

Innovationspotenziale im Gesundheitswesen

Ergebnisse einer Analyse offizieller Akteursziele

NILS B. HEYEN,
THOMAS REISS

Dr. Nils B. Heyen ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Competence Center Neue Technologien am Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung in Karlsruhe

Dr. Thomas Reiß ist Leiter des Competence Center Neue Technologien am Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung in Karlsruhe

Dass das Gesundheitswesen vor enormen Herausforderungen steht und die Akteure ununterbrochen um seine zukünftige Gestaltung ringen, ist bekannt. Weit weniger offensichtlich ist, welche Ziele die Akteure im Gesundheitswesen eigentlich verfolgen. Der vorliegende Beitrag geht davon aus, dass eine Analyse der offiziellen Akteursziele Potenziale für solche Innovationen zu identifizieren vermag, die zu einer Verbesserung des Gesundheitswesens beitragen. Er stellt sowohl die Ergebnisse der Analyse als auch die sich abzeichnenden Felder mit Innovationspotenzial vor.

Die Analyse der offiziellen Akteursziele ist Teil eines von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten und vom Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung durchgeführten Forschungsprojekts, welches das Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive in den Blick nimmt.¹ Während etwa die *gesundheitswissenschaftliche* Perspektive letztlich auf nichts weniger als „die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung“² zielt und die *politikwissenschaftliche* vor allem die politische Steuerbarkeit des Gesundheitswesens und die Beziehungen von Staat und Interessengruppen im Fokus hat,³ fragt die *Innovationssystemperspektive* allgemein danach, wie Innovationen entstehen und sich durchsetzen (können).⁴ Die beiden zuerst genannten Perspektiven zeichnen sich also durch einen Gesundheits- bzw. Politikfokus aus, letztere hingegen ist durch einen Innovationsfokus charakterisiert. Dabei sollen im Projekt nicht so

sehr *technische Innovationen* wie neue Technologien, Produkte, Dienstleistungen und Prozesse als vielmehr *soziale*

- 1 Siehe <http://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2011-425-1%20B> [01.06.2012].
- 2 Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser/Oliver Razum: Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland, in: Klaus Hurrelmann/Oliver Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/Basel 2012, S. 15–51, hier S. 16.
- 3 Vgl. nur Nils C. Bandelow: Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden, in: Manfred G. Schmidt/Reimut Zohlnhöfer (Hrsg.): Regieren in der Bundesrepublik Deutschland. Innen- und Außenpolitik seit 1949, Wiesbaden 2006, S. 159–175; Thomas Gerlinger: Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik, in: Britta Rehder/Thomas von Winter/Ulrich Willems (Hrsg.): Interessenvermittlung in Politikfeldern. Vergleichen- de Befunde der Policy- und Verbändeforschung, Wiesbaden 2009, S. 33–51.
- 4 Vgl. Bernhard Bühlren: Innovation im Rahmen des Gesundheitssystems, in: Bernhard Bühlren/Ilona Kickbusch (Hrsg.): Innovationssystem Gesundheit: Ziele und Nutzen von Gesundheitsinnovationen, Stuttgart 2008, S. 27–40.

Innovationen wie neue Praktiken, Organisationsformen, Regulierungen und Systemstrukturen im Vordergrund stehen.⁵

Die Zielanalyse, die im Mittelpunkt der ersten, bereits abgeschlossenen Projektphase stand, bildet die Basis für die noch ausstehende zweite Projektphase, in der konkrete Optionen für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens im Rahmen eines umfassenden Dialogprozesses mit Experten und Vertretern der Akteursgruppen entwickelt und diskutiert werden sollen. Da dies das eigentliche Projektziel darstellt, ist es für das Projekt nicht entscheidend, zu einem möglichst exakten Abbild der Zielverhältnisse im Gesundheitswesen zu kommen, das etwa auch die versteckten Ziele der Akteure – ihre „hidden agenda“ – mit erfasst. Vielmehr ist die Zielanalyse nur ein erster Schritt zur Aufdeckung von Innovationspotenzialen, die dann ohnehin im Rahmen des angestrebten Dialogprozesses mit den Akteuren einem Realitätscheck unterzo-

Die Zielanalyse ist nur ein erster Schritt zur Aufdeckung von Innovationspotenzialen, die noch einem Realitätscheck unterzogen werden müssen.

gen werden. Für die Zwecke des Projekts reicht daher eine Analyse der *offiziellen*, proklamierten Akteursziele aus, zumal die Ziele ja durchaus über eine gewisse „binding power“ verfügen und vom jeweiligen Akteur nur auf Kosten der Glaubwürdigkeit aufs Spiel gesetzt werden können.

Zur Erfassung dieser offiziellen Akteursziele wurden in erster Linie Selbstbeschreibungen der Akteure gesichtet und im Hinblick auf Ziele untersucht. Mit Selbstbeschreibungen sind Texte oder Dokumente gemeint, die von den Akteuren selbst verfasst sind, also zum Beispiel Internetauftritte („Wir über uns“, „Ziele“, „Mission and Vision“ etc.), Positionspapiere oder Stellungnahmen. Zur Ergebniskontrolle wurden auch einige Interviews mit Experten des Gesundheitswesens zu den Zielen einzelner Akteursgruppen und Akteure geführt. Auf diese Weise sind insgesamt über 80 Akteure auf ihre Ziele hin untersucht worden. Systematisiert ergaben

sich daraus über 140 verschiedene Ziele bzw. Zielkategorien. Wichtig zu betonen ist, dass die im Folgenden vorzustellenden Ergebnisse alle auf dieser empirischen Grundlage beruhen und sich also alle Aussagen auf die erhobenen *offiziellen* Ziele der Akteure beziehen.

Zuerst sollen die wichtigsten Ziele ausgewählter Akteursgruppen präsentiert werden (1). Daraufhin gilt es, die Ziele akteursübergreifend zu priorisieren und zu hierarchisieren sowie Konflikte zwischen den Zielen herauszuarbeiten (2). In einem nächsten Schritt geht der Fokus zurück auf die Akteure, auf potenzielle Kooperationen und Konfliktlinien (3). Schließlich werden in Form eines Ausblicks auf die zweite Projektphase die identifizierten Felder mit Innovationspotenzial zur Diskussion gestellt (4).

