



Wachstumsmarkt Gesundheit

Stellschrauben und sinnvolle Rahmenbedingungen
zur Entfaltung des zweiten Gesundheitsmarktes



Deutscher
Industrie- und Handelskammertag

Inhaltsverzeichnis

1. Zukunftssektor Gesundheitswirtschaft.....	2
2. Der zweite Gesundheitsmarkt als Wachstumstreiber	3
3. Die Potenziale des zweiten Gesundheitsmarktes heben	4
3.1 Kommunikative Herausforderung an die Gesundheitswirtschaft und die Politik meistern	4
3.2 Wachstum- und Effizienzreserven im ersten Gesundheitsmarkt heben	4
3.3 Leistungsrahmen im ersten Gesundheitsmarkt klar definieren.....	5
3.4 Transparenz und fließende Übergänge schaffen – Sachleistungsprinzip überwinden.....	6
3.5 Prävention stärker in den Vordergrund rücken.....	6
3.6 Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheits- management voran bringen	7
3.7 Beratungsangebote weiterentwickeln.....	7
3.8 Gesundheitliche Bildung früh beginnen.....	8
3.9 Positive Rückwirkung auf den ersten Gesundheitsmarkt nutzen.....	8
3.10 Export in der Gesundheitswirtschaft stärken	8
3.11 Zielgruppenspezifische Angebote schaffen.....	9

Wachstumsmarkt Gesundheit – Stellschrauben und sinnvolle Rahmenbedingungen zur Entfaltung des zweiten Gesundheitsmarktes

1. Zukunftssektor Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland entwickelt sich unbestritten zu einem der Wachstumsmotoren der Volkswirtschaft. Eine Bruttowertschöpfung von über 200 Mrd. Euro p.a., mehr als 5 Mio. Erwerbstätige und Wachstumsprognosen für die Bruttowertschöpfung dieses Wirtschaftssektors von gut 2% p.a. bis 2030 sind Ausweis dieser Entwicklung. Bis zu 100.000 neue Arbeitsplätze können hier in den nächsten zwei Dekaden pro Jahr entstehen. Der demografische Wandel, mit einem wachsenden Anteil Älterer, ein steigendes Gesundheitsbewusstsein und die wachsende Bereitschaft der Menschen, sich an Erhalt der Gesundheit und Förderung des Wohlbefindens finanziell auch außerhalb ihrer Versicherungsbeiträge zu beteiligen, zeichnen auch für die Zukunft ein positives Bild und eine wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.

Der Gesundheitswirtschaft kommt damit in Bezug auf Beschäftigung und Perspektiven herausragende Bedeutung zu. Auch aus konjunkturtheoretischer Sicht ist die Gesundheitswirtschaft relevant, wird in der Entwicklung ihrer Teilbranchen wie der Biomedizin oder der psycho-sozialen Gesundheit doch häufig eine langfristige konjunkturelle Aufschwungphase im Rahmen eines 6. Kondratjew-Zyklus' gesehen. Einzelne Branchen haben auch durch ihre internationale Spitzenstellung Vorbildfunktion. So steht die deutsche Medizintechnik etwa in Bezug auf Patentanmeldungen und den Welthandelsanteil auf Platz 2 weltweit nach den USA.

Einige Themen, die wesentliche Teile der Gesundheitswirtschaft betreffen – u. a. die ambulante und stationäre Versorgung, die Krankenversicherungen und Krankenkassen, Pflegeeinrichtungen, Apotheken oder die Pharmaindustrie – sind in der öffentlichen Diskussion bereits seit Jahrzehnten kontinuierlich präsent. In erster Linie werden hier Wege gesucht, die Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung sicherzustellen – sie stellt mit bspw. 167 Mrd. Euro im Jahr 2009 den größten Ausgabenträger in der Gesundheitswirtschaft dar – und eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung mit Gesundheitsleistungen möglichst kostengünstig zu gewährleisten.

Diese Systemfragen, die für den engeren Bereich der Gesundheitsversorgung gestellt werden müssen, sind aber nur ein Teil des gesamten Bildes. Ausgehend von einem erweiterten Gesundheitsbegriff müssen daneben Überlegungen treten, wie das Gesamtsystem der Gesundheitswirtschaft gestärkt und wie seine Potenziale genutzt werden können. Von diesen Überlegungen sind dann zusätzlich Sektoren wie Wohnen, Tourismus, Sport und Freizeit und auch Ernährung betroffen.

