



7. November 2012

**Autoren**

Dieter Bräuninger  
+49 69 910-31708  
dieter.braeuninger@db.com

Antje Stobbe  
+49 69 910-31847  
antje.stobbe@db.com

**Editor**

Barbara Böttcher

Deutsche Bank AG  
DB Research  
Frankfurt am Main  
Deutschland  
E-Mail: [marketing.dbr@db.com](mailto:marketing.dbr@db.com)  
Fax: +49 69 910-31877

[www.dbresearch.de](http://www.dbresearch.de)

**DB Research Management**

Ralf Hoffmann | Bernhard Speyer

# Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Die Gesundheitswirtschaft ist ein starker und verlässlicher Wachstumspol. Mit durchschnittlich 3% pro Jahr nahmen die (amtlich ausgewiesenen) Umsätze der Gesundheitswirtschaft in der vergangenen Dekade deutlich stärker zu als das Sozialprodukt (nominal 1,9% p.a.). Dabei zeichnet sich der Gesundheitssektor auch durch relativ stabiles Wachstum aus.

Die anhaltende Expansion verdankt die Branche wesentlich einem kräftigen Plus bei den privaten Leistungskäufen. Die Ausgaben der privaten Krankenversicherung und der privaten Haushalte legten von 2000 bis 2010 im Durchschnitt um 4,3% bzw. 4,5% pro Jahr zu. Dahinter blieb die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit 2,9% erkennbar zurück.

Mittel- und längerfristig dürfte der deutsche Gesundheitsmarkt um 3½% p.a. expandieren. Dafür sprechen die steigende Zahl älterer Bürger, die großen Potenziale des medizinisch-technischen Fortschritts und weiter steigende Einkommen. Dabei sind aufstrebende periphere Bereiche wie Fitness oder Wellness nicht einmal einbezogen.

In zahlreichen Branchen der Gesundheitswirtschaft ist ein ausgeprägter Strukturwandel zu spüren. Im Bereich der Krankenhäuser führt anhaltender Kostendruck zu Schließungen der Häuser in öffentlicher Hand und fortgesetzten Privatisierungen. Der demografische Wandel wird die Häuser gleichzeitig vor erhebliche Herausforderungen stellen, da die Fallzahlen steigen und der Anteil der Patienten über 60 Jahre zunimmt. Die Bestrebungen des Gesetzgebers, die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern zu reduzieren und die Effizienz zu erhöhen, zeigen zwar Wirkungen. Wir erwarten aber dennoch, dass sich die Krankenhäuser auch künftig im Spannungsfeld von weiter steigenden Kosten und Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen behaupten müssen.

Die Öffnung der Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich prägt die Gesundheitswirtschaft nachhaltig. In diesem Kontext ist auch die zunehmende Bedeutung der Medizinischen Versorgungszentren zu sehen, die sowohl von Ärzten als auch von Krankenhäusern gegründet werden. Effizienzsteigerungen sind ein wichtiges Motiv für den Aufbau dieser Zentren. Dies gilt auch für Gemeinschaftspraxen, die in den vergangenen Jahren anhaltenden Zuspruch erfahren haben. Der Trend zu Kooperation und Konzentration im ambulanten Markt wird u.E. in den nächsten Jahren anhalten.



## Einführung

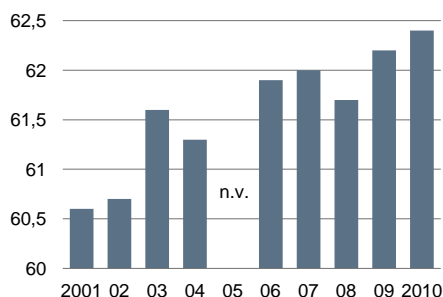
Das Gesundheitswesen wird zu Recht immer mehr auch als gewichtiger Wirtschaftsfaktor wahrgenommen. In Deutschland ist die Branche ein besonderes Schwergewicht. Kein anderer Wirtschaftszweig hier bietet so viele Arbeitsplätze, und nur wenige andere Sektoren erzielen höhere Umsätze. Die Gesundheitswirtschaft zeigt aber nicht nur in der Momentaufnahme Stärke. Sie ist auch kräftiger Motor für anhaltendes Wirtschaftswachstum. Steigende Einkommen der Bürger, große Innovationspotenziale in wichtigen Sparten wie Medizintechnik und Pharmazie sowie die wachsende Zahl älterer Menschen mit erhöhtem Bedarf an Gesundheitsdiensten deuten auf grundsätzlich gute Perspektiven der Branche hin.