1. Die Akteursgruppen im Gesundheitswesen und ihre Ziele

Patienten und Patientenverbände, Ärzte, Pflegekräfte, Apotheker und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen, Krankenhäuser und sonstige Versorgungseinrichtungen, Versicherte als Beitragszahler, Arbeitgeber als Beitragszahler, gesetzliche und private Krankenversicherungen, pharmazeutische Industrie und Medizintechnik-Unternehmen, Gesundheitsministerien und -behörden, Institutionen der Selbstverwaltung, politische Parteien und Institutionen, öffentliche Einrichtungen der medizinischen Forschung, diverse Medien – schon die Liste der Akteursgruppen im Gesundheitswesen ist lang, von einer Aufzählung aller Akteure ganz zu schweigen.⁶

Im Hinblick auf die angestrebte Zielanalyse sind allerdings nicht alle Akteursgruppen gleichermaßen relevant. So sind die Medien vor allem an der Produktion von Nachrichten interessiert und verfolgen in der Regel keine Ziele, die die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitswesens betreffen. Die öffentlichen Forschungseinrichtungen gehören zwar zu den wichtigsten Treibern des medizinischen Fortschritts, haben aber in erster Linie ein Interesse an wissenschaftlicher Forschung und deren Finanzierung. Natürlich verfolgen politische Parteien, Parlamente,

Ausschüsse usw. gesundheitspolitische Ziele, sie richten sich diesbezüglich aber selbst stark an den Interessen zentraler Akteure des Gesundheitswesens aus. Gesundheitsministerien und -behörden sowie die Institutionen der Selbstverwaltung schließlich haben ganz klar definierte gesetzliche Aufgaben zu erfüllen, wobei die Selbstverwaltung – wie der Name schon sagt – ja ohnehin selbst von den wichtigsten Akteuren des Gesundheitswesens geprägt wird.

Dass diese Akteursgruppen eine teilweise herausragende Bedeutung für das Gesundheitswesen haben, muss nicht extra betont werden. Aus den genannten Gründen beschränkt sich die Analyse der Ziele aber auf folgende sechs Akteursgruppen:

- Patienten(verbände)
- Versicherte
- Abhängig Beschäftigte
- Leistungserbringer
- Krankenversicherungen
- Hersteller und Händler

Patienten, Versicherte und abhängig Beschäftigte (Pflegekräfte, Apotheker und andere Berufsgruppen) werden deshalb als eigene Akteursgruppen berücksichtigt, weil ihre Belange im öffentlichen Diskurs in der Regel deutlich weniger wahrgenommen werden als die der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser etc.), der Krankenversicherungen (private und gesetzliche, inkl. der im Verwaltungsrat vertretenen Beitragszahler) oder der Hersteller und Händler (pharmazeutische Industrie, Medizintechnik-Unternehmen etc.).

Im Folgenden werden diejenigen Ziele der Akteursgruppen vorgestellt,

⁵ Vgl. zu dieser Unterscheidung Jürgen Howaldt/Heike Jacobsen (Hrsg.): Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma, Wiesbaden 2010; Jürgen Howaldt/Michael Schwarz: „Soziale Innovation“ im Fokus. Skizze eines gesellschaftstheoretisch inspirierten Forschungskonzepts, Bielefeld 2010; Holger Braun-Thürmann: Innovation, Bielefeld 2005, S. 16ff.

⁶ Vgl. etwa Nils C. Bandelow/Florian Eckert/Robin Rüsenberg (Hrsg.): Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden 2009; Bernhard Bühlren: Innovation im Gesundheitssystem: Akteure und Ziele in der Gesundheitswirtschaft, in: Andreas J.W. Goldschmidt/Josef Hilbert (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche, Wegscheid 2009, S. 744–759.

die von besonders vielen Akteuren innerhalb einer Akteursgruppe offiziell verfolgt werden und denen insofern eine zentrale Bedeutung zugesprochen werden kann. Diese Ziele, welche durch die Experteninterviews in der Regel bestätigt wurden, sind erst einmal wenig überraschend.

Patienten(verbände)

Insgesamt wurden zehn Organisationen untersucht, darunter die vier vom Bundesgesundheitsministerium akkreditierten und im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vertretenen Patientenverbände, aber auch andere Sozialverbände sowie kleinere Vereine, die für die Belange der Patienten eintreten.⁷ Danach sind die zentralen Ziele der Patientenverbände die *Stärkung der Patientenrechte* und *mehr Mitbestimmung* der Patientenvertreter auf der einen sowie *Transparenz* und *unabhängige Informationen* auf der anderen Seite. Ebenfalls relevant, aber von eher nachrangiger Bedeutung sind Ziele wie *Solidarität*, *Qualitätssicherung*, *Begrenzung der finanziellen Belastung* der Patienten/Versicherten, *Chancengleichheit* und *Versorgungssicherheit*.

Versicherte

Hier wurden vor allem diejenigen Organisationen in den Blick genommen, die bei den Sozialwahlen Listen aufstellen und dementsprechend Versichertenvertreter in die Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenversicherungen entsenden. Dazu gehören die Gewerkschaften, aber auch andere Arbeitnehmerorganisationen sowie Mitgliedergemeinschaften der Ersatzkassen. Außerdem berücksichtigt wurden Organisationen, die auch oder besonders die Interessen von Privatversicherten vertreten, wie etwa der Bund der Versicherten. Insgesamt wurden so zwölf Akteure untersucht. Ihre zentralen Ziele sind *Solidarität und soziale Gerechtigkeit*, *Begrenzung der finanziellen Belastung* der Versicherten sowie *Qualitätssicherung und -verbesserung*. Eher nachrangig sind Ziele wie *Versorgungssicherheit*, *Effizienz(steigerung)* im Gesundheitswesen sowie *Prävention* und *Gesundheitsförderung*.

Abhängig Beschäftigte

Obwohl auch Ärzte abhängig beschäftigt sein können, wurden hier nur nicht-ärztliche Berufsgruppen im Dienstleistungsbereich des Gesundheitswesens berücksichtigt, eben weil deren Ziele in der Regel weit weniger bekannt sind. Ihre Interessen werden durch Gewerkschaften wie ver.di, aber auch durch kleinere Organisationen wie den Verband medizinischer Fachberufe, den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe oder die Apothekengewerkschaft ADEXA vertreten. Insgesamt wurden zehn Akteure untersucht. Die zentralen Ziele der abhängig Beschäftigten sind *gute Arbeitsbedingungen*, die *Förderung von Aus-, Fort- und*

Nicht selbstverständlich ist, dass alle untersuchten GKV-Akteure eine Wettbewerbsstärkung zum Ziel haben.

