung. Mit der gleichzeitigen Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung, also auch auf die Freiberufler, Selbständigen, freiwillig Versicherten und die Beamten stünde einer Steuerlösung mit einem zweiten Finanzamt nichts mehr im Wege. Bei der sogenannten Bürgerversicherung handelt es sich in Wirklichkeit also eher um eine zweite, proportionale Einkommensteuer als um eine Versicherung, die dem Äquivalenzprinzip entspricht. Der Versicherungscharakter ist in der „Bürgerversicherung“ nicht mehr erkennbar.

Ein Pauschalprämienmodell ist hingegen eine Versicherung. Im Falle einer Mindest- bzw. Grundversicherungspflicht für alle bei individueller Wahlfreiheit, sozialem Ausgleich und einer neuen Anbieterpluralität der Krankenversicherung verdient nur sie die Bezeichnung „Versicherung“. Während im Falle einer steuerähnlichen Abgabe das aus der Einkommensbesteuerung bekannte Leistungsfähigkeitsprinzip zugrundeliegt, entspricht die „Kopfprämie“ dem Äquivalenz- oder Versicherungsprinzip und damit einer Bürgerversicherung.

### *Der Gesundheitsfonds als ein Gutscheinsystem*

Diese verquere Ausgangslage hat mit dazu beigetragen, daß es in den Eckpunkten der jetzt beschlossenen Gesundheitsreform zu der Fondslösung gekommen ist. Mit der durch die Medien hochgespielten Dichotomie zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale befand sich die Koalition bereits in einer Kompromißfalle. Denn es mußte sichergestellt werden, daß nach der nächsten Bundestagswahl eine „linke“ Regierung in Richtung der gewünschten Steuerlösung gehen und eine „rechte“ Regierung den Paradigmawechsel zu einem Prämienmodell fortführen kann. Vor diesem Hintergrund sahen die Erfinder des Fonds in dem Konsensmodell des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen die Grundlage für den unerläßlichen politischen Kompromiß. Diesem Plan entsprechend sollte jeder Versicherungspflichtige eine Gutschrift erhalten,

die ihm den Kauf des gewünschten Versicherungsschutzes ermöglicht. Jede Versicherung legt die Höhe der Beiträge im Wettbewerb fest, ist aber verpflichtet, die zu standardisierenden Pflichtleistungen abzudecken. Auch private Anbieter unterliegen in Bezug auf die Standardleistungen dem Kontrahierungszwang. Der jetzt beschlossene Gesundheitsfonds ist davon relativ weit entfernt: Im Mittelpunkt steht die einheitliche Festlegung der Krankenkassenbeiträge durch das Bundesgesundheitsministerium, die Ausweitung des Risikostrukturausgleichs und die Beschränkung der Rolle des Zusatzbetrags, von dem sich ursprünglich die erhofften Wettbewerbspulse ergeben sollten.

### *Interventionsspirale oder hohe Flexibilität in der politischen Willensbildung?*

Wirft man einen Blick auf die Anzahl der Reformen im Gesundheitswesen, so gibt es mehr als 80 Gesetze seit Gründung der Bundesrepublik, bei denen das Bundesgesundheitsministerium die Federführung hatte; allein zwischen 1977 und 2000 waren es 46 Gesetze mit über 6800 Einzelbestimmungen und Verordnungen. Und mittlerweile liegt allein zum Risikostrukturausgleich bereits die 13. Verordnung zu seiner Änderung vor. Kritiker erheben angesichts dieser Entwicklung den berechtigten Vorwurf, daß diese zahlreichen Eingriffe zu einer Interventionsspirale geführt hätten, deren ordnungspolitische Systemhaftigkeit mehr und mehr auf der Strecke geblieben sei. Dieser berechtigten Feststellung gegenüber wird allerdings insbesondere von politikwissenschaftlicher Seite immer wieder auf die hohe Flexibilität unserer parlamentarischen Demokratie hingewiesen und darauf, daß Kompromisse nun einmal konstitutiver Bestandteil der Politik seien. Wirtschaftswissenschaftler neigen bei ihrer inhärenten normativen Ausrichtung in diesem Fall mehr zur Politikerschelte.