Wie realistisch ist diese Erwartung? Welche Trends prägen die deutsche Gesundheitswirtschaft? Inwieweit ist die Branche selbst von Schattenseiten des demografischen Wandels, vor allem dem zunehmenden Fachkräftemangel, betroffen? Welche Herausforderungen resultieren aus neuen gesundheitspolitischen Prioritäten wie der verstärkten Fokussierung auf Effizienz und Qualität? Diese Fragen sollen im ersten Teil der Studie erörtert werden.<sup>1</sup> Der zweite Teil befasst sich mit Lage und Perspektiven ausgewählter Sparten der Gesundheitswirtschaft: der ambulanten und stationären Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser sowie der Pharmaindustrie als vielversprechende Zukunftsmärkte.<sup>2</sup>

Späterer Ausstieg aus dem Erwerbsleben

1

Durchschnittliches Erwerbsaustrittsalter, Jahre



Quelle: Eurostat

Die ökonomische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft reicht indes weit über den direkten Anteil an Wertschöpfung und Beschäftigung hinaus. So trägt die Branche viel zur besseren Gesundheit der Bevölkerung bei. Damit ist die Gesundheitswirtschaft auch Kraftquelle für die Produktivität der Wirtschaft und schafft so zusätzlichen Mehrwert. In einer Gesellschaft im demografischen Wandel, in der das Arbeitskräftepotenzial nach und nach altert, ist dies ein wichtiger Aktivposten für den Standort D. 1991 waren erst 9,6% der Erwerbsspersonen (Erwerbstätige und Arbeitslose) 55 Jahre und älter. Heute sind es bereits über 15%. Dieser Trend setzt sich fort, zumal in den kommenden Jahren mit dem gesetzlichen auch das tatsächliche Renteneintrittsalter weiter steigen dürfte.

Wenn hier der Sektor als Wirtschaftsfaktor im Fokus steht, heißt das nicht, dass die eigentliche Bedeutung der Gesundheit für die Bürger und deren Lebensqualität übersehen oder gar gering geachtet wird. Im Gegenteil. Es handelt sich schließlich um zwei Seiten einer Medaille, zwischen denen Wechselwirkungen bestehen. Ein umfassendes, bedarfsorientiertes, effizientes Gesundheitssystem ist wesentliches Element einer guten sozialen Ordnung. Zugleich ist der hohe Stellenwert, den viele Bürger sowie Politik und Gesellschaft der „Gesundheit“ beimessen, eine wichtige Antriebskraft für das Wachstum des Sektors. Gesundheitsökonomien definieren Gesundheit deswegen als sektorübergreifendes gesamtgesellschaftliches Handlungsziel („health in all policies“).<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dabei ist der durch die Soziale Pflegeversicherung abgedeckte Pflegebereich hier grundsätzlich nicht Gegenstand der Analyse.

<sup>2</sup> Mit dem ebenfalls dynamischen Bereich der Medizintechnik befasst sich eine separate, von DB Research in Zusammenarbeit mit dem ZVEI erstellte Studie: Heng, Stefan, Jürgen Polzin und Andreas Bätzel (2012): Medizintechnik - Elektromedizin als Treiber im Gesundheitsbereich. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen. 8. November 2012.

<sup>3</sup> Henke, Klaus-Dirk (2010). Innovationen und Gesundheitswirtschaft. In Innovationen in Medizin und Gesundheitswesen. Hrsg. von Schumpelick, Volker und Bernhard Vogel. S. 194.