2. Der zweite Gesundheitsmarkt als Wachstumstreiber

Neben der wachsenden Nachfrage nach einer besseren und umfangreicheren medizinischen Versorgung im engeren Sinne wird sich ein großer Teil des künftigen Wachstums in dem sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt abspielen. In üblicher Abgrenzung vom ersten Gesundheitsmarkt umfasst der zweite Gesundheitsmarkt alle Leistungen, die nicht über die Vollversicherung der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen – im Rahmen der gesetzlichen Versicherungspflicht – finanziert werden. Damit gehören einerseits private Zusatzversicherungen zum zweiten Gesundheitsmarkt. Diese Zusatzversicherungen werden nicht zuletzt deshalb künftig noch stärker an Gewicht gewinnen, da sie in Kombination mit Kapitaldeckung dazu beitragen können, dem demografischen Wandel zu begegnen. Andererseits sind sämtliche weiteren privat finanzierten Gesundheitsleistungen – ohne Abschluss einer Versicherung – hierunter zu fassen. Einbezogen werden dabei sowohl medizinische Leistungen im engeren Sinne als auch Angebote zur Erfüllung von Gesundheitsbedürfnissen, die über den engeren Kreis der Krankenversorgung hinausgehen (Fitness, Wellness und Wohlbefinden, Functional Food bis hin zu Kleidung).¹

Die Ausgabendimensionen in diesem gesamten zweiten Gesundheitsmarkt liegen im zweistelligen Milliardenbereich. Jüngste Berechnungen schätzen für 2005 Ausgabenvolumina für den zweiten Gesundheitsmarkt unter Einbezug des genannten erweiterten Begriffs der Gesundheitswirtschaft von fast 55 Mrd. Euro. Allein seit 2006 sind die privaten Gesundheitsausgaben um 6 % p. a. gewachsen.

Eine zunehmend ältere Bevölkerung wird verstärkt medizinische Leistungen nachfragen. Damit verknüpft werden auch Präventionsmaßnahmen häufiger in Anspruch genommen. Ebenso wird die Nachfrage nach anderen ergänzenden Gesundheits(dienst)leistungen steigen. Auch in Verbindung mit dem medizinisch-technischen Fortschritt kommt es in vielen Bereichen des zweiten Gesundheitsmarktes – etwa im Bereich altersgerechtes Wohnen, in dem zunehmend technische Unterstützungsinstrumente zur Prävention eingeführt werden – zu Innovationen, die verstärkt nachgefragt werden. Hinzu kommt, dass in der Bevölkerung ein deutlicher Wertewandel hin zu den „weichen“ Lebensfaktoren zu beobachten ist. In Kombination mit einem generell höheren Gesundheitsbewusstsein und dem allgemeinen Trend zum gesunden Lebensstil, der in vielen Gesellschaftsschichten verbreitet ist, führt dies zu einer höheren Nachfrage sowohl von Leistungen des ersten als auch des zweiten Gesundheitsmarktes.

¹ In einer ersten – unvollständigen – Auflistung umfasst der 2. Gesundheitsmarkt u.a. nicht erstattungsfähige Präventionsleistungen oder Ausgaben etwa für Kuren, nicht verschreibungspflichtige Medikamente (OTC-Präparate), (private) Zusatzversicherungen, sog. Individuelle Gesundheits- (IGEL-) Leistungen, die die niedergelassenen Ärzte ihren Patienten gegen Selbstzahlung anbieten können, Ausgaben für gesundheitsbewusste Ernährung, für Wellness- und Fitnessangebote, Angebote des Gesundheitstourismus, ästhetische Medizin, Angebot der Beratung und Bildung etc.

Aus der Sicht der Gesundheitswirtschaft ist es wichtig und sinnvoll, die Potenziale dieses Bereiches zu erschließen und die Verknüpfungen, die zwischen dem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt bestehen, transparent zu machen, Hemmnisse für das Wachstum beider Märkte abzubauen und positive Synergien zwischen beiden Sektoren zu nutzen. Auch die Kommunikation der positiven Effekte einer solchen Entwicklung für die Gesamtgesellschaft ist von enormer Bedeutung. Denn der zweite Gesundheitsmarkt bietet auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive Chancen für alle Bürger, die es zu nutzen gilt. Die zunehmende Individualisierung der Lebensentwürfe und -formen verdeutlicht zudem, dass pauschal zugeschnittene Angebote und Standardformate der Gesundheitsversorgung immer weniger angemessen sind.