### *Die Rolle der Medien*

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Blick auf die Berichterstattung und die Kommentierung der kontinuierlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreformen in den Medien. Dabei fällt auf, daß seit der Reform im Jahre 1977 in den Medien stereotyp die Zweiklassenmedizin beschworen wird, daß permanent Chancen zu einer grundlegenden Strukturreform vertan worden seien, alles Flickschusterei sei und die Kranken jedes Mal schamlos zur Kasse gebeten würden. Der Spiegel titelte: „Sind wir ein Volk von Versagern, unfähig zum Fortschritt, regiert von Stümpfern?“ beim

Gesundheitsreform-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004. Hier handelte es sich um eine Reform der informellen Großen Koalition, die derzeit von den Kritikern der laufenden Gesundheitsreform durchaus als vorbildlich bezeichnet wurde. Ohne Übertreibung wird man daher sagen können, daß Gesundheitsreformen grundsätzlich besser sind als ihre Darstellung in den Medien uns glauben macht. Während sich also die wirtschaftlichen und die reformpolitischen Rahmenbedingungen geändert haben, blieb die Kritik an den jeweiligen gesundheitspolitischen Reformen und Veränderungen seit 1977, dem Jahr der Einführung der Beitragssatzstabilität in der Gesetzlichen Krankenversicherung, weitgehend identisch.

*Gibt es überhaupt eine rationale Gesundheitspolitik?*

Eine Gesundheitspolitik aus einem Guss und aus einer Hand ist der Traum in der Wissenschaft, in einer parlamentarischen Demokratie mit Verhältniswahlrecht aber wohl kaum vorstellbar. Überträgt man die Definition einer rationalen Wirtschaftspolitik von Herbert Giersch auf die Reformen im Gesundheitswesen, so müßte eine rationale Gesundheitspolitik auf „ein planmäßig auf die Verwirklichung eines umfassenden, wohlgedachten und in sich ausgewogenen Zielsystems gerichtet sein“ und „dabei den höchsten Erfolgsgrad erreichen, der unter den jeweiligen Umständen möglich ist“. Dementsprechend wäre der derzeitige Stand der gesundheitspolitischen Reform rational, sollten alle machbaren Verbesserungen tatsächlich schon ausgeschöpft sein. Auch die Gesundheitspolitik erschiene dann als die Kunst des Machbaren oder, wie es Popper genannt hat, als ein „social piecemeal engineering“ (geschicktes stückchenweises Taktieren). Die Eckpunkte, Ziele und Instrumente des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wären die Elemente der politischen Rationalität der Gesundheitspolitik in der gegenwärtigen Großen Koalition. Der (kleinste) gemeinsame Nenner ist dann die Grundlage der Reform. Man mag das zu erwartende Ergebnis einen faulen Kompromiß, einen Vergleich oder auch nur eine Zwischenlösung nennen. Jedenfalls kann das zu erwartende Ergebnis des politischen Streits um die Eckpunkte, an denen Anfang Juli 2006 die Große Koalition beinahe zerbrochen wäre, zunächst einmal als „Kunst des Möglichen“ bezeichnet werden.

Will man die Rationalität speziell der stets umstrittenen Gesundheitspolitik erhöhen, lassen sich Lösungen suchen, die hier als Wege aus der Kompromißfalle bezeichnet werden sollen.

*Operation abgeschlossen*

Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung

*Wege aus der Kompromißfalle*

Die Kompromißfalle ist nicht untypisch für die parlamentarische Demokratie mit ihrem Lobbyismus. Die zum Teil polemisch und ohne Alternativkonzepte vorgetragene Kritik der weit über 50 Verbände geht letztlich darauf zurück, daß die zur Zeit diskutierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens weitgehend ohne sie auf den Weg gebracht worden ist. Der Einfluß der Funktionäre ist daher bei dieser Reform (Berliner Erklärung vom September 2006; Gesundheitspolitische Resolution vom Oktober 2006) bei weitem nicht so ausgeprägt wie früher. In diesem Zusammenhang gewinnt man auch den Eindruck, daß der insbesondere von Politik- und Rechtswissenschaftlern kritisierte Verbändestaat im Gesundheitswesen auf eine „normalere“ Größe zurückgeführt werden soll. Unabhängig davon, ob die Einbeziehung aller Verbände in die gesundheitspolitische Willensbildung in ein Chaos oder aus der Kompromißfalle geführt hätte, gibt es neben den üblichen Verfahren auch einige grundsätzlich neue Wege, um aus dieser Falle herauszukommen bzw. sie zukünftig zu umgehen.