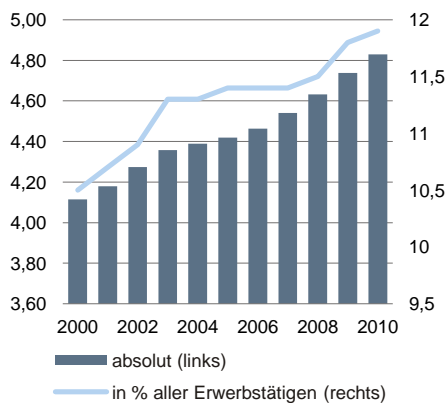


## A. Gesundheit als Wachstumsbranche

Beschäftigte im Gesundheitswesen:  
anhaltender Aufwärtstrend

2

In Mio bzw. %

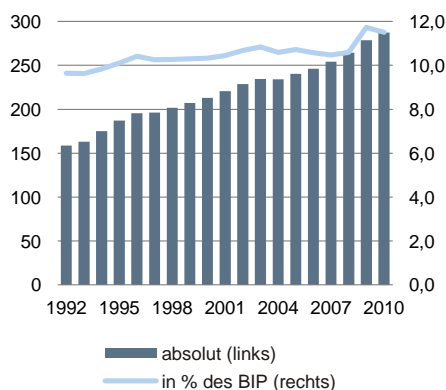


Quellen: BMG, Destatis

Stetig steigende Gesundheitsausgaben

3

In EUR Mrd. bzw. % des BIP

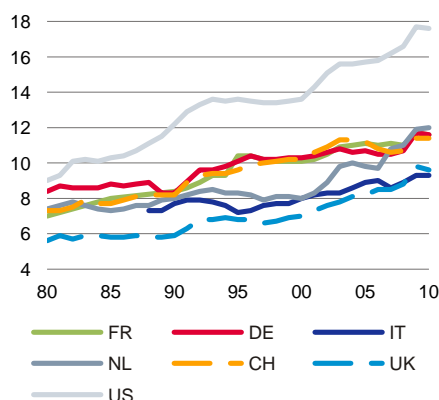


Quellen: BMG, Destatis

Gesundheitsausgaben international

4

In % des BIP



Quelle: OECD

### 1. Bedeutung der Gesundheitswirtschaft nimmt weiter zu

#### Gesundheitswirtschaft: leistungsstarker Wachstums- und Beschäftigungspol

Leistungsfähigkeit, Wirtschaftsstärke, Innovationskraft und Wachstumsdynamik des Gesundheitssektors können sich sehen lassen. Wichtige Indikatoren weisen die Branche als ein Schwergewicht der deutschen Wirtschaft aus.

- **Vielzahl an Arbeitsplätzen.** Mit 4,83 Mio. Beschäftigten (2010) ist die Gesundheitswirtschaft (in Abgrenzung des Statistischen Bundesamtes) wichtigster Beschäftigungszweig in Deutschland. Nimmt man ergänzende Bereiche wie Fitness- und Wellness sowie den Gesundheitstourismus hinzu, so zählte die Branche bereits 2009 sogar 5,7 Mio. Beschäftigte. Fast jeder siebte Erwerbstätige arbeitet demnach in der Gesundheitswirtschaft. Zum Vergleich: Bei Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz arbeiten (2011) 5,36 Mio. Personen, im Bauhauptgewerbe 2,65 Mio., bei den Finanzdienstleistern (Banken und Versicherungen) sind es 1,31 Mio., im Maschinenbau 870.000 und in der Herstellung von Kfz 832.000.

Größter Arbeitgeber der Branche sind die Krankenhäuser mit 1,12 Mio. Beschäftigten, gefolgt von Arztpraxen (0,69 Mio.) und stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen (0,64 Mio.). Die Vorleistungsindustrien (v.a. Pharmaindustrie und Medizintechnik) beschäftigen rd. 312.000 Personen.

