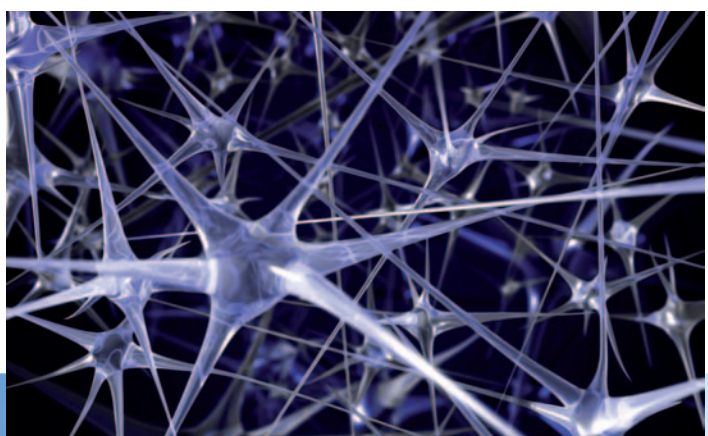
Innovationssystem Gesundheit: Ziele und Nutzen von Gesundheitsinnovationen

Ergebnisse des 1. MetaForums „Innovation im Gesundheitswesen“

Herausgegeben von
Bernhard Bührlen
und
Ilona Kickbusch

Kurt H. Biedenkopf
Sibylle Gaisser
Klaus-Dirk Henke
Frieder Meyer-Krahmer
Michael Nusser
Thomas Reiß



Innovationssystem Gesundheit: Ziele und Nutzen von Gesundheitsinnovationen

Ergebnisse des 1. MetaForums
„Innovation im Gesundheitswesen“

Herausgeber:

Dr. Bernhard Bührlen
Prof. Dr. Ilona Kickbusch

Ansprechpartner: Dr. Bernhard Bührlen

Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung
Breslauer Str. 48
76139 Karlsruhe
Tel.: ++49-721-6809-182
Fax: ++49-721-6809-315
Email: bernhard.buehrlen@isi.fraunhofer.de

Mit freundlicher Unterstützung der MSD SHARP & DOHME GMBH

Inhaltsverzeichnis Seite

Memorandum zu Dimensionen der Innovation im Gesundheitswesen 1

Hintergrund und Vorgehen 1

Ergebnisse: Dimensionen der Innovation im Gesundheitswesen 2

1 Übersicht 5
Bernhard Bührlen

2 Einführung: Dimensionen von Innovation 9
Kurt H. Biedenkopf

3 Innovation im Gesundheitswesen aus Sicht der Politik 23
Frieder Meyer-Krahmer

4 Innovation im Rahmen des Gesundheitssystems 27
Bernhard Bührlen

4.1 Einleitung 27

4.2 Innovationsprozess 28

4.3 Ansatz: Innovationssystem 29

4.4 Innovationssystem Gesundheit 30

4.4.1 Besonderheiten des Innovationssystems Gesundheit 31

4.4.2 Bereich Nachfrage und Rahmenbedingungen 31

4.4.3 Bereich Finanzierung und Wettbewerb 33

4.4.4 Bereich Angebot/Private Wirtschaft 33

4.4.5 Bereich Wissenschaft und Bildung 34

4.4.6 Wechselwirkungen zwischen den Akteursgruppen 35

4.5 Die Patientin und der Patient im Mittelpunkt des Gesundheitssystems 35

4.6 Anforderungen an Innovationen aus Sicht der unterschiedlichen Interessengruppen 37

4.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen 38

5 Zusammenfassung der Arbeitsgruppen: „Mehrwert für das Gesundheitssystem durch Innovation“ 41

5.1 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Leistungsträger 41

5.2 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Leistungserbringer 44

5.3 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die öffentlichen F&E-Einrichtungen 46

6 Die gesellschaftliche Innovationsdynamik für Gesundheit 49
Ilona Kickbusch

6.1 Einleitung 49

6.2 Die sozialwissenschaftliche Betrachtung 50

6.3 Gesundheit als gesellschaftliche und ökonomische Triebkraft 52

6.4 Die Demokratisierung von Wissen und Wissensproduktion 53

6.5 Innovation an Schnittstellen außerhalb des Gesundheitssystems 54

6.6 Prozess- und Strukturinnovationen: fluid identity 55

6.7 Das soziale Innovationsparadox 56

6.8 Politikinnovationen 58

7 Zusammenfassung der Arbeitsgruppen „Mehrwert von Innovation für die Gesellschaft“ 63

7.1 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Wirtschaft 63

7.2 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Politikakteure 65

7.3 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die BürgerInnen und Bürger....68

8 Kosten und Nutzen von Innovationen aus Sicht der Versicherten 71

Klaus-Dirk Henke

8.1 Zur gesundheitspolitischen Ausgangslage....71

8.2 Kosten, Preise, Ausgaben, Finanzierung und Vergütung im Gesundheitswesen: eine Herausforderung für kommende MetaForen....71

8.3 Nutzen von Innovationen aus Sicht der Versicherten: Zehn Perspektiven....74

8.3.1 Der Blick auf den Versicherten ist zu eng 74

8.3.2 Die traditionelle funktionale Betrachtung des Gesundheitswesens ist ebenfalls zu eng 75

8.3.3 Produkt-, Verfahrens- und Systeminnovationen....76

8.3.4 Innovationen nach Krankheitsbildern und Bevölkerungsgruppen 77

8.3.5 Neue Berufsfelder zur besseren „Navigation“ von Patienten und Versicherten....78

8.3.6 Sicherheit und Qualität der eingesetzten Ressourcen 79

8.3.7 Subjektive und objektive Nutzenkategorien bei der Beurteilung von Innovationen....79

8.3.8 Individual- versus gesellschaftlicher Nutzen von Innovationen 80

8.3.9 Innovationen in der Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und in der Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen....80

8.3.10 Finanzieren sich Innovationen selbst? 82

8.4 Fazit 84

9 Zusammenfassung der Arbeitsgruppen „Patienten-Nutzen durch Innovation“ 85

9.1 Dimensionen der Wirksamkeit von Innovationen 85

9.2 Dimensionen der Sicherheit von Innovationen 87

9.3 Dimensionen des Nutzens von Innovationen hinsichtlich Compliance und Zugänglichkeit 90

10 Dimensionen des Nutzens von Innovation im Gesundheitsbereich aus Sicht der einzelnen Akteursgruppen 93
Bernhard Bührlen, Sibylle Gaisser, Michael Nusser, Thomas Reiß

11 Zusammenfassung der Tagungsergebnisse 103
Kurt H. Biedenkopf

Anhang: Autorinnen und Autoren..... 107

Abbildungsverzeichnis

Seite

Abbildung 4.1: Innovationsprozess im Gesundheitswesen 28

Abbildung 4.2: Sektorales Innovationssystem 30

Abbildung 4.3: Gesundheits-Innovationssystem: Nachfrage/Rahmenbedingungen 32

Abbildung 4.4: Gesundheits-Innovationssystem: Finanzierung 33

Abbildung 4.5: Gesundheits-Innovationssystem: Angebot/Private Wirtschaft 34

Abbildung 4.6: Gesundheits-Innovationssystem: Wissenschaft und Bildung 35

Abbildung 4.7: Der Patient im Mittelpunkt des Gesundheitssystems.....36

Abbildung 8.1: Versorgungsnetz Herzinsuffizienz 78

Abbildung 8.2: Leistungserbringung, Finanzierung und Vergütung in der Hand einer Gesundheitsgenossenschaft 82

Abbildung 8.3: Das Wirtschaftlichkeitsprinzip im Gesundheitswesen.....83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 8.1: Reihenfolge der acht teuersten Krankheiten in Deutschland (direkte Kosten) und ihre Rangfolge nach verlorenen Erwerbstätigkeits- und Lebensjahren (indirekte Kosten) im Jahr 2004 73

Tabelle 10.1: Übersicht zu Dimensionen aus Sicht der einzelnen Akteursgruppen 95

Memorandum zu Dimensionen der Innovation im Gesundheitswesen

Hintergrund und Vorgehen

Die zentralen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen an das Gesundheitssystem, etwa neu auftretende Krankheitsbilder, neue Diagnose- und Behandlungsansätze und offene Finanzierungsfragen, können nur durch Innovation bewältigt werden.

Hindernisse in der effizienten Einführung von neuen Medikamenten, Behandlungsmethoden und Versorgungsstrukturen sind u. a. unaufgelöste Zielkonflikte zwischen verschiedenen Handlungs- und Politikfeldern (z. B. Ausgabenbegrenzung vs. Arbeitsmarktchancen und wirtschaftliche Potenziale im Gesundheitswesen). Eine „Denkblockade“ ist die starke Fokussierung der vorherrschenden Diskussion auf kurzfristige Kosten- und Nutzenaspekte bei Vernachlässigung wichtiger weiterer Dimensionen für eine angemessene Bewertung von Innovationen im Gesundheitswesen.

Die für das Gesundheitssystem bedeutsamen gesellschaftlichen Gruppen haben mitunter gegensätzliche Interessen. Damit Entwickler[1], Zulassungsbehörden, Leistungsträger, Bürger und Politiker, Kliniken, Ärzte und Patienten dennoch Entscheidungen treffen können, ist ein Verständnis von Innovation im Gesundheitswesen nötig, das alle wichtigen Aspekte abdeckt und von allen Beteiligten akzeptiert wird.

Mit der auf drei Jahre angelegten Veranstaltungsreihe MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ möchte das Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung bei allen Beteiligten zu einem gemeinsamen Verständnis von Innovation im Gesundheitssystem und ihrer Bewertung beitragen. Innovationen werden dabei als neuartige Technologien, Produkte, Prozesse inklusive Dienstleistungen verstanden, schließen aber auch neuartige Strukturen (sogenannte „Systeminnovationen“) ein.

Ziel des MetaForums 2007 war die Erarbeitung von Dimensionen für die Bewertung von Innovationen im Gesundheitssystem. Auf einer zweitätigen Konferenz mit rund 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden vielfältige Aspekte in diesem Zusammenhang diskutiert. Die thematischen Bereiche des MetaForums waren Systemaspekte

---

1 Personbegriffe sind in diesem Text immer generisch gemeint, mit „Entscheidungsträgern“, „Patienten“, „Bürgern“ usw. sind auch „Entscheidungsträgerinnen“, „Patientinnen“, „Bürgerinnen“ etc. gemeint.

von Innovationen im Gesundheitswesen, Innovationen unter gesellschaftlicher Perspektive und Innovationen aus Sicht der Patienten (bzw. Versicherten und Bürger). Jeder Themenblock wurde von einem Plenarvortrag eingeleitet, auf den thematisch fokussierte Diskussionen in kleineren Gruppen folgten.

Zu einigen dieser Fragen existieren bereits Diskussionsforen oder Gesprächskreise. Bisher fehlte jedoch ein „Meta“-Forum, das allen am Innovationsprozess Beteiligten Gelegenheit bietet, ihre spezifischen Bedürfnisse und Anforderungen zu benennen, ohne dass diese sofort gegen andere Interessen abgewogen und verteidigt werden müssen. Das MetaForum bietet deshalb die einmalige Chance, sich zunächst auf die relevanten Aspekte zu verständigen, bevor Fragen von aktueller gesundheitlicher oder wirtschaftlicher Brisanz entschieden werden müssen. Darauf aufbauend finden auch Sachentscheidungen eine breitere Akzeptanz.

Die Ergebnisse des ersten MetaForums zu Dimensionen von Innovation im Gesundheitswesen wurden nach der Tagung vom Fraunhofer ISI gemeinsam mit dem Vorsitzenden, den Referenten und den Leitern der Arbeitsgruppen zum vorliegenden Memorandum zusammengefasst.

Ergebnisse: Dimensionen der Innovation im Gesundheitswesen

Innovation im Gesundheitswesen ist nicht nur die Entwicklung und Einführung neuer Produkte, Prozesse und Strukturen. Vielmehr wird ein grundlegender Perspektivenwechsel erforderlich, um grundsätzlich neue Potenziale zur Verbesserung des Gesundheitssystems erkennen und realisieren zu können. Dies gilt für viele Bereiche, vor allem bedeutet es aber einen Paradigmenwechsel von einer krankheitsorientierten zu einer gesundheitserhaltenden Strategie, die Ausrichtung des Systems auf Bürger, Versicherte und Patienten als aktiv Handelnde, die ganzheitliche Berücksichtigung ihres individuellen Bedarfs, und die alle Politikfelder übergreifende Betrachtung der Gesundheit als entscheidende Grundlage und Chance.

Die am Innovationssystem beteiligten Akteure (insbesondere Patienten, Leistungsträger (einschließlich Krankenversicherungen), Leistungserbringer, öffentliche Forschungseinrichtungen, private Wirtschaft, Politikakteure) bringen ihre jeweils eigenen Perspektiven mit. Diese müssen berücksichtigt werden, um Hemmnisse im Innovationsprozess zu vermeiden. Dabei ist eine angemessene Differenzierung erforderlich, da die Akteursgruppen, ihr Bedarf und ihre Angebote und Geschäftsmodelle in einem starken Wandel begriffen sind.

Bei der Bewertung von Innovationen sollte berücksichtigt werden, ob sie einen Beitrag leisten zu

- Patientenbezogenen Behandlungsergebnissen. Diese Dimension ist für alle Akteursgruppen relevant. Neben der Wirksamkeit neuer Produkte und Verfahren in Studien und im Routineeinsatz sind weitere bedeutsame Aspekte die Vermeidung von Krankheitslasten, der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und die Erhöhung der Lebensqualität. Zudem sind die Verbesserung der Therapierbarkeit, die Humanität der Behandlung sowie die Verringerung der Belastung durch die Behandlung zu berücksichtigen.
- Sicherheit der Produkte, Prozesse und Dienstleistungen, einschließlich des Beitrags zur Optimierung des Verhältnisses von Risiko zu Nutzen, auch im Vergleich zu einer unterlassenen Behandlung, und zu sicherheitsfördernden Strukturen.
- Wirtschaftlichkeit (Effizienz) der Versorgung, insbesondere zum Verhältnis von Kosten (Ausgaben, Aufwand) zu Nutzen (Wirksamkeit, Bedarfsdeckung). Innovationen sollen zudem einen Beitrag zu Strukturen leisten, die Effizienz fördern. Im Bereich der Politik bedeutet das auch einen Beitrag zur Koordination der gesundheitspolitischen Ziele mit jenen aus anderen Politikbereichen (Ernährung, Bildung, Forschung, Umwelt, Wirtschaft).
- Sicherstellung und Optimierung der Versorgung, einschließlich der Aspekte Qualität der Produkte, Prozesse und Dienstleistungen, Verteilungsgerechtigkeit, Nutzbarkeit für die Praxis, Befriedigung des Bedarfs, Verbesserung der Kooperation im System, Passung der Innovation zur Versorgungspraxis sowie zu Lebenssituation, Krankheitskonzept, Zielen und Möglichkeiten der Patienten, Beitrag zur Evidenzfundierung von Entscheidungen.
- Gesundheitsförderung. Wichtige Aspekte dieser Dimension sind die Förderung von Gesundheitswissen und -bewusstsein, Eigenverantwortung und Mitwirkungsmöglichkeiten der Bürger und Patienten, die Vorbeugung (Prävention) und damit Vermeidung von Ausgaben, sowie neue Marktchancen für Leistungsträger und -erbringer, Forschung und Wirtschaft.
- Optimale Umsetzung des Behandlungsplans. Dies schließt Produkte, Prozesse und Dienstleistungen ein, die bezüglich der Compliance und des Gesundheitsmanagements optimiert sind, aber auch Strukturen für die verbesserte Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren und mit den Patienten sowie die Nutzungskompetenzen aller Betroffenen.
- Verfügbarkeit und Qualität der Information, die für die Generierung und Anwendung von Innovationen erforderlich ist, einschließlich des Wissenstransfers zwischen Forschung und Praxis, der Transparenz bezüglich Kosten und Patientennutzen und der Nutzungskompetenz („Empowerment“) der Leistungsträger, -erbringer und Patienten.
- Einhaltung ethischer Standards, einschließlich der Verteilungsgerechtigkeit und Einhaltung ethischer Normen in der Forschung.
- Wettbewerbsvorteilen für Forscher und Entwickler, Hersteller, Leistungsträger und Leistungserbringer oder den Standort insgesamt, einschließlich der Nutzbarkeit für

die weitere Forschung, Wahlmöglichkeiten für die Anwender und der Veränderung des Innovationssystems selbst (z. B. innovationsunterstützende Organisationsformen und Innovationsanreize für Leistungsträger und -erbringer).

- Wirtschaftlichen Erträgen für alle Akteursgruppen (außer den Patienten), zum Zugang zu Finanzierungsmöglichkeiten für Forscher und Entwickler und zu Wachstum und Beschäftigung aus Sicht der Politik.
- Kosten bzw. Ausgaben. Angesichts begrenzter Budgets ist neben der Wirtschaftlichkeit auch der Beitrag einer Innovation zu den absoluten Kosten bzw. Ausgaben, zu zahlenden Beiträgen und Selbstbehalten, auch im Verhältnis zu den vorhandenen Budgets, relevant.

Auch die Innovationsprozesse selbst bedürfen der Veränderung („Innovation der Innovation“). Dazu sind Strukturen erforderlich, welche die Akteure motivieren und in die Lage versetzen, neue Konzepte zu entwickeln und zu nutzen. Dies schließt die zielgerichtete Koordination verschiedener Politikbereiche (Gesundheits-, Ernährungs-, Umwelt-, Wirtschafts-, Forschungs-, Bildungspolitik) ein.

Wir danken den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des MetaForums für ihre engagierten Diskussionsbeiträge, dem Vorsitzenden Prof. Dr. Kurt H. Biedenkopf, den Referentinnen und Referenten im Plenum (Staatssekretär Prof. Dr. Frieder Meyer-Krahmer, Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Dr. Bernhard Bührlen), den Leiterinnen und Leitern der Arbeitsgruppen (Priv.-Doz. Dr. Dorothee Gänshirt, Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz), Dr. Albrecht Kloepfer für die Moderation und dem Kooperationspartner MSD SHARP & DOHME GMBH für die uneingeschränkte finanzielle Förderung.

Wissenschaftliche Leitung des MetaForums: Dr. Bernhard Bührlen, Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung.

1 Übersicht

Bernhard Bührlen

Die zentralen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen an das Gesundheitssystem, etwa neu auftretende Krankheitsbilder, neue Diagnose- und Behandlungsansätze und offene Finanzierungsfragen, können nur durch Innovation bewältigt werden. Beispiele für gelungene Innovationen reichen von der Bewältigung der klassischen Infektionskrankheiten durch Hygiene und Antibiotika über neuartige Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten für Krebs bis zum vergleichsweise hohen Anteil der Krankenversicherten in der deutschen Bevölkerung.

Hindernisse in der effizienten Einführung von neuen Medikamenten, Behandlungsmethoden und Versorgungsstrukturen sind u. a. unaufgelöste Zielkonflikte zwischen verschiedenen Handlungs- und Politikfeldern (z. B. Ausgabenbegrenzung vs. Arbeitsmarktchancen und wirtschaftliche Potenziale im Gesundheitswesen). Eine „Denkblockade“ ist die starke Fokussierung der vorherrschenden Diskussion auf kurzfristige Kosten- und Nutzenaspekte bei Vernachlässigung wichtiger weiterer Dimensionen für eine angemessene Bewertung von Innovationen im Gesundheitswesen.

Die für das Gesundheitssystem bedeutsamen gesellschaftlichen Gruppen haben mitunter gegensätzliche Interessen. Damit Entwickler[2], Zulassungsbehörden, Leistungsträger, Bürger und Politiker, Kliniken, Ärzte und Patienten dennoch Entscheidungen treffen können, ist ein Verständnis von Innovation im Gesundheitswesen nötig, das alle wichtigen Aspekte abdeckt und von allen Beteiligten akzeptiert wird. Mit der MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ möchte das Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung bei allen Beteiligten zu einem gemeinsamen Verständnis von Innovation im Gesundheitssystem und ihrer Bewertung beitragen.

Die erste Tagung eines auf drei Jahre angelegten Prozesses fand am 11. und 12. Oktober 2007 in München statt. Das MetaForum 2007 hatte zur Aufgabe,

- Ziele und Zielkonflikte zu verdeutlichen, die in den Folgeveranstaltungen aufgelöst werden sollen,
- das Verständnis für Bedarfe und Interessen *aller* relevanten Beteiligten nach bzw. an Innovationen zu wecken,

---

2 Personbegriffe sind in diesem Text immer generisch gemeint, mit „Entscheidungsträgern“, „Patienten“, „Bürgern“ usw. sind auch „Entscheidungsträgerinnen“, „Patientinnen“, „Bürgerinnen“ etc. gemeint.

- die Dimensionen zu klären, unter denen Innovationen umfassend bewertet werden sollten,
- und dadurch über die relevanten Interessengruppen hinweg zu einem gemeinsamen Verständnis von Innovation beizutragen.

Letztlich soll damit die Bereitschaft und Fähigkeit zur Innovation im Gesundheitssystem gestärkt und die Nutzung und der Nutzen von Innovationen verbessert werden.

Zu einigen dieser Fragen existieren bereits Diskussionsforen oder Gesprächskreise. Bisher fehlte jedoch ein "Meta"-Forum, das allen am Innovationsprozess Beteiligten Gelegenheit bietet, ihre spezifischen Bedürfnisse und Anforderungen zu benennen, ohne dass diese sofort gegen andere Interessen abgewogen und verteidigt werden müssen. Das MetaForum bietet deshalb die einmalige Chance, sich zunächst auf die relevanten Aspekte zu verständigen, bevor Fragen von aktueller gesundheitlicher oder wirtschaftlicher Brisanz entschieden werden müssen. Darauf aufbauend finden auch Sachentscheidungen eine breitere Akzeptanz.

Um die Diskussion an einem gemeinsamen Ausgangspunkt zu beginnen, wurden die grundlegenden Begriffe wie folgt definiert. Damit die Diskussion nicht vorzeitig eingegrenzt wird, wurde jeweils eine breite Arbeitsdefinition als Grundlage gewählt:

- „Innovation“ schließt neue Produkte und Verfahren (Prozesse) inklusive Dienstleistungen und sogenannte „Systeminnovationen“ ein. Eine Innovation im Gesundheitswesen ist damit eine wesentliche Veränderung bei Strukturen, Produkten, Prozessen oder Methoden zur Vermeidung, Behandlung oder Linderung von Gesundheitsgefahren oder Krankheiten.
- Auch „Gesundheit“ wird sehr breit sowohl als Abwesenheit von Krankheit als auch als das individuelle Wohlbefinden in allen Lebensbereichen gefasst.
- Das Gesundheitssystem umfasst alle Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung von Krankheiten und Linderung ihrer Folgen. Eingeschlossen sind alle Leistungen der relevanten Kostenträger (gesetzliche und private Krankenversicherung, gesetzliche Renten-, Pflege- und Unfallversicherung, Lohnfortzahlung, öffentliche Haushalte) als auch vom Patienten/Kunden aus eigener Tasche bezahlte Leistungen bis hin zu Alternativ-/Komplementärmedizin und „Wellness“-Angeboten.

Auf einer zweitätigen Konferenz mit rund 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden vielfältige Aspekte in diesem Zusammenhang diskutiert. Jeder Themenblock wurde von einem Plenarvortrag eingeleitet, auf den thematisch fokussierte Diskussionen in kleineren Gruppen folgten. Diese Arbeitsgruppen wurden von Priv.-Doz. Dr. Dorothee Gänshirt, Prof. Jürgen M. Pelikan und von Prof. Friedrich Wilhelm Schwartz geleitet, die durch die Berichterstatter(-in) Dr. Sibylle Gaisser, Dr. Michael Nusser und Dr. Thomas Reiß vom Fraunhofer ISI unterstützt wurden.

Die Plenarvorträge, die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen und das Memorandum zu Dimensionen der Innovation im Gesundheitswesen werden im vorliegenden Band dokumentiert. Er soll dazu beitragen, den Diskussionsprozess in der (Fach-)Öffentlichkeit sowie auf politischer Ebene weiterzuführen.

Das Memorandum zu Dimensionen der Innovation im Gesundheitswesen im Vorspann ist die Quintessenz der Tagungsergebnisse. Nach einer Einführung in die Thematik durch den Vorsitzenden der Tagung, Prof. Kurt H. Biedenkopf (Kapitel 2 dieses Bands) und einem Impulsreferat zu Innovation im Gesundheitswesen aus Sicht der Politik von Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung Prof. Frieder Meyer-Krahmer (Kapitel 3) wurden drei Schwerpunktthemen mit jeweils einem Plenarvortrag sowie Diskussionen in drei parallelen Arbeitsgruppen bearbeitet.

Systemaspekte von Innovationen im Gesundheitswesen wurden von Bernhard Bührlen eingeführt (Kapitel 4). Die Ergebnisse der entsprechenden Arbeitsgruppen (AGs), in welchen jeweils die Perspektiven einzelner Akteursgruppen diskutiert wurden, finden sich in Kapitel 5. Es folgte ein Themenblock zu Innovationen unter gesellschaftlicher Perspektive mit einem Vortrag von Prof. Ilona Kickbusch, die auch schon bei der Entwicklung des Tagungskonzepts eine herausgehobene Rolle innehatte. Ihr Vortrag findet sich in Kapitel 6, die Ergebnisse der zugehörigen AGs in Kapitel 7. Der letzte Themenblock zu Innovationen aus Sicht der Patienten (bzw. Versicherten und Bürger) wurde durch ein Referat von Prof. Klaus-Dirk Henke vorgestellt (Kapitel 8), auf das wiederum Sitzungen in den Arbeitsgruppen folgten (Ergebnisse dazu in Kapitel 9). Die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen wurden auf der Tagung sowie in deren Folge verdichtet; Kapitel 10 enthält die daraus entstandene Übersicht der Dimensionen von Innovation aus der Sicht der einzelnen Akteursgruppen. Die Zusammenfassung der Tagungsergebnisse durch Prof. Biedenkopf findet sich in Kapitel 11 dieses Buchs, welches im Anhang durch eine Liste der Autorinnen und Autoren abgeschlossen wird.

Die Ergebnisse des ersten MetaForums zu Dimensionen von Innovation im Gesundheitswesen als zentrales Ergebnis dieses ersten Schrittes innerhalb des Gesamtprozesses wurden nach der Tagung vom Fraunhofer ISI gemeinsam mit dem Vorsitzenden, den Referenten und den Leitern der Arbeitsgruppen zum vorliegenden Memorandum zusammengefasst.

Die Ergebnisse der Münchener Veranstaltung gehen allerdings weit über das Memorandum zu Dimensionen der Innovation hinaus. Innovation im Gesundheitswesen ist nicht nur die Entwicklung und Einführung neuer Produkte, Prozesse und Strukturen. Vielmehr wird ein grundlegender Perspektivenwechsel erforderlich, um grundsätzlich neue Potenziale zur Verbesserung des Gesundheitssystems erkennen und realisieren

zu können. Dies gilt für viele Bereiche, vor allem bedeutet es aber die Orientierung an vier übergreifenden Zielsetzungen:

1. einen Paradigmenwechsel von einer krankheitsorientierten zu einer gesundheitserhaltenden Strategie,
2. die Ausrichtung des Systems auf Bürger, Versicherte und Patienten als aktiv Handelnde,
3. die ganzheitliche Berücksichtigung ihres individuellen Bedarfs, und
4. die alle Politikfelder übergreifende Betrachtung der Gesundheit als entscheidende Grundlage und Chance.

Beim MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ handelt es sich um eine Reihe von drei jährlichen Veranstaltungen, die aufeinander aufbauen. Im MetaForum 2007 stand die Verständigung über die Dimensionen, unter denen Innovationen bewertet werden sollten, im Mittelpunkt. In den folgenden Jahren werden auf dem gemeinsamen Verständnis von Innovation aufbauend Handlungsziele und Handlungsoptionen diskutiert:

(1) MetaForum 2007: Dimensionen des Innovationsbegriffs,
(2) MetaForum 2008: Strategische Ziele zur Förderung von Innovationen,
(3) MetaForum 2009: Handlungsoptionen für die Akteure im Innovationssystem Gesundheit.

Wir danken den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des MetaForums für ihre engagierten Diskussionsbeiträge, dem Vorsitzenden Prof. Dr. Kurt H. Biedenkopf, den Referentinnen und Referenten im Plenum (Staatssekretär Prof. Dr. Frieder Meyer-Krahmer, Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Dr. Bernhard Bührlen), der Leiterin und den Leitern der Arbeitsgruppen (Priv.-Doz. Dr. Dorothee Gänshirt, Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz), Dr. Albrecht Kloepfer für die Moderation und dem Kooperationspartner MSD SHARP & DOHME GMBH für die uneingeschränkte finanzielle Förderung.

2 Einführung: Dimensionen von Innovation

Kurt H. Biedenkopf

Das MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ soll zunächst Ziele und Zielkonflikte identifizieren, die sich im Bereich des Gesundheitswesens entwickelt haben und die es zu bewältigen gilt. Es soll helfen, die im Konflikt stehenden Fragen in einer nachhaltig wirksamen Weise zu beantworten und damit bestehende Zielkonflikte aufzulösen. Das Verständnis für den Bedarf und die Interessen aller relevanten Beteiligten soll geweckt werden und Wege sollen gesucht werden, wie die unterschiedlichen Interessen in einem so komplexen System wie der Gesundheitswirtschaft ausgeglichen werden können, ohne dadurch seine Innovationsfähigkeit zu gefährden. Die Dimensionen und Kriterien sollen geklärt werden, mit denen Innovationsimpulse beurteilt werden können, um ein gemeinsames Verständnis für die Notwendigkeit von Innovationen im Gesundheitswesen zu erarbeiten.

Zunächst einige Vorbemerkungen: Innovationen sind auf zwei verschiedenen Ebenen angesiedelt: Sie sind zum einen darauf gerichtet, bisher Unterbliebenes aufzuarbeiten, das heißt, Dinge nachzuholen, die zum Teil schon vor 10, 15, 20 Jahren hätten in Gang gesetzt werden müssen. In politischen Entscheidungsprozessen werden Probleme immer erst dann erkannt, wenn sie wirklich drängend werden. Das gilt nicht nur im Gesundheitswesen, sondern beispielsweise auch in der Alterssicherung. Bei der Alterssicherung war die Inkubationszeit der vorhandenen Erkenntnisse bis zum politischen Handeln 25 Jahre. Bereits Mitte der 70er Jahre war bekannt, dass es eine tiefgreifende Veränderung der Bevölkerungsstruktur geben wird, trotzdem wurde das von allen Beteiligten bis Mitte der 90er Jahre als nicht relevant erklärt.

Erst der Jahrtausendwechsel beziehungsweise der Jahrhundertwechsel haben ganz offensichtlich in der Bevölkerung eine neue Sicht auf eine Zeit eröffnet, von der man mehr intuitiv, als reflektiert angenommen hat, dass sie eine andere Zeit sein wird. Dieser Einbruch, man kann das wirklich aufs Jahr bestimmen, hat eine plötzliche Bereitschaft zu Innovationen ausgelöst, die auch heute noch fortdauert. Sie unterstützt damit nachhaltig die zweite Ebene, nämlich die Entwicklung zukunftsorientierter Innovationen. Insofern bin ich, was die Innovationsbereitschaft angeht, heute weniger skeptisch als damals.

Die zweite Vorbemerkung betrifft die Unterscheidung zwischen „kompliziert“ und „komplex“. Eine Gesellschaft, die ihre Leistungsfähigkeit steigert, erhöht damit auch ihre Komplexität. Je höher die Leistungsfähigkeit eines Organismus ist, auch eines gesellschaftlichen, umso komplexer ist er. Eine dezentrale Struktur eines großen Unternehmens ist sehr viel komplexer als eine hierarchische Struktur. Trotzdem wird die dezen-

trale Struktur angestrebt, weil man weiß, dass man ohne die dezentrale Struktur die Produktivität des Unternehmens nicht erhöhen kann. Wenn wir in Kategorien von Wettbewerb und Märkten denken, denken wir in komplexeren Strukturen, als es hierarchische Strukturen wären.

Hierarchische Strukturen erzeugen zwar den Eindruck, sie seien überschaubarer und geordneter. Tatsächlich ist das in einem gewissen Sinn richtig. Wenn diese Strukturen jedoch leistungsfähiger gemacht werden sollen, müssen die Ebenen reduziert werden, mehr Verantwortung verteilt werden. Das ist für die Klinikstrukturen wichtig, aber auch für administrative Strukturen und andere auch. Wer immer hier beteiligt ist, kann nur so viel Komplexität managen, wie seine eigene Struktur es gestattet. Wenn also die Strukturen nicht so gestaltet sind, dass sie in der Lage sind, eine höhere Komplexität zu handhaben, dann kann auch nicht erwartet werden, dass das Gesamtsystem diese höhere Komplexität leisten kann. Insofern ist die Organisationsstruktur mit der Leistungsfähigkeit des Systems untrennbar verbunden.

Das andere ist die Kategorie „kompliziert“. Die Kompliziertheit eines Systems entsteht im Wesentlichen dadurch, dass es sich nicht durch Prozesse steuert, sondern durch Interventionen. Komplexe Systeme sind sehr stark regelkreisorientiert, wettbewerbsorientiert, an der Entwicklung von Alternativen orientiert, um auf diese Weise die ganzen Innovationspotenziale einer Gesellschaft auszuschöpfen. Interventionistische Systeme funktionieren völlig anders. Sie sehen ein bestimmtes Problem, intervenieren zur Veränderung dieses Problems, aber sie wissen nicht, welche Wirkungen sie mit dieser Intervention im Gesamtzusammenhang auslösen.

Wenn die Intervention im konkreten Fall das gewünschte Ergebnis erzielt, gilt sie als erfolgreich. Treten an anderer Stelle Nebenwirkungen auf, werden sie in der Regel nicht mit der Intervention in Verbindung gebracht. Sie werden als neues Phänomen wahrgenommen. Ihm begegnet man erneut durch eine Intervention. Die Folge ist eine wachsende Widersprüchlichkeit innerhalb des Ganzen. Das heißt: eine interventionistische Praxis erkauft ihre punktuellen Erfolge mit dem Risiko zunehmender Widersprüchlichkeit, in unserem Falle mit einem neuen Gesundheitsrisiko. Je widersprüchlicher ein System wird, umso komplizierter wird es. Seine Komplexität wird durch seine Widersprüchlichkeit überlagert. Das erschwert das Management der Komplexität und reduziert damit auch die Leistungsfähigkeit des Systems.

Will man komplexe Systeme gestalten und entwickeln, dann muss man über eine gesamtheitliche, eine holistische oder - wie es in der Wirtschaftspolitik der 50er und 60er Jahren hieß - eine ordnungspolitische Vorstellung von der Gesamtordnung des Systems verfügen: allgemeiner, des Ganzen und seiner Komplexität. Ohne die Kenntnis

des „Ganzen“, ohne ganzheitlichen Zugang zur jeweiligen Gesamtordnung lassen sich auch keine Aussagen über die möglichen Auswirkungen gezielter partieller Veränderungen, also von Interventionen auf das „Ganze“ machen.

Der ungefähren Vorstellung davon, wie die Ordnung aussieht und was sich verändern soll, müssen die Methoden entsprechen, der man sich bedient, um einen bestehenden Zustand zu verändern. Komplexe Systeme werden vor allem durch Regelkreise gesteuert. Die holistisch fundierte Methode ist darum bemüht, die Regelkreise zu erkennen und ihre Wirkungen zu verstehen. Als Lebewesen ist der Mensch das „System“ mit dem wohl höchsten denkbaren „Level of Complexity“, der am höchsten entwickelten Komplexität. Wie jedes komplexe System beruht auch dieses auf Bausteinen, die sich in unendlich vielfältiger miteinander kombinieren und vernetzen. Ihr Zusammenwirken wird im Wesentlichen durch Regelkreise gesteuert. Wir entdecken laufend neue Elemente und Bausteine dieser Komplexität. Aber wir bleiben gleichwohl unendlich weit davon entfernt, sie in ihrer ganzen Komplexität und Vernetzung zu verstehen. Die ganzheitliche Betrachtung bemüht sich um dieses Verständnis. Sie ist deshalb auch offen für alle Erkenntnisquellen, auch solchen, die jenseits unserer bisherigen Sicht der Dinge – etwa unseres derzeit gültigen Wissenschaftsbegriffes – angesiedelt sind.