Zunächst kann man die Tür des Operationssaals (siehe Karikatur) wieder schließen und mit der Gesundheitsreform noch einmal ganz von vorne anfangen. In diesem Fall könnte man dann mit mehr Ruhe noch stärker auf die wissenschaftliche und insbesondere die gesundheitsökonomische Expertise vertrauen. Das Problem ist nur, daß auch Wissenschaftler kein Konsensmodell oder Patentrezept besitzen, so daß selbst die Fachleute, um sich

überhaupt zu einigen, den Kompromiß suchen müssen. Das verdeutlicht die Lektüre der Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, der Fachgutachten des bald zwanzig Jahre bestehenden Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen, die zahlreichen Gutachten und Stellungnahmen der beiden Wissenschaftlichen Beiräte des Bundesfinanz- und des Bundeswirtschaftsministeriums, die transdisziplinäre Studie der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften sowie die Berichte der Rürup- und der Herzogkommission. Wie gut ist es doch, meinte neulich ein angesehener Kollege, daß es wenigstens politische Entscheidungen gibt, denn die wissenschaftlichen Gremien könnten sich schon im kleinen Kreis nicht einigen und legten auch dort nur ihre meist zu engen und in der Regel nicht einmal interdisziplinär ausgerichteten fachlichen Rationalitätsmaßstäbe an. Hier liegt derzeit kein Königsweg aus der Kompromißfalle.

Ein zweiter Weg, heraus aus der Fundamentalkritik, führt über die Gegenanträge der Oppositionsparteien in einen konstruktiven Dialog in der gesundheitspolitischen Willensbildung im Bundestag und im Bundesrat. Dieser mühsame Weg wurde begangen mit über 30 Stunden Anhörungen allein beim Gesundheitspolitischen Ausschuss des Deutschen Bundestages. Zusammen mit den Änderungsanträgen aus dem Bundesrat kam es zu zahlreichen Veränderungen, zeitlichen Verschiebungen und damit zu einer Wiederannäherung an den Stand vor der Reform sowie an die Wünsche der Verbände und der Bundesländer.

### *Zusammenlegung der Wahltermine*

Ein dritter und weit in die Zukunft weisender Weg führt über die Änderung des Wahlrechts (Mehrheits- anstelle des Verhältniswahlrechts). Großbritannien gilt hier als Beispiel. Ein solch dorniger Weg würde zum Verschwinden der kleineren Parteien führen und zur Einschränkung einer wünschenswerten Vielfalt im politischen Leben und an gesellschaftspolitischen Meinungsbildern und kann daher auf keinen Fall nur im Kontext von Gesundheitsreformen diskutiert werden. Die Zusammenlegung der Wahltermine (Bundes- und Landtagswahlen), wie sie von der Bertelsmann Stiftung vorgeschlagen worden ist, ist daher realistischer und wohl auch leichter umsetzbar. Viele der gegenwärtigen Streitpunkte bekämen ohne den Dauerwahlkampf im deutschen Föderalismus eine ganz andere Bedeutung. Dieser Weg zeigt deutlich den Unterschied einer mehr politischen Rationalität, die stark auf Machterhalt und Wiederwahl angelegt ist,



und der fachlichen Rationalität, z. B. aus medizinischer, juristischer oder wirtschaftlicher Sicht, die sich nur in Ausnahmefällen an den politischen Gegebenheiten orientiert.

Ein vierter Weg führt über mehr direktdemokratische Elemente, wie z. B. in der Schweiz, zu einer stärker regional orientierten Gesundheitspolitik und damit ebenfalls heraus aus der Kompromißfalle. Mit diesem Vorschlag würden die sog. „non-majoritarian institutions“ zur Verminderung des Rentseeking, also des Eigennutz- und Vorteilsstrebens der Akteure, in den Mittelpunkt gestellt. Für die einzelnen Interessengruppen lohnen sich die Lobby-Aktivitäten nur solange, wie der aus der Einflußnahme erzielbare Gewinn größer ist als die für die Verbandsarbeit eingesetzten Mittel. Je dezentraler die Gesundheitspolitik angelegt würde und je enger die Beitrags- und eine Leistungsäquivalenz ist, um so weniger käme es zum Verbände- und Funktionärsstaat im Gesundheitswesen. Die Versicherten und die Patienten mit ihren Angehörigen würden noch stärker als derzeit in den Vordergrund treten.