- **Hohe Umsätze.** Mehr als eine viertel Million Firmen und Betriebe der Branche erwirtschafteten 2010 im Inland einen Umsatz von EUR 287 Mrd. (zum Vergleich: Kfz-Hersteller insgesamt EUR 348 Mrd., davon EUR 118 Mrd. im Inland). Der Umsatz der Gesundheitswirtschaft entspricht 11,6% des BIP. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland damit an vierter Stelle nach den USA (17,6%), den Niederlanden (12,0%) und Frankreich (11,6%).
- **Wachstumspol.** Die Gesundheitswirtschaft zeichnet sich durch überdurchschnittliches Wachstum aus. So ist der Umsatz (nach amtlicher Ausgabenstatistik) von 1992 bis 2010 um über 80% gestiegen. Das entspricht einem alljährlichen Wachstum von rd. 3,3%, wobei dieses relativ stetig verlief. Das (nominale) Sozialprodukt hat in demselben Zeitraum hingegen nur um 50% bzw. 2,3% p.a. zugenommen, und zwar unter erheblichen Schwankungen. Gemessen am BIP haben die Gesundheitsausgaben entsprechend von 9,6 auf 11,6% zugelegt. Auch in der kürzeren Rückschau allein auf das vergangene Jahrzehnt konnte die Gesundheitswirtschaft mit einem Zuwachs von insgesamt 35% bzw. durchschnittlich gut 3% p.a. deutlich besser abschneiden als die gesamte Volkswirtschaft (1,9% p.a.).

Das zeigt zweierlei: Zum einen reflektiert der Anstieg der Gesundheitsausgabenquote auch das lange Zeit relativ schwache Wirtschaftswachstum in Deutschland. Zum anderen hat die Gesundheitswirtschaft dank des relativ stabilen Expansionspfades das Wirtschaftswachstum untermauert.

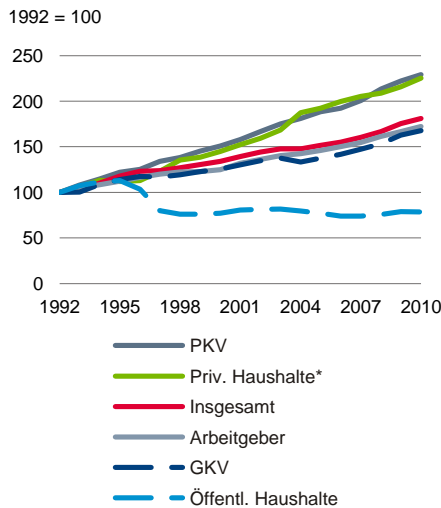
- **Beschäftigungsdynamik.** Die Gesundheitswirtschaft sorgt für Dynamik am Arbeitsmarkt. Um 714.000 nahm die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitsbereich im vergangenen Jahrzehnt zu. Das entspricht rd. 60% des gesamten Beschäftigungszuwachses während dieser Zeit.



## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern

5

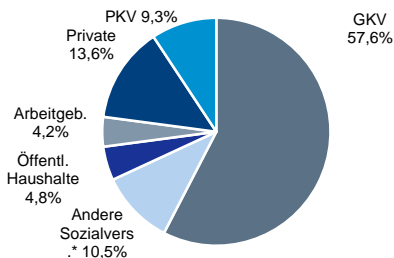


Quellen: BMG, Destatis

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, 2010

6

Ausgaben insgesamt EUR 287,3 Mrd.



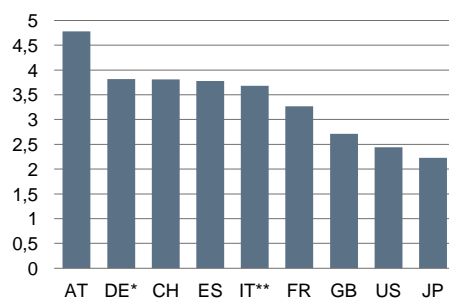
\* Pflegeversicherung 7,5%; Rentenversicherung 1,5%, Unfallversicherung 1,5%

Quellen: Destatis, DB Research

Hohe Arztdichte in Deutschland

7

Anzahl kurativ tätiger Ärzte pro 1.000 Einwohner, 2010



\*2011, \*\* 2009

Quellen: BÄK, Destatis, OECD

### Private tragen wachsenden Ausgabenanteil

Das große Umsatzplus seit 1992 verdankt die Branche wesentlich einem kräftigen Anstieg privater Leistungskäufe. Die Ausgaben der privaten Krankenversicherung und der privaten Haushalte haben sich von 1992 bis 2010 mit +129% bzw. +125% mehr als verdoppelt. Mit 72% fielen die Zuwächse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) deutlich geringer aus. Hier zeigen v.a. die zahlreichen Eingriffe Wirkung, mit denen die Politik seit der Vereinigung Deutschlands wiederholt versucht hat, die Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen. Zu diesen Maßnahmen gehörten u.a. der Ausschluss von Leistungen aus dem Katalog der GKV sowie die Einführung von Zuzahlungen. So zahlten die privaten Haushalte 2011 EUR 5,25 Mrd. bei GKV-Leistungen aus eigener Tasche zu.