3. Die Potenziale des zweiten Gesundheitsmarktes heben

Damit die Chancen, die im zweiten Gesundheitsmarkt liegen, auch tatsächlich genutzt werden können, sind sowohl Politik als auch Wirtschaft aufgefordert, in unterschiedlichen, im Folgenden dargestellten Bereichen ihren Beitrag zu leisten.

3.1 Kommunikative Herausforderung an die Gesundheitswirtschaft und die Politik meistern

Der zweite Gesundheitsmarkt ist nicht als Markt für Besserverdienende zu verstehen. Vielmehr ist ein wachsender zweiter Gesundheitsmarkt für alle Beteiligten von Vorteil. Denn seitens der Bevölkerung gibt es eine (wachsende) Zahlungsbereitschaft für die Angebote, die einen Zugewinn an Gesundheit oder auch nur größere Zufriedenheit bieten. Natürlich muss die Abgrenzung zum ersten Gesundheitsmarkt transparent und nachvollziehbar sein und die Übergänge müssen so gestaltet sein, dass die größtmögliche Wahlfreiheit besteht. Dann bietet der zweite Gesundheitsmarkt eine Chance für alle Bürger, ergänzende Leistungen zukaufen zu können, die sie persönlich für sinnvoll und hilfreich erachten. Diese Zusammenhänge müssen deutlich kommuniziert werden.

3.2 Wachstum- und Effizienzreserven im ersten Gesundheitsmarkt heben

Eine Organisation des ersten Gesundheitsmarktes, die Effizienzsteigerungspotenziale und Chancen zur Kostensenkung nutzt, entlastet nicht nur die (Sozial)Versicherung und damit die Versichertengemeinschaft, sondern eröffnet finanzielle Spielräume für die Versicherten, im zweiten Gesundheitsmarkt zu konsumieren und in ihre Gesundheit zu investieren.

- Eine Reform der Finanzierung der Versicherungsseite ist notwendig. Angestrebt werden muss eine nachhaltige, lohnunabhängige Finanzierung, die gerechter ist,

weil sie über das Steuersystem sozial abgedeckt wird. Dieser Übergang wird schrittweise vollzogen werden müssen. Die Regierungskommission, die eingesetzt worden ist, um die Finanzierung des Systems neu zu ordnen, sollte die diesbezüglichen Vorgaben des Koalitionsvertrags angehen und sukzessive umsetzen. Die derzeitigen Überlegungen zur Einführung einer kleinen Gesundheitspauschale in Verbindung mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich gehen in die richtige Richtung. Auch das stärkere Einfordern von Eigenverantwortung der Versicherten, etwa durch Selbstbeteiligungen, ist ein wichtiger Aspekt. Umgekehrt sollten Versicherte durch positive Anreize noch stärker ermuntert werden, an Effizienz steigernden Maßnahmen teilzunehmen. Dies kann über Prämienermäßigungen und -rückerstattungen im Rahmen beispielsweise von Versorgungsprogrammen (Disease Management-Ansätze) geschehen.

- Eine stärker wettbewerbliche Organisation der Leistungsseite sollte auf den Weg gebracht werden. Unnötige Regulierung in den Sektoren – sei es bei der sektorübergreifenden Versorgung oder bei der Krankenhausfinanzierung – muss entfallen. Selektive Kontrahierung zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen bzw. Versicherungen muss stärker möglich werden. Voraussetzung hierfür ist die wettbewerbsrechtliche Gleichbehandlung aller Beteiligten. Neue, unnötige Regulierungen – wie sie etwa laut Koalitionsvertrag im Bereich der Medizinischen Versorgungszentren geplant sind – müssen unterbleiben.
- Kooperationen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen und Sektoren sollten im Gesundheitswesen stärker zugelassen werden. Häufig stehen diesen Kooperationen berufsrechtliche Regelungen im Weg, die eine effiziente, zeit- und kostensparende Organisation verhindern.