Deshalb die erste Feststellung: Wenn man Widersprüchlichkeiten in einem System überwinden will, muss man den Versuch unternehmen, zu einem ganzheitlichen Ansatz vorzudringen. Das ist umso schwieriger, je komplexer das System ist. Aber es gibt zu diesem Weg keine Alternative. Es ist diese Herausforderung, die wir annehmen und bestehen müssen, wenn wir unsere Welt allgemein und ihre Teilbereiche, also das „System“ intelligenter gestalten wollen. Vor ihr werden wir während des gesamten Jahrhunderts, jedenfalls während der nächsten 30 bis 40 Jahren immer auf Neue stehen. In allen gesellschaftlichen Bereichen werden wir große Anstrengungen unternehmen müssen, um das, was wir gemeinsam und jeder für sich unternehmen, intelligenter zu gestalten – ob es um den Einsatz unserer Ressourcen oder um das so genannte Humankapital, sprich die menschlichen Befähigungen geht, ob um die Organisation unserer Wirtschaft, unserer Sozialsysteme und Bildungseinrichtungen, allgemein um unsere Lebensweise geht, aber eben auch unsere Gesundheit: alles muss intelligenter werden.

So ist es zum Beispiel im höchsten Maße unintelligent, bei einer schrumpfenden nachwachsenden Bevölkerung die Bildungsanstrengungen nicht zu erhöhen, sondern im Gegenteil den Rückgang der Schülerzahlen zum Anlass für Einsparungen zu nehmen. Dass für weniger Schüler auch weniger Lehrer erforderlich sind, entspringt einer interventionistischen Denkweise. Sie übersieht die Zusammenhänge, die weitergehenden Folgen einer kleineren, nachwachsenden Bevölkerung. Ein Drittel weniger als die ge-

burtenstarken Jahrgänge machen die nachwachsenden Jahrgänge aus und diese Entwicklung setzt sich fort. Je kleiner an Zahl sie sind, umso besser ausgebildet und befähigt müssten sie sein. Ändert sich nichts in unserer Einstellung, kann man die Folgen des Bevölkerungsrückgangs auch durch Einwanderung nicht ausgleichen.

Mir kommt es hier entscheidend auf die Feststellung an, dass es sich bei interventionistischem Denken nicht um ein Spezifikum des Gesundheitswesens handelt. Wir haben es mit einem allgemeinen Problem zu tun. An ihm leiden im Grunde die Wirtschaftspolitik, die Arbeitsmarktpolitik, die Sozialpolitik, das Gesundheitswesen und in erheblichem Maße unser Bildungs- und Wissenschaftssystem. Überwunden werden kann dieses Defizit nur durch eine Konsensbildung über die grundsätzlichen Ziele, die wir gemeinsamen anstrebenden wollen. Fehlen uns die Antworten auf grundsätzliche Fragen und Probleme – einmal unterstellt es gelingt uns, sie zu definieren, also die richtigen Fragen zu stellen – dann können die Antworten in der Regel nur durch Wettbewerb gefunden werden.

Ein Beispiel bietet der in Gang gesetzte neue Exzellenzwettbewerb des BMBF. Er soll nicht nur vorhandene Exzellenz auszeichnen. Er soll vor allem dazu ermutigen, neue Wege zu neuer Exzellenz zu suchen und zu finden. Jeder Wettbewerb ist im Grunde ein Suchprozess, eine Suche nach besseren oder anderen, in jedem Falle – so hofft man – intelligentere Antworten auf bestehende Probleme, Sachverhalte oder Methoden. Seine Offenheit erlaubt es, unterschiedliche Antworten auf gegebene Fragen zu finden und zu erproben. Das macht seine innovativen Wirkungen aus. Ohne Wettbewerb gibt es keine Evolution und damit kein Voranschreiten zu besseren Problemlösungen.

Darin besteht zugleich der grundsätzliche Unterschied zu einer interventionistischen Politik. Ihr fehlt die Offenheit für Alternativen. Sie schreibt mit der – gesetzlichen oder administrativen – Entscheidung angenommene, nicht im Wettbewerb erprobte Richtigkeiten fest. Die gesetzliche Festschreibung scheinbar richtiger Antworten führt zu Besitzständen an diesen Antworten führt. Ist die Antwort falsch, kann sie nur unter großen Schwierigkeiten geändert werden. Sie ist gewissermaßen reformresistent. Deshalb ist es richtig, die Suche nach Antworten so zu gestalten, dass falsche Antworten schnell korrigiert werden und an ihnen damit keine Machtbesitzstände erwachsen können. Diese Korrekturmöglichkeiten liefert der Wettbewerb.

Damit können wir auch erklären, warum es ein Fehler ist, im Gesetzgeber den wesentlichen Innovator unserer gesellschaftlichen Verhältnisse, unseres Gemeinwesens zu sehen. Gesetze werden in der Regel beschlossen, wenn sich eine gewisse Erfahrung angesammelt hat, auf die sich der Gesetzgeber stützen kann. Das Gesundheitswesen

ist ein hervorragendes Beispiel für das alternative Verfahren. Betrachten wir die gesundheitswirtschaftlich relevante Gesetzgebung seit 1977, dann stellen wir fest, dass inzwischen weit über 100 Gesetzen erlassen wurden. Noch aufschlussreicher ist die Tatsache, dass die Halbwertszeit der Gesetze ständig abnimmt. Mit anderen Worten: der Gesetzgeber siedelt den Suchprozess, die Suche nach Innovationen, auf der Ebene der Gesetzgebung an. Das kann nicht funktionieren. Unser MetaForum kann auf hervorragende Weise die Erkenntnis vermitteln, dass es neben der Gesetzgebung eines innovativen Prozesses bedarf, der auf Wettbewerb beruht. Nur er kann letztlich die Basis für Entscheidungen darüber liefern, welche Innovationen die Aussicht haben, längerfristig wirksam und brauchbar zu sein.

Im Bereich des Gesundheitswesens müssen wir, wie in der Gesamtgesellschaft, eine ganze Reihe von Veränderungen bewältigen. Einige wurden von Prof. Meyer-Krahmer schon erwähnt. Erlauben Sie dennoch die eine oder andere Vertiefung.

Als erstes eine Bemerkung zur demografischen Entwicklung. Sie ist die mit Abstand bedeutendste Herausforderung für Deutschland, für ganz Europa und letztendlich für die ganze Welt. Die kommenden 50 Jahre werden uns vor Veränderungen stellen, für deren Bewältigung uns keine historischen Erfahrungen zur Verfügung stehen. Das macht die Sache auf der einen Seite so schwierig, weil wir nicht auf die Erfahrungen Älterer zurückgreifen können. Umso größer jedoch wir damit zugleich die Bedeutung des Such- und Innovationsprozesses, der uns auch hier beschäftigt.

Die demografische Veränderung findet zum einen in unserem Land statt. Dazu nur ganz wenige Feststellungen. Die 60er Jahre waren der letzte Zeitraum, in Deutschland und in Europa, in dem fast eine bevölkerungserhaltende Geburtenrate fast erreicht wurde. Mitte der 70er Jahre sinkt die Geburtenrate auf etwa 1,4 Kinder pro Frau und stabilisiert sich dort. Statt 2,1 werden nur 1,4 Kinder pro Frau geboren. Das heißt rund 30 % weniger Geburten, als zum Bestandserhalt der Bevölkerung notwendig wären. Seit 30 Jahren ziehen drei Erwachsene zwei Kinder groß.

Dieser Prozess lässt sich kurzfristig auch nicht verändern. Unsere familienpolitischen Anstrengungen sollten wir deshalb nicht in erster Linie unternehmen, um die Zahl der Geburten zu erhöhen. Wir sollten vielmehr darauf konzentrieren, die – ökonomisch gesprochen – Leistungsfähigkeit der kleiner gewordenen Jahrgänge, der zahlenmäßig kleineren Generationen besser auszuschöpfen. An unseren Hochschulen studieren heute fast so viele junge Frauen wie junge Männer. Das ist eine unverzichtbare Investition unseres Landes in die nachwachsende Generation. Intelligent ist es, die Gesellschaft jetzt so zu organisieren, dass diese Investitionen, sowohl der Männer, wie der Frauen, auch genützt werden können, ohne dass dadurch Familie und Nachwuchs-

pflege Not leidend werden. Ein gutes Beispiel für die enge Verzahnung von Bildung, Ausbildung und Ressourcennutzung.

Wie wird – nach unserem heutigen Kenntnisstand - die Entwicklung im 21sten Jahrhundert verlaufen? Ende des 20sten Jahrhunderts waren 17,6 Mio. Menschen in der deutschen Bevölkerung jünger als 20. Mitte des 21sten Jahrhunderts werden es 11,2 Mio. sein. Wir werden eine dramatische Reduktion der nachwachsenden jüngeren Generation erleben. Zugleich wird die Altenlast wachsen, die auf den 20- bis 64-jährigen ruht, das heißt auf den Schultern der erwerbstätigen Bevölkerung. Heute beträgt die Altenlast, die auf der 20- bis 64-jährigen, der Erwerbsbevölkerung ruht, 25 %. Mitte des 21sten Jahrhunderts wird sie 53 % betragen. In 17 Jahren, also im Jahre 2025, werden es bereits 51 % sein. Niemand hat heute eine wirkliche Vorstellung davon, was das bedeutet. Jedenfalls können wir in der Diskussion der Frage, ob das Rentenalter auf 67 verschoben werden soll, kaum eine derartige Einsicht erkennen. Offenbar gibt es keinen an dieser Debatte Beteiligten, der sich die wahre Dimension des Problems vor Augen führt. Sonst müsste sie anders geführt werden und dürfte sich nicht in der Sorge um die Unfähigkeit eines 66-jährigen Dachdeckers erschöpfen, noch Dächer zu decken.

Diese Einsichten müssen die Grundlagen unserer innovativen Anstrengungen bilden. Entscheidend ist die Aufklärung der Sachverhalte als notwendige Voraussetzung für innovatives Handeln. Ihre Aufklärung gehört zu den schwierigsten politischen und gesellschaftlichen Aufgaben. Im Bonner Institut für Wirtschaft und Gesellschaft (IWG-BONN) wurden bereits Ende der 70er Jahre eine ganze Reihe von Vorschlägen zur Reform der sozialen Systeme, des Arbeitsmarktes und der Staatsfinanzen erarbeitet, die auf den damals bereits verfügbaren demographischen Erkenntnissen beruhten. Sie erwiesen sich als wirkungslos: nicht deshalb, weil man die Vorschläge nicht diskutieren wollte, sondern weil man bereits die Sachverhalte bestritt, auf denen sie fußten.

Die Aufklärung der Sachverhalte ist die notwendige Voraussetzung für die Beantwortung der innovationsfördernden Frage: Was geschieht, wenn nichts geschieht? Diese Frage ist für unsere eigene innovative Arbeit stets von zentraler Bedeutung gewesen. Denn erst durch die Darstellung dessen, was geschieht, wenn nichts geschieht, können wir Verständnis dafür auslösen, dass etwas geschehen, sich etwas ändern muss. Eine wohlhabende Gesellschaft ist nun weit weniger bereit, einzusehen, dass sich etwas ändern muss als eine Gesellschaft, die vor einer bewusst gewordenen Krise steht. Der Volksmund sagt: Not macht erfinderisch. Dass Wohlstand erfinderisch macht, gehört nicht zu seinem Erfahrungsschatz.

Wir müssen deshalb mit Widerständen rechnen, wenn wir innovativ tätig werden. Dabei handelt es sich keineswegs nur um die Widerstände der organisierten Besitzstände. Der stärkste Widerstand wird von den Besitzständen an eingefahrenen Denkstrukturen geleistet. Nur wenn wird bereit sind, uns auch mit diesen Besitzständen auseinander zu setzen, können wir die Organisationen verändern, in denen sich die eingefahrener Denkstrukturen manifestieren. Als Strukturen sind sie Ausdruck der Bedingungen einer bestimmten Zeit und ihrer Herausforderungen: einer Zeit, in der sie am besten geeignet erschienen, ein damals entstandenes Problem zu lösen.

Mit der Veränderung der Wirklichkeit verändern sich jedoch auch die Probleme, die es zu bewältigen gilt. Die bestehenden Organisationen und Strukturen werden diese Wirklichkeitsveränderung gleichwohl so lange leugnen, wie der Veränderungsdruck sie nicht um ihre Existenz fürchten lässt. Erst wenn die Gefährdung der eigenen Existenz evident wird, werden sie bereit sein, sich Veränderungen anzupassen. Die Umsetzung oder Verwirklichung einer jeden Innovation beginnt also mit der Aufarbeitung der veränderten Sachverhalte.

Zu ihnen gehört, neben der demographischen Entwicklung im eigenen Land, die wohl einschneidendste weltweite Veränderung der demografischen Entwicklung. Sie wird sich auf alle Lebensverhältnisse auswirken, nicht nur auf die hier zur Erörterung stehenden Entwicklungen im Gesundheitswesen – und dies nicht nur vorübergehend, sondern während des gesamten 21. Jahrhunderts. Im Kern geht es um eine historisch einmalige Expansion der Menschheit. Wir erleben derzeit die ersten Vorläufer dessen, was es bedeutet, dass etwa 2,5 Milliarden Menschen allein in China und Indien so leben zu wollen wie wir. Diese 2,5 Milliarden Menschen sind gut 500 Millionen (die gesamte EU Bevölkerung) mehr als die gesamte Menschheit zu der Zeit, als ich geboren wurde. Wir leben, mit anderen Worten, in einer einmaligen, unhistorischen Zeit leben. Deshalb fehlt uns auch hier jede Möglichkeit, auf historische Erfahrung zurück zu greifen. Das macht uns die Bewältigung auch der dieser neuen Wirklichkeiten nicht leichter.

Aus ihrer Entwicklung erwächst uns ein neuer, globaler Wettbewerb. Er wird uns, wenn wir unseren Lebensstandard erhalten wollen, zwingen, unser Land immer intelligenter zu organisieren, alle Möglichkeiten der Rationalisierung, der Steigerung der Effizienz und der besseren Organisation des gesellschaftlichen und staatlichen Lebens auszuschöpfen, mit einem geringeren Ressourcenverzehr die gleichen Ergebnisse zu erzielen und vieles mehr. An Möglichkeiten der Verbesserung des Vorhandenen fehlt es nicht. Aber die können wir nur nutzen, wenn wir bereit sind, uns von eingefahrenen Denkstrukturen zu trennen.

Mit der noch immer exponentiellen Vermehrung der Menschheit vermehrt sich auch die Zahl der arbeitsfähigen Menschen, die bereit sind, für weit geringere Einkommen zu arbeiten und einen weit geringeren Lebensstandard zu akzeptieren als wir. Aus unserer Sicht stellen sie eine Gefahr dar. Dies insbesondere in Verbindung mit der von Herrn Meyer-Krahmer erwähnten Tatsache, dass industrielles Wissen inzwischen der ganzen Menschheit zugänglich ist und damit zur Verfügung steht. Als eine besondere Befähigung wird deshalb unser deutscher Maschinenbau nur dann noch wahrgenommen werden, wenn wir genauer, besser und innovativer bauen als andere.

Diese Veränderungen wiederum treffen zusammen mit einer wissenschaftlich-technischen Revolution der Nanotechnologien, der Gentechnologien, die mit exponentiell zunehmender Geschwindigkeit verläuft. Für das Gesundheitswesen kann sich daraus als eine zukünftiger Innovations- und Forschungsaufgabe die Beantwortung der folgenden Frage ergeben: bis zu welchem Grad sind die Menschen und ihre Gesellschaften in der Lage, sich exponentiell verlaufenden Veränderungen ihres wissenschaftlich-technischen Umfeldes und ihrer Umweltbedingungen anzupassen. Wie lange können Menschen mit einer vergleichsweise einfachen Ausbildung mithalten, wenn ihre Kinder ihnen technologisch zunehmend überlegen sind? Welche Autoritätsstrukturen entwickeln sich in solchen Gesellschaften? Welche Folge ergibt sich für das Verhältnis zwischen den Generationen, auch im Hinblick auf die weitere Verlängerung der Lebenserwartung? Welche gesundheitlichen Konsequenzen wird der zunehmende Anpassungsdruck haben? Schon heute werden rund 40 % der Erkrankungen von Arbeitnehmern auf Stress zurückgeführt, 25 % der erwachsenen Bevölkerungen klagen nach Umfragen über Stress.

Die Verlängerung der Lebenserwartung selbst ist die wichtigste Ursache für die fortdauernde Expansion der Weltbevölkerung, bedeutsamer als die Entwicklung der Geburten. In etwa 15 Jahren wird deshalb China eine ähnliche demografische Revolution erleben wie wir heute, eher noch tiefgreifender, weil die chinesische Bevölkerung schneller altern wird als unsere. Ähnliches gilt auch für Japan.

Und nun zu den Innovationen: Ausgangspunkt aller Innovationen, die hier und in den weiteren Veranstaltungen des MetaForen diskutiert werden, ist zweifellos das gesetzlich geregelte System der Gesundheitsversorgung, mit seinen zahlreichen Fortentwicklungen. Diese werden weitgehend staatlich bestimmt. Eine Reihe struktureller Veränderungen sind inzwischen gelungen. Ihre Bedeutung sollte man nicht unterbewerten. Zu ihnen gehört die Überwindung alter standesrechtlicher Vorstellungen von Organisation und Ausübung des Arztberufes: Gemeinschaftspraxen und ähnliche Formen der Zusammenarbeit sind inzwischen zuzulassen und erscheinen uns heute so selbstverständlich, dass uns die Grabenkämpfe der Vergangenheit, die darüber geführt wurden,

nicht mehr relevant erscheinen. Nur ihr Echo ist immer noch vorhanden. Eine Reihe anderer, auf Transparenz zielende Veränderungen sind inzwischen verwirklicht. Gleichwohl habe ich den Eindruck, dass sich die Reformmöglichkeiten innerhalb des Systems zunehmend erschöpft haben.

Wir werden deshalb einen wirklich innovativen Prozess nur in Gang setzen, wenn wir uns aus den Strukturen des gegebenen Systems lösen. Die Lösung aus dem gegebenen System erfordert eine neue Zielbestimmung. Die heutige Zielbestimmung lautet Krankenversorgung. Gefragt wird nicht nach dem gesunden Menschen, sondern nach den Defiziten, die als Krankheit definiert sind und behoben werden müssen. Das Gesundheitswesen ist ein auf die Beseitigung von Defizite ausgerichtet. Das bestehende System verfügt über einen ausufernden Krankheitsbegriff. Aber es kennt keinen Gesundheitsbegriff. Der frühere Bundespräsident Rau hat dies einmal in der ihm eigenen Art formuliert: „Wir sind alle krank, es ist nur noch nicht bei allen diagnostiziert worden." Er formulierte damit einen Auftrag des Gesundheitswesens, dessen wesentliche Innovationsmöglichkeiten sich inzwischen erschöpft haben.

Das heißt aber: die entscheidende Innovationsaufgabe besteht darin, nach einer neuen Ausrichtung, nach neuen **Perspektiven** und einer neuen **Zielsetzung** des Gesundheitswesens zu suchen. Was ist seine Aufgabe, was sein Verständnis von Medizin und Gesundheit für morgen? An welcher Ordnungsvorstellung sollen wir uns orientieren?

Ordnungsvorstellungen dienen uns, ähnlich wie eine Landkarte oder das Bild, mit dessen Hilfe wir ein großes Puzzle zusammen zu setzen versuchen, als Auskunft über das Ganze und seine Zusammenhänge. Ohne das Bild, das uns die Zuordnung der Puzzlesteine, also ihre Ordnung vermittelt, ist die Aufgabe, das Bild zusammen zu setzen, nur schwer zu lösen. Das gilt auch für das Gesundheitswesen. Auch hier sehen wir uns einer Fülle von Einzelteilen gegenüber, die so miteinander verbunden werden sollten, dass jedenfalls im Großen und Ganzen das Bild des Ganzen entsteht, mit dem wir es zu tun haben. Wir bemühen uns – mit anderen Worten – um eine ganzheitliche Betrachtung der einzelnen Elemente und um ein besseres Verständnis ihrer Ordnung.

Ziel solcher Bemühung sollte es dabei auch sein, das Gesundheitswesen durch einen Brückenschlag zwischen klassischer Schulmedizin und Erfahrungsmedizin zu bereichern. Dass die Erfahrungsmedizin einen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leisten kann, ist heute im Grundsatz unbestritten. Einzelne ihrer Erscheinungsformen werden inzwischen auch vom bestehenden System anerkannt. Gleichwohl sollten Wissenschaft und Forschung den Brückenschlag und die Zusammenarbeit zwischen beiden Bereichen fördern, indem sie erfahrungsmedizinischer Erkenntnisse zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung machen? Derzeit, so erscheint es mir, werden wesentli-

che Bereiche erfahrungsbasierter medizinischer Erkenntnissen nicht als Gegenstand wissenschaftlicher Beschäftigung zugelassen. Vielfach werden dafür nicht konkrete Gründe, sondern die generelle Behauptung bemüht, man habe es nicht mit Phänomenen zu tun, die wissenschaftlicher Erforschung zugänglich seien, sondern mit Quacksalberei. Derartige Argumente klingen eher nach Vorurteil und Besitzstandswahrung als nach genuinem wissenschaftlichem Interesse.

In der medizinischen Fakultät der Dresdner Universität treffen wir seit einiger Zeit auf Anzeichen einer zunehmenden Bereitschaft, sich mit erfahrungsmedizinischen Phänomenen zu beschäftigen und darin eine wichtige wissenschaftliche Aufgabe zu sehen. Gleichwohl bleibt die gegenseitige Annäherung schwierig. Denn schon die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Disziplinen innerhalb der Schulmedizin ist keineswegs einfach. So sind Versuche einer medizinischen Fakultät gescheitert, die Zahnmediziner und die allgemeinmedizinische Ausbildung jedenfalls in so weit zusammen zu führen, als es um gemeinsame Fragestellungen handelt. Der Widerstand ging allerdings nicht von den Allgemeinmedizinern, sondern von den Zahnmedizinern aus, die offenbar wenig Wert darauf legen, mit der Allgemeinmedizin zu kooperieren. Angesichts der vielfältigen, inzwischen evident gewordenen Zusammenhänge zwischen beiden Disziplinen, erscheinen mir derartige Verweigerungen eher verantwortungslos.

Wie können wir derartige Verweigerungen, Neues zu denken, überwinden? Auch das ist eine Innovationsaufgabe. Wie können wir die Beteiligten für eine, durch einen ganzheitlichen Ansatz definierte Zusammenarbeit interessieren, ihnen bewusst machen, dass sie sich als wertvolle Erweiterung ihrer Erfahrungen und als eine wertvolle Befruchtung ihrer wissenschaftlichen und beruflichen Entwicklung erweisen kann? Wie ihnen die Einsicht vermitteln, sie könnten als Folge ihrer Zusammenarbeit auch für ihre Patienten mehr leisten?

Lassen Sie uns die Fragen noch ein Stück weiterführen. In allen Wissenschaften, hat sich als Folge der Spezialisierung ein Problem entwickelt: das Problem abnehmender Sprachfähigkeit und damit des Verlustes einer gemeinsamen Sprache. Das Dresdner Max-Planck Institut für die Physik chemischer Stoffe hat sich die Aufgabe gestellt, neue Stoffe zu entwickeln. Dafür braucht man Chemiker, die neue Stoffe erfinden und darstellen, und Physiker, die mit ihren Messungen die Qualitäten der neuen Stoffe messen. Beide Disziplinen sahen sich dabei genötigt, zunächst eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, gewissermaßen als Voraussetzung für die Bewältigung ihrer eigentlichen Forschungsaufgabe.

Wie in vielen anderen Beispielen zeigte sich auch hier: die Vertiefung der Spezialisierung kann zu Lasten der Fähigkeit gehen, den Zusammenhang mit anderen Wissen-

schaften zu erkennen und gemeinsam zu erforschen. Um es im Bilde zu verdeutlichen. Der Spezialist ist wie der Brunnengräber. Er gräbt sich immer tiefer in den Boden der Erkenntnis und vermehrt so sein Spezialwissen. Der Himmelsausschnitt, den er sieht, wird immer kleiner. Eines Tages hält ihn der Brunnengräber für den ganzen Himmel – und jeder sieht seinen eigenen Himmel– und kennt nur noch seine Begrifflichkeit.

Innovationen entstehen jedoch nicht primär in den immer spezialisierten Ausschnitten der Disziplinen. Sie entstehen primär an deren Schnittstellen. Die Möglichkeit, zwischen den verschiedenen Disziplinen und ihren Spezialisierungen fruchtbare Verbindungen und Zusammenhänge herzustellen, ist deshalb für den Innovationsprozess entscheidend. Dabei existieren Schnittstellenprobleme bereits innerhalb der jeweiligen Disziplinen, nicht nur zwischen den Disziplinen. In beiden Fällen geht es deshalb für den Innovationsprozess auch darum, wie es uns gelingen kann, die Schnittstellen als Quelle von Innovationen zu aktivieren, ohne die Leistungsfähigkeit der Spezialisten zu gefährden? Ohne uns den Nutzen hochgradiger Spezialisierung mit zunehmenden Kommunikationsproblemen zwischen den Disziplinen zu erkaufen? Wenn es um Innovation geht, müssen wir uns auch damit beschäftigen.

In der pharmazeutischen Industrie werden ebenfalls große Veränderungen stattfinden. Sie werden von der Wissenschaft angetrieben, aber nicht nur durch sie. Eine der Fragen, die sich uns dabei stellen und der innovativen Behandlung bedürfen, ist die nach den Möglichkeiten, die medizinische Versorgung zu individualisieren. Eine stärkere Individualisierung der Leistungen für den Patienten ist notwendig, wenn es gelingen soll, von der Defizitorientierung der Krankenversorgung zu Gesundheitsorientierung fortzuschreiten und den Patienten und Bürger als Partner zu gewinnen. Diese Individualisierung wird auch die Versorgung mit Medikamenten erfassen. Auch sie muss deshalb in ihren Möglichkeiten und Auswirkungen erforscht werden.

Was ist individualisierbar, was nicht? Und wenn das Gesundheitswesen individualisiert werden soll, welche Ressourcen werden dafür benötigt? Kann sie vom spezialisierten Facharzt allein geleistet werden und in welchem Umfang? Oder müssen sich unterschiedliche ärztliche Fähigkeiten und Spezialisierungen vernetzen, um den Patienten im Sinne ganzheitlicher ärztlicher Dienste zu verstehen und damit auch in ganzheitlichem Sinne zu behandeln? Was nichts anderes bedeutet, als bisherige interventionistische Behandlungsformen durch eher ganzheitlich orientierte Behandlungsformen abzulösen und damit zu überwinden? Wie und in welchen Strukturen lassen sich diese, auf eine holistische Behandlung zielende Vernetzungen organisieren? Neue Organisationsformen ärztliche Leistungen sind bereits angesprochen worden. Die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen verschiedenen Einzeldisziplinen, in Ärztehäusern oder den einst verpönten Polikliniken oder auf andere Weise, ist heute bereits möglich. Ihre

weitere Entwicklung zu befördern und damit auch die Kreativität und die Intelligenz der medizinischen Leistungen zu verbessern, ist unverzichtbar.

All dies sind bereits für sich genommen weitreichende Fragestellungen. Auf die pharmazeutische Dimension bezogen geht es bei der Individualisierung unter anderem um die Frage, ob es möglich sein wird, die Kompatibilität eines Pharmakon mit dem einzelnen Patienten festzustellen. Im Bereich der Neurologie werden solche Versuche offenbar bereits unternommen. Sie erweisen sich als sehr schwierig. Man könne allerdings nicht ausschließen, dass auch wesentlich einfachere Methoden gefunden werden könnten. Nehmen wir einmal an, die medizinische Forschung hätte Verfahren entwickelt, die uns in die Lage versetzen, individuelle Kompatibilitäten zu messen. Sie würden die derzeitige Praxis und wohl auch die pharmazeutische Industrie revolutionieren. Jedenfalls würden sie mit entscheidend neuen Fragestellungen konfrontieren.

Ich fasse zusammen: zukunftsorientierte Innovationen im Medizinbereich setzen voraus, dass wir bereit sind, uns aus den durch das bestehende System vorgegebenen Strukturen, Möglichkeiten, Traditionen und Vorstellungen zu lösen. Beschränken wir uns auf Innovationen innerhalb des Bestehenden, dann werden unsere Gestaltungsmöglichkeiten, die berühmten Schräubchen des Systems, an denen wir noch drehen könnten, immer kleiner. Die Wirkungen der Veränderung werden geringer, die Halbwertzeiten gesetzlich unternommener Anpassungen und Veränderungen des bestehenden Systems immer kürzer. Die erhoffte Stabilität seiner Grundlagen – primär die an das Arbeitsverhältnis gebundene, die Bismarcksche Grundsatzentscheidung fortführende gesetzliche Krankenversicherung – immer trügerischer.

Früher oder später verliert die Eigengesetzlichkeit des Systems schließlich die Kraft, wirkliche Innovationen zu blockieren. Dann durchbricht die Dynamik der neuen Wirklichkeiten und ihrer Möglichkeiten die Blockaden und zerstört mit seinen überholten Strukturen auch die politische Legitimation des alten Systems. Die sozialen und politischen Implikationen einer derartigen Selbstzerstörung des Bestehenden wären weit schwerwiegender als es alle, wie auch immer gearteten durchgreifenden Innovationen und Neugestaltungen es je sein könnten.

Wollen wir einen derartigen Bruch vermeiden, müssen wir uns – was im Übrigen keineswegs nur für die Medizin gilt - aus den bestehenden Denkgerüsten lösen und uns fragen, welche Alternative uns zur Verfügung stehen. Wir müssen bereit sein zu einem **Paradigmawechsel im Gesundheitswesen**. Im Kern bedeutet dies: einen evolutionären, durch eine Vielfalt von Innovationen in allen betroffenen Bereichen hervor gebrachten und begleiteten Prozess der Erneuerung einzuleiten. Dessen Ziel muss es sein: den Übergang von einer defizitorientierten Strategie überzugehen zu einer Stra-

tegie, welche den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung zum Ziel hat.

Dabei spielt - Staatssekretär Meyer-Krahmer hat es erwähnt - die Prävention eine entscheidende Rolle. Hier stehen wir noch ganz am Anfang. Module müssen entwickelt werden, die relativ einfache und trotzdem zuverlässige prophylaktische Untersuchungen ermöglichen. Strukturen müssen gefunden und organisiert werden, die es erlauben, die Untersuchungen ohne Zwang und in Zusammenarbeit mit den Bürgern durchzuführen.

Möglich wären zum Beispiel freiwillige, von Betriebskrankenkassen unterstützte Präventivuntersuchungen in Unternehmen oder Vereinbarungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitern, durch die Vorsorgemaßnahmen in Unternehmen angeboten werden. Arbeitnehmer, die teilnehmen, erhalten einen Bonus oder zahlen geringere Beiträge in die Betriebskrankenkasse. Der Phantasie sind keine engen Grenzen gesetzt. Immer handelt es sich um Fragen, die erforscht und beantwortet werden müssen – also um Innovationen. Der Anfang wird nicht leicht sein, obwohl es bereits eine Zahl beispielhafter Versuche gibt. Denn wer sich gesund fühlt, sieht häufig keinen Grund, sich untersuchen zu lassen. Das Interesse an Gesundheitsvorsorge muss also geweckt werden. Wettbewerbe und Vorbilder sind gute Methoden, das zu erreichen.

Ziel der Anstrengungen muss sein, ein neues Bewusstsein für die Bedeutung eines gesunden Lebens zu wecken, das Interesse der Gesunden gewissermaßen, gesund zu bleiben und die Verlängerung der Lebenserwartung nicht als Verlängerung des Pflegezeitraums zu erleben. Sondern den Gewinn einer Verlängerung des Lebens auch darin zu sehen, dass sich nicht nur das Leben insgesamt verlängert, sondern der gesunde Teil des Lebens. Wenn aus keinem anderen Grund, dann schon angesichts der geringen Chance, intensivere und zeitlich ausgedehntere Pflegeleistungen tatsächlich zu erhalten. Letztlich geht es in jedem Falle darum, die Bürger zu gewinnen, im Gesundheitswesen nicht nur eine verlässliche therapeutische Veranstaltung sondern eine Gemeinschaftsleistung zu sehen, deren Ziel es ist, zu einem gesunden Leben jedes Einzelnen bis ins hohe Alter beizutragen - und damit zu mehr Lebensqualität.

Dieses Ziel: ein neues Denken, einen Neue Sicht der Dinge, ist sehr anspruchsvoll. Unser Gesundheitswesen kann es nicht allein verwirklichen. Aber ohne seine Innovation an Haupt und Gliedern ist es nicht erreichbar. Das macht seine besondere innovatorische und beispielgebende Verantwortung aus. Aber des wird nicht ohne die Mitwirkung der Bevölkerung gelingen. Deshalb sind auch hier Innovationen gefragt: wissenschaftlich fundierte, praktisch erprobte und politisch geförderte. Wie geht man vor, wel-

che Strukturen brauchen wir, wie werden wir den unterschiedlichsten Bedürfnissen der Menschen gerecht? Wie wahren wir die gesellschaftliche Vielfalt?

In den USA habe ich kürzlich eine Diskussion der Frage erlebt, wie die Pflege und die Unterbringung älterer Menschen organisieren werden sollte, wenn es sich um homosexuell oder lesbisch veranlagte Menschen handelt, denen es Schwierigkeiten bereitet, mit anderen zusammen zu leben - und umgekehrt. Der Anteil dieser Menschen an der Bevölkerung, die sich zu ihrer Veranlagung bekennen, hat stark zugenommen. Wir schützen sie heute selbstverständlich vor Diskriminierungen. Wie realisieren wir ihren Schutz im Alter und in der Pflege?

Die Gestaltung der Pflege alter Menschen wird nicht zuletzt durch die demographische Entwicklung der kommenden Jahrzehnte definiert. Das Ausmaß ihrer Veränderung lässt sich auch in der Feststellung zusammenfassen: Die 65-jährigen pflegen die 95-jährigen. Denn jüngeres Personal wird nicht mehr in ausreichendem Umfang zur Verfügung steht. Weder allgemein Dienstverpflichtete noch Zivildienstleistende noch ausreichend ausgebildete Migranten werden die Aufgaben übernehmen können, denn die Jüngeren werden für andere Aufgaben gebraucht werden. Oder sie werden sich derartigen Verpflichtungen entziehen - was ihnen in Europa ohne Schwierigkeiten gelingen wird. Denn ganz Europa wird um die nachwachsende Generation konkurrieren.

So stellt uns unsere Zeit vor Herausforderungen, die ebenso neu sind wie die Veränderungen der Wirklichkeit, welche sie hervorbringen. Unsere Antwort kann nur lauten: Wir müssen unser Denken den neuen Wirklichkeiten und ihrer zukünftigen Entwicklung öffnen. Wir müssen in völlig neuen Dimensionen denken. Es geht um eine Neue Sicht und damit um eine Innovationsleistung, die nicht nur der Dinge unsere Lebensumwelt zum Gegenstand haben muss, sondern unser eigenes Denken. So wünsche ich diesem Forum und den beiden nachfolgenden, dass sie dazu einen Beitrag leistet werden: und wenn diese Beiträge in nichts anderem bestehen als in einer Fortschreibung der Landkarte unverzichtbarer Innovationen und ihrer Ziele. Wenn es um ein Neues Denken geht, wäre das bereits ein großer Erfolg.