Die Aufwendungen der dritten Gruppe privater Akteure unter den Kostenträgern, der Arbeitgeber, entwickelten sich in etwa parallel zu den GKV-Ausgaben. Freilich handelt es dabei nur um die von der amtlichen Ausgabenrechnung erfassten Posten (2010 EUR 11,98 Mrd.) – überwiegend für betriebliche Gesundheitsdienste. Lohnersatzleistungen, d.h. v.a. die Lohnfortzahlung, sowie die GKV-Beiträge erfasst diese Statistik jedoch nicht.<sup>4</sup>

Aus dem Rahmen fällt hingegen die Entwicklung der Ausgaben der öffentlichen Hand. Diese sind seit 1992 um ein Drittel gesunken. Das reflektiert die Entlastung der Kommunen durch die soziale Pflegeversicherung seit Mitte der 1990er Jahre. Umgekehrt expandierten die Ausgaben der Pflegeversicherung auch im vergangenen Jahrzehnt nach dem Ende ihrer Aufbauphase weiterhin kräftig.

Ungeachtet des verstärkten Engagements der privaten Akteure fließen in Deutschland nach wie vor mehr als drei Viertel der Gesundheitsausgaben durch staatliche Hände. Das Gros davon, 80%, bzw. rd. 57% der Gesamtausgaben tätigt die GKV. Käufe privater Haushalte (einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck) folgen mit 13,6% an zweiter Stelle. Der Anteil privater Krankenversicherungen beträgt gut 9%. Die Pflegeversicherung als weitere staatliche Institution erreicht einen Anteil von 7,5%.

### Leistungsfähiges Gesundheitssystem mit starken Pluspunkten

Dem hohen Einsatz an Personal und finanziellen Mitteln steht ein beachtenswerter Output gegenüber. Es gibt gute Gründe dafür, dass das deutsche Gesundheitssystem in vielen Bereichen zu den besten der Welt zählt:

- **Nahezu universeller Krankenversicherungsschutz:** In Deutschland genießt fast die gesamte Bevölkerung den Schutz einer Krankenversicherung. Rd. 70 Mio. Personen bzw. 87% der Bevölkerung deckt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ab. Die private Krankenversicherung (PKV) bietet als Vollversicherung rd. 9 Mio. bzw. 12% der Bevölkerung Schutz. Nur weniger als 0,4 Mio. Personen bzw. rd. ein halbes Prozent gehört Erhebungen zufolge keiner Krankenversicherung an oder macht keine Angaben dazu.
- **Umfangreiche (ambulante) ärztliche Versorgung.** Rd. 90.000 Arztpraxen (inklusive Gemeinschaftspraxen und MVZ; Angaben des BMG für 2010) bieten eine breite ambulante Versorgung auf hohem Niveau. Von den 121.700 Vertragsärzten (ohne 2.400 Privatärzte und 18.800 angestellte Ärzte) sind 56.700 Hausärzte und rd. 65.000 Fachärzte (2011).

Die Zahl kurativ tätiger Ärzte (2011: 312.700) liegt mit 3,82 pro 1.000 Einwohnern deutlich über dem Durchschnitt der Industrieländer von 3,14. In Österreich, Norwegen und Belgien ist die Ärztedichte indes noch höher. Zudem besteht in Deutschland eine regionale Ungleichverteilung (s. unten).

<sup>4</sup> Siehe für eine umfassende Darstellung des Aufwands der Arbeitgeber: Albrecht, Martin, Anke Schliwen und Alina Wolfschütz (2011). Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. IGES Institut GmbH, Berlin.