Weiterbildung sowie eine *angemessene Vergütung*. Nachrangige Ziele sind *Qualitätssicherung* und *Versorgungssicherheit*. Eine Sonderrolle spielen die Pflegeverbände, die vor allem auch die weitere Professionalisierung der Pflegeberufe und damit einen Zuwachs an Autonomie und eine Akademisierung der Pflege zum Ziel haben.

Leistungserbringer

Bei den Leistungserbringern wurden diverse Ärzteorganisationen, Verbände öffentlicher und privater Krankenhäuser, Wohlfahrtsverbände sowie Organisationen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe wie Pflegekräfte, Apotheker, Psychotherapeuten, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten in die Analyse einbezogen. Dabei handelt es sich insgesamt um 16 Organisationen. Die zentralen Ziele sind hier *Qualitätssicherung* und *Versorgungssicherheit*. Außerdem verfolgt werden die (nachrangigen) Ziele *Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung*, *gute Arbeitsbedingungen*, *integrierte Versorgung*, *Bürokratieabbau*, *ausreichende/nachhaltige Finanzierung* der Leistungserbringer bzw. der Gesundheitsversorgung sowie – mit Ausnahme

der Krankenhausverbände – *Prävention* und *Gesundheitsförderung* und die *Förderung von Selbsthilfe* und *Selbstbestimmung* des Einzelnen.

Krankenversicherungen

Berücksichtigt wurden hier der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherungen, diverse Bundesverbände gesetzlicher Krankenkassen, einzelne gesetzliche und private Krankenversicherungsunternehmen unterschiedlicher Couleur sowie für die Beitragszahler die Ziele der Versichertenvertreter und die der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Insgesamt sind das 14 Akteure mit folgenden zentralen Zielen: *Versorgungssicherheit*, *Qualitätssicherung und -verbesserung*, *Prävention* und *Gesundheitsförderung*, *Wettbewerbsstärkung*, *nachhaltige Finanzierung* der Gesundheitsversorgung, *Effizienz(steigerung)* im Gesundheitswesen sowie *integrierte Versorgung* und *bessere Vernetzung* der Versorgungsformen. Zu den nachrangigen Zielen gehören sowohl die *Stärkung der Patientenrechte* als auch – von der privaten Krankenversicherung (PKV) nicht verfolgt – *Solidarität* und *Gerechtigkeit*, *Begrenzung der finanziellen Belastung* der Versicherten sowie *Arbeits- und Gesundheitsschutz* bzw. *betriebliche Gesundheitsförderung*. Nicht ganz selbstverständlich ist, dass alle untersuchten Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine *Wettbewerbsstärkung* zum Ziel haben. Außerdem fällt auf, dass sich viele der genannten Ziele auf eine Art Über-Ziel zuspitzen ließen, nämlich eine umfassende, qualitativ hochwertige und finanzierbare Gesundheitsversorgung und damit ein leistungsfähiges Gesundheitswesen zu gewährleisten.

Hersteller und Händler

Es wurden insgesamt 20 Organisationen untersucht, wobei der Schwerpunkt auf der Arzneimittel- und der Medizintechnik-Branche lag. Unter den berücksichtigten Akteuren sind die entsprechenden

⁷ Bei der Auswahl der Akteure wurden für jede Akteursgruppe einerseits die in puncto Größe und Einfluss wichtigsten Akteure (Kriterium: Bedeutung), andererseits aber auch ein möglichst breites Spektrum unterschiedlicher Akteure (Kriterium: Diversität) berücksichtigt.

Tabelle 1: Zentrale Ziele der Akteursgruppen im Gesundheitswesen

Patienten(-verbände)	Versicherte	Abhängig Beschäftigte	Leistungs- erbringer	Krankenversicherungen	Hersteller & Händler
Stärkung der Patientenrechte & mehr Mitbestimmung	Solidarität & soziale Gerechtigkeit	gute Arbeitsbedingungen	Qualitäts-sicherung	Versorgungssicherheit	wirtschaftlicher Erfolg
Transparenz & unabhängige Informationen	Begrenzung der finanziellen Belastung	Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung	Versorgungs-sicherheit	Qualitätssicherung & -verbesserung	Qualitäts-sicherung & Patientensicherheit
	Qualitätssicherung & -verbesserung	angemessene Vergütung		Prävention & Gesundheitsförderung	
				Wettbewerbsstärkung	
				nachhaltige Finanzierung	
				Effizienz(steigerung)	
				integrierte Versorgung & bessere Vernetzung	

Quelle: Eigene Darstellung

großen Branchenverbände, Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, aber auch kleinere Verbände, etwa der Generika-Unternehmen, des pharmazeutischen Großhandels, der Arzneimittel-Importeure, der Diagnostik-Industrie oder der Gesundheits-IT. Ihre zentralen Ziele sind der *wirtschaftliche Erfolg* der Unternehmen sowie *Qualitätssicherung und Patientensicherheit*. Im Vergleich dazu eher nachrangig sind Ziele wie Wettbewerbsstärkung, Stärkung des Gesundheitsstandorts Deutschland, Planungs- und Rechtssicherheit, mehr Mitsprache und Beteiligung der Industrie, die Förderung der medizinischen Forschung bzw. des medizinischen Fortschritts, Effizienz(steigerung) im Gesundheitswesen, Versorgungssicherheit, Transparenz und Informationen für Patienten, Entbürokratisierung bzw.

die Beschleunigung der Zulassungsverfahren und schließlich die Sicherung von Arbeitsplätzen. Auffällig ist, dass sich viele der genannten Ziele problemlos im Hinblick auf das zentrale Ziel des wirtschaftlichen Erfolgs der Unternehmen instrumentalisieren lassen.

In Tabelle 1 sind die zentralen Ziele der sechs untersuchten Akteursgruppen noch einmal zusammenfassend dargestellt.

2. Zielanalyse

2.1 Priorisierung der Ziele

Schon bei der Vorstellung der wichtigsten (offiziellen) Ziele der Akteursgruppen in Abschnitt 1 ist deutlich geworden, dass bestimmte Ziele von verschiedenen Akteursgruppen zugleich verfolgt werden (vgl. auch Tab. 1). Eine akteursüber-

greifende Priorisierung der Ziele lässt sich – analog zur Priorisierung innerhalb der Akteursgruppen – auf Basis der Häufigkeit der Akteure vornehmen, die sich dasselbe Ziel gesetzt haben. Diejenigen Ziele, die von mindestens einem Drittel der untersuchten Akteure im Gesundheitswesen verfolgt werden, sind in Tabelle 2 wiedergegeben. Maßgeblich für die abgebildete Rangfolge ist die vorletzte Spalte („Ø in %“), in der das arithmetische Mittel der entsprechenden relativen Häufigkeiten innerhalb jeder Akteursgruppe angegeben ist. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in den sechs Akteursgruppen eine unterschiedlich große Anzahl von Akteuren untersucht worden ist.