3 Innovation im Gesundheitswesen aus Sicht der Politik

Frieder Meyer-Krahmer

Das MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ unterstütze ich aus zwei Gründen gerne. Zum einen spricht die Relevanz des Themas für sich, der Innovationsbedarf ist unstrittig. Ein zweiter Grund besteht darin, dass ich derzeit die Hightech-Strategie der Bundesregierung koordiniere, die deutlich über die klassische Forschungsförderpolitik hinausgeht und wirklich ganzheitlich versucht, Innovationspolitik zu betreiben, d. h. Forschung, Bildung, insbesondere auch den Regulationsrahmen und die Markteinführungsprozesse systemhaft einzubeziehen. Ein ganz wichtiges Element der Hightech-Strategie ist die Konzentration auf sogenannte Leitmärkte, d. h., dass staatliche Politik sehr viel stärker als bisher einen Beitrag dazu leistet, dass die Unternehmen eine bessere Positionierung auf neuen oder sich wandelnden Märkten entwickeln können. Politik wird auch hier gefordert, sehr viel stärker miteinander verzahnt zu agieren, was ein außerordentlich schwieriges Unterfangen ist. Gerade das Gesundheitssystem ist sehr komplex und die Ziele, die im Gesundheitssystem verfolgt werden, sind sehr heterogen. Insofern ist die Frage, wie sich aus dem Gesundheitssektor ein innovationsgetriebener Wachstumsmarkt mit Chancen für die deutschen Unternehmen auch auf dem Weltmarkt machen lässt, und nicht nur händeringend nach Möglichkeiten der Kostenbegrenzung und Einsparungsmöglichkeiten suchen. Hier erhoffe ich mir auch von dieser Dialogreihe eine Reihe von Anregungen. Selbst die Politik ist segmentiert in verschiedene Perspektiven, was auch in der Anwesenheit von Vertretern des Bundesforschungsministeriums, des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundeswirtschaftsministeriums deutlich wird. Dass sich die relevanten Akteure hier an einen Tisch gesetzt haben, ist ein wichtiges Zeichen.

Die Definition von Innovation und der Umgang mit der Definition sind bezeichnend für die Herangehensweise in meinem Ministerium. Innovation wird oft noch ganz klassisch als linearer Prozess verstanden, nach dem Investitionen in die Grundlagenforschung zu Inventionen führen. Diese Inventionen werden dann in Produktkonzepte umgewandelt und die Produkte in den Markt eingeführt. Mit Innovation sind jedoch auch noch völlig andere Dinge verbunden: Struktur- und Systeminnovation, der institutionelle Rahmen, der Regulierungsrahmen, aber auch die Verhaltensweisen der Individuen, sich wandelnde Innovationsstrategien und neue Geschäftsmodelle der Firmen. Deshalb muss die erweiterte Perspektive von Innovation, der übergreifende Innovationsbegriff, der auch die Grundlage des MetaForums bildet, noch stärker ausgearbeitet werden, auch um neue Politikkonzepte zu entwickeln.

Bei der Förderung von Innovation für das Gesundheitswesen liegen die wichtigsten Handlungsfelder der Bundesregierung zum einen darin, die Patientenversorgung weiter zu verbessern und gleichzeitig kosteneffizienter zu gestalten. Sie unterstützt dafür die Überführung von Forschungsergebnissen in die Entwicklung neuer Diagnostika und neuer Therapeutika. In der Hightech-Strategie haben wir deshalb zwei Schwerpunkte gesetzt, die Revitalisierung des Pharmastandorts Deutschland und die Stärkung der Medizintechnik in Bezug auf Leitmarktfähigkeit. Zudem sollen die Potenziale von bestimmten Schlüsseltechnologien wie der Informations- und Kommunikationstechnologie in der Gesundheitsversorgung stärker genutzt werden.

Einer der Ansatzpunkte des Bundesforschungsministeriums ist die Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Wirtschaft. Die Kooperation zwischen Wissenschaft und Wirtschaft in Deutschland ist verbesserungsbedürftig. Als ein herausragendes Element der Hightech-Strategie müssen neue Anreize für diese Zusammenarbeit entwickelt werden. Die Zusammenarbeit von forschenden pharmazeutischen Unternehmen, Universitäten, Kliniken und außeruniversitären Einrichtungen stellt eine wichtige Komponente im Innovationsgeschehen dar und ist eine wichtige Grundlage für den Standort. Etwa 25 % aller Arzneimittelinnovationen können heute nur in Kooperation mit akademischen Forschungseinrichtungen entwickelt werden. Es geht also darum, gute Vernetzungen zu schaffen, wofür wir eine ganze Reihe von Instrumenten entwickelt haben, z. B. die Verbundforschung, aber auch die Forschungsprämie als ganz generell über den Gesundheitsbereich hinausgehende Ansätze. Hier geht es darum, alle Glieder in der biopharmazeutischen Wertschöpfungskette vom Forschungslabor über den Einsatz in der Klinik bis zur Produktion neuer Medikamente frühzeitig in ein gemeinsames Konzept einzubeziehen. Dafür braucht es natürlich einen Dialog zwischen den Akteuren, wie er auch beim MetaForum "Innovation im Gesundheitswesen" gestartet wird. Es gibt eine ganze Reihe von fachlich orientierten Forschungsförderungsprogrammen, mit denen ein Wettbewerb der besten Ideen zur Umsetzung neuer Therapien und Wirkstoffe gefördert wird. Insgesamt will die Bundesregierung bis 2011 dafür immerhin 800 Millionen Euro ausgeben.

In der Medizintechnik sieht die Situation etwas anders aus. Nach einer Studie, die für das BMWi durchgeführt worden ist, kooperieren 86 % der erfolgreichen Innovatoren im Geschäftsbereich Medizintechnik mit Forschungseinrichtungen, hier ist die Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Wirtschaft also ganz zentral. Dennoch klagen medizintechnische Unternehmen, die hier in Deutschland tätig sind, dass sie zwar auf Auslandsmärkten sehr guten Erfolg haben, gleichzeitig aber relativ große Schwierigkeiten, hier am Heimmarkt erfolgreich tätig zu werden. Damit ist natürlich implizit auch die Drohung einer Standortverlagerung verbunden. Insofern ist es für uns alle eine wichtige Frage, wie man den Heimmarkt im Bereich der Medizintechnik so gestalten kann,

dass der Erfolg der Unternehmen sich auch hier einstellt und möglicherweise der Heimmarkt zum Testmarkt für den Sprung in die weltweiten Märkte wird. Auch an dieser Stelle wäre ein Feedback vonseiten des MetaForums sehr wichtig: Wo werden die entscheidenden Faktoren gesehen, an denen man Änderungen vornehmen muss, um diese Testmarktfähigkeit des großen Heimmarktes Deutschland zu ermöglichen? Was sind die Parameter, an denen gedreht werden muss?

Wir sind stolz auf unsere erfolgreichen F&E-intensiven, innovativen medizintechnischen Unternehmen. Auch in diesem Bereich unterstützen wir Partnerschaften zwischen den verschiedenen Akteursgruppen, z. B. mit einem großen medizintechnischen Kongress, in dem wir versucht haben, auch die verschiedenen Verbände an einen Tisch zu bekommen. Diese Partnerschaften sind eines der Erfolgsrezepte der Hightech-Strategie. Wir werden versuchen, hier zentrale Aktionsfelder zu definieren, bei denen Durchbrüche erreicht werden sollen. Ein weiteres wichtiges Element für die Schnittstelle Wirtschaft/Wissenschaft ist der Spitzenclusterwettbewerb. Sie sehen also, welchen Aufwand er erfordert, von klassischen Politikkonzepten zu neuen umzusteuern.

Die wichtigsten Herausforderungen bezüglich Innovationen im Gesundheitswesen sieht das BMBF an drei verschiedenen Stellen. Die eine Herausforderung ist die Frage des zukünftigen Bedarfs des Gesundheitssystems, erkennbar beispielsweise an der zunehmenden Ausrichtung der Medizin auf mehr Gesundheitsförderung und Prävention. Innovationen mögen in der Prävention weniger spektakulär sein als diagnostische oder therapeutische Verfahren, aber wir benötigen sie genauso dringend oder vielleicht sogar noch dringender als jene. Die alternde Gesellschaft stellt uns vor die Herausforderung, immer mehr betagten Menschen bei vertretbaren Betreuungskosten ein eigenständiges und sicheres Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. All das fordert die Kombination neuer Produkte mit innovativen Dienstleistungen. Genau diese Debatte gibt es übrigens nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern beispielsweise auch im Maschinenbau. Die Maschinen als solche machen gar nicht mehr den entscheidenden Wettbewerbsvorteil aus, denn die lassen sich zum Teil weltweit bei gleicher Qualität herstellen, sondern es sind die dazu passenden Dienstleistungen, ob das nun die Beratung, Finanzierung, Begleitung und Unterstützung des Kunden sei. Andere Beispiele sind Technologien in den Bereichen Klima, Energie und andere. Bei den Fördermaßen zur Prävention, zur Gesundheit im Alter und zur Entwicklung technischer Hilfen für Behinderte haben wir genau dieses Konzept aufgegriffen und fördern auch gerade diese auf Dienstleistungen orientierten Ansätze. Auch im Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ werden letztlich ebenfalls genau die Regionen unterstützt, die am besten in der Lage sind, alle Akteure zusammen zu bekommen, um dienstleistungsorientierte Ansätze umzusetzen.

Eine zweite wichtige Herausforderung ist die Implementierung von Innovationen im Gesundheitssystem, wobei es primär um die Versorgungsforschung geht, also die Umsetzung der Erkenntnisse aus der Forschung im Versorgungssystem. Diesen Bereich sehen wir erst als im Aufbau befindlich. Auch hier versuchen wir jetzt, gemeinsame Förderprogramme mit den Sozialversicherungsträgern zu entwickeln. Auch die Bundesärztekammer hat in diesem Bereich Initiativen, um die Akteure zu vernetzen. Ein letzter Punkt ist die patientenzentrierte Reorganisation der medizinischen Versorgungsprozesse, dabei geht es natürlich um die Gesundheitskarte und die elektronische Patientenakte.

Ich kann in diesem guten Jahr, in dem wir jetzt die Hightech-Strategie umsetzen, feststellen, dass die Ressorts mittlerweile eine sehr viel größere Bereitschaft haben, auch wirklich zusammenzuarbeiten. Die Bedingungen für so einen innovationspolitischen Ansatz im Gesundheitssystem sind sehr gut. Ministerien sind sehr abhängig von der Expertise aus Wissenschaft, Unternehmen und von den anderen Playern. Insofern hoffe ich, dass auch das MetaForum uns die Anregungen gibt, die wir von den Akteuren aus dem Gesundheitssystem benötigen.

4 Innovation im Rahmen des Gesundheitssystems

Bernhard Bührlen

4.1 Einleitung

An Innovationen werden große Hoffnungen geknüpft. Jeder Kanzler und jede Kanzlerin hat seine oder ihre eigene Innovationsinitiative, kein Partei- oder Regierungsprogramm kommt mehr ohne einen Punkt aus, in dem die weitreichenden Konsequenzen neuer Technologien für Qualifizierung, Wachstum, Umwelt, Beschäftigung und eben auch eine bessere Gesundheitsversorgung beschworen werden.

Die Wirklichkeit hinkt hinter diesen Hoffnungen dann häufig weit hinterher, es gibt eine Menge von Hindernissen in der Entwicklung und Einführung von neuen Medikamenten, Behandlungsmethoden und Versorgungsstrukturen.

Oft sind es unaufgelöste Zielkonflikte zwischen verschiedenen Handlungs- und Politikfeldern, z. B. die Begrenzung von Ausgaben gegenüber Arbeitsmarktchancen und wirtschaftlichen Potenzialen, die diesen Hemmnissen zu Grunde liegen. Es stellt sich also die Frage, welche Erwartungen die verschiedenen am Innovationsprozess Beteiligten an eine neue Technologie haben, damit sie als nützliche Innovation angesehen wird, und wo sich diese Erwartungen widersprechen.

Im vorliegenden Kapitel werden einige Erkenntnisse der modernen Innovationsforschung vorgestellt, die uns auf dem Weg zu einem besseren Verständnis des Innovationsprozesses und der Hindernisse, die da überwunden werden müssen, weiter helfen können.

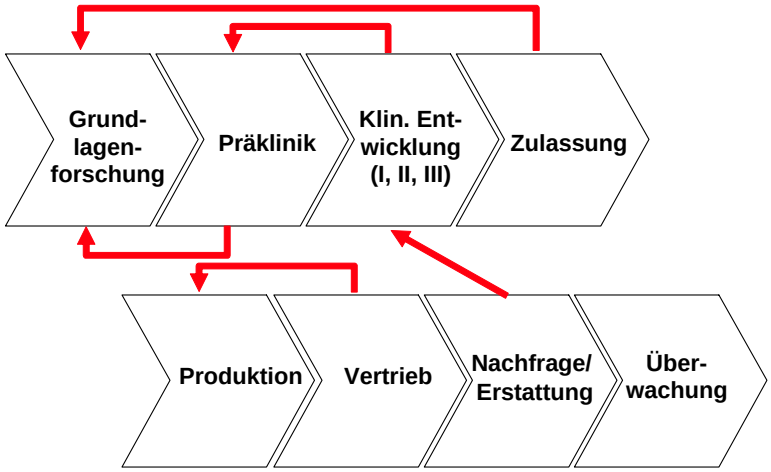
Zunächst werden deshalb die wichtigsten Stationen im Innovationsprozess skizziert (Abschnitt 4.2). Weil dieser Prozess, wie Abschnitt 4.3 zeigt, der Komplexität der wechselseitigen Abhängigkeiten und Interessenlagen nicht gerecht wird, wenn man ihn nur als lineare Abfolge betrachtet, wird in Abschnitt 4.4 ausgehend vom Konzept des sektoralen Innovationssystems das Innovationssystem Gesundheit mit einer umfassenderen Prozess- und Akteurssicht näher erläutert. Im Gesundheitssystem gibt es einige Besonderheiten, in denen sich dieser Sektor von anderen Wirtschaftssektoren unterscheidet, und die ausreichend berücksichtigt werden wollen. Eine besondere Rolle nehmen da die Patientinnen und Patienten ein, denen Abschnitt 4.5 gewidmet ist. Um die Patienten herum gruppieren sich die weiteren Akteursgruppen des Gesundheits-Innovationssystems. Deren spezifische Anforderungen an Innovationen werden in Abschnitt 4.6 erläutert, bevor in Abschnitt 4.7 einige Schlussfolgerungen gezogen werden,

was Innovation unter der Sichtweise des Gesundheits-Innovationssystems ist, und wie eine dem angemessene Nutzenbewertung aussehen könnte.

4.2 Innovationsprozess

Innovationen – einmal verstanden als neue Behandlungsmethoden – haben ihren Ursprung üblicherweise in der Grundlagenforschung, schreiten fort über präklinische und klinische Forschung hin zu einem Produktmuster, für das die Marktzulassung beantragt werden kann. Wenn man diese erhält, kann in Serie produziert und vertrieben werden, was hoffentlich auf eine Nachfrage trifft, welche im Gesundheitsbereich stark von der Kostenerstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen abhängt. Schließlich werden Produkte auf dem Markt routinemäßig überwacht (Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1: Innovationsprozess im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung

Dabei handelt es sich jedoch nicht einfach um einen linearen Ablauf. Um nur einige Rückkoppelungsmechanismen zu nennen:

- Wenn ein Entwickler nur eine geringe Nachfrage erwartet, wird er vielleicht auf die klinische Forschung verzichten.
- Wenn der Vertrieb schlecht läuft, wird die Produktion zurückgefahren.
- Je nach dem, wie die Ergebnisse der klinischen Forschung ausfallen, müssen weitere präklinische Studien vorgenommen werden,
- oder sogar in der Grundlagenforschung ganz neue Ansätze entwickelt werden.
- Wenn man nicht schon in einer frühen Phase damit rechnet, am Ende ein zulassungsfähige Produkt zu erzielen, wird man sicherlich schon die Grundlagenforschung nur mit geringem Aufwand betreiben.

Der Innovationsprozess wird weiter kompliziert dadurch, dass bei jedem Schritt verschiedene Interessengruppen Einfluss nehmen, z. B. Patientengruppen, die sich für mehr Forschung für eine bisher nicht behandelbare Krankheit einsetzen, Krankenkassen, die ihre Versicherten kostengünstig versorgen lassen wollen, Kliniker, die die Nachfrage mit bestimmen, oder die Politik, die über Forschungsförderung, aber auch über Interventionen bei Zulassungs- und Erstattungsmechanismen, Preisbildung usw. Einfluss auf das gesamte System nimmt.

4.3 Ansatz: Innovationssystem

Zum besseren Verständnis des Innovationsprozesses kann die Innovationsforschung eine neue Perspektive beitragen. Um den komplexen Prozess der Innovation von Arzneimitteln und Medizintechnik von der Erfindung eines neuen Konzepts bis zur Anwendung am Patienten einschließlich seiner Wirkungen auf die Nutzer und den Markt als ganzem mit seinen Implikationen auf das Erreichen von Zielen der öffentlichen Gesundheit zu erfassen, bietet ein Innovationssystem-Ansatz einen besser geeigneten Rahmen. Innovationen werden demnach entlang der Wertkette von Grundlagenforschung bis zur breiten Anwendung durch ein komplexes Netzwerk von Interessengruppen entwickelt, dem sogenannten Innovationssystem (Malerba, 2002; Breschi & Malerba, 1997).

Ein Innovationssystem, ein sektorales Innovationssystem zum Beispiel, besitzt immer eine gewisse technologische Domäne, einen Satz von Wissensbausteinen, auf denen die Forschung und technologische Entwicklung aufbaut. Bestimmte Akteure wirken in einer Netzwerkstruktur zusammen, dazu bilden sie Institutionen wie beispielsweise die Regulierung aus, welche das Zusammenspiel der Akteure steuert.

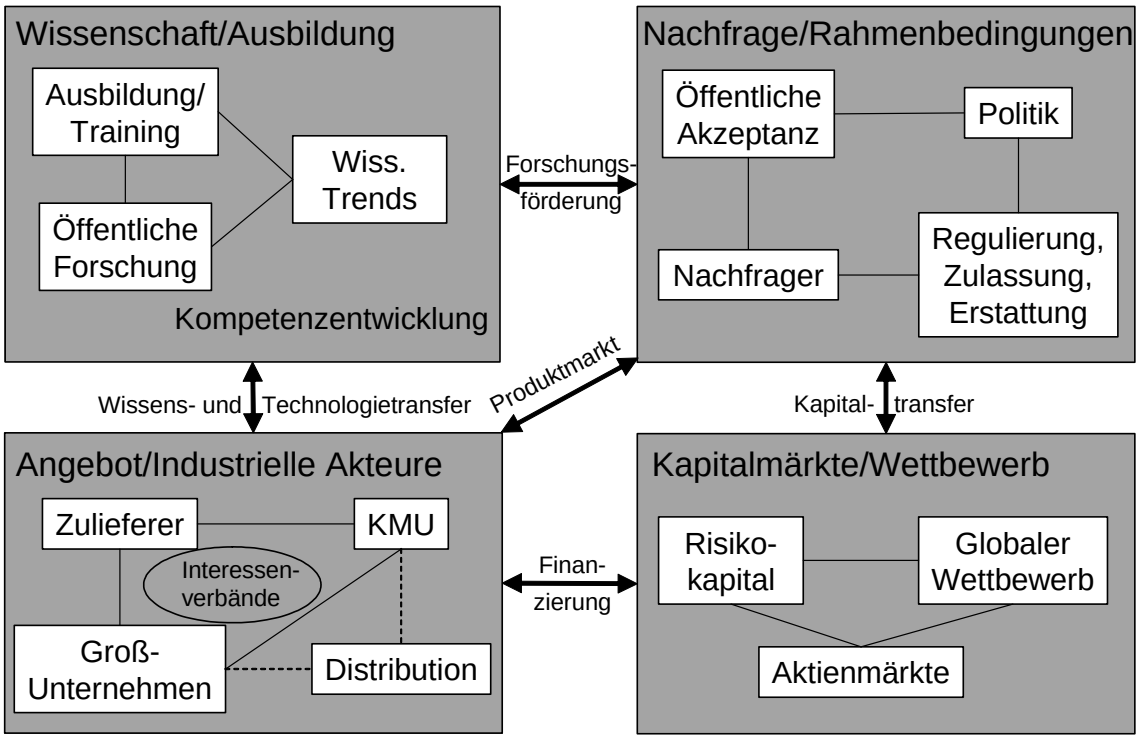
Elemente eines sektoralen Innovationssystems sind:

- **Wissen und technologische Domäne:**
  Ein Innovationssystem besitzt eine spezifische Wissensbasis und Plattform für grundlegende Technologien als Potenzial für Innovation.
- **Akteure und Netzwerke:**
  Innovation erzeugt und erfolgt in heterogenen Netzwerken von Handelnden aus dem öffentlichen und privaten Sektor, die durch kommerzielle und nicht-kommerzielle Interaktionen verbunden sind.
- **Institutionen:**
  Institutionen formen die Interaktionen der Handelnden (z. B. Patentrecht, regulatorische Standards, Preisfindungsmechanismen).

Im Innovationssystem können vier große Teilbereiche unterschieden werden (s. Abbildung 4.2)

- Nachfrage,
- Finanzierung,
- Wirtschaft,
- Wissenschaft und Bildung.

Abbildung 4.2: Sektorales Innovationssystem



Quelle: Fraunhofer ISI in Anlehnung an Senker et al. (2001)

4.4 Innovationssystem Gesundheit

Bei Innovationen im Gesundheitssystem denken wir selbstverständlich sofort and medizintechnische Geräte und Arzneimittel. Das reicht jedoch nicht aus: Bedeutsame Veränderungen für Patienten, Ärzte und andere Berufsgruppen können sich auch durch neue und veränderte Kommunikationsstrukturen ergeben, bspw. durch den elektronischen Austausch von Befunden und Patientenakten, Telediagnostik oder partnerschaftliche Strukturen. Auch eine veränderte Gewichtung von Interventionsfeldern wie z. B. einen erhöhten Stellenwert der Prävention wäre eine Innovation. Insgesamt kann zwischen Produkt-, Prozess- und Systeminnovationen unterschieden werden.

4.4.1 Besonderheiten des Innovationssystems Gesundheit

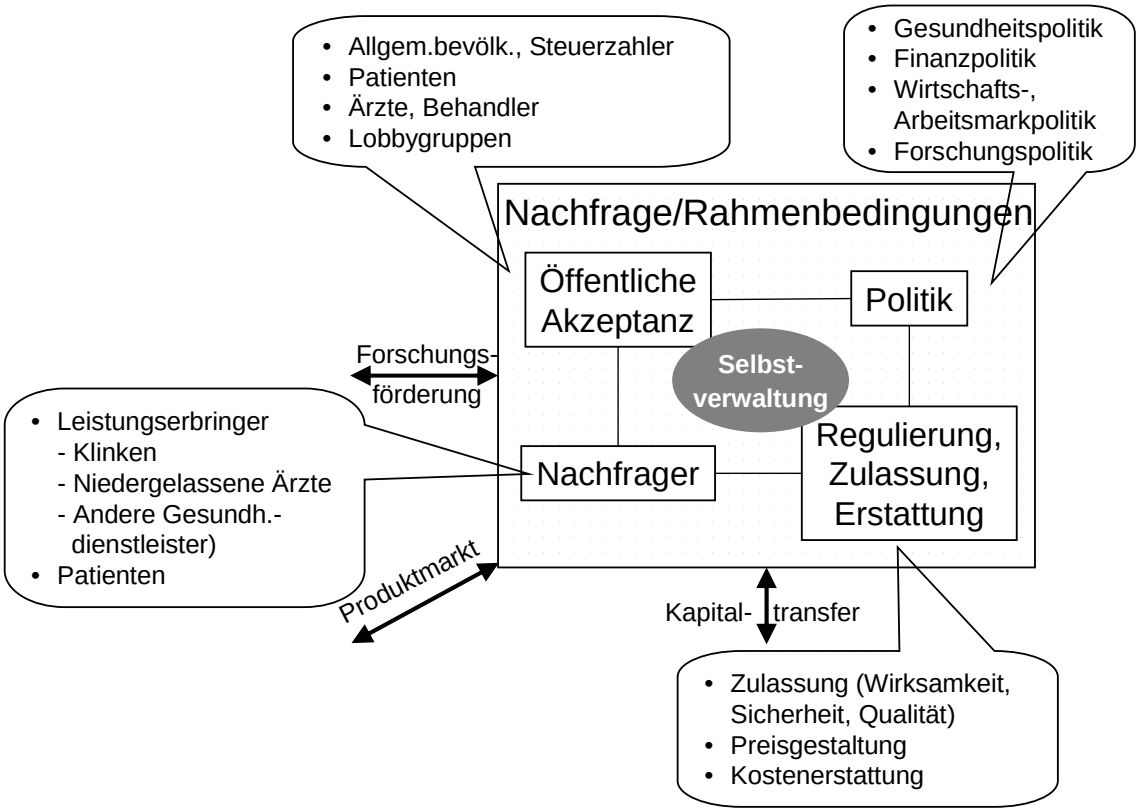
Das Innovationssystem Gesundheit weist gegenüber dem oben geschilderten „generischen“ Innovationssystem einige Besonderheiten auf. Die wichtigsten Akteure im Gesundheitssystem sind Entwickler, Zulassungsbehörden, Leistungsträger, Bürger und Politiker, Kliniken, Ärzte und Patienten.

4.4.2 Bereich Nachfrage und Rahmenbedingungen

Das Gesundheitswesen ist schon allein durch die Gesundheitspolitik besonders stark reguliert, etwa im Bereich der Zulassung und Kostenerstattung von Behandlungsmethoden. Aber auch die Politik anderer Ressorts nimmt Einfluss auf das Gesundheitssystem, beispielsweise von Seiten der Forschungspolitik über Fördermaßnahmen für die Forschung, die Finanzpolitik wegen der Mittelverfügbarkeit, Interessen bestehen auch auf Seiten der Arbeitsmarktpolitik. Selbst innerhalb der Politik eines Ressorts können ganz unterschiedliche Zielsetzungen, Aufgabenstellungen und Interessen existieren.

Unterhalb der politischen Ebene befinden sich die eher ausführenden Organe, die sich mit der Zulassung, Preisgestaltung und Kostenerstattung befassen (Abbildung 4.3). Regionale, nationale und EU-weite Regulierungseinrichtungen und Zulassungsbehörden wirken dabei zusammen.

Abbildung 4.3: Gesundheits-Innovationssystem: Nachfrage/Rahmenbedingungen



Quelle: Eigene Darstellung

Nachfrager sind im Gesundheitssystem nicht nur die Endkunden, also die Patientinnen und Patienten mit ihren Vereinigungen und anderen Nichtregierungsorganisationen, sondern insbesondere die Leistungserbringer (Krankenhäuser, Niedergelassene). Immer mehr werden auch die Krankenkassen und anderen Leistungsträger zu Nachfragern, die für ihre Versicherten Leistungen einkaufen.

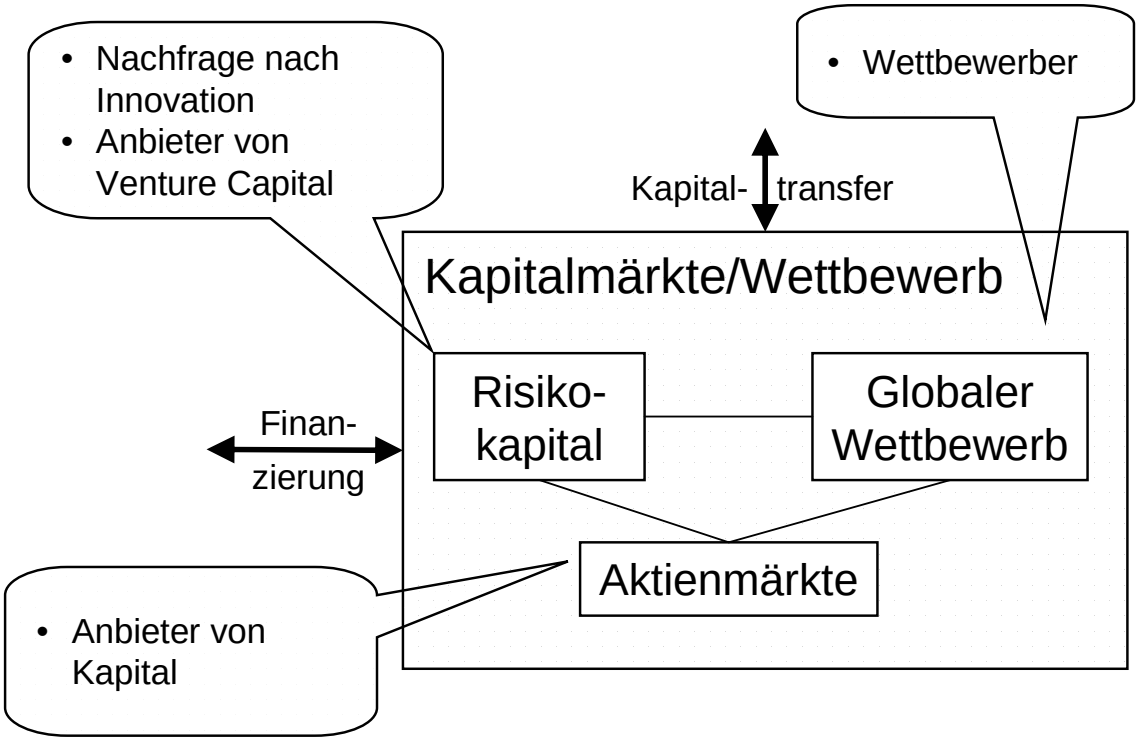
Zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen vermittelt die Selbstverwaltung (Krankenkassen und ihre Spitzenverbände, Ärzteverbände, Gemeinsamer Bundesausschuss), eine Struktur, die es so in anderen Sektoren nicht gibt.

Nicht zuletzt sind hier die Bürgerinnen und Bürger zu nennen, die als Beitrags- und Steuerzahler ein Interesse an niedrigen Ausgaben haben, als Beschäftigte aber eine große Zahl von Arbeitsplätzen wünschen und als Patienten eine optimale, wenn nicht sogar maximale Versorgung. Zur öffentlichen Meinungsbildung tragen auch Standesorganisationen und andere Lobbygruppen bei.

4.4.3 Bereich Finanzierung und Wettbewerb

Gehen wir im Innovationssystem zum nächsten Bereich über, finden wir keine größeren Besonderheiten des Gesundheitssektors, vielleicht abgesehen davon, dass im Gesundheitsbereich überhaupt selten offen von Finanzierung und entsprechenden Renditen gesprochen wird (Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4: Gesundheits-Innovationssystem: Finanzierung

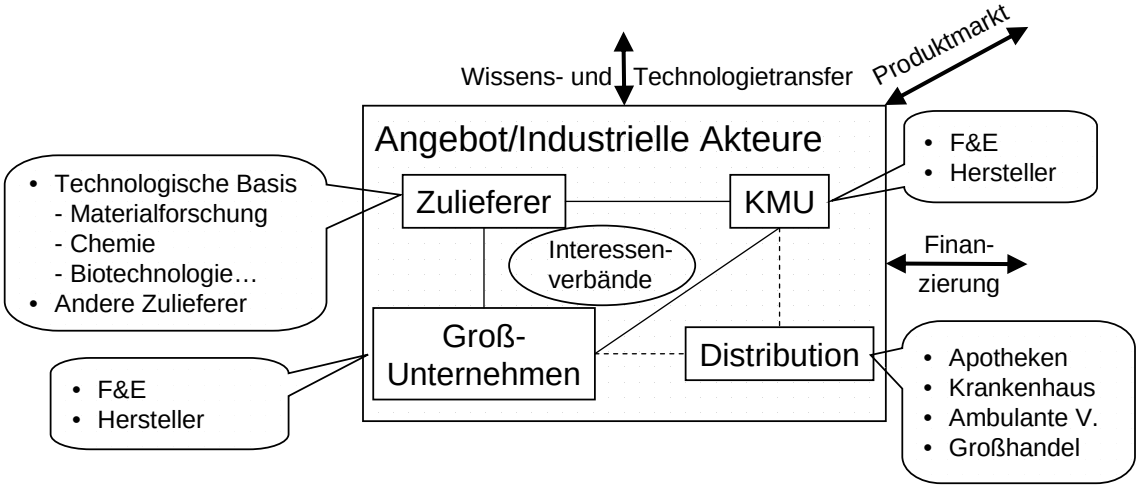


Quelle: Eigene Darstellung

4.4.4 Bereich Angebot/Private Wirtschaft

Der privatwirtschaftliche Bereich besteht aus großen und kleinen Firmen, die Forschung betreiben, Technologien entwickeln und herstellen. Die Distribution erfolgt über den Großhandel an Apotheken, oder an die Krankenhäuser und Praxen (ambulante Versorgung), aber auch an die Patienten direkt (Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5: Gesundheits-Innovationssystem: Angebot/Private Wirtschaft



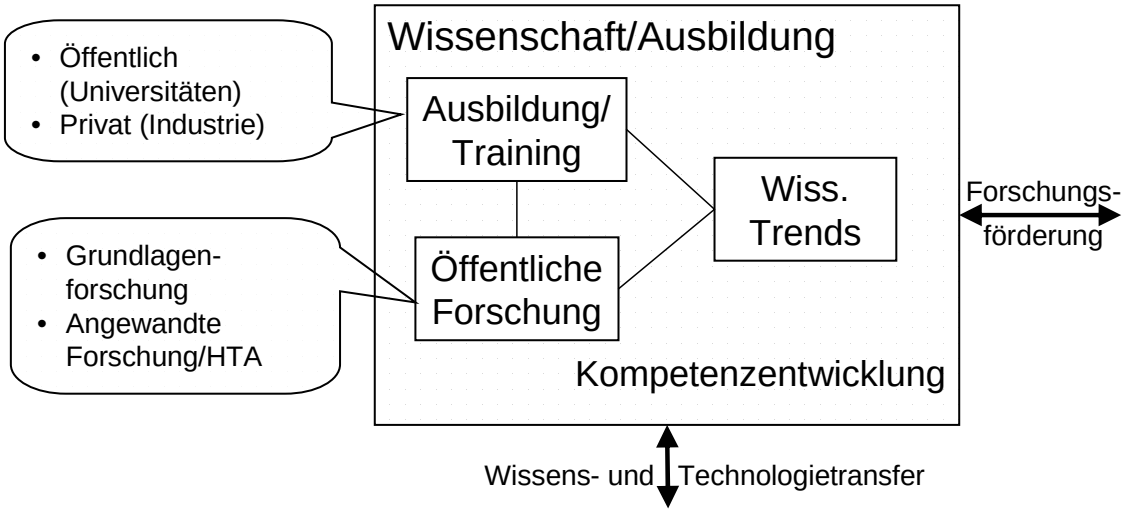
KMU: Kleine und mittelständische Unternehmen; F&E: Forschung und Entwicklung
Quelle: Eigene Darstellung

4.4.5 Bereich Wissenschaft und Bildung

Wissenschaftliche Trends bilden die Basis für Innovation. Im Gesundheitsbereich ist die öffentliche Forschung aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung von Gesundheit relativ stark, sie befasst sich v. a. mit der Grundlagenforschung und angewandter Forschung wie z. B. dem Health Technology Assessment. Die private Forschung und Entwicklung wurde in diesem Schema dem Bereich Angebot/Private Wirtschaft zugeordnet (s. o.).

Aus- und Weiterbildung tragen ebenfalls zum Innovationsprozess bei, auch hier sind öffentliche und private Einrichtungen beteiligt (Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6: Gesundheits-Innovationssystem: Wissenschaft und Bildung



Quelle: Eigene Darstellung

4.4.6 Wechselwirkungen zwischen den Akteursgruppen

Interaktionen zwischen den Akteuren im Innovationssystem Gesundheit beruhen auf den Interessen und Aufgaben, welche die Akteure in ihren Handlungsfeldern haben. Der Gesundheitssektor ist stark reguliert, somit sind auch die meisten Interaktionen großteils gesetzlich kodifiziert.

Die wesentlichen Felder für Interaktionen sind:

- Forschung und Entwicklung einschließlich Forschungsförderung,
- Marktzulassung und Marktzugang neuer Produkte,
- Kostenerstattung, Preisbildung und Bewertung von Kosten und Nutzen,
- Verhalten der Akteure, sobald sich die Produkte auf dem Markt befinden (Gesundheitsversorgung, Arzt-Patient-Beziehung, Werbung).