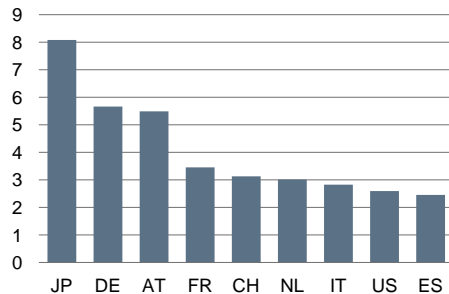


## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

### Hohe Bettendichte in Deutschland

8

Akut stationäre Betten pro 1.000 Einwohner, 2010



Quelle: OECD

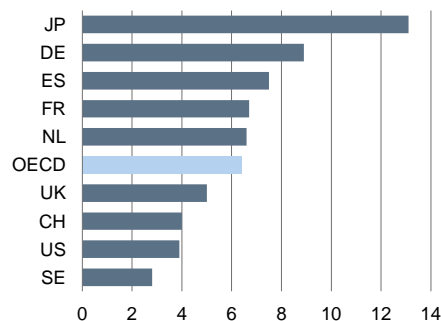
— **Differenzierte Krankenhauslandschaft.** Die Qualität der Krankenhausversorgung gilt im internationalen Vergleich als sehr hoch. Insgesamt 2045 Krankenhäuser verfügen über 502.029 Betten (2011). Mit 5,7 akut stationären Betten pro 1.000 Einwohner bewegt sich Deutschland international in der Spitzengruppe und weit über den Durchschnitt der OECD-Länder (3,4). Ähnlich wie im ambulanten Bereich gehört die nachhaltige Sicherung einer angemessenen Versorgung auch in dünnbesiedelten, ländlichen Gebieten indes zu den Herausforderungen im Krankenhausbereich.

— **Geringe Wartezeiten.** Deutsche Patienten müssen i.d.R. nicht lange auf einen Arzttermin warten. Rd. die Hälfte aller von TNS Healthcare Befragten konnte innerhalb von 7 Tagen einen Termin bei einem Facharzt vereinbaren. Allerdings sind die Wartezeiten bei einigen Fachärzten wie Augenärzten zuletzt gestiegen. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland ebenfalls gut. 2010 mussten nur 17% der Patienten länger als 4 Wochen auf einen Facharzttermin warten. In den USA waren es 20%. Auch die zeitliche Verfügbarkeit von speziellen Operationen ist in Deutschland mit am besten.

### Viele Arztbesuche

9

Zahl der Arztbesuche je Einwohner, 2010 oder letztverfügbares Jahr



Quelle: OECD

— **Hohe Versorgungsstandards.** Die Bürger profitieren von einer umfangreichen, hochwertigen Versorgung mit Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln und modernen technischen Geräten. So nimmt Deutschland bei der Nutzung moderner bildgebender Verfahren, insbesondere der Magnetresonanztomografie (MRT) mit 95 Untersuchungen pro 1000 Einwohner weltweit den dritten Platz ein – nach Griechenland und den USA mit je 98.

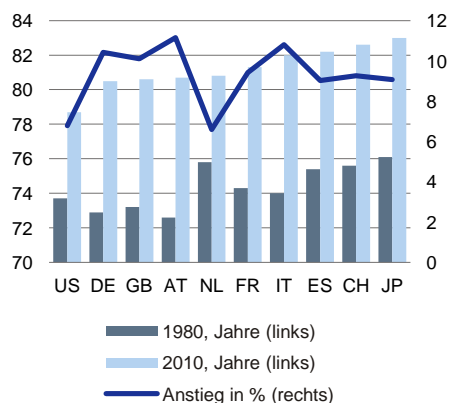
Der relativ umfassende Versicherungsschutz, die weithin hohe Versorgungsdichte, die guten Standards und die Wahlmöglichkeiten tragen zu lebhafter Nutzung der Angebote bei. So liegt Angaben der OECD zufolge die Anzahl der alljährlichen Arztbesuche mit 8,9 pro-Kopf um 40% über dem Industrieländerdurchschnitt.<sup>5</sup> Ebenso ist die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus mit knapp 8 Tagen ungeachtet eines rückläufigen Trends nach wie vor hoch. In Europa dauern Krankenhausaufenthalte (soweit erfasst) nur in Österreich, der Schweiz (je rd. 9 Tage), Tschechien (10) und Finnland (12) nennenswert länger.