Mehr als drei Viertel der Akteure im Gesundheitswesen verfolgen das Ziel der Qualitätssicherung und -verbesserung, knapp zwei Drittel das der Versorgungssicherheit (vgl. Tab. 2). Nimmt man diese Häufigkeiten zum Maßstab, so sind *Qualitätssicherung* und *Versorgungssicherheit* die beiden zentralen (offiziellen) Ziele aller untersuchten Akteursgruppen und Akteure im Gesundheitswesen.

Werden die in Abschnitt 1 vorgestellten zentralen und nachrangigen Ziele der sechs Akteursgruppen entsprechend gewichtet,⁸ ergibt sich eine akteursübergreifende Rangordnung der Ziele, deren erste

Tabelle 2: Am häufigsten verfolgte Ziele im Gesundheitswesen

Ziel	a	%	Ø in %	AG
1. Qualitätssicherung & -verbesserung	67	81,71	78,89	6
2. Versorgungssicherheit	53	64,63	63,19	6
3. Prävention & Gesundheitsförderung	42	51,22	50,21	6
4. Solidarität & (soziale) Gerechtigkeit	37	45,12	48,01	6
5. Begrenzung der finanziellen Belastung	29	35,37	39,39	5
6. Stärkung der Patientenrechte (& Mitbestimmung)	29	35,37	38,56	5
7. Effizienz(steigerung) im Gesundheitswesen	33	40,24	37,34	5
8. integrierte Versorgung & bessere Vernetzung	30	36,59	34,77	5

a = absolute Häufigkeit aller Akteure, die das Ziel x verfolgen

% = relative Häufigkeit aller Akteure, die das Ziel x verfolgen, in % (N = 82)

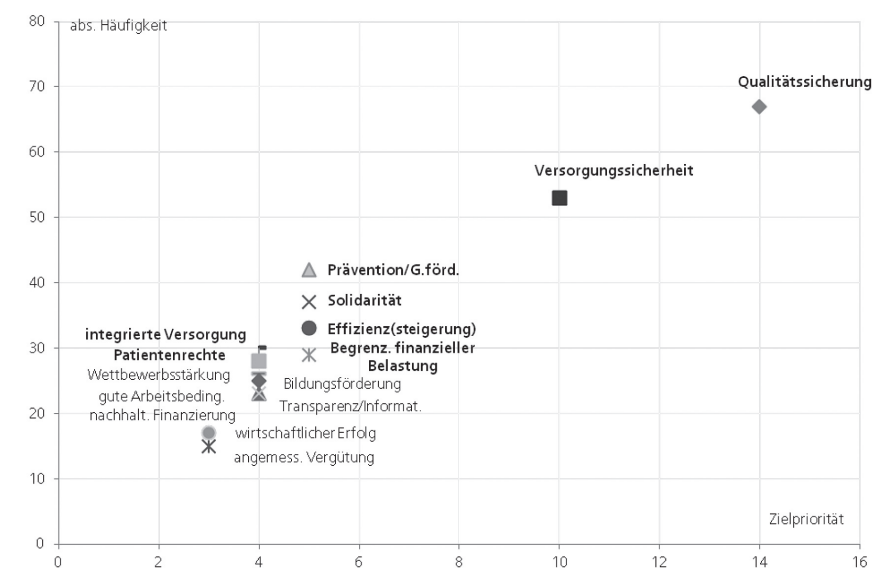
Ø in % = Durchschnitt der akteursgruppenspezifischen relativen Häufigkeiten in %

AG = Anzahl der Akteursgruppen, in denen das Ziel x verfolgt wird

⁸ Jedes Mal, wenn ein Ziel zu den zentralen Zielen einer Akteursgruppe gehört, werden ihm drei Punkte zugeschrieben, jedes Mal, wenn es zu den nachrangigen Zielen gehört, erhält es einen Punkt. Die Summe dieser Punkte über alle sechs Akteursgruppen hinweg entscheidet über die Rangordnung.

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 1: Die 15 wichtigsten offiziellen Ziele der Akteure im Gesundheitswesen



y-Achse: absolute Häufigkeit aller Akteure, die das Ziel x verfolgen

x-Achse: Zielpriorität (Gewichtung: falls zentrales Ziel in Akteursgruppe = 3 Punkte; falls nachrangiges Ziel = 1 Punkt)

Quelle: Eigene Darstellung

15 Plätze sowohl die zentralen Ziele der einzelnen Akteursgruppen (vgl. Tab. 1) als auch die Liste der acht am häufigsten verfolgten Ziele (vgl. Tab. 2) umfassen – Grund genug, mit Blick auf diese 15 Ziele von den *wichtigsten offiziellen Zielen der Akteure im Gesundheitswesen* zu sprechen. Dargestellt sind sie in Abbildung 1, welche die akteursübergreifenden Häufigkeiten mit der gerade erwähnten Gewichtung bzw. Zielpriorisierung, die im Endeffekt freilich ebenfalls auf Häufigkeiten basiert, in Beziehung setzt.

Abbildung 1 veranschaulicht noch einmal, dass Qualitätssicherung und Versorgungssicherheit die mit Abstand wichtigsten (offiziellen) Ziele der Ak-

teure im Gesundheitswesen sind. Tatsächlich sind sie die einzigen, die in allen sechs Akteursgruppen zu den relevanten Zielen gehören (vgl. Abschnitt 1). Die anderen Ziele werden von deutlich weniger Akteuren verfolgt.

2.2 Hierarchisierung der Ziele

Nachdem die Ziele der Akteure in Abschnitt 2.1 allein unter dem Gesichtspunkt der Häufigkeit betrachtet wurden, richtet sich der Fokus in diesem und im folgenden Abschnitt mehr auf ihre inhaltlichen Aspekte. So finden sich unter den mehr als 140 erhobenen Akteurszielen solche, die ganz für sich al-

leine stehen und sich unter kein anderes Ziel vollständig subsumieren lassen, und solche, die gewissermaßen nur den Weg zu einem anderen, übergeordneten Ziel weisen, zu diesem also in einer dienenden Rolle stehen. Wettbewerbsstärkung etwa ist kein Selbstzweck. Wenn dies als Ziel angegeben wird, will der Akteur damit vielmehr ein anderes Ziel erreichen, etwa Qualitätsverbesserung oder die Steigerung der Effizienz oder den (wirtschaftlichen) Erfolg des eigenen Unternehmens im Wettbewerb. Dagegen lassen sich die zuletzt genannten Ziele nicht einfach im Hinblick auf andere, von den Akteuren verfolgte Ziele instrumentalisieren, jedenfalls nicht vollständig. Sicherlich mag etwa die Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen auch zur Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten beitragen, aber das Ziel geht doch darüber hinaus, denn es geht ja ganz allgemein um ein optimales Verhältnis von aufgebrauchten Mitteln und erreichten Erträgen und nicht einfach nur um die Kostenseite. Ähnliches gilt für Ziele wie Qualitätsverbesserung oder wirtschaftlicher Erfolg.