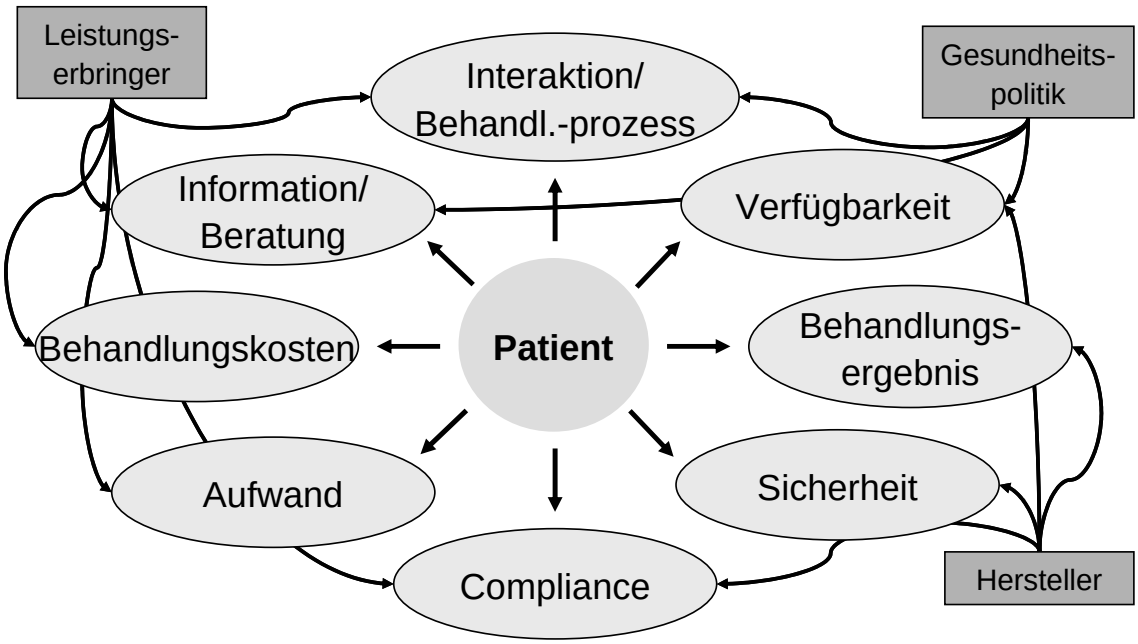
Die Politik zum Beispiel unterstützt die Wissenschaft durch Forschungsförderungsprogramme. Von der Wirtschaft und der Forschung und Entwicklung geht ein Wissens- und Technologietransfer in Richtung Wissenschaft wie auch in entgegen gesetzter Richtung.

4.5 Die Patientin und der Patient im Mittelpunkt des Gesundheitssystems

Unstrittig ist sicher, dass – wenn es um Gesundheit geht – die Patientin und der Patient im Mittelpunkt stehen, oder auch der noch gesunde Bürger oder die noch gesunde Versicherte.

Wesentliche Aspekte aus der Perspektive des Patienten, wenn er sich für eine bestimmte Behandlung entscheiden muss, sind u. a. die Verfügbarkeit einer Behandlungsmethode, das damit zu erzielende Behandlungsergebnis, die Sicherheit der Methode, die Compliance, Aufwand und Behandlungskosten, die mit dem Verfahren auf ihn oder sie zukommen, Information und Beratung sowie die Interaktion insbesondere mit dem Behandler und der Behandlungsprozess insgesamt (Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7: Der Patient im Mittelpunkt des Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung

Auf all diese Aspekte, die den Patienten betreffen, haben aber oft gleich mehrere andere Akteursgruppen ebenfalls Einfluss: Der Hersteller macht das Produkt oder die Methode verfügbar, indem er sie herstellt und vermarktet. Er gibt dem Produkt bestimmte Eigenschaften mit, dazu gehören dessen Wirksamkeit und damit das zu erzielende Behandlungsergebnis, evtl. unerwünschte Wirkungen und damit seine Sicherheit, die zusammen mit dem Aufwand für den Patienten die Compliance mitbestimmen.

Über die Kostenerstattung durch die Krankenkassen macht die Gesundheitspolitik die neue Methode für einen großen Personenkreis erst zugänglich. Wie bereits gesehen steuert die Gesundheitspolitik auch wesentlich die Interaktionen der Beteiligten untereinander, etwa über Vergütungsregelungen, welche beeinflussen, wie viel Zeit sich ein Arzt für die Beratung des Patienten nimmt, oder Regelungen, welche Berufsgruppe im Behandlungsprozess eine bestimmte Aufgabe übernimmt.

Auch die Leistungserbringer nehmen stark Einfluss auf die Punkte, welche den Patienten besonders interessieren, sie sind ja im direkten Kontakt mit ihm im Behandlungsprozess oder in der Beratung. Ihre Kosten müssen teils vom Patienten direkt bezahlt werden oder steigern seine Kassenbeiträge, ihre Routinen erhöhen oder verringern den Aufwand des Patienten, und auch die Arzt-Patient-Beziehung ist ein wesentlicher Faktor der Compliance.

4.6 Anforderungen an Innovationen aus Sicht der unterschiedlichen Interessengruppen

Entsprechend ihren Aufgaben und Rollen im Innovationssystem Gesundheit haben die Akteure jeweils bestimmte Anforderungen oder Fragen im Hinblick auf neue Behandlungsmethoden. Diese sind z. B.:

Patienten, Bürger, Versicherte:

- Hilft mir die neue Methode mehr als die bisher bekannte?
- Was sind die Risiken der neuen Therapie?
- Ist die neue Methode leichter anzuwenden als die alte?
- Welchen Beitrag leisten neue Produkte und Therapiemethoden für eine alternde Gesellschaft?
- Wie wirkt sich die neue Therapiemethode auf meine Beitragszahlungen aus?
- Welchen Beitrag leistet eine neue Technologie zur Schaffung von Arbeitsplätzen?

Gesundheitsdienstleister:

- Können wir es schon wagen, unsere Patienten mit der neuen Technologie zu behandeln?
- Wie hilft uns die neue Methode, unseren Versorgungsauftrag besser zu erfüllen – auch besser als unsere Wettbewerber?
- Wie wirkt sich die neue Technologie auf unsere Ertragssituation aus?

Politiker:

- Was sind die Risiken und Potenziale der neuen Technologie? Was trägt die Technologie zu verschiedenen Politikzielen bei?
- Welche Argumente sprechen für eine öffentliche Förderung von Forschung und Entwicklung bei diesem neuen Ansatz? Was hingegen kann die Industrie selbst leisten?
- Was sind die ethischen Probleme und Notwendigkeiten der Regulierung, die mit der Technologie verbunden sind?

- Was ist der beste Ansatz, um das Zusammenwirken der Systemkomponenten effizienter zu gestalten? Brauchen wir neue Komponenten und Interaktionsmechanismen?

Krankenkassen:

- Welche Evidenz unterstützt die Kostenerstattung einer neuen Methode?
- Wie kann man verschiedene Behandlungsmethoden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit vergleichen?
- Wie setzt man die neue Methode am besten ein, damit Ausgaben möglichst reduziert werden?

Öffentliche F&E:

- Wie können Forschungsergebnisse möglichst schnell in neue und bessere Behandlungsmethoden überführt werden?
- Wie reagieren wir auf Forschungsbedarf, der uns aus der Praxis entgegengebracht wird?

Wirtschaft:

- Wie aussichtsreich ist es, in eine neue Methode zu investieren? Welche neuen internen Kompetenzen benötigen wir, müssen zusätzliche Kompetenzen über externe Partner erschlossen werden?
- Wie können wir unsere internationale Wettbewerbsfähigkeit dauerhaft erhöhen?
- Wie können wir unsere Kunden dauerhaft an uns binden?
- Sichern neue Technologien unsere Attraktivität als Arbeitgeber?

4.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Am Innovationssystem Gesundheit ist eine große Zahl von sehr heterogenen Akteursgruppen beteiligt. Die Gruppen selbst müssen ausreichend differenziert betrachtet werden, es reicht häufig nicht, von „den“ Patienten oder „den“ Ärzten zu sprechen, weil selbst innerhalb dieser Gruppen oft heterogene Interessenlagen herrschen. Das Gesundheitssystem ist ganz besonders komplex, es ist sehr stark reguliert, es gibt sehr viele Vorschriften dazu, wie die Akteure handeln und miteinander interagieren sollen. Die Akteursgruppen sind untereinander vernetzt und voneinander wechselseitig abhängig, sie arbeiten häufig von verschiedenen Seiten an den gleichen Fragestellungen.

Aufgrund der Komplexität der wechselseitigen Abhängigkeiten wirken Interventionen im System oft nur indirekt und sind manchmal nur sehr schwer voraussehbar.

Innovation in diesem Netzwerk bedeutet nicht nur das Modifizieren eines einzelnen Aspekts des Systems, sondern (auch) die Reorganisation des Systems, z. B. eine aktivere Rolle des Patienten, die Einführung einer neuen Akteursgruppe (wie etwa Fallmanager) oder neue Formen der Zusammenarbeit. Neue Elemente (z. B. Behandlungsmethoden) lösen komplexe Reaktionsmuster im ganzen Innovationssystem aus und können somit das ganze Netzwerk verändern.

Es bestehen offensichtliche Zielkonflikte zwischen verschiedenen Akteursgruppen in Bezug auf Innovationen im Gesundheitssystem. Diese Zielkonflikte können dazu führen, dass Innovationen verhindert werden oder nicht ihren optimalen Nutzen entfalten können. Eine angemessene Nutzenbewertung muss deshalb die Notwendigkeiten der Akteursgruppen ausreichend einbeziehen, da sonst große Widerstände zu erwarten sind.

Aufbauend auf einem gemeinsamen, die Notwendigkeiten aller beteiligten Akteursgruppen berücksichtigenden Verständnis davon, was Innovation ausmacht, können Bewertungsmechanismen rationaler als bisher möglich gestaltet werden, eher zu einem Konsens führen und damit Hemmnisse in der Nutzung von günstigen Innovationen vermieden werden.

Literatur:

Breschi, Malerba (1997) Sectoral innovation systems: Technological regimes, Schumpeterian dynamics, and spatial boundaries - Systems of Innovation: Technology, institutions and organisations, Edquist, C., London: Pinter

Malerba (2002) Sectoral systems of innovation and production. In: Research Policy, 32, 247-264

Senker, J.; van Zwanenberg, P.; Enzing, C.; Kern, S.; Mangematin, V.; Martinsen, R.; Munoz, E.; Diaz, V.; O'Hara, S.; Burke, K.; Reiss, T.; Wörner, S. (2001) European Biotechnology Innovation System. Brussels: European Commission

5 Zusammenfassung der Arbeitsgruppen: „Mehrwert für das Gesundheitssystem durch Innovation“

Das vorliegende Kapitel dokumentiert die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen zum ersten Themenblock „Mehrwert für das Gesundheitssystem durch Innovation“. Gemäß dem akteursspezifischen Ansatz der gesamten Veranstaltung wurden dabei die Leistungsträger, Leistungserbringer und die öffentlichen Einrichtungen der Forschung und Entwicklung (F&E) besonders berücksichtigt.

5.1 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Leistungsträger

AG-Chair: Prof. Dr. Jürgen Pelikan
Berichterstatterin: Dr. Sibylle Gaisser

Die Arbeitsgruppe "Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Leistungsträger" beschäftigte sich mit der Fragestellung, welche Aufgaben der Akteurstyp "Leistungsträger" hat, was Innovation für den Leistungsträger bedeutet, welche Kriterien zur Messung des Nutzens angewendet werden können und wie sich dieser Nutzen auf den Leistungsträger auswirkt.

Aufbauend auf der Abgrenzung des Begriffs "Leistungsträger"[3], der signalisiert, dass der Blickwinkel den des reinen "Kostenträgers" übersteigt, wird deutlich, dass die Rolle des Leistungsträgers derzeit einem Wandel vom "Payer zum Player" unterworfen ist. Dazu gehört für die verschiedenen Versicherer die Aufgabe, sich vom bloßen Verwalter im System zu einem strategischen Unternehmen mit zukunftsorientierten Zielen zu wandeln. Dieses System besteht dabei aus den Versicherern selbst, den verschiedenen Ebenen des Staates, also Bund, Ländern, Kommunen, und den Bürgerinnen und Bürgern in ihrer Rolle als Kranke und Gesunde, als Beitragszahler und Steuerzahler. Die Bürgerinnen und Bürger finanzieren nicht nur das System, sondern haben auch gewisse Möglichkeiten, das System mit zu steuern, mit zu entscheiden, und hätten somit gemeinsam die Möglichkeit, das System zu entwickeln und zu gestalten. Daraus ergibt sich die Frage, wer von welchen Handlungen profitiert und was dabei proaktives Handeln heißen kann.

---

3 Eingeschlossen waren alle Träger von Gesundheitsleistungen (gesetzliche und private Krankenversicherer, gesetzliche Renten-, Pflege- und Unfallversicherung, Lohnfortzahlung und öffentliche Haushalte, vgl. §§ 18 - 29 SGB I).

Wie lässt sich jedoch die unternehmerische Denkweise bei den Leistungsträgern nutzbringend etablieren, was sind die Vor- und die Nachteile der Konkurrenz zwischen den Leistungsträgern? Bei der Entwicklung und Durchsetzung von Innovation ist derzeit noch unklar, wie stark Wettbewerb beflügelnd wirkt und wo hingegen eher eine Zusammenarbeit zu bevorzugen ist.

Damit bekommt die Frage nach dem Charakter und der Messbarkeit von Innovation eine neue Perspektive. Innovationen, also Produkt-, Prozess- oder Systeminnovationen, lassen sich durch verschiedene Verfahren unterschiedlich gut in ihrer Wirkung auf das System erfassen. Für Produktinnovationen bestand Einigkeit innerhalb der Arbeitsgruppe darüber, dass es etablierte Verfahren gibt, mit Hilfe derer diese gemessen, überprüft und in ihren Auswirkungen erfasst werden können. Für Prozessinnovationen wurde angeregt, bestimmte Formen der Forschung wie z. B. Modellversuche zu etablieren. Hier könnten beispielsweise Versorgungsforschung durch die gesetzliche Krankenkassen an der Schnittstelle von ambulantem und stationärem Sektor sowie zur Prävention zu Systemveränderungen führen. Ob diese Untersuchungen jedoch in gleicher Weise zu rationalen und evidenzbasierten Aussagen führen, die es erlauben, Prozess- oder Strukturinnovation genauso rational zu bewerten, wie das derzeit für die bereits schon komplexen und schwierig zu erfassenden Produktinnovationen versucht wird, bleibt abzuwarten.

In diesem Zusammenhang wurde diskutiert, dass es auch bei Produktinnovationen nicht ausschließlich um die Entwicklung von Produkten bis zur Markteinführung geht, sondern auch um die Aufnahme der Produktinnovation beim Anwender. Diese Kompetenz der Anwender wurde unter dem Begriff Gesundheitskompetenz bzw. ‚Health Literacy' diskutiert. Sie beeinflusst den Nutzen der Produktinnovation. Auch die besten neuen Medikamente etc., auch wenn sie erstattet und eingeführt werden, können nicht ihren vollen Nutzen entfalten, wenn sie von den Anwendern nicht entsprechend verstanden werden. Eine Innovation kann also nicht zum Tragen kommen, wenn nicht die entsprechende Kompetenz bei den Anwendern vorhanden ist, die die korrekte, adäquate Nutzung des Produkts sicherstellt.

Nutzen ist damit abhängig vom Nutzer und kann somit nicht als absolute Eigenschaft definiert werden. Nutzen kann nur im Kontext des Systems ermittelt und bewertet werden, ist also systemrelativ. Damit kann es aber auch keine absoluten Dimensionen von Nutzen geben, auch sie sind immer relativ zum System zu sehen. In ähnlicher Weise gilt dann auch, dass die Nutzendimensionen nicht nur kontextspezifisch sind, sondern auch dynamisch, d. h. dass sie sich mit den sich verändernden Systemen und Strukturen selbst ebenfalls verändern. Dies hat auch auf der Ebene der Leistungsträger Auswirkungen auf die Entscheidungsstrukturen in Bezug auf die Einführung von Innovatio-

nen. Die Entscheidungsstrukturen sind nach Ansicht der Arbeitgruppe jedoch komplex und werden kontrovers beurteilt.

Bei der Betrachtung des relativen Nutzens für die Leistungsträger wird offensichtlich, dass die Gruppe der Leistungsträger selbst stark segmentiert ist. Beispielsweise bestehen Interessenskonflikte zwischen den Rentenversicherungen und den Krankenversicherungen. Für die Rentenversicherungen ist es wichtig, dass beispielsweise die 45- bis 65-jährigen noch arbeitsfähig sind, weil das einen direkten, auch ökonomischen Nutzen für die Rentenversicherung beinhaltet. Bei Personen, die schon berentet sind, ist der Gesundheitszustand für die Rentenversicherung unter ökonomischer Perspektive weniger wichtig, da die Lasten dann den Krankenversicherungen zufallen.

Die Dynamik der Nutzenbewertung innerhalb des Systems birgt einen interessanten Zusatzaspekt. Die vorherrschende Denkweise in Bezug auf Innovationen zielt darauf ab, zu prüfen, welcher neue Aspekt durch die Innovation im System hinzu kommt. Es scheint jedoch zunehmend auch erforderlich zu sein, entscheiden zu können, was im System entfallen kann: Welcher Teil des derzeitigen Systems soll nach rationaler Untersuchung bewusst weggelassen werden, weil er sich nicht bewährt hat? Bislang bestehen nur wenige Strukturen und Mechanismen, um diesen zweiten Aspekt ebenfalls in das Innovationskonzept zu integrieren. Eine Bewertung des Nutzens von Innovation sollte jedoch vom Gesamtsystem ausgehen.

Nutzen ist sehr vielschichtig und kann unter verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Wer legt fest, welche der Dimensionen – wie ökonomischer Nutzen (Preiswürdigkeit, Kosten-Nutzen-Relation), Mobilität, Mortalität, Lebensqualität, Zufriedenheit und Sicherstellung des Versorgungsauftrags – angewandt werden? Auch die gesundheitsökonomische Seite des Nutzens hat einen subjektiven Aspekt, der einerseits von den Kunden mit gesteuert wird, andererseits aber durch die Leistungsträger für Dritte, insbesondere die Patientinnen und Patienten, übernommen wird. Eng verknüpft mit dieser Abtretung der Entscheidung an die Leistungsträger sind das Solidarprinzip und die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit. Wie und für wen wird der Nutzen bemessen, und wie wird auf dieser Basis entschieden, welche Leistungen im Leistungskatalog enthalten sind und welche nicht? Auch unter diesem Aspekt wurde offensichtlich, dass verschiedene Nutzendimensionen allein schon innerhalb der Akteursgruppe "Leistungsträger" unterschiedliche Ausprägungen und Gewichtungen haben.

5.2 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Leistungserbringer

AG-Chair: Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Berichterstatter: Dr. Thomas Reiß

Die etablierten **Leistungserbringer** im Gesundheitssystem umfassen Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheken sowie weitere Anbieter von Gesundheitsleistungen wie z. B. Ergo- oder Physiotherapeuten. Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe, die sich mit Nutzendimensionen von Innovationen aus der Perspektive der Leistungserbringer im Gesundheitssystem befasste, dürfte sich diese Gruppe künftig weiter ausweiten. Beispielsweise tritt die Industrie auch als Leistungserbringerin auf, indem sie in enger Arbeitsteilung und Arbeitsgemeinschaft mit den herkömmlichen Dienstleistern am Menschen ihre Produkte zur Anwendung bringt oder selbst als Dienstleister im Umfeld ihrer Produkte tätig wird.

Aus der Perspektive der Leistungserbringer ist ein breiter **Innovationsbegriff** im Gesundheitssystem wesentlich. Zusätzlich zu den klassischen Produkt-, Prozess- oder Dienstleistungsinnovationen kann auch die Änderung und Neukombination von Wissensbeständen und insbesondere die Nutzbarmachung dieser Wissenspools bei den Leistungserbringern als Innovation aufgefasst werden. Dieser Transfer des vorhandenen Wissens zu den Orten der Leistungserbringung spielt nach Ansicht der Arbeitsgruppe geradezu die zentrale Rolle für die Verbreitung von Innovation im Gesundheitswesen. Der Innovationsbegriff kann aber noch weiter aufgefasst werden und sich auch auf die Bereitstellung geeigneter Anreizmechanismen zur tatsächlichen Nutzung von Innovationen bei Leistungserbringern, aber auch bei Leistungsträgern erstrecken. Insgesamt ist festzustellen, dass das aktuell vorhandene Wissen sehr viel größer ist als dasjenige Wissen, das tatsächlich beim Patienten zur Anwendung kommt. Man kann hier geradezu von einem Innovationsrückstau sprechen.

Trotz eines aktuell hohen technischen und pharmazeutischen Versorgungsniveaus in Deutschland gibt es weiterhin einen großen **Bedarf nach Innovation** insbesondere im Vergleich zu anderen Industrienationen. Dies gilt sowohl für technikabhängige Innovation wie z. B. die Nutzung medizintechnischer Neuerungen, als auch insbesondere für nicht-technikzentrierte Therapieformen wie physiotherapeutische oder osteopathische Verfahren und deren wissenschaftliche Untermauerung. Eine rein technik- oder produktzentrierte Diskussion von Innovationsbedarfen ist heute nicht mehr zeitgemäß.

Ein besonderer Bedarf wird bezüglich einer verstärkten Einführung von Präventivmaßnahmen konstatiert. Das Gesundheitssystem bietet derzeit nicht genügend Anreize hierfür und auch bei den Leistungserbringern werden hier Defizite gesehen. Ein be-

sonderes Problem bei Präventivmaßnahmen ist die bisher nicht ausreichende Verfügbarkeit geeigneter wissenschaftlich anerkannter Messinstrumente, mit denen auf vergleichbare Weise wie bei etablierten therapeutischen Verfahren die Effekte von Gesundheitsförderung und Prävention nachgewiesen werden können.

Bei der **Bewertung von Innovationen** im Gesundheitssystem sollte aus der Perspektive der Leistungserbringer insbesondere der gesundheitliche Nettonutzen betrachtet werden. Dies bedeutet, dass der gesundheitliche Nutzen nach Abzug von negativem Nutzen (Schaden) als zentrale Bewertungsdimension angelegt wird. Bei dieser Betrachtungsweise werden somit die definierbaren und messbaren Risiken einer Anwendung als potenzieller Schaden gleich in der Gesamtbetrachtung berücksichtigt. Innovation bedeutet bei dieser Sichtweise, einen Beitrag zur Erhöhung des Nettonutzens zu leisten, der daher sowohl durch eine Verbesserung des Bruttonutzwertes als auch einer Verminderung des negativen Nutzens erreicht werden kann.

Für den Leistungserbringer geht es jedoch nicht allein um den gesundheitlichen Nutzen. Vielmehr ist auch der Beitrag von Innovation zu den wirtschaftlichen Erträgen der Leistungserbringer zu berücksichtigen. Damit Innovation im Gesundheitssystem Wirkung entfaltet, muss sie für die Leistungserbringer in der Praxis verfügbar und anwendbar sein. Ebenso spielt die Motivation zur Anwendung eine wichtige Rolle. Der Transfer der Innovation in die Praxis ist somit ein komplexes Feld mit vielfältigen Hürden und Hemmnissen. Der Leistungserbringer muss durch Information, Anreizsysteme, Wissen in die Lage versetzt werden, Innovation in der Praxis anzuwenden. Für diesen Prozess hat das MetaForum den Begriff „Empowerment der Leistungserbringer“ in Analogie zu „Empowerment des Patienten“ geprägt. Als ein Beispiel für nicht ausreichendes „Empowerment“ kann die bisher unzureichende Nutzung von Innovationspotenzialen im Bereich der individualisierten Therapie gesehen werden. Heute schon wäre es möglich, durch die Anwendung bekannter einfacher und anerkannter Parameter eine sehr viel stärkere Individualisierung von Therapieansätzen zu implementieren, wenn nur das hierzu vorhandene Wissen auch für die Leistungserbringer in geeigneter Form verfügbar und anwendbar wäre. In diesem Zusammenhang ist auch eine umfassende Transparenz für die Leistungserbringer zu Nutzen und Risiken von Innovationen erforderlich, was beispielsweise mit Hilfe einer Wissensdatenbank unter Einbezug der Hersteller erreicht werden könnte.

Gesundheitsinnovationen können immer auch mit einem **Risiko** verbunden sein, das zu tragen die Gesellschaft bzw. die Patienten bereit sein müssten. Inwieweit dies heute gegeben ist, ist nach Einschätzung der Arbeitsgruppe eine kontroverse Frage, zu der durchaus auch ein Defizit an wissenschaftlicher Evidenz konstatiert werden muss. Ebenso kontrovers wird die Frage gesehen, inwieweit vorgegebene Budgets oder be-

stehende Verträge z. B. im Rahmen von Disease-Management-Programmen innovationshemmend wirken. Pauschale Betrachtungen und Schlussfolgerungen sind hier eher weniger angebracht als detaillierte fallweise Überprüfungen.

Schließlich stellt sich die Frage der **Kosten** von Innovationen und insbesondere der Fristigkeit potenzieller Mehrkosten und Effizienzgewinne. Wie sind die Gesamtkosten von Innovationen zu bewerten, wenn zunächst kurzfristig Mehrkosten anfallen, die dann aber erst mittel- bis langfristig durch Effizienzgewinne überkompensiert werden? Leistungserbringer stehen vor der Herausforderung, solch langfristige Gesamtkostenerwägungen vorzunehmen und umzusetzen.

5.3 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die öffentlichen F&E-Einrichtungen

AG-Chair: PD Dr. Dorothee Gänshirt
Berichterstatter: Dr. Michael Nusser

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe, die sich mit den Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die öffentlichen F&E-Einrichtungen befasste, zusammenfassend dargestellt.

Öffentliche F&E-Einrichtungen stehen im Spannungsfeld zwischen angewandter Forschung und Grundlagenforschung. Sowohl die Anwendbarkeit der Forschung, aber auch die Notwendigkeit einer freien Grundlagenforschung sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass hier Innovationen entstehen können. Damit Innovationsprozesse nicht blockiert werden, sollte es daher einerseits Forschungseinrichtungen geben, die sehr anwendungsbezogen forschen. Andererseits sollte es aber auch möglich sein, dass F&E-Institutionen freie Forschung nach dem Motto „Ich entdecke, also bin ich“ betreiben können, die Vielfalt und auch visionäres Denken ermöglicht und bei der die Umsetzung nicht unbedingt im Fokus der Forschungsaktivitäten steht, denn eine geplante, rein anwendungsbezogene Forschung hemmt auf Dauer Innovation. Die (finanzielle) Unabhängigkeit einer Forschungseinrichtung ist dabei eine notwendige Voraussetzung für Kreativität.

Öffentliche Forschungseinrichtungen werden aus öffentlichen Mitteln finanziert und haben deshalb einen gesellschaftspolitischen Auftrag zu erfüllen. Daher sollten Innovationen bei diesen F&E-Instituten insbesondere auch einen Beitrag zur Befriedigung des gesellschaftlichen Bedarfs leisten. Hierbei sind sowohl der Bedarf großer gesellschaftlicher Gruppen (z. B. große Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen) als auch der Bedarf kleinerer Gruppen (insbesondere seltene Krankheiten, Minderheitskrankheiten) zu berücksichtigen.

Eine weitere Dimension von Innovationen bzw. einer hohen Innovationsfähigkeit für öffentliche Forschungseinrichtungen ist der Zugang zu Finanzierungsmöglichkeiten. Für die Grundlagenforschung ist dabei ein ausreichend großes Zeitfenster (z. B. drei bis fünf Jahre) wichtig, in dem nicht nur darauf geschaut wird, wie anwendbar das Ergebnis ist, denn für bestimmte Forschungsfragen benötigen F&E-Institute oft eine längere Vorlaufzeit und damit eine langfristige Finanzierungssicherheit, damit die Bearbeitung innovationsrelevanter Themen nicht abgebrochen wird, nur weil der Anwendungsbezug des Forschungsoutputs nicht so frühzeitig ersichtlich ist.

Allerdings ist es für öffentliche F&E-Einrichtungen (vor allem für die angewandte Forschung) sicherlich wichtig, sich damit zu beschäftigen, wie die Ergebnisse der Forschung in die Praxis umgesetzt werden können, oder Feedbackschleifen einzuführen, um messen zu können, ob das, was während der Forschungsphase Erfolg verspricht, dann tatsächlich auch in der Praxis zum Erfolg führt. Ob es allerdings die Aufgabe der Forschungsinstitution selbst ist, dafür zu sorgen, dass die Forschungsergebnisse in der Praxis implementiert werden, darüber bestand in der Arbeitsgruppe kein Konsens.

Eine hohe Innovationsfähigkeit ist für öffentliche F&E-Einrichtungen deshalb von hoher Bedeutung, weil dadurch im Vergleich zu anderen F&E-Einrichtungen ihre Sichtbarkeit, die öffentliche Aufmerksamkeit und ihre Attraktivität (z. B. Medienattraktivität) deutlich erhöht werden, sofern die Forschungsergebnisse in adäquater Weise im Außenraum kommuniziert werden. Neben einem besseren Zugang zu Finanzierungsmitteln erhöht dies auch die Attraktivität als Arbeitgeber, was unter anderem bei Stellenausschreibungen zu einer höheren Anzahl qualifizierter Bewerber führt. Dadurch kann mittel- bis langfristig die Wettbewerbsfähigkeit der Forschungseinrichtung gestärkt werden.

Im Kontext der Wettbewerbsfähigkeit einer F&E-Einrichtung wurde auch auf die hohe Bedeutung von Publikationen und Patenten als Indikator für Exzellenz hingedeutet, da diese die wissenschaftliche Reputation erhöhen. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass es sicherlich einer längeren Diskussion bedarf, um festzustellen und zu definieren, was Exzellenz ist und wodurch sich die Exzellenz einer bestimmten F&E-Einrichtung auszeichnet. Zudem können unterschiedliche ethische Ansichten und Anforderungen (z. B. zur Stammzellenforschung) sehr unterschiedliche Wettbewerbsvoraussetzungen für die verschiedenen F&E-Einrichtungen schaffen.

Es bedarf neuer und breiter ausgerichteter Methoden, um Evidenz z. B. hinsichtlich der tatsächlichen Wirksamkeit von Innovationen zu erbringen. Die evidenzbasierte Medizin sollte nicht nur die Medikamentenentwicklung im Fokus haben, sondern auch die Bewertung medizintechnischer Geräte oder Prozesse, um unter anderem komplexe Betreuungsszenarien für Patienten zu entwickeln. Die klassische randomisierte Dop-

pel-Blind-Studie, die man oft mit evidenzbasierter Medizin verbindet, greift hier als alleinige Methode zu kurz.

Auch organisatorische Umstrukturierungen, die dazu führen, dass Innovationsprozesse überhaupt erst ermöglicht werden, sind als (System-)Innovationen zu verstehen. In diesem Kontext war sich die Arbeitsgruppe darüber einig, dass eine Innovation selbst nicht als etwas Statisches, sondern als Prozess zu verstehen ist. Dies impliziert, dass unter anderem auch die Verbesserung der Anpassungsfähigkeit einer F&E-Einrichtung und lernende anpassungsfähige Informationssysteme als (System-)Innovationen zu verstehen sind. Auch die Unabhängigkeit des Review-Prozesses wurde von der Arbeitsgruppe genannt, d. h. es sollten Instrumente existieren, die einen unabhängigen und transparenten (‚objektiven') Review-Prozess ermöglichen und einen freien Markteintritt für alle Innovationsakteure sicherstellen. Dies impliziert zum Beispiel, dass sich die bewertenden Gremien nicht nur aus einer Riege von Grundlagenforschern zusammensetzen sollten, bei denen möglicherweise viele Ideen aus dem Bereich der angewandten Forschung zu ungünstig beurteilt werden, oder umgekehrt nicht nur aus anwendungsnahen Forschern, welche Entwicklungen, die noch weit von der praktischen Nutzung entfernt sind, vernachlässigen könnten. Hier besteht Verbesserungsbedarf, damit das System noch durchlässiger für Innovationen wird und insgesamt mehr Innovation ermöglicht, als dies im Augenblick der Fall ist.

6 Die gesellschaftliche Innovationsdynamik für Gesundheit

Ilona Kickbusch

„Innovation ... ist alles Mögliche, nur nicht geordnet. ... Die Organisation ... und der Prozess ... und zum Teil die Menschen können chaotisch sein. ... Man sagt, dass die Wettbewerber nie wissen, womit wir als Nächstes auf den Markt kommen. Tatsache ist, wir wissen es auch nicht.“

(William Coyne, Vizepräsident für F&E bei 3M, einem für seine Innovativität hoch gerühmten Unternehmen, 1996)

6.1 Einleitung

Wenn von Innovation in Zusammenhang mit Gesundheit gesprochen wird so ist meist die Ausweitung der therapeutischen Möglichkeiten bei der Behandlung von Krankheiten gemeint. Vorwiegend handelt es sich hier um Produktinnovationen im pharmazeutischen und medizin-technologischen Bereich, oder neuerdings in der Biotechnologie. Manchmal bezieht man in die Überlegungen die Reformbemühungen im medizinischen Versorgungssystem mit ein – hier kann es sich um eine breite Spanne von Innovationen handeln, so zum Beispiel um neue Finanzierungs- oder Organisationsformen, neue Prozessabläufe und Evaluierungsmethoden. Manchmal aber geht es auch um neue politische Schwerpunktsetzungen, die eine gewisse Systemveränderung nach sich ziehen. Ein Beispiel für letzteres wäre der bisher gescheiterte Versuch, dem tradierten deutschen Versorgungssystem eine neue Säule „Prävention“ hinzuzufügen und damit eine neue Systembalance einzuführen.

Seltener wird der Versuch unternommen, Gesundheit und Innovation durch eine breitere Sichtweise in einen größeren gesellschaftlichen Zusammenhang zu stellen und aus soziologischer Sicht miteinander zu verbinden. Dies ist meines Erachtens heute besonders notwendig, weil die Bedeutung der Gesundheit wie auch die Bedeutung der Innovation in unserer Gesellschaft nicht nur signifikant zugenommen hat, sondern sich in beiden Fällen auch grundlegend verändert hat.

Beide Bereiche – Innovation und Gesundheit – sind „gemacht“. Sie sind in die Gesellschaft gestellt, d. h. sie sind nicht nur Triebkraft, sondern auch Ergebnis gesellschaftlicher Prozesse und Strukturen. Innovation wie auch Gesundheit sind von daher interaktive Produkte (Braun-Thürmann 2005, Kickbusch 2007).

6.2 Die sozialwissenschaftliche Betrachtung

Wenn wir aus gesellschaftlicher Sicht von Innovationen im Gesundheitswesen sprechen, so handelt es sich um einen sehr viel breiteren Gegenstandsbereich als gemeinhin betrachtet wird. Dabei spielt die Wahrnehmung der Innovation durch die Gesellschaft, oder durch verschiedene gesellschaftliche Gruppen eine zentrale Rolle. Zwei Fragen stehen dabei im Vordergrund: Ist es neu? Ist es besser? Im Gegensatz zur medizinischen Evaluation von Innovationen ist die sozialwissenschaftliche Analyse von Innovationen in Bezug auf Gesundheit auf ein sehr viel breiteres Feld von Wirksamkeiten und Interdependenzen bezogen. Sie befasst sich sowohl mit der veränderten Rolle der Gesundheit in der Gesellschaft als auch mit einem veränderten Verständnis von Innovation, um dann schließlich die Auswirkungen des Wechselspiels zwischen diesen Veränderungen zu betrachten. Interessant ist es anzumerken, dass die Soziologie sich erst in den 1980ger Jahren sowohl mit der Gesundheit wie auch mit der Innovation intensiver beschäftigt hat. Erst zu diesem Zeitpunkt bildet sich neben der Medizinsoziologie eine Gesundheitssoziologie heraus, und neben der Techniksoziologie eine Soziologie der Innovation.

Hingegen gibt es eine lange Tradition der Betrachtung von Innovation in der Wirtschaftswissenschaft, die ihren Anfang in den Theorien Josef Schumpeters hat (Schumpeter 1964/1911). In seinem einflussreichen Werk stellt er die Innovation als Motor der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung dar, weist aber zugleich auch auf ihre destruktive Kraft hin. Genau bei diesem Punkt setzt auch die Soziologie der Innovation an, indem sie sich mit der Rolle und dem intrinsischen Charakter von Innovationen beschäftigt, z. B. mit der Entwicklung, dass der Begriff der Innovation nun weit über den Technikbereich hinausweist und fast jedes gesellschaftliche Feld umfasst. *„Innovationen verändern nicht nur die Gesellschaft, sondern der gesellschaftliche Wandel wirkt sich dahingehend aus, dass die dargestellten Innovationsprozesse und – strukturen selbst einer Veränderung unterworfen sind… Innovation selbst wird ein leitendes Motiv.“* (Braun-Thürmann 2005).