Neben den genannten, auf die Versorgung bezogenen Pluspunkten muss sich ein Gesundheitssystem selbstverständlich auch an direkt gesundheitsbezogenen Outputgrößen messen lassen. Dabei interessieren etwa Sterblichkeitsraten bzw. Überlebenswahrscheinlichkeiten verbreiteter Krankheiten. An dieser Stelle soll jedoch ein Blick auf die Lebenserwartung bzw. deren Veränderung als umfassendster Indikator hinreichen.

### Steigende Lebenserwartung

10

Lebenserwartung in Jahren, Anstieg 1980 - 2010 in %



Quellen: OECD, DB Research

Mit 80,5 Jahren ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland um knapp ein Jahr höher als im OECD-Durchschnitt. In einigen EU-Ländern wie Spanien (82,2 Jahre), Italien (83) und Frankreich (81,3) oder Niederlande (80,8) sowie v.a. in der Schweiz (82,6) und Japan (83) ist sie jedoch höher. Günstiger fällt der Vergleich hinsichtlich der Entwicklung aus. In den vergangenen 30 Jahren ist die Lebenserwartung in Deutschland (+7,3 Jahre) deutlich stärker gestiegen als in fast allen vergleichbaren Ländern außer Italien (7,7 Jahre) und Österreich (7,8).

Freilich wirken neben der Gesundheitsversorgung vielfältige Einflüsse, insbesondere die individuelle Lebensführung sowie soziale Faktoren und ökologische Umweltbedingungen, auf die Lebenserwartung ein. Ländervergleiche von Gesundheitssystemen bleiben daher zwangsläufig problematisch.

<sup>5</sup> Einer Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zufolge suchen GKV-Versicherte 17 Mal pro Jahr einen Arzt auf. Die Hälfte aller Arztkontakte nehmen dabei aber nur 16% der Versicherten in Anspruch, v.a. chronisch Kranke oder von einem langwierigen Leiden Betroffene. Der Unterschied zu den OECD-Daten resultiert daraus, dass letztere auf „Behandlungsfälle“ abstellen und i.d.R. nur den ersten Arztbesuch pro Quartal erfassen.



## 2. Zeichen stehen weiterhin auf Wachstum

Im Gesundheitssektor stehen die Zeichen auf weiteres Wachstum, auch wenn die Wirtschaft insgesamt vorerst nur verhalten zulegen wird. Dafür sprechen starke Antriebskräfte, die trotz des schwierigen Umfeldes nachhaltig für Schwung sorgen. Zu nennen sind vor allem das wachsende Gesundheitsbewusstsein, der demografische Wandel, die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen sowie der medizinisch-technische Fortschritt.<sup>6</sup>

### 2.1 Zunehmendes Gesundheitsbewusstsein der Bürger

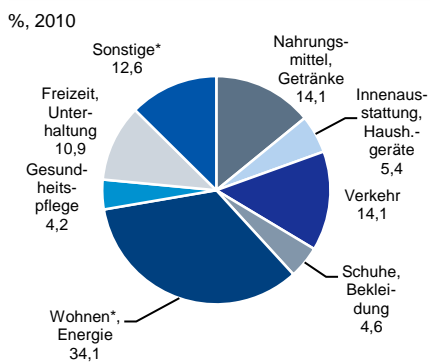
Immer mehr Bürger achten auf ihre Gesundheit und sind bereit, dafür mehr auszugeben. Der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Budgets der privaten Haushalte nimmt zu. Gaben die privaten Haushalte 1998 erst 3,6% ihres Budgets für Gesundheitspflege aus, waren es zuletzt 4,2%.<sup>7</sup> Eindrucksvoll zeigt sich das zunehmende Gesundheitsbewusstsein etwa in der Popularität von Fitness. Fast 7,6 Mio. Mitglieder zählten die 7.300 Fitnessstudios Ende 2011. Noch 2005 waren es erst rd. 4,75 Mio. Das entspricht einem jährlichen Zuwachs von 8%.