Der letzte und klarste Weg führt zu neuen konstanten Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen, durch die der Staat das Gesundheitswesen vor den Politikern und Verbandsfunktionären schützt, indem er die erwünschte Politik- und Verbandsferne durch ein unabhängiges Gremium (à la Zentralbank) für die Sozialversicherung oder zumindest für die Krankenversicherung als ihren bei weitem kompliziertesten Zweig sicherstellt.

### *Auf dem Wege zum Gewährleistungsstaat*

In einem solchen Gremium könnte dann ein Weg vom Leistungs- oder Wohlfahrtsstaat zum Gewährleistungs- oder Aufsichtsstaat gesucht und gefunden werden. In diesem Umfeld wäre sicherlich die Grund- oder Pflichtsicherung zu definieren und dynamisch fortzuentwickeln. In einem stärker wettbewerbs- und privatrechtlichen Umfeld würde neuen Versorgungsformen innerhalb und außerhalb der Versicherungspflicht die Zukunft gehören. Die private Absicherung würde, wie in den Niederlanden, an Bedeutung gewinnen, zumal die Wellness- und Fitness-Revolutionen und weitere neue Gesundheitsmärkte im Ernährungssektor nicht mehr aufzuhalten sind. Mit einem dauerhaften Ordnungsrahmen bei sozialem Ausgleich, einer Teilkapitalbildung und mehr Wahlmöglichkeiten bei privaten Krankenversicherungen sowie am wachsenden zweiten Markt der Gesundheitswirtschaft würde man langfristig mit Sicherheit aus der Kompromißfalle kommen. In diesem Kontext würden auch die Freiräume für Modellversuche vergrößert werden, wie es ansatzweise bei einigen Leucht-

turmprojekten integrierter Versorgung und medizinischer Versorgungszentren bereits der Fall ist. Im Grunde fehlt es nach wie vor an einer experimentellen Kultur in der Krankenversorgung und der gesundheitlichen Betreuung der Versicherten, wie sie der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen immer wieder gefordert hat.

*Fazit: Überwindung der wirtschaftlichen Ausgangslage und  
neue Prioritäten in der Politik*

Ob einer der hier aufgezeigten Wege aus der Kompromißfalle politisch tatsächlich aufgegriffen wird, sei dahingestellt. Bis dahin müssen wir jedoch mit Kompromissen der bestehenden Art weiterleben. Allerdings gehört die derzeitige Reformdiskussion im Gesundheitswesen nicht so hoch auf die politische Agenda. Alt Bundeskanzler Schmidt sagte kürzlich zu Recht, daß wir eines der besten Versorgungssysteme der Welt haben und auf diesem Niveau ständig streiten, so als gäbe es keine wichtigeren Probleme der Nation, in Europa und in der Welt.

Am wichtigsten ist, wie anfangs angeführt, die Überwindung der wirtschaftlichen Ausgangslage. Durch nachhaltiges Wirtschaftswachstum, durch mehr Investitionen in Bildung und Wissenschaft, durch eine Zunahme der Geburtenrate, durch mehr qualifizierte Einwanderer, die Steuern und Sozialversicherungsbeiträge zahlen, durch weniger Abwanderung, durch Teilkapitalbildung in der sozialen Sicherung und durch höhere Beiträge bzw. Abgaben der älteren Menschen zur Bewältigung der vielfältigen demographischen Herausforderungen und des Generationenkonflikts ließe sich die schwierige Ausgangslage verbessern. Würden diese Herausforderungen in unserer Gesellschaft besser gemeistert, ergäbe sich bei Vollbeschäftigung und Wirtschaftswachstum eine völlig neue Ausgangslage für zukünftige Gesundheitsreformen. Auch bei ihnen wird es um eine nachhaltige Finanzierung, mehr Wettbewerb in der Leistungserbringung und die Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche gehen.