Besonders betont wird neuerdings die Verbindung von Gesundheit und Innovation mit gesellschaftlicher Produktivität und wirtschaftlichem Wachstum. Innovation wird zur Konkurrenzdimension zwischen Weltregionen, Staaten, oder hier in Deutschland zwischen Regionen. Zum einen werden Rankings über Innovationsfähigkeit und Innovationskapazität erstellt, um damit die Zukunftsfähigkeit einer Nation oder Region zu erfassen, damit gewinnt der Faktor Bildung als Humankapital eine zunehmende Bedeutung. Zum anderen wächst das Bewusstsein, dass in rapide alternden Gesellschaften Gesundheit als Humankapital ebenfalls an Bedeutung gewinnt. Die OECD befasst sich zunehmend mit beiden Humanressourcen (OECD 2007) und die Lissabon-Strategie

der Europäischen Union (2000 und 2005) fasst die Zunahme der gesunden Lebenserwartung in Europa als einen der Erfolgsindikatoren für die Innovationsstrategie der Europäischen Union. Diese umfasst vier Hauptschwerpunkte: mehr Forschung, Entwicklung und Innovation, ein dynamischeres Wirtschaftsumfeld, in die Menschen investieren und eine umweltfreundlichere Wirtschaft, und hat zum Ziel, die EU innerhalb von zehn Jahren, also bis 2010, zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensgestützten Wirtschaftsraum der Welt zu machen. Die Elemente Gesundheit und Innovation verbinden sich dann auf vielfältige Weise in Überlegungen und Projekten zur Europa-weiten Forschungsförderung oder regionalen Gesundheits- oder Bioclusters, wie sie jetzt vielfach auch in Deutschland angegangen werden.

So wie man deshalb von „*allgegenwärtiger Innovation*“ (ubiquitous innovation“) sprechen kann, so stellt sich auch die Gesundheit als Gegenstandsbereich dar, der fast alle Lebensbereiche durchdringt. Ich habe dies an anderer Stelle mit dem Begriff der Gesundheitsgesellschaft ausgeführt: *Gesundheit ist überall* (Kickbusch 2007). So generieren Innovationen neue Märkte für die Gesundheit und ein neues Gesundheitsverständnis sucht nach der Erfüllung neuer Bedürfnisse. Diese Koppelung von Innovationen muss stets von neuem in Betracht gezogen werden: zwar treibt die technologische Innovation die gesellschaftlichen Innovationsprozesse an, aber es darf nicht unterschätzt werden, wie stark gesellschaftliche Innovationen auch nach technischer, technologischer Innovation rufen. Diese Innovationsprozesse spiegeln sich dann auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen wider.

Ein gutes Beispiel dafür ist die Einführung der Kontrazeptiva: im Mikrobereich kann jede Frau mit Hilfe einer Pille ihre Reproduktionsfähigkeit kontrollieren, im Mesobereich wird – z. B. durch die Frauenbewegung – der Zugang zu dieser Technologie gesellschaftlich durchgesetzt und schließlich werden im Makrobereich ganze Gesellschaften von gewaltigen gesellschaftlichen und demographischen Umschichtungen erfasst. Ähnliches ließe sich im Bereich des Anti-Ageing aufzeigen, z. B. die vielschichtigen Auswirkungen der Möglichkeit, die männliche Potenz zu steigern und zu steuern.

Diese Phänomene sind wiederum nicht ohne den Kontext der rapiden Entfaltung der modernen Wissensgesellschaft zu verstehen (Gemperle, Steckeisen 2006). Globalisierung, Kommunikationsvernetzung, Verflachung, Verkürzung, Zeitgleichheit sind einige der Charakteristika dieser Entwicklung, die immer wieder angeführt werden. Bedeutsam sowohl für die Gesundheit wie für die Innovation sind wissensbezogene Megatrends, die auf beide Bereiche einwirken und sie auf neue Weise zusammenbringen. Besonders hervorzuheben ist die *rapide Vermehrung* von neuem Wissen und die *Demokratisierung von Wissen und Innovation.*

6.3 Gesundheit als gesellschaftliche und ökonomische Triebkraft

Dieser sehr dynamische und interaktive Prozess spiegelt wider, dass Gesundheit selbst zu einer gesellschaftlichen und ökonomischen Triebkraft in der post industriellen Wissensgesellschaft geworden ist. Einige Autoren, so z. B. L. A. Nefiodov (1999), gehen davon aus, dass die Innovation in den Gesundheits- und Lebenswissenschaften, in der Medizintechnologie und in der gesundheits- bezogenen Kommunikation in den nächsten zwanzig Jahren zur treibenden, wirtschaftlichen, ökonomischen, gesellschaftlichen Kraft anwachsen wird und damit die nächste große Wachstumsmaschine der Wirtschaft im 21. Jahrhundert sein könnte. Schon heute haben große Banken und Finanzhäuser Arbeitsgruppen eingerichtet, die insbesondere den Gesundheitsmarkt und die Innovationen in diesem Markt beobachten, weil sie hier eines der großen Wachstumsfelder der Zukunft sehen (Sigrist 2006).

In der Schweiz ist vor kurzem eine Studie durchgeführt worden (Sigrist 2007), in der Gesundheitsexperten befragt wurden, welche Triebkräfte sie in Bezug sowohl auf die technologischen als auch auf die gesellschaftlichen Triebkräfte der Innovation im Gesundheitssystem für besonders bedeutsam halten. Unter den technologischen Triebkräften nannten die Experten zuvorderst Bio- und Gentechnologie, Medizinaltechnologie, Informatik und Software, organische Chemie, Telekommunikation und Nanotechnologie. Unter den gesellschaftlichen Triebkräften wurden zuvorderst Demographie, Eigenverantwortung, Ernährungsgewohnheiten, Bildungsniveau und die Einkommensverteilung genannt. Interessant ist dabei besonders die Einschätzung, dass gesellschaftliche (30 %) und ökonomische Triebkräfte (27 %) als stärker eingeschätzt wurden als technologische (22 %) und politische (22 %) Triebkräfte. Damit vertreten diese Experten ein sehr sozialwissenschaftlich geprägtes Verständnis von Innovationsprozessen, das im Gegensatz zum Innovationsbegriff der klassischen Produzenten im Gesundheitsbereich steht. Deutlich wird auch, dass der Politik keine sehr große Innovationskraft zugetraut wird.

Für die Gesundheitsgesellschaft (Kickbusch 2007) ergeben sich zwei Bereiche mit unterschiedlicher Innovationslogik. Zum einen entwickeln sich neue wirtschaftliche und soziale Möglichkeiten aus dem zunehmenden öffentlichen und persönlichen Interesse an der Gesundheit und aus dem veränderten aktiven Gesundheitsverständnis. Insbesondere wächst hier ein expandierender Gesundheitsmarkt mit vielen Facetten, der zusammen mit der Medizin und Biotechnologe zum wichtigen Faktor des Wirtschaftswachstums wird. Zum anderen aber rufen die Folgeprobleme der an sich positiven Gesundheitsentwicklung – dass die Menschen länger leben und länger gesund sind – nach innovativen Lösungen:

- das Krankheitsspektrum der Gesellschaft verschiebt sich signifikant hin zu den chronischen, zum teil vermeidbaren Erkrankungen;
- das Krankenversorgungssystem nimmt einen immer größeren Anteil am Bruttosozialprodukt ein und erzeugt einen massiven „Kostendruck“;
- die Globalisierung und der ökologische Wandel bringen neue Gesundheitsrisiken mit sich.

Der Gesundheitsbereich müsste von daher eine kontextorientierte Innovationsstrategie entwickeln, die

- die Potentiale für Veränderung erfasst, besonders in Hinblick auf die technologische Entwicklung (technology push),
- die Bedürfnisse der Kunden und users versteht und kundenorientiert umsetzt (demand-pull),
- gestaltend antizipiert und kontextorientiert agiert (demand-push) (Burmeister et al. 2004).

Davon aber ist sie noch weit entfernt. Das Gesundheitswesen ist von seiner Organisationsform her in vielen Ländern ein schwieriges Umfeld für Innovation (Conference Board of Canada 2007). Am schwerwiegendsten ist sicherlich, dass die gesellschaftlichen Zielsetzungen für Innovation im Gesundheitswesen in vielen Ländern nicht klar umrissen sind und dass wichtige organisationsbezogene Bestimmungsfaktoren für hohe Leistungsfähigkeit vernachlässigt werden – so muss es neben der Innovation in Technologie, um Innovation bei Prozessen und Strukturen, bei der Kultur der Systeme und dem Personal wie auch bei den Nutzern der Systeme gehen. Das OECD Ranking of International Health Performance (OECD 2004) führt Deutschland dabei nur auf Platz 18.

6.4 Die Demokratisierung von Wissen und Wissensproduktion

Innovation und Wissen sind auf das engste verbunden. Innovation ist der Prozess, durch welchen gesellschaftliche oder ökonomische Werte durch Wissen geschaffen werden, um neue oder wesentlich verbesserte Produkte oder Prozesse zu produzieren. Das geschieht durch verschiedene Formen der Wissensproduktion, Diffusion und Anwendung (Conference Board of Canada 2007). In der Innovationsdiskussion wie auch in der Gesundheitsdiskussion geht es zunehmend um die Demokratisierung von Wissen und Wissensproduktion und damit auch um die Einbindung der Nutzer. Denn neben anderen Outputs steht zunehmend die Frage nach der sozialen Wertschöpfung durch Innovationen in der Diskussion. Die soziologische Literatur zur Innovation weist

auf das so genannte soziale Innovationsparadox hin, nämlich, dass sich in der Wissensgesellschaft die Produzenten- und die Konsumentenrolle wieder annähern. Gesundheit wie Innovation werden zunehmend als ko-produzierte Güter verstanden.

Die große Revolution in beiden Bereichen – der Medizin bzw. Gesundheit und der Innovation – ist die Einbindung und Beteiligung der Nutzer, Patienten, Konsumenten. In der Innovationsdiskussion, besonders in Hinblick auf die elektronischen Medien und insbesondere der Software-Entwicklung wie der Generierung von allgemein zugänglichem Wissen geht es um Begriffe und Prozesse wie ‚Open source', ‚Open content', ‚Lead user', ‚Open innovation', ‚Collective invention', ‚User innovation', ‚Creative commons'. *„Die Wissensgesellschaft braucht* – so das Grundpostulat – *eine neue, offene und die gegebenen Vernetzungs- und Kollaborationsmöglichkeiten erschließende Nutzung von Daten, Informationen und Wissen"* (Drossou et al. 2006).

Die Wirtschaft, die Politik und das Gesundheitswesen haben lange die soziale und partizipative Dimension der Innovation vernachlässigt, nicht zuletzt auch, weil sich hier besonders in Bezug auf Produktinnovationen neue gesellschaftliche Konflikte in Bezug auf die Eigentumsrechte an Wissen ergeben, so zum Beispiel in Hinblick auf geistiges Eigentum und auf Patente – und dies nicht nur auf nationaler, sondern auch auf internationaler Ebene. Auf dem World Economic Forum 2006 wurde sehr provokant diskutiert, inwieweit Entwicklungen und Innovationen, die derzeit im Bereich der Unterhaltungselektronik ablaufen, auf den Bereich der pharmazeutischen Produkte übergreifen könnten (Bedrohungsszenario), oder kreativ gestaltet (demand-push) werden könnten. Arthur D. Little hat in einer Studie über die Innovationskapazität von Unternehmen (2007) darauf hingewiesen, wie zunehmend wichtig für Unternehmen die Verbindung von Innovation mit Integrität – damit sind eine Reihe von sozialen Werten umschrieben – geworden ist.

6.5 Innovation an Schnittstellen außerhalb des Gesundheitssystems

‚Open innovation' bedeutet, gemeinsam als breite Gruppe von Partnern - auch im Gesundheitsbereich -innovative Lösungen zu finden. Denn es stellt sich die wichtige Frage: Wo findet eigentlich Gesundheitsinnovation statt? Vielleicht gar nicht dort, wo wir sie immer suchen, also im engeren medizinischen Umfeld.

Während es im Gesundheitswesen noch immer mit großen Schwierigkeiten behaftet ist, vernetzte und integrierte Versorgung herzustellen, gibt es außerhalb immer mehr Cluster, in denen sehr unterschiedliche Partner zusammen arbeiten. So bringt das ‚MyHeart'-Projekt 33 Partner aus 11 Ländern zusammen, um gemeinsam intelligente

Textilien zu entwickeln, die helfen sollen, Herz-Kreislauferkrankungen besser zu verhüten und frühzeitig zu erkennen. Hier wird deutlich, dass die Innovation an Schnittpunkten stattfindet. Hier geht es um die Zusammenarbeit von Medizin, Textilwirtschaft, Elektronik, Mode und Ähnlichem.

Innovation an den Schnittstellen gibt es beispielsweise auch im Bereich der Lebensmittelindustrie, insbesondere in der Entwicklung funktionaler Lebensmittel. Bei der Europäischen Lebensmittelbehörde liegen zurzeit über 70 Anträge für Cholesterinsenkende Lebensmittel vor. Ganze Wirtschaftszweige werden neu definiert. So hat der CEO von Nestlé 2006 die Firma neu definiert: nicht mehr als Lebensmittelhersteller, sondern als Ernährungs-, Gesundheits- und Wellness-Firma, und kauft konsequent die größte Diät-Nahrungsmittelgesellschaft in den USA auf. Solche Neudefinitionen sind bedeutsam und sie haben nicht nur eine ökonomische Bedeutung; sie widerspiegeln auch die gesellschaftliche Wahrnehmung, die konsumentenorientierten Bedürfnisse und den veränderten Gesundheitsbegriff, der auf Differenzierung und Individualisierung beruht. Diese Neuorientierung wird zunehmend auf dem Markt geboten, aber nicht innerhalb des Gesundheitssystems.

Es sind diese Innovationskonstellationen, mit denen wir uns ganz zentral beschäftigen müssen. Wo liegen die technologischen und die gesellschaftlichen Triebkräfte für die Innovation und wo überschneiden sie sich? Es ist anzunehmen, dass wenn der Gesundheitsmarkt Innovationen antreibt und auf Konsumenten-Bedürfnisse eingeht, dass dann diese Konsumenten auf Dauer Ähnliches im Gesundheitssystem erwarten und einfordern. Sie werden auf Dauer nicht akzeptieren, dass sie im Gesundheitssystem zwar ko-produzieren und ko-zahlen müssen, aber nur wenig auf ihre Bedürfnisse eingegangen wird.

6.6 Prozess- und Strukturinnovationen: fluid identity

Im derzeitigen Gesundheitssystem wird besonders deutlich, dass der Innovationsbedarf nicht nur in den Produkten, sondern zunehmend in der Prozessoptimierung liegt. Neue Produkte können ihren Wert nur entfalten, wenn sie auf Prozesse und Strukturen treffen, die es ihnen erlauben, ihren Nutzen und ihren Wert zu entfalten. In zunehmendem Maße handelt es sich hier um Informations-, Kommunikations- und Integrationsprozesse. Das entspricht auch der neueren Innovationsliteratur, die auf einen Paradigmenwechsel hin zur „Fluid Identity of Innovation“ hinweist (Braun-Thürmann 2006). Man wendet sich also ab von einer Diskussion, die versucht, auf einem Unterschied zwischen radikaler und inkrementeller Innovation zu bestehen. Auch im Gesundheitsbereich werden Prozess- und Strukturinnovationen immer bedeutsamer und das neue Produkt kann nicht mehr ohne seinen gesellschaftlichen Kontext gesehen werden. Es

lohnt, sich das anhand von gesellschaftlichen Bereichen, die nicht so stark reguliert sind wie das Gesundheitswesen, vor Augen zu führen.

Ein schönes Beispiel aus der Informations- und Kommunikationstechnologie ist das Telefon. An welchen Punkten dieses langen Prozess vom Apparat des Graham Bell zum mobilen Telefon, das fast alles kann, würde man von radikaler oder inkrementeller Innovation sprechen? Als die Schnur weg war? Als es photographieren konnte? Als es zum iPhone wurde? Was immer es in Zukunft sein wird? Wie stellt sich Innovation also im Kontext des pharmazeutischen oder des medizin-technologischen Marktes dar, wo es immer schwieriger wird, mit einem Blockbuster-Medikament auf den Markt zu kommen – es aber vom Patienten her immer bedeutsamer wird, mit chronischer Krankheit möglichst unabhängig leben zu können. Hier werden sich ganz neue Innovationsbereiche mit ‚fluid identity' ergeben und werden sich durch Konvergenz neue Märkte entwickeln, die sich dann gegenseitig steuern und vorantreiben.

Innovation durch Prozessoptimierung, Knowledge-Management und Workflow-System-Lösungen kommt immer mehr ins Blickfeld und wirft wichtige ethische Fragen nach dem Zugang zu Informationen auf. Wie kann es in einem demokratischen Staat angehen, dass der Bürger, der das Gesundheitssystem finanziert, keinen Einblick bekommt in die finanzielle und die medizinische Leistung des Systems, ja mitunter nicht einmal seine eigenen Gesundheitsdaten verwalten kann? Der tief greifende soziale Wandel vom bevormundeten zum kompetenten Patienten führt zum Bürger, der ein Recht auf Information und Transparenz hat. Das ist noch nicht im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik angekommen.

6.7 Das soziale Innovationsparadox

In der Wissensgesellschaft nähert sich – wie schon oben ausgeführt – die Produzenten- und die Konsumentenrolle wieder an. Gesundheit wie Innovation werden zunehmend zu ko-produzierten Gütern. Im Bereich Gesundheit/Krankheit geht es also um eine Wertschöpfungspartnerschaft mit dem Anspruch auf Teilhabe und Transparenz. In der Politik wird sie verkürzt als Eigenverantwortung bezeichnet, ohne die Machtdifferenz und das Informationsdefizit, dem sich die Versicherten, Patienten und Nutzer gegenübersehen, zu berücksichtigen. Damit manifestiert sich in der Organisation des Gesundheitswesens (das sich ja kaum mit Gesundheit befasst) das soziale Innovationsparadox anhand einer nicht enden wollenden Liste an Innovationsbedarf von Seiten der betroffenen Nutzer und Patienten, an denen aber die meisten Reformbestrebungen vorbei agieren, und dies, obwohl in den Bedürfnissen der Patienten die Bewältigung vieler der bestehenden Herausforderungen – z. B. in der Prävention oder im Disease Management – angelegt ist.

Sie ernst zu nehmen würde aber eine signifikante Machtverschiebung und eine wirkliche Reform des Gesundheitswesens nach sich ziehen. Eine solche Umorientierung würde dann Peter Druckers Definition von Innovation entsprechen: ein tief greifender Wandel, wie wir Gesundheit und Krankheit in unserer Gesellschaft organisieren. Dem aber stehen zu viele etablierte Interessen im Weg. Trotz aller Rede davon, „den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen“, ist das System nicht wirklich bereit, auf gesellschaftliche Bedürfnisse zu reagieren und patientendefiniert zu agieren.

Auch hier gilt es wieder, die zwei oben schon genannten Innovationsbereiche zu unterscheiden: jene, die sich aus dem veränderten Verständnis von Gesundheit und Patiententeilhabe ergeben, und jene, die als Folgeprobleme der epidemiologischen Entwicklung bewältigt werden müssen.

Im ersten Themenbereich stellt sich der dezidierte Systemmangel an Patientenrechten, Transparenz und Patienteninformationen als zentrale Herausforderung. Health Consumer Powerhouse (2007) hat eine neue Studie veröffentlicht, in welchen Ländern Patienten die meisten Rechte und Mitsprache haben. Führend ist Dänemark mit 25 Punkten, Deutschland liegt im unteren Bereich bei 15 Punkten. Das ist im Gegensatz zu dem, was die deutschen Konsumenten wollen. Der Gesundheitsmonitor von 2004 zeigt auf, dass sich 79 % der Befragten ein Ärzte-Ranking wünschen und dass 83 % der Befragten ihre Patientenquittungen sehen wollten. Aber diese Transparenz wird ihnen nicht gegeben, sie sollen als Bürger überall im Leben über komplexe Gegenstände und Abläufe entscheiden, nur nicht im Gesundheitssystem.

Andere Untersuchungen bestätigen das: Patienten wollen Information, Beteiligung und Wahlmöglichkeiten, das zeigt auch die große Studie „The European Patient of the Future“ von 2003. Die Konsumenten auf dem Markt – und auch im Gesundheitswesen ist man Konsument – wollen besonders Einfachheit, Convenience, Schnelligkeit und einen guten Preis (Schlögel et al 2004). Man sieht: der auf Struktur und Prozess ausgerichtete Innovationsbedarf von Patienten und Konsumenten steht mitunter in ganz dezidiertem Widerspruch zu dem, was die Leistungserbringer und die Versicherer bereit sind ihnen zu geben.

Im zweiten Themenbereich ergibt sich der Innovationsbedarf aus der zunehmenden Überschneidung von ‚Unmet Medical Needs’ und ‚Unmet social needs’, die zu ihrer Bewältigung die enge Mitarbeit der Patienten oder ihrer Angehörigen bedürfen. Die Verschiebung von der Akutversorgung hin zu chronischen Erkrankungen, psychischen Leiden, Langzeitpflege, palliativer Versorgung, Prävention und frühzeitlicher Behandlung kann nur gemeinsam bewältigt werden. Es braucht ein großes Ausmass an Struktur- und Prozessinnovation in Bezug auf ein integriertes Disease Management, das

medizinische wie soziale Dimensionen gleichwertig aufnimmt, denn hier geht man über das medizinische System hinaus, hinein in den Alltag und in das gesellschaftliche Umfeld. Das muss dann zu neuen Formen der Zusammenarbeit von neu gestalteten sozialmedizinischen Diensten führen, die mit Alltagssystemen in Bezug treten können. Das entspricht auch der Individualisierung und der personalisierten Medizin, die zunehmend bedeutsamer wird.

Das kann auch wieder dazu führen, dass die Menschen nicht zum Professionellen gehen, sondern dass umgekehrt die Professionellen wieder zu den Menschen kommen.

6.8 Politikinnovationen

Eine wichtige Innovation kann auch sein, die Art zu verändern, wie wir die Dinge sehen und Probleme beschreiben – ein Perspektivenwechsel also. Die wichtigste Politikinnovation ist sicherlich, dass zunehmend akzeptiert wird, Gesundheit als zentrale Triebkraft von Produktivität und ökonomischem Wachstum zu verstehen und nicht nur als Kostenfaktor zu verstehen (Kickbusch 2008). Als nächstes gilt es dann zu klären, wo im politischen System diese Aufgabe zu verankern ist. Brauchen wir ein Ministerium für Gesundheitswirtschaft, wie es manche fordern? Immerhin gibt es nun schon eine solche Abteilung im deutschen Bundesministerium für Wirtschaft. Die Herausforderung ist, auf neue Weise Wirtschaft, Ökonomie, Gesundheit und die soziale und technische Forschung zusammenbringen. Das war auch Thema der finnischen EU Präsidentschaft unter dem Titel „Gesundheit in allen Politikbereichen“.

Innovation, so scheint es, kann in vielen Fällen auch nur unter einer globalen Perspektive diskutiert werden. Auf die immer schneller werdende Abfolge zwischen gesellschaftlicher und technologischer Innovation werden sich unsere Gesellschaften ebenfalls einstellen müssen. Das heißt, die gesamtgesellschaftliche Akzeptanz von Innovationen wird immer wichtiger – hier liegt eine zentrale Aufsichts- und Vermittlerrolle der Politik. Die Regelung der Innovation wird zunehmen, das ist gar keine Frage, auch auf europäischer und auf globaler Ebene. Ebenso vermehren sich die Versuche, Innovation herbeizuführen und zu planen. Die neuere soziologische Innovationsliteratur beschäftigt sich denn auch mit dem Innovationsparadox: wie kann man planerisch etwas vorbestimmen, was man noch nicht weiß (Scholl 2007)? Es gilt also nochmals zu betonen, dass nicht nur die Innovationen die Gesellschaft verändern, sondern dass der gesamtgesellschaftliche Wandel die Innovationsprozesse und -strukturen selbst verändert, und auch unser Verständnis von dem, was eine Innovation ist. Dabei geht es auch um neue Werteorientierungen in der Gesellschaft. Wenn wir Innovation diskutieren, dann werden die Werte, die ‚Social values’, die den jeweiligen Innovationen zugeordnet werden, immer bedeutsamer. Und dann lässt es sich nicht mehr vermeiden,

Innovationsprozesse in der Gesundheit sehr viel offener und partizipativer zu gestalten als heute.

Literatur:

Arthur D. Little ADL (2007) Integrity+Innovation = Sustainable Performance. http://www.adl.com/31.html?&view=61 (accessed 12.02.2008)

Böcken, Jan; Braun, Bernhard, Schnee, Melanie (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F14-7FC12C7F/bst/Inhalt_GeMo_2004.pdf (accessed 12.02.2008)

Braun-Thürmann, Holger (2005) Innovation. Bielefeld: Transkript Verlag

Burmeister K., Neef A., Beyers B., Corporate Forsight. Unternehmen gestalten Zukunft. Murmann: Hamburg, 2004 (z_punkt: http://www.download.z-punkt.de/tdb-info.pdf)

Coulter Angela, Magee Helen (2003) The European Patient of the Future. Picker Institute Europe.http://www.isqua.org.au/isquaPages/Conferences/dallas/DallasAbstractsSlides/WebMaterial2003/PPT/Wednesday/C09/076_Coulter.pdf (accessed 12.02.2008)

Drossou, Olga; Krempl, Stefan; Poltermann, Andreas (2006) Die wunderbare Wissensvermehrung. Wie Open Innovation unsere Welt revolutioniert. On line Zeitschrift telepolis. Heise Zeitschriften Verlag

http://www.wissensgesellschaft.org/themen/wissensoekonomie/OpenInnovation.pdf

Europäische Union, (2000, 2005) Lissabon Strategie http://ec.europa.eu/growthandjobs/index_de.htm (accessed 12.02.2008)

Gemperle Michael, Steckeisen Peter (Hrsg.), Ein neues Zeitalter des Wissens? Kritische Beiträge zur Diskussion über die Wissensgesellschaft, Zürich: Seismo 2006

Health Consumer Powerhouse: Euro Health Consumer Index 2007. http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf (accessed 12.02.2008)

Kickbusch, Ilona (2007) Die Gesundheitsgesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Kickbusch, Ilona (Hrsg) Policy Innovation for Health. New York: Springer. Forthcoming 2008

Kickbusch, Ilona , Maag, Daniela (2005) Health Literacy. Towards an active health citizenhip. In: Sprenger, Martin (Hrsg) Public Health in Österreich. Lengerich: Pabst Science Publishers. S.151-158

MyHeart project. Fighting cardio-vascular diseases by prevention and early diagnosis. http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/ (accessed 12.02.2008)

Nefiodow, L.A., Wirtschaftslokomotive Gesundheit, Conturen, 4/99, pp. 28-35.

OECD (2007) OECDForum Innovation, growth and Equity. http://www.oecd.org/site/0,3407,en_21571361_37578380_1_1_1_1_1,00.html

Schlögel M., Staib D., Feldmann L. Black Box Kunde, Gottlieb Duttweiler Institut, Rüschlikon, 2004

Scholl, Wolfgang (2006) Innovation und Information. Göttingen: Hogrefe Verlag

Schumpeter, Joseph Alois (1964) Theorie der wirtschaftlichen Entwicklungen (6. Auflage, ursprünglich 1911) Berlin: Duncker und Humblot

Sigrist, Stefan (2006) Health Horizons. Guide zu den neuen Gesundheitsmärkten. Rüschlikon: GDI Studie Nr. 20

Sigrist, Stefan (2007) Wandel im Gesundheitsmarkt: strategische Ausrichtung der Pharma- und Biotechindustrie auf künftige Marktbedingungen und präventive Therapien. Dissertation. ETH Zürich

7 Zusammenfassung der Arbeitsgruppen „Mehrwert von Innovation für die Gesellschaft“

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen zum zweiten Themenblock, Innovation unter gesellschaftlicher Perspektive, berichtet. Schwerpunktmäßig wurden in den drei Arbeitsgruppen die Unternehmen der privaten Wirtschaft, die Politikakteure und die Bürgerinnen und Bürger behandelt.

7.1 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Wirtschaft

AG-Chair: PD Dr. Dorothee Gänshirt
Berichterstatter: Dr. Michael Nusser

Da der Gesundheitsmarkt sich ständig diversifiziert, wurde der Begriff der privaten Wirtschaft im Rahmen der Diskussion innerhalb der Arbeitsgruppe sehr weit gefasst, d. h. vom klassischen Medikamenten- oder Gerätehersteller über Privatunternehmen z. B. im Compliance-Management bis hin zum Lifestyle- oder ‚Functional Food’-Bereich. Hinsichtlich der Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die private Wirtschaft zeichnen die Ergebnisse der Arbeitsgruppe folgendes Bild.

Private Wirtschaftsunternehmen können durch Innovationen ihre Wettbewerbsfähigkeit stärken bzw. ihre Wettbewerbsposition verbessern, indem sie z. B. mittels einer Innovation ein Alleinstellungsmerkmal oder ein besseres Preis-/Leistungsverhältnis erzielen oder durch einen Markenimage- und Reputationsgewinn („Unternehmen steht für innovative Produkte und innovative Dienstleistungen“) Kunden dauerhaft an sich binden können. Innovationen garantieren daher einen nachhaltigen Umsatz und sichern die Profitabilität des Unternehmens.

Mit Hilfe von Innovationen entstehen neue Produktmodelle und Geschäftsfelder. Bereits existierende Märkte, Geschäftsfelder und Leistungspakete werden auf nationaler und internationaler Ebene erweitert. Hier sind unter anderem die Bereiche personalisierte Medizin, eine stärkere Kombination von medizinischen mit nicht-medizinischen Produkten sowie eine stärkere Verknüpfung von Produkten und Dienstleistungen (u. a. produktbezogene Dienstleistungen wie z. B. neue Finanzierungsmodelle für Medizintechnikprodukte) oder der Gesundheitstourismus (z. B. erhöhte internationale Reputation Deutschlands als Gesundheitsstandort, Gesundheitsversorgung als Erlebnis) zu nennen. Hierbei kann einerseits die Gesundheitsindustrie ihre günstigen Voraussetzungen nutzen, um nicht-medizinische Produkte einzuführen (z. B. ‚Gesundheitsreisen’ verknüpft mit Vorsorgeuntersuchungen). Andererseits können aber auch Unternehmen aus anderen Bereichen (z. B. Mobilfunkindustrie) ihre Position nutzen, um medizini-

sche Produkte einzuführen (z. B. spezielle Handys für Telemonitoring im Bereich e-Health).

In diesem Kontext wurde zum einen auch eine Erhöhung der Compliance durch innovative Produkte und Dienstleistungen erwähnt, denn durch die Nichteinnahme oder falsche Einnahme von Medikamenten wird unter anderem der Therapieerfolg gefährdet, was nachweislich zu großen volkswirtschaftlichen Verlusten im deutschen Gesundheitssystem führt.

Zum anderen wurde darauf hingewiesen, dass die Erweiterung von Märkten, Geschäftsfeldern und Leistungspaketen (u. a. Dienstleistungsangebote) aufgrund der erhöhten Komplexität Intransparenz schaffen kann, die seitens der Industrie sogar gewünscht sein kann, um die Vergleichbarkeit von Produkten zu erschweren. Allerdings wurde auch eingewandt, dass vor allem innovative und leistungsstarke Unternehmen ein großes Interesse an Transparenz für die Kunden bzw. Patienten haben dürften, da für diese Unternehmen die ‚simplicity' ihrer Produkte sinnvoll ist.

Innovative Spitzenprodukte und Dienstleistungen unterstützen auch die zunehmenden Internationalisierungsprozesse von Gesundheitsversorgungsunternehmen (u. a. zunehmende Bedeutung von Gesundheit als internationaler Luxusmarkt, international tätige Gesundheitshotelketten und Gesundheitszentren). Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe waren sich einig, dass sich diese international ausgerichteten neuen (Luxus-)Märkte unreguliert entwickeln sollten. Aus der Perspektive der privaten Wirtschaft ist es wichtig, dass die Regulierung einen offenen Marktzugang und Wettbewerb ermöglicht. Zwar sind Regulierungen im Gesundheitssystem wichtig und notwendig, allerdings müsse man sich stets die Frage stellen, ob eine ganz bestimmte Regulierung erforderlich ist. Nur wo eine Regulierung notwendig und sinnvoll ist, sollte ein Eingreifen des Staates erfolgen.

Diese nationale und internationale Entwicklung hin zu sogenannten zweiten Gesundheitsmärkten im Luxussegment wird nur dann akzeptiert werden, wenn eine Art sozialer Verantwortung gewährleistet wird. Dies impliziert, dass eine gute Grundversorgung garantiert werden sollte; hierzu sollte ein Leistungskatalog definiert werden. Nur so kann es zu einer effizienten Verzahnung von Grund- und Zusatzversorgung kommen, bei der mittel- bis langfristig auch die Grundversorgung von der Zusatzversorgung profitieren kann, analog zum Beispiel der Navigationssysteme, die früher nur in Luxusautos eingebaut wurden und heute sehr billig für viele Autofahrer zu kaufen sind.

Innovationen haben für private Wirtschaftsunternehmen noch weitere Vorteile. Eine hohe Innovationsfähigkeit kann zu einem Reputationsgewinn führen. Dies erhöht – wie auch bei den Forschungseinrichtungen – einerseits die Attraktivität eines Unterneh-

mens als Arbeitgeber. Dadurch wird es für diese Unternehmen einfacher, ihre qualifizierten Mitarbeiter an sich zu binden sowie neue hinzuzugewinnen. Besondere Bedeutung gewinnt dies vor dem Hintergrund, dass sich in Deutschland zukünftig die Engpässe beim qualifizierten Personal deutlich verschärfen werden.

Andererseits erhöht eine hohe Innovationsfähigkeit auch die Attraktivität als Kooperationspartner in industriellen Netzwerken (z. B. im Bereich F&E, Produktion oder Vertrieb) sowie in integrierten Versorgungsnetzwerken. Letzteres ermöglicht den Pharmaunternehmen beispielsweise einen guten Zugang zu den Kostenträgern oder kann die Basis für neue Public-Private-Partnership-Geschäftsmodelle darstellen. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass sich die seit Jahren stattfindenden Fusionswellen im Gesundheitsbereich (z. B. Versorgungszentren, Pharma-Unternehmensfusionen, Pharma-Biotechnologie-Fusionen, Krankenhausketten) sowie die Kooperationsaktivitäten (z. B. strategische F&E-Allianzen) voraussichtlich weiter intensivieren werden.

Welche Wirkungen durch diese ‚Leistungsnetzwerke' entstehen werden ist unklar. Einerseits können integrierte Versorgungsstrukturen aufgrund der langfristigen Bindungen den Wettbewerb verringern. Andererseits dürften durch die Bildung von Netzwerken Synergien entstehen, die die Systemeffizienz deutlich erhöhen können. Konsens der Arbeitsgruppe war, dass beide Entwicklungen möglich sind.

7.2 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Politikakteure

AG-Chair: Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Berichterstatter: Dr. Thomas Reiß

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zusammengefasst, die sich mit Dimensionen des Nutzens von Innovationen aus der Perspektive von Politikakteuren befasst hat. Dabei stellt sich zunächst die Frage, wer als **politischer Akteur im Gesundheitssystem** zu betrachten ist. Im deutschen korporatistischen System sind dabei nicht nur Parteien, Parlamente und die Organe der Exekutive auf Gemeinde-, Länder- oder Bundesebene zu betrachten, sondern auch die Selbstverwaltungsorgane. Am deutlichsten wird deren Rolle am Beispiel des Gemeinsamen Bundesausschusses, der das wichtigste Organ der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen ist. Die Befugnisse des gemeinsamen Bundesausschusses sind so weit reichend, dass er im Jargon der Rechtssprechung auch als „kleiner Gesetzgeber" bezeichnet wird. Auch im Falle des neu geschaffenen Bundesverbandes der Krankenkassen werden weit reichende Aufgaben, die sonst ganze Ministerien beschäftigen könnten, ausgelagert. Auch alle sonstigen Verbände und Lobbygruppen von Industrie-

verbänden bis zu Interessensgruppen der Patienten können als politische Akteure im Gesundheitssystem eine Rolle spielen. In diesem komplexen Akteurssystem stellt sich nun die Frage, welche Nutzendimensionen von Innovationen welche Rolle spielen.

Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe ist es wichtig, in diesem Zusammenhang zunächst zu klären, welche der genannten Akteure überhaupt genuines **Interesse an Gesundheit** haben. Dabei geht es nicht nur um die Frage, wer sich wirklich für Gesundheit interessiert, sondern auch um den Rang, den Gesundheit bei konfligierenden politischen Interessen einnimmt. Die genannten Akteursgruppen haben ihre eigenen Rationalitäten, seien es professionelle Rationalitäten, Rationalitäten der Versicherungen oder Rationalitäten der politischen Instanzen, die häufig ganz verschiedene konfligierende oder zusammenlaufende Interessensbündel auszugleichen haben. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Gesundheit selbst dann nicht immer den ersten Rang einnimmt, wenn über Gesundheitsfragen entschieden wird. Weiterhin zeigt sich nach Einschätzung der Arbeitsgruppe, dass in Deutschland eine zentrale Stelle zur gesundheitlichen Bewertung gesetzlicher Maßnahmen fehlt. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes oder der Sachverständigenrat können diese Lücke nicht schließen. Unter dem Gesichtspunkt Innovation im Gesundheitssystem wäre es daher eigentlich eine innovative Notwendigkeit, Maßnahmen in verschiedenen Politikfeldern bezüglich ihrer gesundheitlichen Effekte zu bewerten. Diese Notwendigkeit besteht umso mehr, da Gesundheit nicht nur eine Angelegenheit der Gesundheitspolitik ist, sondern Maßnahmen in zahlreichen verschiedenen Politikfeldern direkte oder indirekte Auswirkungen auf das System Gesundheit haben. Die föderalen Strukturen in Deutschland erhöhen die Komplexität der Problemlage, da die Länder für viele Aspekte der Gesundheitspolitik zuständig sind, aber wesentliche Rahmenbedingungen z. B. im Bereich der Sozialversicherung, des Arzneimittelrechts oder der Heilberufe auf Bundesebene gesetzt werden.

Um ihre jeweiligen Interessen einbringen zu können, verfolgen die politischen Akteure ganz unterschiedliche **Ziele**. Neben der eigentlichen Gesundheitsversorgung können hier als Beispiele Beschäftigungssicherung, Wachstum, Sicherung des Leistungszugangs oder auch Qualitätsverbesserung von Gesundheitsleistungen genannt werden. Aber auch die Wiederwahl kann für politische Entscheidungsträger ein wesentliches Ziel sein. Gerade für politische Akteure entsteht häufig das Dilemma, das mehrere Einzelziele nicht nur wenig passfähig sind, sondern gar gegenläufig sein können. In diesem Zusammenhang wurde von der Arbeitsgruppe der Begriff der „Entscheidungslast“ geprägt. Dies bedeutet, dass politische Entscheidungen zur Erreichung eines partikulären Ziels immer mit möglicherweise negativen Auswirkungen auf die Erreichung anderer Ziele verbunden sind. Ein Beispiel hierfür wäre die Situation eines Bundestagsabgeordneten, der sich in seinem Wahlkreis für das lokale Krankenhaus engagiert und

gleichzeitig in Berlin für eine Reduktion der Krankenversorgung in Deutschland votiert, um die gesamtgesellschaftliche Last zu reduzieren. Unter den Zielen, die der Nutzung von Innovationen im Gesundheitssystem zuwiderlaufen können, wurden Fragen der Budgetdeckelung kontrovers diskutiert. Dabei zeigte sich, dass limitierte Budgets durchaus auch ein wirksames Stimulans zur Effizienzsteigerung, d. h. zur Verschlankung der Produktionskosten im Gesundheitsbereich darstellen können, indem sie ermöglichen, bei gleichen Geldmitteln mehr Gesundheit zu „produzieren“. Als weiteres kontroverses Zielbündel wurde die Frage der Kostenzuteilung diskutiert insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Beitragssysteme, die sich derzeit in einer politischen Umbruchphase befinden.

Zur Umsetzung politischer Ziele sind geeignete **Instrumente und Mechanismen** erforderlich. Aus Sicht der Arbeitsgruppe stellt sich hierbei die interessante Frage, wer für eine Nachjustierung politischer Maßnahmen sorgt. Verschiedene Beispiele für Überregulation im Arzneimittelsektor führen zu der Frage, wer auf welche Weise eine Kosten-Nutzen-Analyse von Regulierungen durchführen kann und wie die wissenschaftliche Basis für solche Bewertungen zu beurteilen ist. Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe werden derartige Bewertungen zurzeit nicht durchgeführt, was oft zu der Situation führt, dass gesundheitspolitische Entscheidungen ohne Evidenzbasierung getroffen werden. Die bisher etablierten Instrumente wie HTA, Berichte des Sachverständigenrates oder die Gesundheitsberichtserstattung scheinen diese Lücke nicht schließen zu können. Auch die Datensammlungen bei Krankenkassen oder anderen Kostenträgern erfüllen diese Bewertungsanforderungen bisher nicht. Die Problematik liegt nicht so sehr in der Datenlage, sondern in der Nutzung und Interpretation der vorhandenen Daten. Für viele Fragestellungen wären genügend Bewertungsinformationen verfügbar. Was fehlt, sind nach Einschätzung der Arbeitsgruppe der Wille und teilweise auch die Ressourcen, diese Daten angemessen auszuwerten. Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage, wer überhaupt daran interessiert ist, langfristige Wirkungen von politischen Maßnahmen zu untersuchen und die hieraus erwachsenden Erkenntnisse auch so umzusetzen, dass sich langfristig positive Effekte ergeben.

Die zentralen **Herausforderungen im Gesundheitssystem**, zu denen aus Sicht politischer Akteure Innovation Lösungsbeiträge bieten muss, sind weit gehend bekannt: demographischer Wandel, Kindergesundheit, Lifestyle-bedingte Erkrankungen. Im Zusammenhang mit unserer älter werdenden Gesellschaft ist nach Einschätzung der Arbeitsgruppe die einfache Gleichung „älter = kränker“ nicht bewiesen. Die Datenlage zu entsprechenden Outcomes ist bisher nicht überzeugend. Dies liegt nicht zuletzt an einem Mangel an geriatrischer Versorgungsforschung in Deutschland. Hierbei spielt auch die unzureichende Anwendung vorhandenen Wissens eine wichtige Rolle. Über die Wechselwirkung von Medikamenten bei Patienten mit alterbedingt eingeschränkten

Funktionen liegen wichtige Erkenntnisse vor, die aber kaum angewendet werden, weil das erforderliche Wissen bei den Leistungserbringern entweder nicht vorhanden ist oder beispielsweise auf Grund von Ressourcenengpässen nicht adäquat eingesetzt werden kann. Gerade beim Thema Wechselwirkungen und Nebenwirkungen von Therapien liegt ein großes Innovationspotenzial vor, das bisher auf Grund von Informationsdefiziten nicht genutzt werden kann. Um die dringend notwendige Versorgungsforschung leisten zu können, wäre es nach Einschätzung der Arbeitsgruppe sehr hilfreich, einen so genannten Forschungsparagraphen mit Verpflichtungscharakter für die Krankenkassen einzuführen, nach dem beispielsweise ein halbes Prozent der Beiträge für Versorgungsforschung eingesetzt werden sollte.

7.3 Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die BürgerInnen und Bürger

AG-Chair: Prof. Dr. Jürgen Pelikan
Berichterstatterin: Dr. Sibylle Gaisser

Die Arbeitsgruppe "Dimensionen des Nutzens von Innovationen für die Bürgerinnen und Bürger" beschäftigte sich mit der Fragestellung, welche Rollen Bürgerinnen und Bürger im Gesundheitssystem ausfüllen, welche Konsequenzen sich daraus für die Versicherung und die Leistungserbringung ergeben, und welche Anforderungen sich für den Kommunikationsprozess daraus ableiten lassen.

Bürgerinnen und Bürger treten im Gesundheitssystem sowohl als politische Wesen als auch in der Rolle der Konsumenten – im Wirtschaftsbereich – und Patienten – im Krankenbehandlungssystem – auf. Dabei haben sich die Grenzen zwischen der Rolle des Konsumenten und des Patienten in der jüngeren Vergangenheit durch Diagnosemöglichkeiten bei Gesunden verschoben (z. B. der unklare Status des ‚gesunden Kranken', d. h. einer Person, die für eine bestimmte in der Zukunft ausbrechende Krankheit positiv getestet wurde). Vor dem Hintergrund, dass es heutzutage eine Vielzahl neuer Therapieoptionen gibt, wird es immer schwieriger, eine Abgrenzung zwischen präventiven und kurativen Maßnahmen vorzunehmen, da bestimmte Formen der Prävention auch zusätzlich kurativen Charakter haben und umgekehrt. Die Entscheidung über die Art und den Zeitpunkt des Eingreifens innerhalb des Kontinuums ‚krank – gesund' ist dabei eine kontrovers diskutierte Frage. Gleichzeitig ist ein Wandel im Gesundheitsverständnis zu beobachten, indem bedingt durch die Fortschritte in der Medizin Krankheit bzw. Gesundheit nicht mehr als schicksalhaft begriffen werden. Andererseits bedeutet dies, dass heutzutage nicht nur durch den Eintritt einer Krankheit Entscheidungen notwendig werden, sondern dass auch (noch) bestehende Gesundheit immer mehr Entscheidungen (z. B. über den besten Weg zu deren Erhaltung) erfordert.

Besonders vor dem Hintergrund der Ressourcenlimitierung ergibt sich daraus die Frage, wer die Verantwortung für solche Entscheidungen übernimmt und welche Konsequenzen dies für die Bürgerinnen und Bürger im Zusammenspiel mit den öffentlichen und privaten Leistungsträgern hat.

Dasselbe trifft auch für die Frage der Nutzung von Innovation zu: Welche Rolle spielen Bürgerinnen und Bürger, wenn es um die sachgemäße oder die übermäßige Nutzung von Innovationen geht? Beispielhaft diskutiert wurden verschiedene Diagnosemöglichkeiten und das Doping. Eng verwandt mit der Nutzung ist auch die Frage nach der Zugänglichkeit von Innovationen. Ausgehend von der Beobachtung, dass Innovation, solange sie nicht eine ‚Economy of Scale' erreicht hat, in der Regel teuer ist, wird sie eine Ungleichheit hinsichtlich der Verfügbarkeit für alle Bürgerinnen und Bürger erzeugen. Es wurde diskutiert, welche Konsequenzen sich daraus für das Finanzierungssystem ergeben, und ob beispielsweise eine Delta-Finanzierung eine Möglichkeit darstellen würde, um mittelfristig Innovation flächendeckend einzuführen. Nach diesem Modell würden Krankenversicherungen den Sockelbetrag für die Standardbehandlung bezahlen und Privatpersonen mit genügend hohen Privatressourcen den Differenzbetrag, um dafür die Innovation zu erhalten. Das, so eine in der Arbeitsgruppe vertretene Meinung, sei zwar zunächst ungerecht, könne aber zu einer Beschleunigung der ‚Economy of Scale' führen. Die Einführung zunächst bei einer kleineren Patientengruppe würde dazu beitragen, dass die Innovation mittelfristig allen zugute komme, und sei somit aus Gründen der Solidarität und der sozialen Gerechtigkeit vertretbar. Andere Vorschläge zur Finanzierung von Innovation befassten sich mit einem System der ‚Capitation', um auch Interesse bei Anbietern zu erzeugen. Dies würde es ermöglichen, Diagnose und Therapie sinnvoll einzuschränken, ohne ausschließlich auf Anreize beim Nutzer zu setzen. Problematisch an diesem System scheint, dass es die Gefahr in sich birgt, dass Einrichtungen die Behandlung von Patienten aus Kostengründen ablehnen könnten. Als dritte Option wurde die Etablierung eines sehr differenzierten Krankenversicherungssystems diskutiert, das es jeder Bürgerin und jedem Bürger erlaubt, sich das Versicherungssystem mit Kosten und Leistungsumfang nach den persönlichen Bedürfnissen auszuwählen.

Die Diskussion um Zugänglichkeit muss sich jedoch auch mit der Frage der Freiwilligkeit der Nutzung von Innovation befassen. Die ethische Diskussion beschäftigt sich u. a. mit dem Recht auf Wissen bzw. auf Nicht-Wissen um Krankheitsrisiken, und welche Rolle dabei neue Diagnosemöglichkeiten spielen. Eine Information über Risiken sollte auch mit dem Angebot eines entsprechenden Risikomanagements verbunden sein. Konsens bestand in der Arbeitsgruppe darüber, dass es keine Zwangsdiagnosen und Zwangstherapien geben dürfe. Gleichzeitig erschien es jedoch überdenkenswert, ein entsprechendes Anreizsystem für die Anspruchnahme diagnostischer und anderer

Leistungen zu schaffen, sofern diese Auswirkungen auf die Art der Behandlungen im Krankheitsfall haben. Die Ausgestaltung könnte ähnlich dem Bonus-Malus-System erfolgen, das bereits seit langem von den deutschen Krankenkassen für zahnärztliche Behandlungen eingeführt ist.

All dies hat Auswirkungen auf die "Gesundheitsentscheidungen" der Bürgerinnen und Bürger. Die Frage wurde diskutiert, ob es ein Recht auf Gesundheit oder gar eine Pflicht, seine Gesundheit zu erhalten, gibt. In diesem Zusammenhang wurden Monitoringsysteme und ihr Einfluss auf mögliche Verhaltensänderungen diskutiert. Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe führt die Erfassung und Dokumentation gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen nur zu wenigen Verhaltensänderungen. So stellt sich die Frage, ob neben persönlichen Anreizen die Gesellschaft noch andere Möglichkeiten hat, Risikoverhaltensweisen zu reduzieren. Stellhebel dafür könnten entsprechende ‚Opportunity Structures' sein, die es unterstützen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten.

Die Anforderungen an eigenständige Entscheidungen, die das Gesundheitssystem an die Bürgerinnen und Bürger stellt, könnten jedoch den Einzelnen künftig überfordern. Wenn bereits die Wahl des Versicherungstarifs das Produkt eines schwierigen Optimierungsprozesses ist, der die Recherche und Verarbeitung einer Fülle von Informationen erfordert, die sich je nach jeweiliger Lebensphase und bestimmten Bedingungen auch noch ändern, werden neue innovative Kommunikationsformen im Gesundheitssystem erforderlich. Mittels einer gezielten Wissensstrategie sollten Informationsangebote entwickelt werden, die berücksichtigen, dass die Bevölkerung unterschiedliche Niveaus in Bezug auf Bildung, Wissen und ‚Health Literacy' hat. Einen Beitrag zur Informationsvermittlung könnte auch die stärkere Etablierung der Zivilgesellschaft sein, in der unabhängige Expertengruppen zusammen mit betroffenen Patientenvereinigungen anderes Wissen schaffen, das additiv zur bisherigen Wissensvermittlung durch staatliche, bürokratische oder hierarchische Organisationen ist. Dies würde das ärztliche Informationsmonopol aufheben und durch andere konkurrierende Informationssysteme ergänzen, die beispielsweise auch ein Ärzte-Ranking beinhalten würden. Ziel der Informationssysteme ist die Schaffung von Transparenz und Repräsentanz, die es dem Einzelnen im Gesundheitssystem erlauben, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen.

8 Kosten und Nutzen von Innovationen aus Sicht der Versicherten

Klaus-Dirk Henke

8.1 Zur gesundheitspolitischen Ausgangslage

Unstrittig ist es, die Krankenversorgung der Patienten und die gesundheitliche Förderung der Bevölkerung permanent zu verbessern. Dazu sind neue Forschungsergebnisse zur Diagnose und Therapie möglichst schnell zu implementieren. Das BMBF hat zu diesem Zweck in den Jahren 2007/2008 zwei Schwerpunkte in der Hightech-Strategie gesetzt. Dazu gehört zum einen die Wiederbelebung des Pharmastandorts Deutschlands und zum zweiten die Medizintechnik mit Leitmärkten, wie z. B. der Informations- und Kommunikationstechnologie. Schließlich gehören übergreifend eine engere Kooperation zwischen Wissenschaft und Wirtschaft sowie der Wettbewerb um die Gesundheitsregionen der Zukunft dazu.[4] Drei Herausforderungen stehen dabei im Vordergrund:

- Die Risikominimierung für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko durch Prävention und Gesundheitsförderung,
- die Versorgungsforschung nach Krankheitsabläufen sowie
- eine patientenorientierte Reorganisation der individuellen Versorgung mit Gesundheitsleistungen.[5]

Vor diesem Hintergrund einer Einschätzung der Zukunft der Krankenversorgung, Prävention und der Gesundheitsförderung steht im Folgenden der Versicherte mit seiner Perspektive von Kosten und Nutzen von Innovationen im Vordergrund.

8.2 Kosten, Preise, Ausgaben, Finanzierung und Vergütung im Gesundheitswesen: eine Herausforderung für kommende MetaForen

Kosten, Preise, Mengen und Ausgaben im Gesundheitswesen werden in diesem Beitrag nur gestreift, da zunächst die Nutzenseite im Mittelpunkt stehen soll.

---

4 Siehe hierzu den Masterplan Gesundheit für Berlin und Brandenburg in seiner Fassung vom 4.9.2007.

5 Siehe hierzu den Beitrag von Meyer-Kramer im vorliegenden Band.

Der bewertete Einsatz von Ressourcen, der zur Erstellung und Abgabe von Gesundheitsleistungen erforderlich ist, kann als Kosten bezeichnet werden. Es handelt sich um einen leistungsbezogenen und bewerteten Güter- und Leistungsverzehr. Über die unterschiedlichen Formen der Kostenrechnung (z. B. nach Arten, Stellen, Trägern oder Prozessen) entstehen durch unterschiedliche Formen der Kalkulation Preise für die erbrachten Gesundheitsleistungen. Allerdings gibt es im Gesundheitswesen mehr hoheitlich festgelegte Preise (z. B. nach GOÄ, EBM, in Form von Fallpauschalen, Richt- und Höchstpreise) als Marktpreise, wie sie in der Automobilbranche oder im Einzelhandel geläufig sind.

Wenn mit der Anzahl der erbrachten Leistungen, z. B. eines Arztbesuches oder eines Krankenhausaufenthaltes, die in der Regel hoheitlich bestimmten Preise multipliziert werden, ergeben sich aus der Multiplikation von Mengen und Preisen die Gesundheitsausgaben. Sie werden u. a. vom Statistischen Bundesamt für die verschiedenen Ausgaben- bzw. Kostenträger erfasst und z. B. für die der OECD angehörenden Länder nach Leistungsarten und Einrichtungen verglichen.[6]

Mit der Verwendung der stets zu knappen Mittel im Gesundheitswesen sind auch die Vergütung von individuell erbrachten Gesundheitsleistungen und ihre Finanzierung angesprochen. Bei der sog. Mittelaufbringung stehen steuerfinanzierte Systeme den Ländern mit einer Sozialversicherung und der Beitragsfinanzierung gegenüber[7]. Darüber hinaus gibt es risikoorientierte Prämien, verschiedene Arten der Selbstbeteiligung oder von Zuzahlungen sowie Konsumausgaben für Gesundheitsleistungen als weitere Formen der Mittelaufbringung oder „äußeren Finanzierung“ im Gesundheitswesen.

Zur Vergütung oder „inneren Finanzierung“ kommt es bei der Bezahlung bzw. Honorierung von Gesundheits- oder Pflegeleistungen. Dies erfolgt in der Regel über die Verausgabung der Sozialversicherungsbeiträge im Rahmen einer zwischen Aufbringung und Verwendung der Mittel geschalteten Gesamtvergütung an die Sektoren. Dabei kann nach ambulant und stationär erbrachten Leistungen unterschieden werden, wobei es neuerdings auch zunehmend über Direktverträge mit den Leistungserbringern zur Bezahlung der erbrachten Gesundheitsleistungen kommt. Diese durch die Weitergabe des Aufkommens aus den Sozialversicherungsbeiträgen entstehenden Budgets wer-

---

6 Siehe im Einzelnen Henke, K.-D., Kosten, Preise, Ausgaben, Finanzierung und Vergütung im Gesundheitswesen – Ein Buch mit sieben Siegeln oder harte Nüsse zum Knacken, in: Berliner Wissenschaftliche Gesellschaft, Jahrbuch 2005, Berlin, S. 157 ff. and OECD, Health Data 2007.

7 Siehe dazu Maydell, B. v., et al. Enabling Social Europe, Kapitel 3, Berlin-Heidelberg 2006.

den dann auf die Leistungserbringer mit Hilfe von unterschiedlichen Teilbudgets und nach bestimmten Schlüsseln verteilt.

In der Rentenversicherung kommt es zu dieser Art von Mittelverwendung nur bei den Rehabilitationsleistungen und nicht bei den normalen Rentenbeiträgen und Rentenzahlungen, deren Verwendung anders als bei den Ausgaben der Krankenversicherungen lediglich im Konsum und beim Sparen der privaten Haushalte endet.

Unabhängig von der Mittelaufbringung und der Mittelverwendung gibt es sog. „cost-of-illness-studies“. Diese Krankheitskostenstudien zeigen die direkten Kosten (tatsächliche Ausgaben) und die indirekten Kosten (Verlust an Wertschöpfung durch verlorene Erwerbstätigkeits- oder Lebensjahre) in der Regel auf nationaler Grundlage. Daraus ergibt sich ein Ranking von Krankheiten, wie es der folgenden Tabelle 8.1 beispielhaft für acht Krankheitsgruppen zu entnehmen ist.

Tabelle 8.1: Reihenfolge der acht teuersten Krankheiten in Deutschland (direkte Kosten) und ihre Rangfolge nach verlorenen Erwerbstätigkeits- und Lebensjahren (indirekte Kosten) im Jahr 2004

	Direkte Kosten	Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre	Verlorene Lebensjahre
Kreislaufsystem	1.	5.	1.
Verdauungssystem (insbesondere zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz)	2.	7.	7.
Muskel-Skelett-System	3.	2.	5.
Psychische und Verhaltensstörungen	4.	3.	4.
Neubildungen	5.	4.	2.
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel	6.	12.	10.
Atmungssystem	7.	6.	6.
Verletzungen und Vergiftungen	8.	1.	3.

Quelle: Zusammengestellt auf Grundlage von: Statistisches Bundesamt, Hrsg., Gesundheit: Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Wiesbaden 2006.

Angesichts dieser Tabelle stellt sich die Frage, ob eine Gesellschaft nicht am falschen Ende spart, wenn sie nur die direkten Kosten und nicht auch die verlorenen Lebens- und Erwerbstätigkeitsjahre in den Vordergrund stellt.[8] Im Vordergrund stehen immer nur die tatsächlichen Ausgaben, und die Einsparpotentiale im Bereich der indirekten Kosten treten zurück, da sie nicht unmittelbar den Krankenkassen zufließen.

Es würde sicherlich zu bedeutsamen Innovationen in den Schwerpunkten der Gesundheitspolitik führen, wenn diese Art der Betrachtung, die mittlerweile in die Routineberichterstattung des Statistischen Bundesamts aufgenommen wurde, bei reformerischen Überlegungen noch stärker einbezogen würde und damit der Patient und die Versicherten stärker in den Vordergrund rückten.

8.3 Nutzen von Innovationen aus Sicht der Versicherten: Zehn Perspektiven

Die übliche Art und Weise, den Nutzen von Innovationen mehr oder weniger eindimensional, d. h. aus Sicht der GKV bzw. der Ausgabenträger zu analysieren,[9] reicht nicht aus.[10] Im Folgenden wird an zehn Punkten erläutert, wie die traditionelle Betrachtungsweise erweitert werden sollte.

8.3.1 Der Blick auf den Versicherten ist zu eng

Europäische Bürgerinnen und Bürger, männliche und weibliche Versicherte, Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen innerhalb und außerhalb der Familie sind zu unterscheiden, da sie alle unterschiedlich von Innovationen im Gesundheitswesen betroffen sind und möglicherweise auch verschiedene Wünsche mit ihnen verbinden. Schließlich gibt es Kunden und Verbraucher, die zumindest außerhalb der erstattungs-

---

8 Siehe dazu im Einzelnen: Henke, K.-D., Martin, K., 2006, Die Krankheitskostenrechnung als Entscheidungshilfe, in: Bundesgesundheitsblatt Band 49, Nr. 1, S.: 19-27.

9 Vgl. z. B. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Version 1.0, 24.01.2008. Online verfügbar unter http://www.iqwig.de/download/08-01-24-Methoden_Kosten-Nutzen-Bewertung_Version_1_0.pdf, zuletzt geprüft am 28.01.2008.

10 Siehe hierzu auch: Schulenburg, J.-M. Graf; Mitglieder des Hannoveraner Konsens, Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation - dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens, 2007. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Jg. 12, H. 5, S. 285 – 290. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-963505, zuletzt geprüft am 04.02.2008.

fähigen Gesundheitsleistungen, also im zweiten Gesundheitsmarkt, z. B. in der Ernährung durch Bio-Lebensmittel oder im Gesundheitstourismus und in Fitnessstudios Güter und Leistungen direkt am Markt nachfragen. Der Blick nur auf die Versicherten ist damit eindeutig zu eng.

Unabhängig von den getroffenen Unterscheidungen von Personengruppen auf der Nachfrageseite sind Innovationen auch auf der Angebotsseite, z. B. bei den Krankenversicherungen, vielfältig. Diese beziehen sich vor allem auf die Vielfalt der angebotenen Versicherungstarife der privaten und öffentlichen Krankenversicherungen, welche wiederum Personengruppen mit unterschiedlichen Interessen und Bedürfnissen generieren. Damit verbunden ergeben sich angesichts der Gesundheitsreform vom 1. April 2007 aber auch Fragen der Zweckmäßigkeit der derzeitigen Dualität von PKV und GKV. Auch hier sind Innovationen aus der Sicht der Versicherten wünschenswert.[11]

Schließlich gehören auch Innovationen, die die Aufklärung durch Patientenschulung und Patienteninformation verbessern und damit zu mehr Mündigkeit beitragen hierher. Allerdings stehen steigende Transaktionskosten in Form von Such- und Informationskosten, die Medien mit ihrer Berichterstattung und die vielfältigen Informationen des Verbraucherschutzes im zunehmenden Wettbewerb der Implementierung von Innovationen oftmals entgegen. Auch hier ist zwischen Patienten, die sich in der Behandlung befinden, und Versicherten, die den richtigen Krankenversicherungsschutz suchen, deutlich zu unterscheiden. Oft wird in diesem Zusammenhang auch die Frage nach der Mündigkeit der Bevölkerung gestellt.[12]

8.3.2 Die traditionelle funktionale Betrachtung des Gesundheitswesens ist ebenfalls zu eng

In der traditionellen Sichtweise geht es um Innovationen in der Prävention und in der Gesundheitsförderung, in der kurativen Behandlung und bei der Behandlung von Unfällen einschließlich der Innovationen bei Arzneimitteln, Heilleistungen und bei den Hilfsmitteln, in der Rehabilitation, der psychosozialen Versorgung, in der Pflege, in der Palliativmedizin sowie bei der zahnmedizinischen Behandlung und in der Lohnfortzahlung.

---

11 Siehe hierzu: Henke, K.-D., Wege zu einer neuen oder aus der Dualität von GKV und PKV, Diskussionspapier 2007/6, hrsg. von der Wirtschaftswissenschaftlichen Dokumentation der Fakultät VII der TU Berlin. Online verfügbar unter http://www.ww.tu-berlin.de/diskussionspapiere/2007/dp06-2007.pdf, zuletzt geprüft am 04.02.2008.

12 Siehe hierzu im Einzelnen: Henke, K.-D., Zehn Thesen zur Arzt-Patienten-Beziehung aus gesundheitswirtschaftlicher Sicht, in: Schumpelick, V., Vogel, B., Hrsg., Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel, Freiburg im Breisgau 2006, S. 114 – 124.

Diese umfassend erscheinende funktionale Betrachtung des Gesundheitswesens ist jedoch immer noch zu eng.

Neu hinzu treten die Bedeutung ganz anderer Bereiche für die Gesundheit, wie die bereits genannte Ernährung, der Bewegungsmangel, die Bildung, der Straßenverkehr, der Arbeitsplatz etc.. Innovationen für die Versicherten reichen damit weit über den sog. Leistungskatalog im Krankenversicherungsschutz und die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung hinaus. Gesundheit in allen Lebensbereichen und ‚Health-in-all-Politics' werden die Devisen für Innovationen der Zukunft.[13]

8.3.3 Produkt-, Verfahrens- und Systeminnovationen

Die folgenden Grundtypen von Innovationen lassen sich voneinander trennen:

- **Produktinnovationen**, z. B. neue Hilfsmittel für chronisch Kranke oder innovative Arzneimittel im Rahmen einer personalisierten Medizin,
- **Verfahrensinnovationen**, z. B. webbasierte Patientenakten, kürzere Behandlungszeiten oder neue Formen der Leistungserbringung und
- **Systeminnovationen**, z. B. dynamische Mindestversicherungs- oder Grundsicherungspflicht für alle bei individueller Wahlfreiheit, sozialem Ausgleich und Teilkapitalbildung; Managementgesellschaften in der Integrierten Versorgung innerhalb von Regionen oder Präventionstarife in der Krankenversicherung.

Im Zusammenhang mit den genannten drei Innovationsformen, die die Versicherten und Patienten ganz unterschiedlich berühren, lässt sich ein Vergleich mit Erneuerungen im Auto anstellen. Der Navigator, erst eingebaut in Wagen der Oberklasse bei BMW und Mercedes, steht heute im Regal bei ALDI für einen verhältnismäßig niedrigen Preis. Oder ein anderes Beispiel aus der Automobilbranche: Der Airbag war zunächst nur in den sehr teueren Autos verfügbar, und heute ist jeder Kleinwagen mit mehreren Airbags ausgestattet.

Die beschriebene Entwicklung von Innovationen zeigt deutlich, dass nicht immer alles „gemeinsam und einheitlich" zu regeln und zu haben ist, sondern um ein gemeinsames zu niedriges Versorgungsniveau zu vermeiden, können innovative Leistungsdifferenzierungen von allgemeinen Nutzen sein. In diesem Zusammenhang ist ein geregelter Wettbewerb im Gesundheitswesen unerlässlich als Rahmenbedingung für Innovationen in der Zukunft.

---

13 Siehe im Einzelnen: Kickbusch, I., Die Gesundheitsgesellschaft, Werbach-Gamburg 2006.

8.3.4 Innovationen nach Krankheitsbildern und Bevölkerungsgruppen

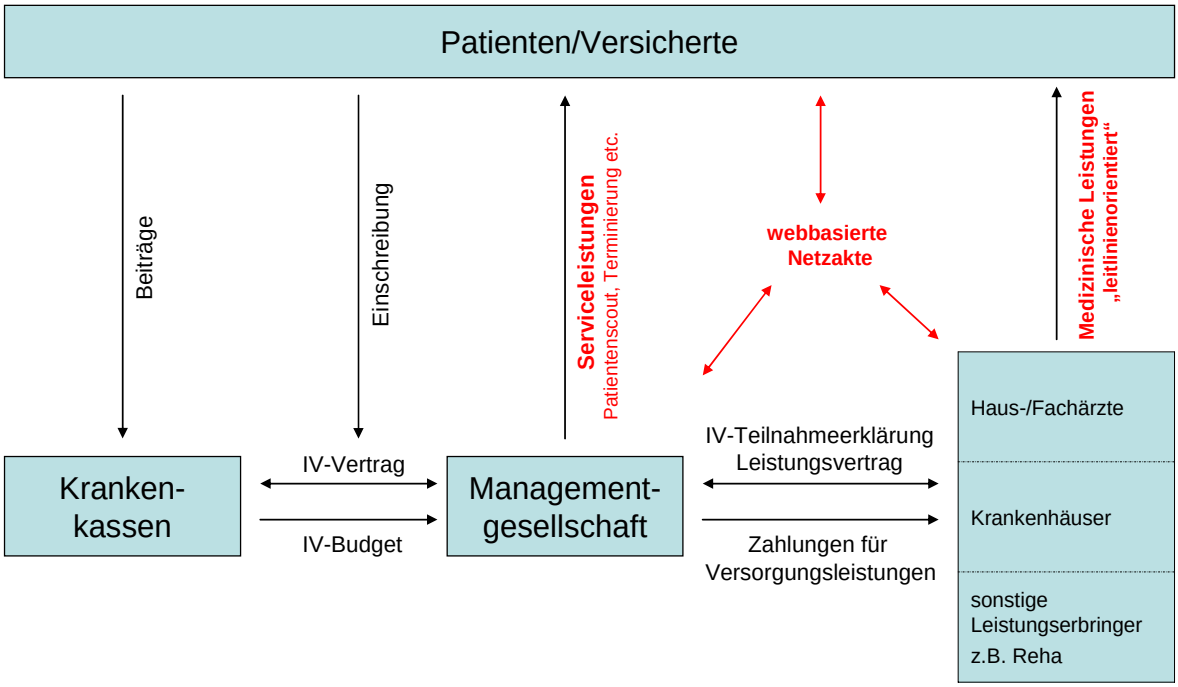
Innovationen differenziert nach **Krankheitsbildern und Indikationsgebieten** sowie nach **Alters- und Bevölkerungsgruppen** stehen im Vordergrund einer epidemiologisch ausgerichteten Versorgungsforschung. Mit dem Hinweis auf Rückenbeschwerden, Aids, Krebserkrankungen oder auf Behandlungen in der Zahnmedizin sei die Vielfalt von Krankheitsbildern nur plakativ angedeutet. Und mit den Kleinkindern, Jugendlichen, Selbsthilfegruppen, Alleinstehenden, Hochbetagten, Demenzkranken und pflegebedürftigen Menschen sei stichwortartig verdeutlicht, was genau mit Alters- und Bevölkerungsgruppen gemeint ist. Unterschiedliche Krankheitsbilder und Personengruppen gehören in den Mittelpunkt der Innovationsforschung und bedürfen einer zunehmenden politischen Aufmerksamkeit angesichts der demographischen Entwicklung mit der Zunahme chronischer und oft mehrerer Erkrankungen gleichzeitig.

Ein innovatives, auf die Versorgung nach bestimmten Krankheitsbildern und Bevölkerungsgruppen ausgerichtetes Geschäftsmodell ist beispielsweise ein transsektorales Versorgungsnetz für Patienten mit Herzinsuffizienz, welches durch die Gründung einer Managementgesellschaft unterstützt wird. Dabei handelt es sich um eine patientenorientierte Reorganisation der individuellen Versorgung mit Gesundheitsleistungen (vgl. Abb. 8.1). [14]

---

14 Siehe in diesem Zusammenhang auch: Friesdorf, W., Heine, A., Hrsg., Sentha – seniorengerechte Technik im häuslichen Alltag, Ein Forschungsbericht mit integriertem Roman, Berlin-Heidelberg 2007.

Abbildung 8.1: Versorgungsnetz Herzinsuffizienz



Quelle: Bendisch, M., Huber, M., Henke, K.-D., Transsektorales Versorgungsnetz Herzinsuffizienz Berlin, Manuskript Berlin 2007.

8.3.5 Neue Berufsfelder zur besseren „Navigation" von Patienten und Versicherten

Im Zusammenhang mit der vorangegangenen Abbildung 8.1 zeigen sich auch die Innovationen bei der Patientenführung, z. B. durch Krankheits- oder Fallmanager oder über neue Formen der ambulanten Pflegedienste („patient scouts").[15] Sie gehören als eine Form der patientenorientierten Reorganisation zu den Innovationen der Zukunft. Aber nicht nur Patienten bedürfen in Abhängigkeit ihrer Krankheiten einer Behandlungsführung, um die ärztlicherseits gewünschte Compliance sicherzustellen. Auch ältere Menschen, insbesondere Hochbetagte bedürfen einer verstärkten Aufmerksamkeit und Hilfe bei der Lebensführung. Diese Art von Versorgung wird umso wichtiger, je weniger Familienangehörige zur Verfügung stehen und auch bereit sind, die erforderliche Hilfestellung im hohen Alter zu geben.