3.3 Leistungsrahmen im ersten Gesundheitsmarkt klar definieren

Eine eindeutige Definition des Leistungsrahmens, den jeder verpflichtend absichern muss – und damit die Festlegung des ersten Gesundheitsmarktes – ist notwendig, um den Beteiligten Akteuren – Kunden/Versicherten, Anbietern von Gesundheitsleistungen und –gütern und Versicherungen – Klarheit und Planungssicherheit zu garantieren. Durch die Definition dieses Mindestleistungskataloges wird der Umfang der sozialen bzw. kollektiven Solidarität definiert. Hier ist eine breite Diskussion erforderlich, denn es müssen Kriterien gefunden und Bewertungsmaßstäbe politisch entschieden werden, nach denen Leistungen in den Katalog aufgenommen werden und jedem Versicherten zu Gute kommen. Es muss aber auch deutlich gemacht werden, dass ausgehend hiervon der zweite Gesundheitsmarkt die Chance bietet, zusätzliche Leistungen zu erwerben und damit einen Beitrag zu mehr Kundenzufriedenheit zu leisten.

3.4 Transparenz und fließende Übergänge schaffen – Sachleistungsprinzip überwinden

Für alle Beteiligten muss Transparenz über die tatsächlich anfallenden Kosten herrschen, und es muss klar sein, was die Kassen und Versicherungen im Rahmen der Versicherungspflicht leisten. Die Versicherung besteht dann in der - vollständigen oder teilweisen - Übernahme dieser Kosten, z.B. in Form von Festbeträgen. Ausgehend hiervon müssen private Ergänzungs- oder Aufstockungszahlungen durchgängig möglich sein (Mehrkostenregelung). Wer ein teureres Angebot in Anspruch nehmen will – sei es bei ambulanten oder stationären Leistungen, bei Arzneimitteln oder bei Heil- und Hilfsmitteln – als durch den Leistungsrahmen im ersten Gesundheitsmarkt abgedeckt, muss dies uneingeschränkt durch aufstockende Zahlungen tun können (ähnlich wie bei den befundorientierten Festzuschüssen beim Zahnersatz). Daher muss das Sachleistungsprinzip schrittweise überwunden und das Kostenerstattungsprinzip in der GKV umfassend und ohne Nachteile für die Versicherten angewendet werden. Dabei ist darauf zu achten, dass Versicherte nicht durch finanzielle Vorleistung übermäßig belastet werden. Vielmehr sollte es den Versicherten ermöglicht werden, die Rechnungen bei ihrer Krankenkasse einzureichen. Ziel muss sein, die Übergänge zwischen dem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt möglichst fließend zu gestalten und so den Menschen die Möglichkeit zu geben, ihren persönlichen Vorstellungen entsprechend unterschiedliche Leistungen oder Leistungspakete zu erwerben.

3.5 Prävention stärker in den Vordergrund rücken

Privat finanzierte Präventionsleistungen, die von den Krankenkassen unterstützt werden und z.B. den Versicherten über Beitragsrückerstattungen zu Gute kommen (z.B. privat in Anspruch genommene Rückenurse o.ä.), bieten unmittelbares Potenzial für Kostensenkungen im ersten Gesundheitsmarkt und dienen als Instrument der Kassen im Wettbewerb um Kunden. Auch die Arbeitgeber können hier durch ihre betriebliche Gesundheitsvorsorge in Kooperation mit den Kassen aktiv werden und verstärkt Prävention unterstützen. Weiterhin bieten Pflegebetriebe Präventionsleistungen an (etwa im Rahmen der Sturzprävention), die sich letztlich Kosten sparend für die Allgemeinheit auswirken. Und auch Präventionsleistungen, die ausschließlich privat finanziert werden, können sich – mittelfristig – Kosten senkend auf den ersten Gesundheitsmarkt auswirken. Hierzu können privat zu finanzierende Prophylaxe- oder Ergänzungsleistungen ebenso zählen wie beispielsweise Fitness- und (Medical) Wellnessangebote, der Gesundheitstourismus u.a. Damit eröffnen sich auch neue Geschäftsfelder und Potenziale für Anbieter. Diese Zusammenhänge müssen in der öffentlichen Debatte stärker als bislang in den Fokus gerückt werden. Auch in Bezug auf die Akzeptanz des zweiten Gesundheitsmarktes bietet dieses Thema einen hilfreichen Anknüpfungspunkt, denn Prävention als grundsätzlich sinnvolles Ziel nimmt auch im Bewusstsein der Bevölkerung verstärkt Raum ein. Dieses Bewusstsein

muss noch weiter geschärft werden, denn letztlich liegt es auch in der individuellen Verantwortung jedes Einzelnen, für seine Gesundheit (vor) zu sorgen.