Bringt man die offiziellen Ziele der Akteure im Gesundheitswesen in eine derartige Hierarchie von übergeordneten, untereinander nicht weiter subsumierbaren Zielen einerseits und untergeordneten, unter andere Ziele subsumierbaren Zielen andererseits, ergeben sich die in Abbildung 2 aufgeführten zwölf *übergeordneten Ziele*.

Bis auf die beiden Ziele Autonomie und Einfluss der Akteure sowie Selbsthilfe, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung⁹ gehören alle übergeordneten Ziele auch zu den zentralen Zielen der Akteursgruppen (vgl. Tab. 1). Es verhält sich also keineswegs so, dass diese übergeordneten Ziele keine Bedeutung für die Akteursgruppen haben oder umgekehrt die Akteure vor allem Ziele mit eher instrumentellem Charakter verfolgen.

Die zwölf übergeordneten Ziele paraphrasierend lässt sich formulieren, dass die untersuchten Akteure ein Gesundheitswesen wollen,

Abbildung 2: Die 12 übergeordneten Ziele der Akteure im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung

⁹ Eigenverantwortung wird von manchen Akteuren gerne als „Deckname“ für mehr finanzielle Beteiligung der Versicherten und Patienten verwendet. Eben dies ist hier aber nicht gemeint. Vielmehr geht es um mehr Eigenverantwortung im Sinne von mehr Wahl- und Entscheidungsfreiheit der Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen.

- in dem eine umfassende medizinische Versorgung und deren Qualität gesichert ist und dabei Prävention/ Gesundheitsförderung eine herausragende Rolle spielt,
- in dem die Gesundheitsversorgung bezahlbar und solidarisch finanziert ist,
- das effizient und transparent organisiert ist,
- in dem die Rechte des Patienten geschützt und er in seiner Autonomie und Selbstbestimmung gefördert wird,
- in dem die Beschäftigten gute Arbeitsbedingungen vorfinden,
- in dem sowohl die Autonomie als auch die Mitbestimmung der Akteure gefördert wird, und
- in dem wirtschaftlicher Erfolg möglich ist.

2.3 Zielkonflikte

Teilweise bestehen zwischen den offiziellen Zielen der Akteure im Gesundheitswesen insofern Konflikte, als sie sich widersprechen oder gar genau das Gegenteil fordern. Insgesamt wurden 20 solcher Zielkonflikte identifiziert. Sie lassen sich vier großen Konfliktfeldern zuordnen (s. Abb. 3).

Im *Konfliktfeld Wettbewerb* geht es vor allem um die Ausgestaltung der Wettbewerbsbedingungen. Während manche Akteure eine Wettbewerbsstärkung quasi um jeden Preis zum Ziel haben, wollen

andere eine starke Regulierung des Wettbewerbs. Mehr noch als andere Konflikte zieht sich dieser Konflikt quer durch die Akteursgruppen, und zwar durch die der Versicherten, Leistungserbringer und Hersteller/Händler.

Zum *Konfliktfeld Arbeitsorganisation* gehört zum Beispiel der Konflikt zwischen dem Ziel einer Aufgabenumverteilung unter den Gesundheitsberufen auf der einen und dem Ziel Erhalt des Arztvorbehalts auf der anderen Seite. Die Konfliktlinie verläuft hier insbesondere zwischen den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen und den Ärztenverbänden. Ein weiterer, zumindest potenzieller Konflikt besteht darin, dass viele Akteure – etwa die Hersteller/Händler – einerseits den Abbau von Bürokratie, also etwa die Beschleunigung von Zulassungsverfahren fordern, andererseits aber auch das Ziel mehr Mitbestimmung und Beteiligung verfolgen, was durchaus mit *mehr* Bürokratie einhergehen kann. Ein Konflikt kann also auch durchaus zwischen zwei Zielen desselben Akteurs vorliegen.

Der zuletzt genannte Konflikt betrifft gleichzeitig das *Konfliktfeld Macht*. Hier drehen sich die Konflikte vor allem um die Reichweite der Mitbestimmung, das Ausmaß der Beteiligung oder den Grad an Autonomie, über den ein Ak-

teur – möglicherweise auf Kosten eines anderen – verfügt. Mehr davon wollen insbesondere die Patientenverbände, die Pflegeverbände, andere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe und die Hersteller/Händler, während Akteure wie die Ärztenverbände eher danach streben, am Status quo festzuhalten. Tendenziell besteht auch ein Konflikt um mehr Mitbestimmung zwischen Versicherten- und Arbeitgebervertretern innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im *Konfliktfeld Geld* schließlich schwelen die Konflikte in erster Linie um das Ziel Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten. Dieses konfliktiert etwa mit dem Ziel mehr finanzielle Selbstbeteiligung der Versicherten, das vor allem von der privaten Krankenversicherung und den Arbeitgeberverbänden vertreten wird. Potenziell mag es aber auch mit dem Ziel einer nachhaltigen/ausreichenden Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Widerspruch geraten. Auch dieser Zielkonflikt kann ein und denselben Akteur betreffen.

Unter den 20 identifizierten Zielkonflikten gibt es keinen, der nicht auch innerhalb einer Akteursgruppe besteht.

Insgesamt fällt auf, dass es unter den 20 identifizierten Zielkonflikten keinen gibt, der nicht auch innerhalb einer Akteursgruppe besteht. Ohnehin scheinen die Zielkonfliktlinien eher *innerhalb der Akteursgruppen* zu verlaufen als zwischen ihnen (vgl. Abschnitt 3.2). Von den 15 wichtigsten offiziellen Zielen der Akteure (vgl. Abb. 1) sind vor allem zwei in Konflikte involviert, das heißt mit expliziten Gegenzielen konfrontiert, nämlich die bereits aufgeführten Ziele Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten zum einen und Wettbewerbsstärkung zum anderen.