15 Siehe hierzu: Henke, K.-D., Neue Berufe im Zweiten Gesundheitsmarkt, erscheint in Public Health, in Druck.

8.3.6 Sicherheit und Qualität der eingesetzten Ressourcen

Zu den technischen Innovationen im Gesundheitswesen zählen gegenwärtig vor allem die Telemedizin, aber auch Informations- und Serviceplattformen, wie z. B. die webbasierte Patientenakte, die sektoral begrenzt oder sektorübergreifend eingesetzt werden kann, oder innovative Arzneimittel. Ein verbessertes Eigen- und Fremdmonitoring des Gesundheitsstandes gehört ebenfalls zu den eingesetzten Ressourcen (z. B. die elektronische Körperwaage oder Sensoren verschiedenster Art).

Die Perspektive und die Interessen der Bürger und Beitragszahler spielen bei der Beurteilung dieser und anderer Innovationen eine große Rolle, weil es um die Garantie von Sicherheit und Qualität von Innovationen geht. Vermeidbare Mortalität und vermeidbare Morbidität, also weniger Krankheit und späterer Tod zählen zu den Hauptaufgaben einer innovativen Epidemiologie. Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität der erwünschten Neuerungen bedürfen allerdings der Beobachtung durch den Wettbewerb mit staatlicher Aufsicht. Qualität und Sicherheit könnten die Hauptparameter eines sozial gebundenen Wettbewerbs werden.[16]

8.3.7 Subjektive und objektive Nutzenkategorien bei der Beurteilung von Innovationen

Lebensqualität, Behandlungsqualität, Wohlbefinden, Funktionsfähigkeit allgemein und am Arbeitsplatz, erleichterter Zugang zum Fortschritt, erleichterte Anwendung von Therapieverfahren, Messung und Entwicklung von Vitalparametern, weniger Krankheiten, geringere Krankheitshäufigkeit und vermeidbarer und späterer Tod lassen sich aus subjektiver und objektiver Sicht beurteilen. Fremd- und Selbsteinschätzung von Krankheiten und von Befindlichkeiten unterscheiden sich oft erheblich. Auch die individuelle Symptomaufmerksamkeit spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle. Die Unterschiede in der Einschätzung von individuell empfundenen Nutzen und objektiv messbaren Nutzen sind oft erheblich und führen zu Problemen in der Erstattungsfähigkeit von Gesundheitsleistungen. Diese Parameter sollten bei der Bewertung von innovativen Leistungen stärker als bislang berücksichtigt werden.

---

16 Siehe hierzu im Einzelnen: Henke, K.-D., Wettbewerb als neuer Ordnungsrahmen, Konkurrenz belebt das Geschäft, auch in der Krankenversicherung, Manuskript, Berlin 2007, in Druck.

8.3.8 Individual- versus gesellschaftlicher Nutzen von Innovationen

Innovationen weisen im Rahmen einer wachsenden Gesundheitswirtschaft auch gesellschaftlichen Nutzen auf. Dieser besteht u. a. in einem verbesserten Humanvermögen als Ressource.[17] Hier spielt auch der Zweite Gesundheitsmarkt eine Rolle, der so stark wächst, dass er den Ersten Gesundheitsmarkt über seinen Beitrag zum Sozialprodukt partiell mit finanziert und somit der Erosion der Bemessungsgrundlage entgegen wirkt. Weiterhin trägt die individuell verbesserte Gesundheit auch zu weniger nachgefragten Gesundheitsleistungen bei und damit zu Einsparungen im Ersten Gesundheitsmarkt. Das Humankapital in Form von Gesundheit und Bildung als Wachstumsfaktor gehört stärker in den Mittelpunkt. Es ist Bestandteil einer neuen Innovations- und Wachstumskultur und bedarf einer besseren statistischen Erfassung.

8.3.9 Innovationen in der Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und in der Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen

Ist die Verfügbarkeit von Leistungen ein Privileg oder eine Selbstverständlichkeit? Ist sie für die Stadt- oder für die Landbevölkerung gleichermaßen gegeben? Selbst wenn Leistungen verfügbar sind, heißt das noch nicht, dass sie auch für alle zugänglich wären. Oft finden aus diesem Grund ärztliche Behandlungen im Ausland statt, d. h. die Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen ist bei gegebener Erreichbarkeit und Verfügbarkeit noch eine weitere Komponente. Nicht jeder hat Zugang und oft sind es nur die Privatversicherten.

Gehören, was die Finanzierbarkeit anbelangt, Veränderungen bei der Erstattungsfähigkeit, den Zuzahlungsregelungen und in der Verwendung der Konsumausgaben für Gesundheitsleistungen zu den Innovationen? Die private Übernahme der Kosten für eine Brille lief nahezu geräuschlos.

Handelt es sich um Innovationen, wenn Unterschiede nach Versicherungsart, nach Bevölkerungsgruppen, nach Bildungsstand, nach Wohnort, nach Einkommen etc. zu beobachten sind? Gibt es die Hochleistungsmedizin sofort für alle oder erst für wenige

---

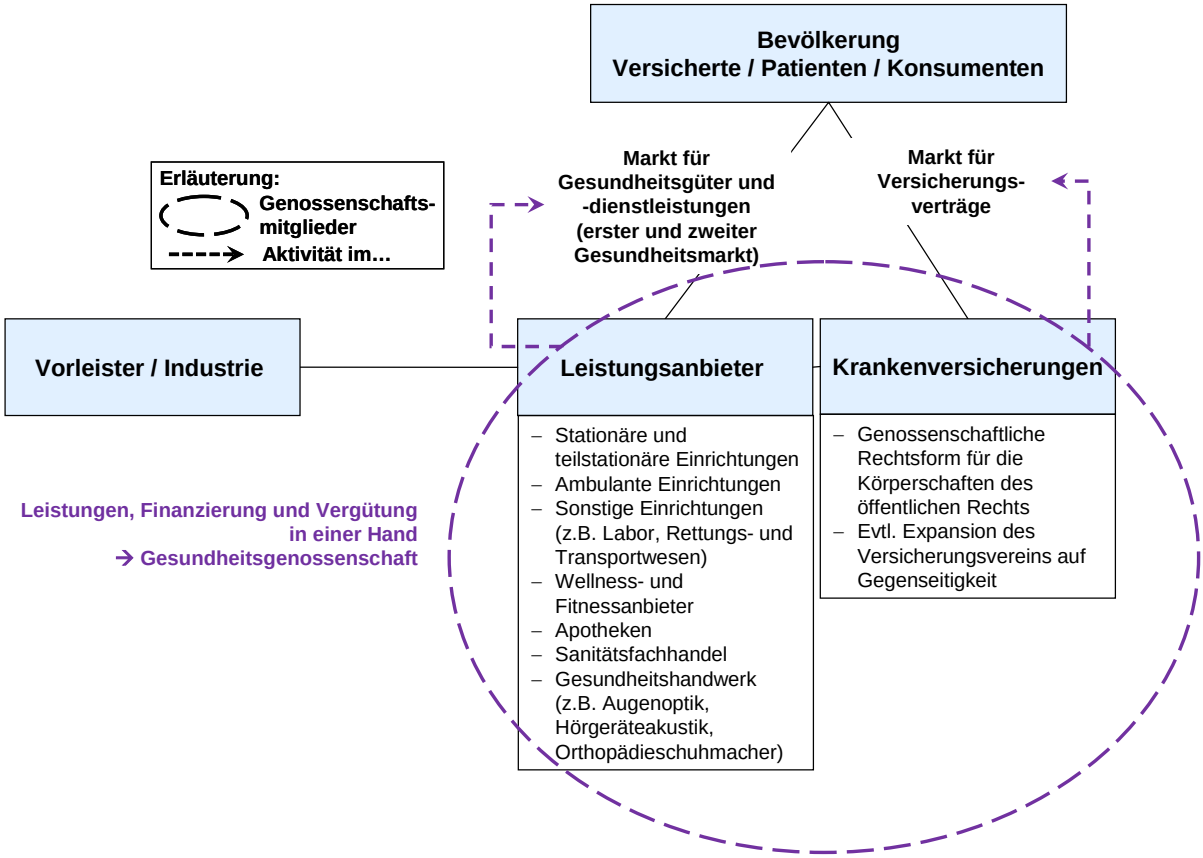
17 Siehe vor allem den Anhang in: Suhrcke, et al., The contribution of health to the economy in the European Union, Health & Consumer Protection, DG, Luxembourg 2005. Siehe auch: Kaufmann, F.-X., Stahmer, C., Stiefkind Humanvermögen, in: FAZ, 20. Dezember 2007, S. 8; allerdings beziehen diese beiden Autoren den Begriff des Humanvermögens überwiegend auf die Bildung und klammern damit den Gesundheitsstand aus.

und dann für alle? Ist ein Zuzahlungstarif für den Schnellzugang zum Fortschritt in Form einer hoch technisierten Medizin eine Innovation? Und ist eine Extraversicherung zur Finanzierung einer besseren Palliativversorgung und in Hospizen nur kollektiv oder auch individuell eine Innovation hinsichtlich der Wahlmöglichkeiten von Versicherungstarifen?

Zu Innovationen in der patientenbezogenen Reorganisation der individuellen Versorgung mit Gesundheitsleistungen kommt es auch, wenn neue Rechtsformen gewählt und mit einer Integration aller Leistungen, Versicherungsfunktionen und der Vergütung in der Leistungserbringung integriert werden. Am Beispiel einer Gesundheitsgenossenschaft lässt sich diese Versorgungsform der letzten Abbildung entnehmen (Abb. 8.2).[18] Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen liegen in dieser Variante unterschiedlicher Genossenschaftsmodelle dann zunächst regional „in einer Hand“.

18 Siehe hierzu im Einzelnen Henke, K.-D., Friesdorf, W., Podtschaske, B., Bungenstock, J., Genossenschaften als Chance für mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und als neue Form der Krankenversicherung, Manuskript Berlin 2008.

Abbildung 8.2: Leistungserbringung, Finanzierung und Vergütung in der Hand einer Gesundheitsgenossenschaft



Quelle: Entnommen aus Henke, K.-D., Friesdorf, W., Bungenstock, J., Podtschaske, Genossenschaften als Chance für mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und als neue Form der Krankenversicherung, Manuskript Berlin 2008.

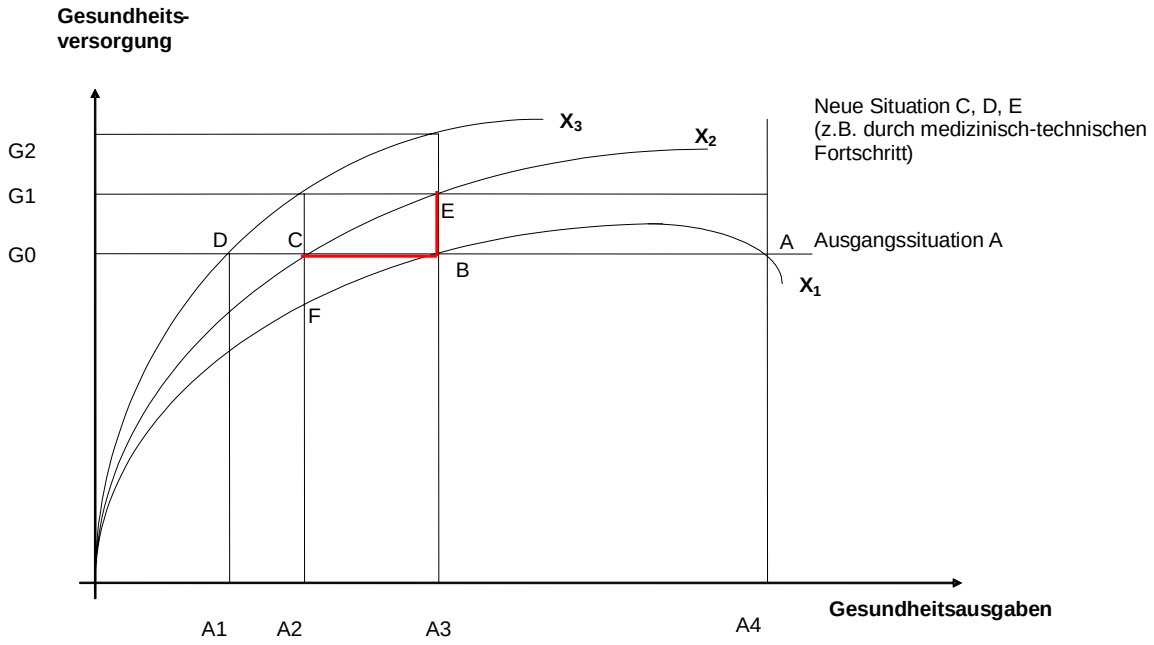
8.3.10 Finanzieren sich Innovationen selbst?

Ist eine spezielle Innovation, sind Innovationen im Allgemeinen ausgabensteigernd? Lässt sich entgegen der landläufigen These, dass die Medizintechnik die Gesundheitsausgaben in die Höhe treibt, zeigen, dass der technische, der medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt sich zumindest über die Zeit selbst finanzieren?[19]

---

19 Siehe hierzu: Kraft, M., et. al., Das Einsparpotential innovativer Medizintechnik im Gesundheitswesen, Berlin 2007, insbesondere zum Innovationsbegriff, S. 6ff. und die zehn Beispiele innovativer Medizintechnik mit Kosteneinsparpotential, S. 25 ff.

Abbildung 8.3: Das Wirtschaftlichkeitsprinzip im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung.

Mehrleistungen bei gleicher Ausgabenhöhe und gleiche Leistungen nach Art und Umfang für weniger Geld als die beiden Formen des Wirtschaftlichkeitsprinzips gehören dann zu innovativen Neuerungen.[20] In der Volkswirtschaftslehre gilt im Allgemeinen, dass der technische Fortschritt sich selbst finanziert und zu den wichtigsten Wachstumskräften zählt. Durch immer neue Produktionsfunktionen kommt es zu dieser Selbstfinanzierung im Zuge der beschriebenen beiden Seiten des Wirtschaftlichkeitsprinzips, zumindest auf lange Sicht[21]. Aus der Abbildung 8.3 lässt sich diese Aussage anhand der drei Kurvenverläufe erkennen. Im Vergleich zum Ausgangspunkt B ergibt sich durch die obere Produktionsfunktion mit ihrer impliziten Innovation die Möglichkeit einer besseren und sogar einer billigeren Versorgung.

---

20 Siehe hierzu: Henke, K.-D., Reimers, L., Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, ZiGprint 2006-01, Berlin. Online verfügbar unter: http://www.zig.tu-berlin.de/uploads/media/2006-01_02.pdf, zuletzt geprüft am: 04.02.2008.

21 Siehe hierzu auch: Zimmermann, H., Henke, K.-D., Finanzwissenschaft, 9. Aufl., München 2005, S. 413 ff.

8.4 Fazit

Eine zu frühe und zu schnelle Kategorisierung von Innovationen im Gesundheitswesen engt das Blickfeld unnötig ein. Der Entwicklung einer neuen Innovationskultur im Gesundheitswesen gehört daher die Zukunft. Es gilt, anstatt der Kostendämpfung um jeden Preis eine kostengünstige und bedarfsgerechte Leistungserbringung im Wettbewerb zu organisieren[22] und die Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen und nicht nur in der Sozialversicherung zu thematisieren. Eine stark personalintensive Dienstleistungsbranche mit ihren durchaus auch kapitalintensiven Anteilen gehört zu den Wachstumsbranchen in Europa. Deutschland könnte in den Bereichen Medizintechnik, Informationstechnologien, aber auch in der Organisation des Krankenversicherungsschutzes eine besondere Rolle spielen und zum Innovationsträger werden.

Auch aus dem europäischen Binnenmarkt ergeben sich im Rahmen des Systemwettbewerbs vielfältige Innovationen in der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung. Wanderarbeitnehmer, Erasmus-Studenten, Touristen und Personen mit einem zweiten Wohnsitz in den südlichen Ländern Europas nutzen die vier Grundfreiheiten des europäischen Binnenmarktes und tragen gezielt oder auch nur implizit zur Erneuerung von historisch gewachsenen Systemen bei.

Kosten, Preise, Ausgaben, Finanzierung und Vergütung im Gesundheitswesen werden zunehmend durch die OECD erfasst, abgegrenzt und verglichen und damit transparenter. Auf dieser Grundlage werden die unterschiedlichen Systeme europaweit diskutiert, so dass die besten Systeme mit den ihnen zugrundeliegenden Rahmenbedingungen und Anreizsystemen durch die sog. Methode der offenen Koordinierung sichtbar werden.

Bei terminierbaren Behandlungen werden zunehmend ausländische Behandlungszentren aufgesucht. Angehörige der verschiedenen Gesundheitsberufe wechseln das Land, da sie sich in anderen europäischen Ländern beruflich besser entwickeln können. Die europaweite Mobilität im Gesundheitswesen trägt damit ebenfalls zu Innovationen bei. Das europäische Umfeld wird zum Innovationstreiber.[23]

---

22 Siehe zu den Grundlagen dieser Sichtweise die beiden Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Baden-Baden 1996 und Baden-Baden 1997.

23 Siehe dazu im Einzelnen: Maydell, B. v., et al., Enabling Social Europe, Berlin-Heidelberg 2006.

9 Zusammenfassung der Arbeitsgruppen „Patienten-Nutzen durch Innovation“

Im dritten Themenblock wurden verschiedene Aspekte mit besonderer Relevanz für die Akteursgruppe „Patientinnen und Patienten“ bearbeitet. Die Arbeitsgruppen befassten sich v. a. mit den Aspekten der Wirksamkeit von Innovationen, ihrer Sicherheit sowie der Compliance und Zugänglichkeit zu neuen Interventionsmöglichkeiten.

9.1 Dimensionen der Wirksamkeit von Innovationen

AG-Chair: Prof. Dr. Jürgen Pelikan
Berichterstatterin: Dr. Sibylle Gaisser

Im Fokus der Arbeitsgruppe "Dimensionen der Wirksamkeit von Innovationen aus der Perspektive des Patienten" stand die Frage nach der Wirksamkeit von Innovation im Sinn der ‚Best Practice’ in der Patientenversorgung, nach Möglichkeiten und Problemen in der Umsetzung von ‚Best Practice’ sowie den unterschiedlichen Dimensionen von ‚Best Practice’. Entsprechend der Komplexität des zu Grunde liegenden Gesamtsystems ist auch die Bestimmung des Patientennutzens im Hinblick auf die Wirksamkeit sehr komplex.

‚Best Practice’ im Gesundheitssystem aus Sicht der Patienten bezieht sich auf die klinischen Leistungen selbst und die Erfüllung der persönlichen Bedürfnisse des Patienten. Darunter fallen Aspekte wie der Wunsch des Patienten nach Berücksichtigung seiner Würde, ernst genommen zu werden, nach Ansprechbarkeit des Arztes und Kommunikation mit dem Arzt, d.h. Einbettung der klinischen Intervention in ein Vertrauensverhältnis, und nicht lange auf die Behandlung warten zu müssen. Ökonomisch gesprochen könnte man sagen, dass für ihn keine zu hohen Opportunitätskosten entstehen sollen.

Damit übersteigt ‚Best Practice’ die Einzelleistungen oder einzelnen Therapieformen; vielmehr sind ‚Best Practice’-Prozesse und ein ‚Best Practice’-System erforderlich. Diese beiden Aspekte können sich jedoch auch widersprechen: Einerseits wünschen Patienten Wahlfreiheit für bestimmte Lösungen im Gesundheitssystem, andererseits können systemische Lösungen und Leistungen nur noch in einem hoch integrativen System angeboten werden, das die Wahlfreiheit bei Ärzten und Patienten gleichermaßen einschränkt. Der Patient muss also wählen zwischen der Rolle des "Börsenmaklers", der ständig umdisponiert, und einem langfristigen Vertrauensverhältnis mit einem System. Im zweiten Fall gibt es einen bestimmten Wissens- und Vertrauenshintergrund und emotionale Sicherheit für den Preis einer eingeschränkten Wahlfreiheit. Nationale und internationale Beispiele aus den USA, in Dänemark oder das Kinzigtal-Modell wur-

den dabei als Anregungen für den Grad der Integration ärztlicher Leistungen und Wahlfreiheit genannt. Wichtig ist die Schaffung von rechtlichen Bedingungen, die die Existenz und Etablierung verschiedener Subsysteme im Gesundheitssystem ermöglichen und die zu einer Transparenz führen, mittels derer sich Patienten aufgrund ihrer individuellen Bedürfnisse für eine bestimmte Angebotsform entscheiden können. Kriterien für die Entscheidung sind dabei neben der Patientensicherheit die Outcome-Qualität verschiedener Anbieter. Hier wurde stärkere Transparenz gefordert, was durch Zertifizierung, Akkreditierung oder Systeme der Selbstevaluierung sichergestellt werden kann.

Eine Lösung für den Zwiespalt zwischen Wahlfreiheit und Systemlösungen könnte nach Ansicht der Arbeitgruppe die Einführung einer neuen Rolle im Gesundheitssystem sein. Diese als ‚Case Manager', ‚Patient scout' oder ‚klassischer Hausarzt' bezeichnete Person steht dem Patienten als dauerhafter Ansprechpartner zur Verfügung; er oder sie verfügt über die entsprechenden Kompetenzen, das System zu übersehen. Damit kann er wie ein Makler agieren, der dem Patienten hilft, tatsächlich die ‚Best Practice' zu bekommen, die der Laie wegen eines Informations- und Wissensdefizits nicht identifizieren kann. Durch diese Innovation könnten auch übergreifende Nutzenaspekte realisiert werden, v. a.

- die Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit,
- die Betreuungsqualität,
- die Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit.

Wie bereits weiter oben angedeutet schließt ‚Best Practice' auch auf die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen ein. Verfügbarkeit kann sich dabei auf eine (punktuelle) Therapie oder auf lebenslange Behandlungsschemata und integrierte Versorgung beziehen. Die beiden letzteren sind Systemlösungen; beispielhaft wäre hier die Einbeziehung von Hospizen in Gesundheitsleistungen zu nennen, die dem Patienten einen würdevollen letzten Lebensabschnitt ermöglichen. Dies bedeutet, dass Systemlösungen auf ein lebenslanges Behandlungsverhältnis abzielen, die präventive, kurative und palliative Aspekte umfassen und Gesundheitsrisiken nicht als Anlass nehmen, die betroffene Person auszuschließen, sondern mit persönlich zugeschnittenen langfristigen Strategien zu reagieren. Dabei ist auch die Bedeutung der Patientensozialisation zu berücksichtigen, in Folge derer es den Patienten entweder nur auf Grundversorgung und gute Betreuung ankommen kann, oder die den Versicherten zum aktiven Konsumenten werden lässt, der sich gezielt auf die Suche nach ärztlicher Leistung begibt. Mitwirkende an diesem Strategiefindungsprozess sind neben den Leistungserbringern die Bürger bzw. Patienten, was bei ihnen wiederum eine ausreichende Kompetenz erfordert.

Um diese Kompetenz zu erreichen werden bestimmte Kommunikationsfähigkeiten aller im System Beteiligten benötigt. Kernpunkte der Debatte sind dabei die Frage nach der Aus- und Weiterbildung der Leistungserbringer in kommunikativen Fähigkeiten sowie die Finanzierung der ‚sprechenden Medizin'. Kernthema für alle Innovationen bleibt deshalb auch aus Patientensicht die Finanzierung innerhalb des Gesundheitssystems. Es scheint offensichtlich zu sein, dass das Gesundheitssystem wegen demografischer Bedingungen und medizinischem Fortschritt in Zukunft mehr Mittel brauchen wird. Andererseits gibt es große Rationalisierungspotenziale im System. Aus diesem Grund scheinen interventionistische Maßnahmen nicht geeignet. Stattdessen wird eine systemische Lösung benötigt, die gleichzeitig Rationalisierungspotentiale angeht. Dies erreicht man nur durch mittel- bis langfristige Systemveränderungen.

Zusammenfassend leiten sich aus Patientensicht folgende Ansatzpunkte für zukünftige Systeminnovationen ab: integrierte Versorgung, Zertifizierungssysteme zur Erhöhung der Transparenz, Kommunikationsfähigkeit des Arztes, Arbeitsbedingungen im Gesundheitssystem, neuartige Versicherungsmodelle und Wettbewerb der Kassen, Medizinlotsen, IT-Lösungen und Praxismanagement, Selbstevaluation der Krankenhäuser und ein Gesamtkonzept der systemaren Anpassung anstatt interventionistischen Handelns.

9.2 Dimensionen der Sicherheit von Innovationen

AG-Chair: Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Berichterstatter: Dr. Thomas Reiß

Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe, die sich mit Dimensionen der Sicherheit von Innovationen aus Patientenperspektive befasste, kann dieser Themenkomplex in zwei große Blöcke unterteilt werden: Organisation und Kommunikation. Ein dritter Gliederungspunkt befasst sich mit der Art und Weise, wie Hersteller mit Innovationen umgehen, und den hieraus resultierenden sicherheitsrelevanten Fragen.

Aus Fehlern kann man lernen. Dieser einfache Zusammenhang führt zur **organisatorischen Frage der Fehlerkultur**. Obwohl beim Umgang mit Fehlern im Gesundheitssystem einige Fortschritte zu beobachten sind, wie z. B. das Aktionsbündnis Patientensicherheit, gibt es in der Frage der Haftungskultur nach Einschätzung der Arbeitsgruppe keine wirklichen Fortschritte. Dies hat ganz einfache versicherungsrechtliche Gründe. Die Offenbarung von Fehlern stellt den Versicherungsschutz durch Haftpflichtversicherungen in Frage. Daher werden Leistungserbringer im Gesundheitswesen nicht offen mit Fehlern umgehen, da sie sonst ihren Versicherungsschutz riskieren würden. Dieses Dilemma ist nicht neu. Schon seit Jahren wird auch auf EU-Ebene dis-

kutiert, ob hier nicht eine innovative Form der Versicherung, nämlich eine Haftungsfreistellung, die auch bei Fehlern Leistungen erbringt, etabliert werden sollte. Grundsätzlich muss man davon ausgehen, dass eine Null-Fehler-Erwartung im Gesundheitssystem nicht realistisch ist.

Ein zweiter Bereich, der in der Praxis eine wichtige Rolle spielt, ist der **„off-label use“** von Arzneimitteln. Ursachen hierfür können teilweise als Wissensproblem bei den Ärzten verortet werden, z. T. dürften die hier entstehenden sicherheitsrelevanten Probleme aber auch auf einem eher laxen Umgang mit Herstellerangaben oder Angaben von Zulassungsbehörden zu Indikationsgebieten und Arzneimittelgebrauch beruhen.

Ein weiterer organisatorischer sicherheitsrelevanter Aspekt ist das **Management von Versorgungsketten**. Hier geht es beispielsweise um das Hausarztsystem im Vergleich zum Facharztsystem. Organisatorische oder politische Innovationen in diesen Systemfragen wirken sich auch auf die Patientensicherheit aus, z. B. über die Qualität von Diagnoseergebnissen, über das grundlegende Verhältnis zwischen Arzt und Patient oder aber auch über das Interesse der Leistungserbringer, sich gemeinsam mit den Patienten an sicherheitsrelevanten Fragen zu beteiligen.

Eine ganze Reihe organisatorischer Aspekte lässt sich unter dem Schlagwort **„Wissensprobleme“** zusammenfassen. Dies betrifft beispielsweise die Qualität der ärztlichen Ausbildung oder generell des medizinischen Personals oder aber auch die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation. Immer wieder stellt sich heraus, dass durch Kommunikationsmängel bei der Anwendung von Arzneimitteln oder anderen therapeutischen oder diagnostischen Verfahren sicherheitsrelevante Probleme auftauchen. Die Frage der Fortbildungsverpflichtung für Ärzte wurde von der Arbeitsgruppe eher kontrovers diskutiert. Einerseits ist es unumstritten, dass Fortbildung zur Sicherung von Qualitätsstandards unabdingbar ist. Andererseits sind hiermit Kosten und Zeit verbunden, die dann wiederum zu Lasten des Ressourceneinsatzes bei der eigentlichen Patientenbehandlung gehen können.

Ein weiteres kontroverses Thema ist die Frage der **Arzneimittelvielfalt**. Einerseits erscheint es plausibel, dass eine Reduktion der Anzahl der Arzneimittel auf die schon vielfach diskutierte Liste von 300 Arzneimitteln einen Gewinn an Sicherheit bedeutet. Eine solche Begrenzung könnte somit aus Sicht des Leistungserbringers durchaus rational sein. Andererseits gibt es Hinweise darauf, dass wirtschaftlich erfolgreiche Praxen eine größere Vielfalt an Wirkstoffen für die gleiche Indikation benutzen. Ökonomische Erwägungen können somit gegen die Reduktion sprechen. Weiterhin steht häufig der Patientenwunsch nach einem breiten Angebot an Arzneimitteln der Arztrationalität entgegen. Schließlich dürfte der derzeit erkennbare Trend hin zu einer zu-

nehmend personalisierten Medizin zu einer größeren Diversität der Arzneimittel führen. Dieses letzte Beispiel zeigt wiederum eine typische ambivalente Situation auf. Eine Personalisierung therapeutischer Interventionen soll auf der einen Seite bessere Behandlungsergebnisse und weniger Nebenwirkungen erzielen, wäre also aus Sicherheitserwägungen für den Patienten eine wünschenswerte Entwicklung. Andererseits wirft die für ein derartiges Konzept benötigte große Anzahl unterschiedlicher Arzneimittel neue sicherheitsrelevante Fragen auf. Dies betrifft z. B. die Aussagefähigkeit klinischer Studien mit stratifizierten Patientenpopulationen, also eher kleinen Patientenkollektiven. Schließlich sind nach Einschätzung der Arbeitsgruppe auch Leitlinien und deren Anwendung aus der Sicherheitsperspektive ein kontroverses Thema. Es gibt Hinweise auf Manipulationen von Leitlinien. Weiterhin ist die patientennahe oder problemnahe Anwendung von Leitlinien nicht trivial. Auf der anderen Seite können gute Leitlinien auch die Sicherheit verbessern.

Der zweite Themenblock – Kommunikation – lässt sich in den Bereich der intraprofessionellen oder systeminternen Kommunikation und den Bereich der Kommunikation zwischen System und Patient unterteilen. Ein interessantes Beispiel aus dem **systeminternen Kommunikationsbereich** betrifft die **Medikamentenverabreichung** in Krankenhäusern. Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass es bis zu 170 Schritte und damit Irrtumsmöglichkeiten gibt, von der Apotheke bis zum Krankenhauspatienten. Für dieses Problem wurden informationstechnisch-basierte Lösungen, so genannte Unit-Dose-Systeme entwickelt, die garantieren, dass das richtige Medikament zum richtigen Patienten kommt. In einigen Kliniken werden derartige Systeme heute schon eingesetzt. Dieses Beispiel illustriert, wie IT-gestützte organisatorische Innovationen zu einem wesentlichen Sicherheitsgewinn für Patienten führen können.

Bei der Kommunikation zwischen System und Patient muss immer noch auf das Beispiel der **Beipackzettel** hingewiesen werden, die häufig von Patienten nicht gelesen oder nicht verstanden werden. Aber auch ganz grundsätzlich haben Patienten Probleme damit, die Sachverhalte, die in einem **Arzt-Patienten-Gespräch** erörtert werden, zu verstehen und nachzuvollziehen. Nach Erkenntnissen der Arbeitsgruppe gibt es Untersuchungen, wonach Patienten nur rund 14 % der Informationen aus solchen Gesprächen verstehen.

Geringe **Compliance** stellt ein weiteres Sicherheitsproblem dar. Nach neueren Erkenntnissen kann die Compliance erhöht werden, wenn Spielräume gemeinsam zwischen Patient und Arzt ausgehandelt werden und Zielvereinbarungen zur Therapiedurchführung abgeschlossen werden. Diese gemeinsamen Entscheidungen stärken die Rolle des Patienten und erhöhen seine Compliance mit dem Therapieregime.

Im Bereich der Kommunikation spielten schließlich auch Fragen der **Risikoeinschätzung** und der Risikoakzeptanz eine wesentliche Rolle. In der Arbeitsgruppe wurde darauf hingewiesen, dass im Arzneimittelbereich die Risikoakzeptanz eher gering ist, während Patienten beispielsweise bei operativen Verfahren sehr viel höhere Risiken akzeptieren.

Der letzte Themenblock befasste sich mit der Frage, wie **Unternehmen** mit Innovationen im Gesundheitswesen umgehen und was sich hieraus für sicherheitsrelevante Fragen ergeben. Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe sind bei vielen modernen Produktionsverfahren wie der gentechnischen Herstellung von Arzneimitteln sehr hohe Sicherheitsstandards etabliert. Dies scheint interessanterweise nicht für so genannte neue alternative Behandlungsmethoden, die zurzeit hohe Konjunktur haben, zu gelten. Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe gilt dies z. B. für die traditionelle chinesische Medizin oder auch für Phytotherapeutika, wo objektiv eher geringere Sicherheitsstandards vorliegen und dennoch die Patientenakzeptanz relativ hoch einzuschätzen ist. Grundsätzlich kam die Arbeitsgruppe zu der Einschätzung, dass hohe Sicherheitsstandards eher innovationsbremsend wirken.

9.3 Dimensionen des Nutzens von Innovationen hinsichtlich Compliance und Zugänglichkeit

AG-Chair: PD Dr. Dorothee Gänshirt
Berichterstatter: Dr. Michael Nusser

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe, die sich aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten mit den Nutzendimensionen hinsichtlich Compliance und Zugänglichkeit befasste, können wie folgt zusammengefasst werden. Die Arbeitsgruppe sah hierbei eine wichtige Verbindung auch zur Prävention und erörterte diese Themen deshalb gemeinsam.

Ein wichtiges Ziel von Prävention und Compliance sollte es zunächst sein, das Bewusstsein für Gesundheit zu stärken und dieses möglichst in den Alltag zu integrieren. Die Arbeitsgruppe war sich darin einig, dass die Schaffung eines solchen Gesundheitsbewusstseins möglichst sehr früh beginnen sollte, d. h. in den (Vor-)Schulen und anderen Bildungsstätten und damit bereits außerhalb des eigentlichen Gesundheitssystems. Hierbei sollten auch die Eltern proaktiv eingebunden werden.

Dabei reicht die Bereitstellung von Informationen nicht aus; zusätzlich sollten auch so früh wie möglich Nutzungskompetenzen aufgebaut werden (z. B. die Dosierungszahlen in Verpackungszetteln richtig zu lesen). Zudem müssen Mechanismen entwickelt wer-

den, mit denen anschließend der Nutzen und die Wirkung der bereitgestellten Informationen gemessen werden können.

Um ein erhöhtes Bewusstsein für Gesundheit zu schaffen, sollte es Strukturen geben, die eine positive Einstellung zu Prävention und Compliance sowie Eigenverantwortung fördern. Attraktive Standortfaktoren (u. a. Grünflächen, Wälder, Seen) können hierbei ebenso förderlich sein wie der spielerische Einsatz bzw. die spielerische Nutzung von Technik (z. B. Telemonitoring via Handy). Vor allem für die Gruppe von Hochrisikopatienten reichen derartige Mechanismen und Anreize in der Regel jedoch nicht aus, um ein höheres Gesundheitsbewusstsein und eine bessere Compliance zu erreichen.

Die Gruppe war sich darin einig, dass einerseits vorhandene Strukturen genutzt werden können, um Patienten-Compliance zu fördern und um präventive Maßnahmen zu initiieren. Anderseits sind aber auch neue Strukturen erforderlich, um eine positive Einstellung gegenüber Präventionskonzepten und -maßnahmen zu erreichen sowie die Eigenverantwortung und die Compliance zu fördern. Strukturen und Konzepte müssen an die jeweilige Bevölkerungs- bzw. Patientengruppe angepasst werden.

Kein Konsens bestand darin, ob hierfür der bestehende erste Gesundheitsmarkt mit entsprechenden Anpassungen ausreicht oder sich Prävention und Compliance zukünftig verstärkt im zweiten, privaten Gesundheitsmarkt abspielen sollten. Letzteres impliziert möglicherweise einen Paradigmenwechsel, bei dem sich beispielsweise neue Compliance-unterstützende Gesundheitsdienstleistungsunternehmen entwickeln würden (u. a. Gesundheitsberater analog zum Finanzberater oder Sportlehrer und Fitnesstrainer, die das Bewusstsein für Prävention und Compliance fördern). Dies würde implizieren, dass Ärzte als klassische traditionelle Berater der Patienten die Beratung der Patienten hinsichtlich Prävention und Compliance nicht mehr allein übernehmen würden.