3.6 Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement voran bringen

Eng verknüpft mit dem Thema Prävention ist der Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Betriebe können die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft ihrer Mitarbeiter fördern und gesundheitliche Prävention unterstützen. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz geschieht dies beispielsweise durch Kooperationen zwischen Betrieben und Krankenkassen/–versicherungen, Berufsgenossenschaften oder den betriebsärztlichen Diensten, über die etwa spezielle Rückenschulen angeboten werden. Aber auch ohne explizite Kooperationen sind betriebsindividuell gestaltete Angebote (sei es Sport, (psycho-soziale) Beratung, oder andere (Präventions)Leistungen) nicht zuletzt im Zuge des zunehmenden Fachkräftemangels ein sinnvolles personalpolitisches Instrument, um Mitarbeiter im Unternehmen zu halten oder neue anzusprechen. Die demografische Entwicklung wird dazu führen, dass die Betriebe ein zunehmendes Interesse daran haben, ältere Arbeitnehmer im Betrieb zu halten, den Krankenstand zu senken usw. Hier bieten die betriebliche Gesundheitsförderung ebenso wie die Förderung der geistigen Fitness älterer Mitarbeiter etwa durch Fort- und Weiterbildungen hilfreiche Ansätze. Das berufliche Umfeld bietet aufgrund seiner Strukturen die Möglichkeit, gesundheitliche Themen proaktiv über den Betriebsarzt und/oder Gesundheitsmanager und entsprechende Medien an die Mitarbeiter zu kommunizieren. Dadurch kommt der Gesundheitskommunikation im Unternehmen eine immer wichtigere Rolle zu. Viele Betriebe sind bereits aktiv, dennoch sollten gerade auch kleine und mittlere Unternehmen verstärkt zielgruppengerecht über diese Zusammenhänge informiert werden, um ihnen die Vorteile solcher Maßnahmen bewusst zu machen.

3.7 Beratungsangebote weiterentwickeln

Nur ein aufgeklärter, mündiger Patient, der selbstbestimmt über die Angebote entscheidet, kann die Chancen und Möglichkeiten erkennen und nutzen, die im zweiten Gesundheitsmarkt liegen. Insbesondere mit Blick auf Präventionsleistungen müssen daher Bildungs- und Beratungsangebote ausgebaut werden. Dies können Beratungen etwa durch Apotheken, Krankenkassen, Infostellen der Heilbäder und Kurorte sein, aber auch Verbraucherberatungen und Preis-, Leistungs- und Qualitätsvergleiche sind in vielen Bereichen denkbar. Auch Entwicklungen wie medizinische Beratung über das Internet, Diskussionsforen u.ä. leisten hier einen Beitrag. An dieser Entwicklung haben die Akteure sowohl des ersten wie auch des zweiten Gesund-

heitsmarktes durchaus ein Eigeninteresse, so dass weitgehend auf diese Dynamik vertraut werden kann.

3.8 Gesundheitliche Bildung früh beginnen

Handfeste Bildungsziele aus dem Bereich der Prävention müssen bereits früh im Lebenszyklus vermittelt werden. Schon einfache Zusammenhänge wie Ernährung, Bewegung und Gewicht sind Themen, die stärker kommuniziert werden müssen. Hier hat die Gesellschaft einen Bildungsauftrag, wenn diese Zusammenhänge teilweise in Vergessenheit geraten. Ausgewogene Schulesen in (Ganztags)schulen und die Vermittlung ernährungswissenschaftlicher Grundkenntnisse im vorschulischen Bereich und in (Grund-)schulen sind nur zwei Beispiele, an denen angesetzt werden sollte. Eine stärkere Integration der Themen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ im schulischen Alltag ist das Ziel.