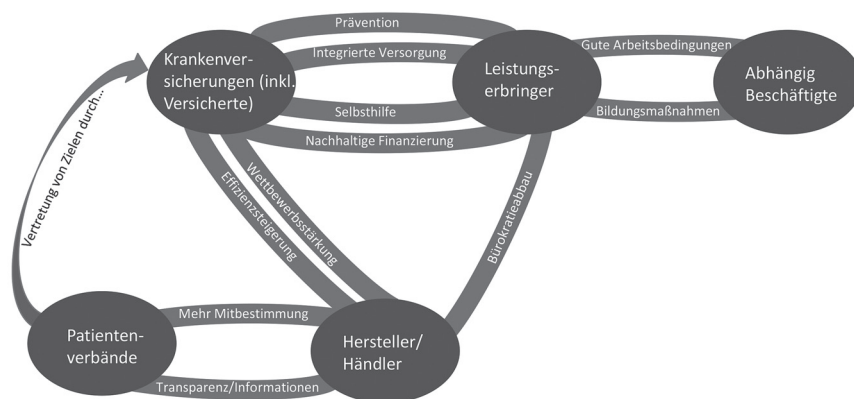
Keine prinzipiellen Konflikte bestehen im Übrigen zwischen den zwölf übergeordneten Zielen (vgl. Abb. 2). Das bedeutet, die gefundenen Zielkonflikte entzündeten sich entweder erst an der konkreten Ausgestaltung des Ziels bzw. bezüglich der Mittel, die für das Ziel eingesetzt werden (z.B. Wettbewerb), oder sie sind dem Ziel selbst inhärent (z.B. mehr Autonomie und Einfluss

Abbildung 3: Zielkonfliktfelder



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 4: Potenziale für zielspezifische Akteurskooperationen



Quelle: Eigene Darstellung

der Akteure) oder sie bestehen zwischen einem übergeordneten Ziel (z.B. Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten) und einem Ziel (z.B. mehr finanzielle Selbstbeteiligung der Versicherten), das einem anderen übergeordneten Ziel (z.B. wirtschaftlicher Erfolg) zugeordnet werden kann.

3. Analyse der Akteursbeziehungen

3.1 Zielspezifische Akteurskooperationen

Wenn zwei Akteure offiziell dasselbe Ziel verfolgen, liegt es nahe, ein gemeinsames oder partnerschaftliches Vorgehen, also eine wie auch immer geartete Kooperation zwischen ihnen für möglich zu halten. Sicherlich wäre in jedem Einzelfall genau zu prüfen, ob die Akteure wirklich dasselbe unter dem konkreten Ziel verstehen und ob sie sich in der Wahl der Mittel zur Zielerreichung einigen könnten. Aber damit ist man schon mitten in einem Dialog, der für die Bildung einer solchen Kooperation ohnehin notwendig wäre. Selbst wenn die beiden Akteure in einem unmittelbaren Konkurrenzverhältnis zueinander stehen, sind zielspezifische Kooperationen als Teil einer übergeordneten Strategie der Akteure nicht auszuschließen.

Potenziale für derartige zielspezifische Akteurskooperationen lassen sich bereits auf der Ebene der Akteursgruppen identifizieren (vgl. Abb. 4):

- Patientenverbände und Hersteller/Händler teilen gleich mehrere ihrer offiziellen Ziele. Beide wollen mehr

Transparenz im Gesundheitswesen, mehr Mitbestimmung und Beteiligung an Entscheidungen, etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sowie eine bessere Versorgung der Patienten mit Informationen.

- Die abhängig Beschäftigten und Leistungserbringer sind naheliegenderweise beide an guten Arbeitsbedingungen und an der Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung interessiert.
- Leistungserbringer und Krankenversicherungen teilen insbesondere die (offiziellen) Ziele Prävention und Gesundheitsförderung, integrierte Versorgung und bessere Vernetzung sowie die Förderung von Selbsthilfe, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Ein gemeinsames Ziel ist auch die nachhaltige/ausreichende Finanzierung, welches aber zugleich auf einen Zielkonflikt hinweist (vgl. Abschnitt 2.3).
- Leistungserbringer und Hersteller/Händler verfolgen offiziell beide das Ziel Bürokratieabbau und Entbürokratisierung.
- Krankenversicherungen und Hersteller/Händler schließlich haben sich beide die Wettbewerbsstärkung und die Steigerung der Effizienz zum Ziel gesetzt.

Insgesamt zeigt sich, dass die Krankenversicherungen viele (offizielle) Ziele sowohl der Versicherten als auch der Patientenverbände selbst vertreten, etwa Solidarität/Gerechtigkeit, die Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten/Patienten, Qualitätssicherung oder die Stärkung der Patientenrechte.

Umgekehrt müssten Krankenversicherungen (inkl. der Versichertenvertreter), aber auch die Leistungserbringer angesichts der bestehenden Zielhomologien für die meisten ihrer wichtigsten Ziele im Prinzip leicht Kooperationspartner finden können. Auch die Patientenverbände können bei den meisten ihrer offiziellen Ziele auf Unterstützung hoffen. Allerdings betrifft diese Unterstützung nur vereinzelte Akteursgruppen. Die Ziele der Versicherten, der Krankenversicherungen und der Leistungserbringer finden da eher breite Unterstützung. Dagegen stehen die abhängig Beschäftigten (v.a. mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung) und die Hersteller/Händler (v.a. mit dem Ziel wirtschaftlicher Erfolg) relativ alleine da. Überhaupt gibt es mit Ausnahme der beiden zentralen Ziele aller sechs Akteursgruppen – Qualitätssicherung und Versorgungssicherheit (vgl. Abschnitt 2.1) – keinerlei Überschneidungen bei den zentralen (offiziellen) Zielen der einzelnen Akteursgruppen. Trotz dieser zweifellos großen Diversität gibt es gleichwohl genügend Potenzial für zielspezifische Akteurskooperationen.

Viele (offizielle) Ziele der Versicherten und der Patientenverbände vertreten die Krankenversicherungen selbst.

3.2 Konfliktlinien zwischen Akteuren

In Abschnitt 2.3 wurde schon darauf hingewiesen, dass die auf Grundlage der offiziellen Ziele ermittelten Konfliktlinien eher innerhalb der Akteursgruppen verlaufen als zwischen ihnen. Am häufigsten in einem der identifizierten Zielkonflikte befinden sich:

- die Versichertenvertreter und die Arbeitgebervertreter (Akteursgruppe Krankenversicherungen), welche die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung repräsentieren,
- die gesetzliche und die private Krankenversicherung (Akteursgruppe Krankenversicherungen), welche in

einem ungleichen Wettbewerb zueinander stehen, sowie

- die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe und die Ärztenverbände (Akteursgruppe Leistungserbringer).