Grundsätzlich sollte es durchaus dem freien Markt offenstehen, wo sich solche neuen Gesundheitsdienstleister und deren Angebote entwickeln werden. Bestimmte Patientengruppen (u. a. Hochrisikogruppen) dürfen allerdings nicht allein dem freien Markt überlassen werden, sondern hier sind auch politisch festgelegte Strukturen und Konzepte (wahrscheinlich im ersten Gesundheitsmarkt) erforderlich, die wesentlich stringenter auf diese Patientengruppe einwirken, als ein privat organisierter Markt dies könnte.

Zur Steigerung der Compliance sollten Verpackungen v. a. von Arzneimitteln patientenorientierter und patientengerechter werden. Zum Beispiel sollten Verpackungen, die kindersicher sind, trotzdem einfach zu öffnen sein. Dies ist z. B. bei Patienten mit Parkinson-Syndrom oder Arthrose wichtig, die aufgrund ihrer motorischen Einschränkun-

gen oft große Schwierigkeiten haben, Verpackungen zu öffnen. Auch bei den Beipackzetteln wurde Innovationsbedarf gesehen („Compliance-gerechte Informationstexte“), z. B. sollte der Text eine Art Dialog erzeugen und Informationen sollten stärker visualisiert werden. Da dies häufig an bestehenden Regulierungen scheitert, sah die Arbeitsgruppe hier Bedarf, diese abzuändern bzw. anzupassen. Darüber hinaus ist zur Förderung der Compliance auch eine individuellere Darreichung der Medikamente hilfreich, die gezielter auf Patientengewohnheiten zugeschnitten und leichter in den individuellen Alltag integrierbar ist. Flankiert werden sollte dies durch geeignete aufklärende und beratende Instrumente.

Zudem wurde von der Arbeitsgruppe gefordert, dass die Gesundheitsinfrastruktur (u. a. Gebührenordnung, IQWiG, Regulierungsdesigns) Compliance-freundliche Signale senden sollte, damit die Industrie verstärkt F&E-Mittel in Compliance-freundliche Produkte und Dienstleistungen investiert. Es wurde in diesem Kontext auch angemerkt, dass bei der derzeit existierenden Infrastruktur z. B. mangels finanziellem Anreiz insbesondere für Generika-Produkte oft keine neuen (individuelleren und patientengerechteren) Darreichungsformen entwickelt werden. Zudem sollte beispielsweise eine Compliance-Beratung in die Gebührenordnung integriert werden, da die ärztliche Beratung und Kontrolle über die richtige Einnahme der Medikamente derzeit nicht entsprechend honoriert wird.

Hinsichtlich der Zugänglichkeit zur Behandlung wurde betont, dass der Zugang zur Beratung und Behandlung in Notfallsituationen flächendeckend in Deutschland besser gewährleistet sein sollte. Dies gilt vor allem für das Zeitfenster, in dem Patienten und Angehörige den Notfall erleben und entscheiden müssen, wen und wo sie anrufen und wohin sie den Patienten bringen. Die Bereitstellung der hierfür erforderlichen Infrastrukturen für Notfälle wäre eine ordnungspolitische Aufgabe. Auch über die erforderlichen Prozesse in Notfallsituationen sollten Bürger bzw. Patienten vorab besser aufgeklärt werden, z. B. schon in Schulen, Kindergärten, Ausbildungsbetrieben.

Zudem wurde angeführt, dass die Telemedizin Möglichkeiten für eine verbesserte Diagnostik bietet, z. B. durch Vernetzung mit und leichteren Zugang zu Kompetenzzentren. In diesem Kontext wurde betont, wie wichtig auch die Bereitstellung von Qualitätsinformationen über Behandlungsangebote ist (z. B. Informationen im Internet, welche Ärzte, Kompetenz- und Servicedienstleistungszentren es in der Nähe gibt).

10 Dimensionen des Nutzens von Innovation im Gesundheitsbereich aus Sicht der einzelnen Akteursgruppen

Bernhard Bührlen, Sibylle Gaisser, Michael Nusser und Thomas Reiß

Ansatzpunkt des MetaForums waren die besonderen Sichtweisen und Bedarfe der verschiedenen im Gesundheitsbereich Handelnden. Deshalb thematisierten die Arbeitsgruppen jeweils die Perspektive einer Akteursgruppe[24]. Die akteursspezifischen Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen wurden in einem ersten Schritt am Ende der Tagung im Plenum vorgestellt und diskutiert. Nach der Tagung wurden diese Ergebnisse dann durch die Autoren weiter verdichtet, um Gemeinsamkeiten, aber auch Differenzen in den Bewertungskriterien von Innovation zwischen den Interessengruppen zu identifizieren. Die akteursspezifische Darstellung wurde dabei noch beibehalten, um unterschiedliche Sichtweisen und Interessen in Bezug auf Innovation transparent zu machen und nicht zu vernachlässigen, weil dies in der Folge zu Hemmnissen bei der Bewertung und Diffusion von Innovationen führen könnte.

Die Zwischenergebnisse zu Dimensionen der Innovation aus Sicht der einzelnen Akteursgruppen sind im Folgenden überblicksartig dargestellt. Sie wurden einerseits zum Text des Memorandums umformuliert, andererseits bilden sie eine wichtige Basis für die Weiterführung des Diskussionsprozesses.

Es zeigen sich weit gehende Gemeinsamkeiten in den Bewertungskriterien. Die patientenseitigen Behandlungsergebnisse beispielsweise sind für alle Akteursgruppen bedeutsam, wenngleich dabei unterschiedliche Teilaspekte im Zentrum stehen, etwa die Wirksamkeit im Routineeinsatz oder die Wirksamkeit in Studien, der Erhalt der Arbeitsfähigkeit oder die Vermeidung von Krankheitslasten.

Derartige Übereinstimmungen lassen sich für nahezu alle betrachteten Aspekte von Innovation ermitteln, so dass sie gruppenübergreifend zu Bewertungsdimensionen zusammengefasst werden konnten. Ausnahmen von der Regel, dass alle Akteursgruppen direkte Nutzenaspekte in einem Bereich sehen, bilden der Wettbewerb zwischen Unternehmen und die wirtschaftlichen Erträge, welche höchstens über indirekte Wirkungen für die Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürger relevant sind.

---

24 Die detaillierten Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen können beim Fraunhofer ISI angefordert werden (bernhard.buehrlen@isi.fraunhofer.de).

Die auf diese Weise ermittelten Gemeinsamkeiten bei der Bewertung des Nutzens von Innovationen im Gesundheitsbereich bilden eine gute Basis für die weitere Verständigung über Wege zur Optimierung des Nutzens von Innovation. Die Differenzen in Teilaspekten dürfen dabei aber nicht außer Acht gelassen werden.

Tabelle 10.1: Übersicht zu Dimensionen des Nutzens von Innovationen im Gesundheitswesen aus Sicht der einzelnen Akteursgruppen

	Bewertungsdimension besonders relevant für die Akteursgruppe…						**Zusammenfassung**
Bewertungs-dimension	**Leistungs-träger**[25] (AG1-1)	**Leistungs-erbringer** (AG1-2)	**Öffentliche F&E-Einrichtungen** (AG1-3)	**Private Wirtschaft** (AG2-1)	**Politikakteure** (AG2-2)	**PatientInnen, Versicherte, BürgerInnen…** (AGs 2-3; 3-1 – 3-3)	**Beitrag zu…**
Patienten-bezogene Behandlungs-ergebnisse	Wirksamkeit im Routineeinsatz (effectiveness) Nutzen/ Schaden-Abwägung, gesundheit-licher Netto-nutzen Erhalt der Arbeitsfähigkeit	Wirksamkeit in Studien (efficacy) Wirksamkeit im Routineeinsatz (effectiveness) gesundheitlicher Nettonutzen Erreichung der Behandlungsziele	Wirksamkeit in Studien (efficacy)	Wirksamkeit in Studien (efficacy)	Wirksamkeit im Routineeinsatz (effectiveness) Vermeidung von Krank-heitslasten Erhalt bzw. Wieder-herstellung der Arbeits-fähigkeit Erhalt bzw. Wieder-herstellung der Gesundheit	Vermeidung von Krankheitslasten (inkl. Prävention) Erhalt bzw. Wieder-herstellung der Arbeitsfähigkeit Erhöhung der Lebensqualität Verbesserung der Therapier-barkeit „Humanität“ der Behandlung Geringere Belastung durch Behandlung	**Patientenbezogenen Behandlungsergebnis-sen**. Diese Dimension ist für alle Akteursgruppen relevant. Neben der Wirk-samkeit neuer Produkte und Verfahren in Studien und im Routineeinsatz sind weitere bedeutsame As-pekte die Vermeidung von Krankheitslasten, der Er-halt bzw. die Wiederher-stellung der Arbeits-fähigkeit und die Erhöhung der Lebensqualität. Zudem sind die Verbesserung der Therapierbarkeit, die Hu-manität der Behandlung sowie die Verringerung der Belastung durch die Be-handlung zu berücksichti-gen.

25 Alle Träger von Gesundheitsleistungen (gesetzliche und private Krankenversicherer, Rentenversicherung etc., vgl. §§ 18 - 29 SGB I).

	Bewertungsdimension besonders relevant für die Akteursgruppe…						**Zusammenfassung**
Bewertungs-dimension	**Leistungs-träger**[25] (AG1-1)	**Leistungs-erbringer** (AG1-2)	**Öffentliche F&E-Einrichtungen** (AG1-3)	**Private Wirtschaft** (AG2-1)	**Politikakteure** (AG2-2)	**PatientInnen, Versicherte, BürgerInnen…** (AGs 2-3; 3-1 – 3-3)	**Beitrag zu…**
Sicherheit	Sicherheit von Produkten, Behandlungs-konzepten, Dienst-leistungen Beitrag zu sicherheits-fördernden Strukturen	Nutzen/ Schaden-Abwägung Beitrag zu sicherheits-fördernden Strukturen (Verbesserte Kommunikation mit Hersteller, anderen Erbringern, Patienten; Verbesserte Organisation (Erkennen von und Reagieren auf Fehler) Beitrag zur Transparenz des Verhältnisses Nutzen/Risiken	Sicherheit von Produkten, Behandlungs-konzepten, Dienstleistungen	Sicherheit von Produkten, Behandlungs-konzepten, Dienstleistungen Beitrag zu sicherheits-fördernden Strukturen (Verbesserte Kommunikation mit Anwendern)	Beitrag zu sicherheits-fördernden Strukturen Passung zum allgemein akzeptierten Maß an Risiko	Sicherheit von Produkten, Behandlungs-konzepten, Dienstleistungen Optimierung Nutzen/Risiko (z. B. durch individuell angepasste Dosierung/ Darreichung, Empowerment für richtige Anwendung	**Sicherheit der Produkte, Prozesse und Dienstleis-tungen**, einschließlich des Beitrags zur Optimierung des Verhältnisses von Risiko zu Nutzen, auch im Vergleich zu einer unter-lassenen Behandlung, und zu sicherheitsfördernden Strukturen.

	Bewertungsdimension besonders relevant für die Akteursgruppe…						**Zusammenfassung**
Bewertungs-dimension	**Leistungs-träger**[25] (AG1-1)	**Leistungs-erbringer** (AG1-2)	**Öffentliche F&E-Einrichtungen** (AG1-3)	**Private Wirtschaft** (AG2-1)	**Politikakteure** (AG2-2)	**PatientInnen, Versicherte, BürgerInnen…** (AGs 2-3; 3-1 – 3-3)	**Beitrag zu…**
Wirtschaftlichkeit (Effizienz)	Kosten / Bedarf Beitrag zu Strukturen, die Effizienz fördern	Kosten / Wirksamkeit Kosten / Bedarf	Aufwand / Nutzen Beitrag zu Strukturen, die Effizienz fördern	Kosten / Kundennutzen Beitrag zu Strukturen, die Effizienz fördern	Kosten / Bedarf Beitrag zu Strukturen, die Effizienz fördern Beitrag zur Koordination mit anderen Politikbereichen (Ernährung, Bildung…) unter Einbezug von Entscheidungslasten[26]	Aufwand (monetär & nicht-monetär) / Nutzen (gesundheitlich & anderer Nutzen)	**Wirtschaftlichkeit (Effizienz)** der Versorgung, insbesondere zum Verhältnis von Kosten (Ausgaben, Aufwand) zu Nutzen (Wirksamkeit, Bedarfsdeckung). Innovationen sollen zudem einen Beitrag zu Strukturen leisten, die Effizienz fördern. Im Bereich der Politik bedeutet das auch einen Beitrag zur Koordination der gesundheitspolitischen Ziele mit jenen aus anderen Politikbereichen (Ernährung, Bildung, Forschung, Umwelt, Wirtschaft).

26 U. a. auch "Politikfolgenabschätzung": politische Aktionen/Entscheidungen sind immer eingebettet in ein System aus Konsequenzen des Tuns oder Nichttuns. Entscheidungslasten erkennen und explizit machen; Gesundheitseffekte von politischen Maßnahmen generell als Bewertungsdimension einführen.

	Bewertungsdimension besonders relevant für die Akteursgruppe…						**Zusammenfassung**
Bewertungs-dimension	**Leistungs-träger**[25] (AG1-1)	**Leistungs-erbringer** (AG1-2)	**Öffentliche F&E-Einrichtungen** (AG1-3)	**Private Wirtschaft** (AG2-1)	**Politikakteure** (AG2-2)	**PatientInnen, Versicherte, BürgerInnen…** (AGs 2-3; 3-1 – 3-3)	**Beitrag zu…**
Versorgungs-system und –prozesse	Gerechte Verteilung Beitrag zum Gesamtsystem (z. B. Ausgaben, Qualität) Beitrag zum Schnittstellenmanagement (Kooperation)	Sicherstellung und Optimierung der Versorgung Verfügbarkeit Passung in Versorgungs-praxis Beitrag zum Schnittstellen-management (Kooperation) Passung für individuelle Behandlungsziele	Nutzbarkeit für Praxis Bewährung in der Praxis Befriedigung des gesellschaft-lichen Bedarfs	Nutzbarkeit für Praxis Beitrag für Kooperation mit Leistungsträgern und -erbringern (z. B. produkt-bezogene Dienst-leistung) (Privat finanzierte) Inanspruchnahme über Kassen-standard hinaus	Solidarität/ Soziale Verantwortung der Akteure sichern Berücksichti-gung aller relevanten gesellschaftlich en Gruppen (Kinder, Alte…) Beitrag zur Evidenz-fundierung von Entscheidun-gen	Nutzung, Zugänglichkeit Beitrag zum Schnittstellen-management Passung zu situativen Möglichkeiten Passung zur Lebenssituation (Alter, Unterstützung…) Passung zu Gesundheits-/Krankheits-konzept (Konsument vs. Patient, Schicksal vs. Herausforderung …) Risiken durch frühen Zugang / entgangener Nutzen bei zu spätem Zugang	**Sicherstellung und Op-timierung der Versor-gung**, einschließlich der Aspekte Qualität der Pro-dukte und Prozesse, Ver-teilungsgerechtigkeit, Nutzbarkeit für die Praxis, Befriedigung des Bedarfs, Verbesserung der Koope-ration im System, Passung der Innovation zur Versor-gungspraxis sowie zu Lebenssituation, Krank-heitskonzept, Zielen und Möglichkeiten der Patien-ten, Beitrag zur Evidenz-fundierung von Entschei-dungen.

	Bewertungsdimension besonders relevant für die Akteursgruppe…						**Zusammenfassung**
Bewertungs-dimension	**Leistungs-träger**[25] (AG1-1)	**Leistungs-erbringer** (AG1-2)	**Öffentliche F&E-Einrichtungen** (AG1-3)	**Private Wirtschaft** (AG2-1)	**Politikakteure** (AG2-2)	**PatientInnen, Versicherte, BürgerInnen…** (AGs 2-3; 3-1 – 3-3)	**Beitrag zu…**
Gesundheits-förderung	Förderung von Eigenverant-wortung Förderung von Gesundheits-bewusstsein Vermeidung von Ausgaben	Möglichkeiten der Mitwirkung Neue Marktchancen	Neue Marktchancen	Neue Marktchancen	Förderung von Eigenverant-wortung Förderung von Gesundheits-bewusstsein Vermeidung von Ausgaben	Unterstützung bei gesundheits-förderlichem Verhalten Möglichkeiten der Mitwirkung	**Gesundheitsförderung**. Wichtige Aspekte dieser Dimension sind die Förderung von Eigenverantwortung und Mitwirkungsmöglichkeiten der Bürger und Patienten, die Vermeidung von Ausgaben und neue Marktchancen für Leistungsträger und -erbringer, Forschung und Wirtschaft.
Compliance	Steigerung der Compliance	Verbesserte Kommunikation mit und Aufklärung/ Beratung von Patienten	Compliance-optimierte Behandlungs-konzepte	Steigerung der Compliance	Beitrag zu Strukturen, die Compliance fördern	Individuell abgestimmte Dosierung Beitrag zu verbesserten Nutzungs-kompetenzen	**Umsetzung eines optimalen Behandlungsplans**. Dies schließt Produkte, Prozesse und Dienstleistungen ein, die bezüglich der Compliance optimiert sind, aber auch Strukturen für die verbesserte Kommunikation zwischen Leistungserbringern und mit Patienten sowie die Nutzungskompetenzen aller Betroffenen.

	Bewertungsdimension besonders relevant für die Akteursgruppe…						**Zusammenfassung**
Bewertungs-dimension	**Leistungs-träger**[25] (AG1-1)	**Leistungs-erbringer** (AG1-2)	**Öffentliche F&E-Einrichtungen** (AG1-3)	**Private Wirtschaft** (AG2-1)	**Politikakteure** (AG2-2)	**PatientInnen, Versicherte, BürgerInnen…** (AGs 2-3; 3-1 – 3-3)	**Beitrag zu…**
Information	Transparenz (z. B. bezüglich Kosten und Patienten-nutzen) Empowerment der Leistungs-träger	Vergleichbarkeit mit anderen (u. a. nichttechnischen) Behandlungs-optionen Beitrag zur Kommunikations-fähigkeit der Erbringer Information zur Anwendung (z. B. Leitlinien)	Wissenstransfer aus der Forschung in die Praxis	Transparenz (z. B. bezüglich Kosten und Patienten-nutzen)	Motivation/ Empowerment der Patienten, Leistungs-erbringer, Leistungs-träger	Qualität der Information Wahlfreiheit	**Verfügbarkeit und Qualität der Information**, die für die Generierung und Anwendung von Innovationen erforderlich ist, einschließlich des Wissens-transfers zwischen Forschung und Praxis, der Transparenz bezüglich Kosten und Patientennutzen und der Nutzungs-kompetenz („Empowerment“) der Leistungsträger, -erbringer und Patienten.
Ethik	Verteilungs-gerechtigkeit	Verteilungs-gerechtigkeit	Beachtung ethischer Standards in der Forschung	Beachtung ethischer Standards in der Forschung	Verteilungs-gerechtigkeit	Verteilungs-gerechtigkeit Ethisch korrekte Behandlung als Studienteil-nehmer	**Einhaltung ethischer Standards**, einschließlich der Verteilungsgerechtigkeit, und Einhaltung ethischer Normen in der Forschung.
Wettbewerb – betriebswirt-schaftlich	Wettbewerbs-vorteile (z. B. Attraktivität für Versicherte, niedrige Kosten)	Wettbewerbs-vorteile	Wettbewerbs-fähigkeit (Exzellenz, Unabhängigkeit der FuE-Institution, Sichtbarkeit, Attraktivität)	Wettbewerbs-position (Attraktivität als Kooperations-partner, Attraktivität als Arbeitgeber, Kundenbindung)			**Wettbewerbsvorteilen** für Forscher und Entwickler, Hersteller, Leistungsträger und Leistungserbringer oder den Standort insgesamt, einschließlich der Nutzbarkeit für die weitere Forschung, Wahlmöglich-

	Bewertungsdimension besonders relevant für die Akteursgruppe…						**Zusammenfassung**
Bewertungs-dimension	**Leistungs-träger**[25] (AG1-1)	**Leistungs-erbringer** (AG1-2)	**Öffentliche F&E-Einrichtungen** (AG1-3)	**Private Wirtschaft** (AG2-1)	**Politikakteure** (AG2-2)	**PatientInnen, Versicherte, BürgerInnen…** (AGs 2-3; 3-1 – 3-3)	**Beitrag zu…**
Wettbewerb – volkswirt-schaftlich	Wettbewerbs-intensität	Wettbewerbs-intensität	Wettbewerbs-intensität Nutzbarkeit für weitere Forschung Beitrag zur Veränderung des Innovations-systems (z. B. innovations-unterstützende Organisations-formen)	Wettbewerbs-intensität	Wettbewerb als regulierendes Moment Innovations-anreize für Leistungs-träger und -erbringer	Wahlmöglich-keiten	keiten für die Anwender und der Veränderung des Innovationssystems ins-gesamt (z. B. innovations-unterstützende Organi-sationsformen und Innova-tionsanreize für Leistungs-träger und -erbringer).
Wirtschaft-liche Erträge	Wirtschaftlicher Ertrag	Wirtschaftlicher Ertrag	Wirtschaftlicher Ertrag Zugang zu Finanzierungs-möglichkeiten	Wirtschaftlicher Ertrag Nachhaltiger Umsatz, Profitabilität (z. B. Erweiterung von Märkten, Kunden-bindung, Reputation) Zugang zu neuen Finanzierungs-möglichkeiten	Wachstum Beschäftigung		**Wirtschaftlichen Erträ-gen** für alle Akteursgrup-pen (außer den Patienten), zum Zugang zu Finanzie-rungsmöglichkeiten für Forscher und Entwickler, und zu Wachstum und Beschäftigung aus Sicht der Politik.

	Bewertungsdimension besonders relevant für die Akteursgruppe…						**Zusammenfassung**
Bewertungs-dimension	**Leistungs-träger**[25] (AG1-1)	**Leistungs-erbringer** (AG1-2)	**Öffentliche F&E-Einrichtungen** (AG1-3)	**Private Wirtschaft** (AG2-1)	**Politikakteure** (AG2-2)	**PatientInnen, Versicherte, BürgerInnen…** (AGs 2-3; 3-1 – 3-3)	**Beitrag zu…**
Ausgaben	Ausgaben Ausgaben / vorhandenem Budget	Kosten der Erbringung Ausgaben / vorhandenem Budget	Kosten des Produkts bzw. der Leistung (entspricht Anwendbarkeit)	Preis des Produkts	Kosten des Systems	Beiträge Out-of-pocket-Kosten	**Kosten bzw. Ausgaben**. Angesichts begrenzter Budgets ist neben der Wirtschaftlichkeit auch der Beitrag einer Innovation zu den absoluten Kosten bzw. Ausgaben, zu zahlenden Beiträgen und Selbstbehalten, auch im Verhältnis zu den vorhandenen Budgets, relevant.

11 Zusammenfassung der Tagungsergebnisse

Kurt H. Biedenkopf

Der Verlauf der Diskussionen und die Ergebnisse des MetaForums zeigen, dass wir vor einem Perspektivenwechsel stehen; die bisherige Sicht der Dinge hat ihre Innovationskraft zunehmend eingebüßt und die vorhandenen Systeme stoßen an ihre Innovationsgrenzen. Das ist keineswegs ein ungewöhnlicher Vorgang, sondern wiederholt sich in allen Bereichen der Gesellschaft immer wieder, ob das Wirtschaft, Gesundheitswirtschaft, Bildung, Universitäten, oder was auch immer ist. Wenn die Veränderungen der Wirklichkeit zu radikal werden, dann erschöpfen sich die Fähigkeiten der vorhandenen, aus der Vergangenheit legitimierten Systeme, sich diesen Veränderungen anzupassen. Dann wird eine Systeminnovation erforderlich, die von den Betroffenen als ein Bruch, häufig auch als eine Gefährdung empfunden wird. Es sind diese Gefährdungsgefühle, die den Widerstand gegen den Wechsel auslösen. Deshalb ist es entscheidend, dass man mit einem solchen Umbruch zugleich eine neue Orientierung verbindet.

Die bisherige Ordnung geht auf Bismarck zurück, der die Sozialsysteme für Menschen gemacht hatte, die unfähig waren, sich selbst zu versorgen, im besten Sinne des Wortes für brave Untertanen. Diese Grundhaltung der Systeme haben wir noch nicht aufgegeben, sondern sogar auf die ganze Bevölkerung ausgedehnt. Diese Ausdehnung hat nicht nur bei den Trägern der Systeme einen Besitzstand erzeugt, sondern auch bei den Patienten, und zwar den Anspruch, versorgt zu werden. Eine neue Orientierung müsste bedeuten, dass der Mensch nicht versorgt, sondern unterstützt wird, unterstützt durch Leistungen, die ihn befähigen, gesund zu leben, und wenn das nicht gelingt und er krank wird, dabei, wieder geheilt zu werden. Auch dabei braucht man die Mitwirkung der Menschen.

Aus den Diskussionen der letzten beiden Tage entnehme ich vor allem folgendes: Der Inhalt des notwendigen Perspektivenwechsels ist zweierlei:

Erstens, der Versuch, zu ganzheitlichen Betrachtungen vorzudringen, das heißt, den Spezialisten in den Zusammenhang mit anderen Spezialisten zu bringen und zwar nicht nur solchen, die aus medizinischen Gründen unmittelbar relevant erscheinen, sondern auch mit denen, die gebraucht werden, wenn Menschen ermutigt werden müssen, selbst an ihrer Heilung mitzuwirken. Diese ganzheitliche Betrachtung bezieht sich als Mittelpunkt auf den Patienten. In der Wirtschaft finden wir eine dem Wesen nach identische Debatte: In allen Parteiprogrammen steht: Der Mensch steht in der Mitte unserer Wirtschaftspolitik.

Gerade die ständige Betonung dieser Behauptung ist der beste Hinweis darauf, dass sie nicht stimmt, sondern dass der Bürger ebenso Gegenstand von Verwaltung ist, von vormundschaftlichem Handeln. Zunehmend sprechen wir ja auch in diesem Land von der Tendenz zu einem vormundschaftlichen Staat. Alle diese Teilsysteme, die den Menschen als ein Objekt ihrer Anstrengungen sehen, tragen dazu bei, dass der Mensch seine Selbständigkeit verliert. Wenn wir zu einer patientenorientierten, individualisierten, durch eine ganzheitliche Betrachtungsweise unterstützten Medizin vorschreiten wollen, wäre das der Perspektivwechsel. Ganzheit, Gesundheit und Heilung müssen Gegenstand und Ziel des Systems sein, nicht nur gesundheitliche Defizite.

Dass der Mensch nicht versorgt, sondern unterstützt wird, und zwar aus Überzeugung und nicht nur als voran getragenes Banner, ist besonders wichtig in einer alternden Gesellschaft. Denn wenn die heute Jüngeren sich an den Versorgungsgedanken gewöhnt haben, und sie dann alle miteinander altern, dann haben wir eine Gesamtbevölkerung, die versorgt werden will, wo sich aber die Frage stellt, wer diese Menschen denn noch versorgen soll.

Perspektivenwechsel, das heißt zum zweiten: Eine neue Sicht, die Dinge zu sehen. Was sind dabei die Ziele? Als Zusammenstellung aus den Diskussionen wären die allgemeinen Ziele Gesundheit und Heilung. Das bedeutet zum einen, die Gesundheit der Bevölkerung durch Prophylaxe, Präventionsmedizin und eine Fülle von Hilfestellungen, wie man gesund lebt, befördern zu helfen. Dabei kann die Medizin Impulsgeber in andere Bereiche der Gesellschaft sein, in die Schulen, in die Bildung, in die die Populärliteratur. Zweitens müssen Gefährdungen frühzeitig erkannt werden mit dem Ziel, aufzuklären und sie einzudämmen. Diese Gefährdungen sind keineswegs nur individuell, sondern es sind auch Gefahren durch Umwelteinflüsse oder durch die falsche Handhabung von dargebotenen Möglichkeiten. Drittens müssen Erkrankungen frühzeitig diagnostiziert und die Patienten bei der Heilung unterstützt werden. Es ist entscheidend, wie der Patient im Krankenhaus ganz konkret behandelt wird. In vielen Beispielen kommt eine Infantilisierung des Patienten zum Ausdruck, die die Mitwirkung des Patienten erschwert, die ihm praktisch die Fähigkeit abspricht, außer in denen vom Arzt vorgeschriebenen Bahnen mitzuwirken. Auch hier ist ein Umdenken erforderlich.

Heilen, insbesondere chronisches Leiden beherrschen zu lernen, dort wo man sie nicht heilen kann, ist eine sehr schwierige Aufgabe. Sie wird von unserer Medizin in vielfältiger Weise auch hervorragend geleistet. Auch die Pflege im Alter oder bei Invalidität und bei Alterskrankheiten sachgerecht und menschlich zu beherrschen, sind ganz schwierige Aufgaben, die von der klassischen Medizin in ihrer bisherigen Dimension nicht alleine geleistet werden können. Dafür braucht die Medizin Verbündete. Diese Funktion, die früher zum Beispiel die Geistlichen übernommen haben, muss jetzt von

anderen ausgefüllt werden. Man muss sich beispielsweise überlegen, wie alte Menschen, die hilfsbedürftig sind, wohnen sollten, in welcher Umgebung sie am besten untergebracht sind, welche Bedingungen dabei gegeben sein müssen. Wie kann Einsamkeit überwunden werden? In 30 Jahren haben wir etwa 30 % Menschen unter den geburtenstarken Jahrgängen, die keine direkten Verwandten haben. Wie kann für diese Menschen ein Weg aus der Einsamkeit organisiert werden? Einsamkeit ist auch ein medizinisches Problem. Aus der Einsamkeit können schwerwiegende Erkrankungen erwachsen. Die Medizin kann hier Initiator in Bezug auf die Beherrschung der Folgen von Einsamkeit sein. Aber die ganzheitliche Betrachtung ist hier besonders wichtig.

Aus den Zielen, die ich aus einem Perspektivwechsel ableiten möchte, ergeben sich tiefgreifende strukturelle, organisatorische und Verfahrensänderungen und die entsprechenden Innovationsaufgaben. Eine neue Ordnungsvorstellung wird benötigt. Strukturen können nur aus ihren langfristigen Zielen definiert und legitimiert werden. Wenn Strukturen existieren, die diesen langfristigen Zukunftszielen nicht mehr dienen, dann sind sie im wahrsten Sinne des Wortes obsolet. Das heißt nicht, dass man sie einfach verschwinden lassen und das System auf einer grünen Wiese wieder aufbauen kann. Man muss sie vielmehr verändern oder man muss neben ihnen andere Strukturen bilden und die alten auslaufen lassen. Das geschieht zum Beispiel, wenn die Dinge, die heute diskutiert worden sind, im Krankenhausbereich verwirklicht werden. Alte und neue Systeme können nebeneinander existieren, was im Übrigen außerordentlich erwünscht ist, um verschiedene Ansätze vergleichen zu können.

Zwei Gedanken sind mir dabei besonders sympathisch. Einer davon ist der Ansatz der Genossenschaft. Die Genossenschaft hat in meinen Augen eine große Zukunft. Sie vermeidet genau die Ökonomisierung, die einer Aktiengesellschaft als Gefahr droht, wenn man sie nämlich auf eine reine Kapitalansammlung reduziert. Bei einer Genossenschaft ist das nicht möglich. Die Genossenschaft bietet ein organisatorisches Instrument, mit dem die Kapitalisierung der Tätigkeit auf ganz andere Weise mit der Personalisierung dessen, was in ihr geschieht, verbunden wird. Sie ist im Grunde eine geniale Idee, die ihre Wurzeln im germanischen Recht hat und im neunzehnten Jahrhundert von Schultze-Delitzsch und anderen wiedererweckt wurde, als das Zunftsystem zusammenbrach und die Menschen keinen Halt mehr fanden. Die Genossenschaften wurden damals, das darf man nicht vergessen, für die Ärmsten der Armen gegründet, also für diejenigen, die zusammenstehen mussten, damit sie ihre Probleme bewältigen konnten. Heute finden sich zum Beispiel Handwerksbetriebe, die sich genossenschaftlich organisieren, auf diese Weise ein Netzwerk herstellen und sich so in die Lage versetzen, komplette Häuser anzubieten, ohne die Identität der einzelnen Gewerke aufzuheben und sie damit in der Anonymität verschwinden zu lassen. Genossenschaften bieten so eine Fülle von Möglichkeiten.

Zum zweiten sollten wir darauf achten, was in Europa passiert. Denn unser Problem ist kein deutsches, sondern ein europäisches Problem. In allen europäischen Ländern sind die Gesellschaften und die Staaten mit der Alterung der Bevölkerung, mit dem Überrolltwerden durch die Folgen der Globalisierung, mit dem Kampf um die Aufrechterhaltung des jetzigen Lebensstandards konfrontiert und somit auch mit der Aufgabe, die eigenen Gesellschaften gegen Widerstände der Besitzstände intelligenter zu organisieren. Diese Aufgabe wird uns in den kommenden Jahrzehnten beschäftigen.

Das Fraunhofer-Institut möchte ich beglückwünschen zu dem Projekt MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“. Mit diesem umfassenden Konzept haben Sie die richtige Fragestellung gefunden. Ich wünsche Ihnen, dass Sie es in den nächsten zwei Jahren mit der gleichen inneren Kohärenz und Geschlossenheit der Frage- und der Aufgabenstellung fortführen können.

Anhang: Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Kurt H. Biedenkopf, Ministerpräsident a. D.; Ferdinandplatz 1, 01069 Dresden, Deutschland

Dr. Bernhard Bührlen, Leiter Geschäftsfeld Innovationen im Gesundheitssystem, Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung; Breslauer Str. 48, 76139 Karlsruhe, Deutschland; bernhard.buehrlen@isi.fraunhofer.de

Priv.-Doz. Dr. Dorothee Gänshirt, Vizepäsidentin und geschäftsführende Direktorin, European Health Care Foundation, Stockerhof, Dreikönigstrasse 31a, 8002 Zürich, Schweiz; dgaenshirt@euhcf.org

Dr. Sibylle Gaisser, Projektleiterin, Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung; Breslauer Str. 48, 76139 Karlsruhe, Deutschland; sibylle.gaisser@isi.fraunhofer.de

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Professor für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie, TU Berlin; Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin, Deutschland; K.Henke@finance.ww.tu-berlin.de

Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Direktorin für Gesundheitsförderung bei der WHO a.D., Direktorin, Kickbusch Health Consult; Tiefental PF 721, 3855 Brienz, Schweiz; info @ilonakickbusch.com

Prof. Dr. Frieder Meyer-Krahmer, Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung; Heinemannstraße 2, 53170 Bonn, Deutschland; Frieder.Meyer-Krahmer@bmbf.bund.de

Dr. Michael Nusser, Leiter Geschäftsfeld Ökonomische Effekte neuer Technologien, Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung; Breslauer Str. 48, 76139 Karlsruhe, Deutschland; michael.nusser@isi.fraunhofer.de

Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan, Professor für Soziologie, Universität Wien, Leiter des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie; Rooseveltplatz 2, 1090 Wien, Österreich; juergen.pelikan@univie.ac.at

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, Direktor des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover; OE 5410, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland; schwartz.fw@mh-hannover.de

Die Herausforderungen an das Gesundheitssystem können nur durch Innovation bewältigt werden. Der Einführung neuer Methoden, Produkte, Prozesse und Strukturen stehen jedoch ein oft enges Verständnis von Innovation sowie Zielkonflikte zwischen den vielfältigen Handlungsträgern und Politikfeldern entgegen.

Das MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ soll deshalb zu einem gemeinsamen Verständnis von Innovation beitragen. Es bietet die Chance, sich auf die wesentlichen Aspekte zu verständigen, bevor Fragen von aktueller Brisanz entschieden werden müssen.

Als besonders bedeutsam stellten sich auf der ersten Tagung vier übergreifende Zielsetzungen heraus. Zudem wurden elf Dimensionen zur Verständigung über die Akteursgruppen hinweg erarbeitet. Die Ergebnisse bilden die Basis für eine Erneuerung des „Innovationssystems Gesundheit“.

ISI

Fraunhofer Institut System- und Innovationsforschung

Fraunhofer IRB Verlag

ISSN 1612-7455
ISBN 978-3-8167-7583-6