3.9 Positive Rückwirkung auf den ersten Gesundheitsmarkt nutzen

Ein wachsender zweiter Gesundheitsmarkt stärkt auch den ersten Gesundheitsmarkt. So können wie erwähnt über mehr Prävention, Gesundheitsvorsorge, über gesunde Ernährung und Sport die Kosten im ersten Gesundheitsmarkt reduziert werden. Hinzu kommt, dass der zweite Gesundheitsmarkt als Innovationstreiber fungieren kann. Denn technische Neuerungen, die zunächst lediglich privat finanziert werden, können sich mittelfristig durchsetzen und – auch durch intensivere Nachfrage und über Economies of Scale – zu Kostensenkungen führen, die über den späteren Einbezug in den Leistungskatalog und damit die Erstattungsfähigkeit allen zugute kommen können. Letztlich durchlaufen damit Innovationen im zweiten Gesundheitsmarkt zunächst eine Testphase, bevor sie in den ersten Gesundheitsmarkt integriert werden. Diese Zusammenhänge zwischen erstem und zweitem Gesundheitsmarkt müssen schlüssig, öffentlich und offensiv verdeutlicht und kommuniziert werden. Damit werden Vorbehalte gegen den zweiten Gesundheitsmarkt abgebaut und seine Akzeptanz gestärkt.

3.10 Export in der Gesundheitswirtschaft stärken

Die Gesundheitswirtschaft zeichnet sich dadurch aus, dass ihr einige exportstarke Branchen angehören, allen voran der Pharmasektor und die Medizintechnik. Gerade diese Branchen sind es beispielsweise auch, die in wirtschaftlich schwierigen Zeiten einen Motor für die Gesamtwirtschaft darstellen. Der Export ist nahezu vollständig dem zweiten Gesundheitsmarkt zuzurechnen, eine Stärkung des zweiten Gesundheitsmarktes muss die Außenhandelsbeziehungen daher berücksichtigen. Insbesondere die Medizintechnik wird häufig als Vorzeige-Exportbranche begriffen. In Verbin-

derung mit telemedizinischen Anwendungen kann die Medizintechnik in vielen Bereichen dazu beitragen, Effizienzreserven zu heben – im In- und Ausland. Gerade angesichts wachsender Märkte beispielsweise bei der Diabetesversorgung in Schwellenländern wie Indien, sollten hier die Potenziale der Medizintechnik genutzt werden. Alle Akteure in diesem Bereich – nicht zuletzt die IHK-Organisation mit ihrem weltweiten AHK-Netz – können hier ihren Beitrag leisten.

3.11 Zielgruppenspezifische Angebote schaffen

Für die Akteure der Gesundheitswirtschaft ist es sinnvoll, die unterschiedlichen Zielgruppen im zweiten Gesundheitsmarkt zu identifizieren und zu bedienen. Studien geben Hinweise darauf, welche Typen von Konsumenten welche Gesundheits-, Vorsorge- oder Wellnessleistungen in welchem Umfang in Anspruch nehmen (möchten). Über gezielte Ansprache und Angebote können Betriebe die Potenziale auf den verschiedenen Märkten heben. Und durch die Herausbildung von etablierten Gesundheitsmarken können sich Anbieter – seien es Versicherer, Leistungsanbieter oder andere Akteure – positionieren und ihre Produkte zielgruppengerecht anbieten. Dies bietet dem Kunden ein höheres Maß an Transparenz und fördert die wirtschaftliche Weiterentwicklung und Professionalisierung des zweiten Gesundheitsmarktes.

Das vorliegende Papier wurde am 23. Juni 2010 vom DIHK-Vorstand beschlossen. Vorangegangen war die Erstellung in Verbindung mit intensiven Beratungen im DIHK-Ausschuss für Gesundheitswirtschaft. Das Thema wurde in zwei Sitzungen des Ausschusses behandelt und das Papier im Rahmen einer Ad-hoc AG mit mehreren Ausschuss-Vertretern erarbeitet.

Im DIHK-Ausschuss für Gesundheitswirtschaft sind Unternehmerinnen und Unternehmer aus den Bereichen Krankenhausträger, Krankenversicherungen, Medizintechnikhersteller, Pharmahersteller und -großhändler, Pflegeanbieter, Beratungseinrichtungen, Apotheken, Kurwesen, Functional Food etc. vertreten.