Dementsprechend sind die Krankenversicherungen und die Leistungserbringer auch die *heterogensten* Akteursgruppen. Am anderen Ende dieser Skala stehen die Akteursgruppen der Patienten und der abhängig Beschäftigten. Sie sind die einzigen, bei denen kein Zielkonflikt innerhalb der Akteursgruppe besteht, und insofern die *homogensten* Akteursgruppen.

Die Patienten und die abhängig Beschäftigten sind auch die einzigen Akteursgruppen, die in keinem einzigen Zielkonflikt zueinander stehen. Alle anderen Beziehungen zwischen den sechs Akteursgruppen sind immer auch durch Zielkonflikte gekennzeichnet – aber eben auch durch Potenziale für zielspezifische Kooperationen (vgl. Abschnitt 3.1).

4. Diskussion und Ausblick: Innovationspotenziale im Gesundheitswesen

Wie eingangs erwähnt, basieren die vorgestellten Analyseergebnisse allesamt auf Selbstbeschreibungen der untersuchten Akteure, also auf von den Akteuren offiziell vertretenen Zielen. Sicherlich mag es im Einzelfall Gründe geben, die Bedeutung eines Ziels für eine bestimmte Akteursgruppe in Frage zu stellen oder ein anderes, womöglich nur schwer kommunizierbares Ziel für relevanter als die gefundenen zu halten. In der Gesamtschau freilich sind die Ergebnisse alles andere als unplausibel. Für eine weitergehende Analyse und die angestrebte Erarbeitung von Optionen für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens drängen sich insbesondere drei Bereiche auf.

Da sind *erstens* die zuletzt erörterten Konfliktlinien zwischen manchen Akteuren zu nennen (vgl. Abschnitt 3.2). Hier stellt sich die Frage, wie viele Ressourcen durch diese Konflikte eigentlich verschlungen werden und ob es nicht Möglichkeiten gäbe, die Konfliktlinien aufzuweichen, wenn nicht gleich aufzulösen. In Bezug auf die Versicherten- und Arbeitgebervertreter mag dies weder realistisch noch wünschenswert sein, schließlich hat die Einbindung beider Gruppen in die Krankenkassen eine

klare korporatistische Funktion. Die anderen beiden Konfliktlinien zu legitimieren, fällt hingegen deutlich schwerer. Während der Fall der gesetzlichen versus privaten Krankenversicherung schon viel diskutiert worden ist und ohnehin nicht selten die Abschaffung des dualen Systems gefordert wird,¹⁰ findet die Konfliktlinie zwischen den Ärzten und den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen weit weniger Berücksichtigung im Diskurs.¹¹ Hier eröffnet sich ein Feld mit großem Innovationspotenzial, das es weiter zu elaborieren gilt.

Wäre es nicht im Sinne der Effizienzsteigerung, wenn Pharma-Unternehmen die Krankenkassen früher in die Ausrichtung ihrer Forschung einbeziehen würden?

Das betrifft auch *zweitens* die identifizierten zielspezifischen Akteurskooperationen – Kooperationen zwischen Akteuren aus unterschiedlichen Akteursgruppen wohlgeordnet (vgl. Abschnitt 3.1). Aus Innovationssystemperspektive geht es dabei weniger um das Schmieden von Zweckbündnissen zur besseren Durchsetzung gemeinsamer Interessen gegenüber der Politik (z.B. zwischen Patientenverbänden und Herstellern/Händlern in Bezug auf das Ziel mehr Mitbestimmung) als vielmehr um die Bildung von Kooperationen, die sich um die Erreichung gemeinsamer Ziele ohne den (lobbyistischen) Umweg über die Politik bemüht. Dabei muss der Fokus nicht unbedingt auf Zielen liegen, hinter denen sämtliche Akteure im Gesundheitswesen stehen und die allein die Verbesserung der Gesundheitssituation hinsichtlich einer bestimmten Erkrankung im Blick haben, wie das beim deutschlandweiten Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“¹² der Fall ist. Denn wenn zum Beispiel Krankenversicherungen und Hersteller/Händler offiziell beide das Ziel Effizienzsteigerung verfolgen, liegt da nicht eine engere Zusammenarbeit zwischen diesen Akteursgruppen nahe? Gesetzliche Krankenversicherungen und Pharma-Unternehmen etwa sind in der Vergangenheit nicht gerade durch freundschaftliche Verbundenheit aufgefallen. Aber wäre es nicht im Sinne der Effizienzsteigerung,

wenn die Pharma-Unternehmen die Krankenkassen früher in die zukünftige Ausrichtung ihrer Forschungsaktivitäten einbeziehen und/oder diese mehr auf die von den Kassen identifizierten Bedarfe und Effizienzpotenziale ausrichten würden? Könnte das nicht das Risiko senken, dass viel in die Entwicklung eines Arzneimittels investiert wird, diesem am Ende aber kein Zusatznutzen nachgewiesen werden kann und es deshalb weder zu einer von den Krankenversicherungen angestrebten Effizienzsteigerung der medizinischen Versorgung noch zur Effizienz der Ressourcenaufwendung des Arzneimittel-Unternehmens beiträgt? Zweifel ließen sich hier sicherlich viele vorbringen. Gleichwohl weisen die formulierten Fragen auf einen Bereich, der unter den Stichworten Dialog und Kooperation ebenfalls erhebliches Innovationspotenzial verspricht.

Gleiches gilt schließlich *drittens* für die zwölf übergeordneten Ziele (vgl. Abschnitt 2.2). Wenn es richtig ist, dass sie die entscheidenden (offiziellen) Ziele aller Akteure im Gesundheitswesen abbilden, dann könnten sie in den Strategien und Aktivitäten der Akteure eine viel größere Berücksichtigung finden. Wenn jede Innovation im Gesundheitswesen vor ihrer Einführung daraufhin abgeklöpft werden würde, ob sie auch wirklich keinem der zwölf Ziele entgegensteht, dann würde dies ihr Konfliktpotenzial drastisch senken und damit zugleich die Chancen ihrer erfolgreichen Durchsetzung und Verbreitung von Beginn an erhöhen. Ein neues medizintechnisches Gerät beispielsweise wird mit ziemlicher Sicherheit einen Akteurskonflikt provozieren, wenn es auf der einen Seite zum wirtschaftlichen Erfolg des Medizintechnik-Unternehmens führt, auf der anderen Seite aber voraussichtlich die

10 Etwa Hartmut Reiners: Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem, Berlin 2011, S. 186ff.

11 Vgl. immerhin Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, in: Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/6339, S. 41ff.; MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“: Innovation für mehr Gesundheit. Abschlussdokument 2009, S. 14. Download unter: <http://www.metaforum-innovation.de/metaforum-inno-de/inhalte/publikationen.php> [01.06.2012].

12 Siehe <http://www.gesundheitsziele.de/> [01.06.2012].

finanzielle Belastung der Versicherten in die Höhe treibt oder gar die Sicherheit einer flächendeckenden medizinischen Versorgung gefährdet. Umgekehrt wird selbst eine bestimmte Maßnahme zur Wettbewerbsstärkung – trotz des hohen Konfliktpotenzials (vgl. Abschnitt 2.3) – dann auf breite Akzeptanz stoßen, wenn abzusehen ist, dass dadurch die Versorgung effizienter und die Transparenz der Verfahren erhöht wird, ohne dass etwa die Solidarität im Gesundheitswesen darunter leiden muss. Hätten alle Akteure neben ihren selbst gesetzten Zielen auch die zwölf übergeordneten Ziele gleichsam als Hintergrundfolie im Blick, könnten also womöglich – so die weiter zu prüfende Überlegung – etwaige Hindernisse antizipiert, Konflikte vermieden, Ressourcen effizienter eingesetzt und neue Innovationspotenziale erschlossen werden.

Die Bedeutung der zwölf übergeordneten Ziele ist auch im Hinblick auf den allgemeinen Diskurs zum Gesundheitswesen zu betonen. Gerne wird hier nämlich gefordert, (endlich) den Patienten in den Mittelpunkt des Gesundheitswesens zu stellen.¹³ Erst kürzlich haben Michael Porter und Clemens Guth ein eindrucksvolles Plädoyer dafür vorgelegt, das Gesundheitswesen allein auf den Patientennutzen als das übergreifende Ziel überhaupt auszurichten.¹⁴ „Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen“ heißt der Untertitel ihres Buches. So wünschenswert diese Orientierung am Patientennutzen auch sein mag (und so unterstützenswert viele Empfehlungen der Autoren im Einzelnen auch sind), aus Innovationssystemperspektive verkennt sie tendenziell die Komplexität des Systems. Der Patientennutzen ist am Ende eben doch nicht das Einzige, was (für die Akteure) zählt. Mit anderen Worten: Patientennutzen ja, aber nicht zu jedem Preis, nicht zu jedweden Arbeitsbedingungen, nicht auf Kosten der Solidarität, nicht paternalistisch verordnet, nicht nur auf Krankheiten bezogen, nicht intransparent, nicht ineffizient usw. Aus Innovationssystemperspektive kann es also nicht um die Frage „Partikularinteressen *oder* Patientennutzen?“ gehen, sondern nur darum, wie beides unter einen Hut zu bringen ist. Gerade wenn man das Ziel Patientennutzen mit den beiden zentralen offiziellen Zielen aller

hier untersuchten Akteure Qualitätssicherung und Versorgungssicherheit (vgl. Abschnitt 2.1) gleichsetzt, sieht man, dass hiermit zwar zentrale Ziele angesprochen sind, gleichwohl aber nur ein kleiner Teil der für die Akteure insgesamt relevanten Ziele abgedeckt ist. Insofern ist die Bedeutung der zwölf übergeordneten Ziele auch deutlich höher anzusetzen als die rein quantitativ ermittelten 15 wichtigsten (offiziellen) Ziele der Akteure im Gesundheitswesen.

Die Bedeutung der zwölf übergeordneten Ziele ist deutlich höher anzusetzen als die rein quantitativ ermittelten 15 wichtigsten (offiziellen) Ziele der Akteure im Gesundheitswesen.

Selbst die vier konkurrierenden allgemeinen Ziele nach Nils Bandelow – Finanzierbarkeit, Qualität, Solidarität und Wachstum¹⁵ – vernachlässigen im Vergleich zu den hier erarbeiteten zwölf übergeordneten Zielen einige wichtige Aspekte. An erster Stelle sind die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten zu nennen, die wie die Akteursgruppe der abhängig Beschäftigten insgesamt leicht übersehen werden. Aber auch Patientenrechte, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung kommen bei den vier allgemeinen Zielen nicht vor. Das gleiche gilt für eher prozessorientierte Ziele wie Transparenz, Mitbestimmung (Einfluss) der Akteure und Effizienzsteigerung. Auch hier zeigt sich, dass die zwölf übergeordneten Ziele zugleich umfassender und präziser sind, sie keine zentralen (offiziellen) Ziele wichtiger Akteursgruppen übergehen, ohne umgekehrt ausufernd oder unübersichtlich zu werden.

Die in diesem Beitrag vorgestellten ersten Ergebnisse einer Betrachtung des Gesundheitswesens aus Innovationssystemperspektive haben deutlich gemacht, wie vielschichtig die offiziellen Ziele der Akteure im Gesundheitswesen sind und in welchen Bereichen bemerkenswerte Innovationspotenziale schlummern. Um sie auszuschöpfen, muss man nicht unbedingt auf politische Reformen warten – darauf weisen unter anderen Vorzeichen

auch Porter und Guth hin.¹⁶ Vielmehr liegt es an den hier untersuchten Akteuren selbst, die vorhandenen Innovationspotenziale im Einklang mit ihren eigenen Zielen zu nutzen. Wie dies konkret aussehen könnte, soll in der noch ausstehenden zweiten Projektphase gemeinsam mit Experten und Vertretern aller Akteursgruppen erarbeitet werden. ■

13 Vgl. Ilona Kickbusch: Die gesellschaftliche Innovationsdynamik für Gesundheit, in: Bernhard Bühlren/Ilona Kickbusch (Hrsg.): Innovationssystem Gesundheit: Ziele und Nutzen von Gesundheitsinnovationen, Stuttgart 2008, S. 49–61, hier S. 57.

14 Michael E. Porter/Clemens Guth: Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen, Berlin/Heidelberg 2012.

15 Nils C. Bandelow (2006), a.a.O.; vgl. Nils C. Bandelow/Florian Eckert/Robin Rüsenberg: Qualitätsorientierung als „Megathema“ der Zukunft?, in: dies. (Hrsg.): Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden 2009, S. 13–26, hier S. 15ff.

16 Michael E. Porter/Clemens Guth (2012), a.a.O., S. 318.