Insgesamt belegt der anhaltende Anstieg der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte einen stabilen Trend, auch wenn die Zuwächse teilweise aus der Verlagerung ursprünglich von der GKV finanzierten Leistungen resultieren. Auf diesen Trend kann die Branche bauen. So sind die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte selbst in den Krisenjahren 2008 und 2009 um 3% bzw. sogar 4,4% gestiegen, obgleich die (nominalen) Konsumausgaben insgesamt 2008 nur stagnierten bzw. 2009 mit 3% deutlich weniger zunahmen.

Mittel- und längerfristig dürfte das Gesundheitsbewusstsein mit zunehmendem Bildungsstand der Bürger weiter wachsen. Bei steigenden Einkommen sollte sich der Wunsch nach Wohlbefinden und Gesundheit auch in vermehrter Nachfrage niederschlagen. Freilich lassen sich die zukünftige Einkommen der privaten Haushalte derzeit schwer einschätzen. Zwar sollten die Löhne und bis auf Weiteres auch die Erwerbseinkommen insgesamt wegen des demografisch bedingten Rückgangs der Zahl der Arbeitskräfte prinzipiell stärker steigen als in der vergangenen Dekade. Hingegen ist die Entwicklung der Einkommen der zunehmend wichtigen Käufergruppe der Pensionärs- und Rentnerhaushalte mit größerer Unsicherheit behaftet. Hier hängt einiges davon ab, wie lange die aus der Staatsschuldenkrise resultierende Phase niedriger Renditen für festverzinsliche Wertpapiere mit guter Bonität andauert und inwieweit sie auf die Alterseinkommen (aus privaten Rentenverträgen und anderem Vermögen) durchschlägt.

Private Konsumausgaben

11

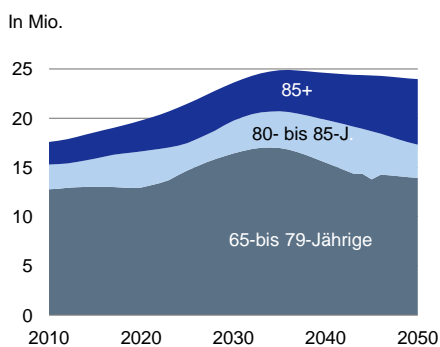


\* Bildung, Beherbergung u. Gaststättendienste, andere Dienstleistungen

Quelle: Destatis

Immer mehr Ältere

12



Quellen: Destatis, DB Research

### 2.2 Das Altern der Bevölkerung

Der Wandel hin zu einer kopflastigen Bevölkerungsstruktur mit sinkenden Anteilen jüngerer Altersjahrgänge und steigendem Gewicht älterer Jahrgänge ist seit Jahren in Gang. Die anhaltend geringe Geburtenrate, die steigende Lebenserwartung und das Altern der stark besetzten Jahrgänge der 1960er Jahre führen dazu, dass dieser Prozess noch etwa bis zur Jahrhundertmitte andauert. So dürfte die Zahl der über 65-Jährigen bis 2050 von derzeit knapp 17 Millionen auf rd. 24 Millionen steigen. Die Zahl der Betagten über 85-Jährigen dürfte sich schon bis 2030 von derzeit 2,03 Millionen auf 3,8 Millionen nahezu verdoppeln und könnte bis 2050 weiter auf über 6,6 Millionen anwachsen.

<sup>6</sup> Vgl. dazu auch Bräuninger, Dieter (2010). Gesundheitswirtschaft im Aufwind. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 481. S. 6ff.

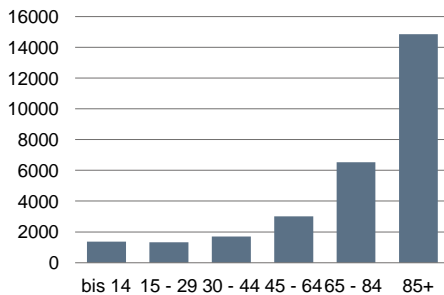
<sup>7</sup> Die Angaben beziehen sich auf die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes, die zuletzt für 2008 erhoben wurde. Bei der (im Stichprobenumfang kleineren) laufenden Wirtschaftlichkeitsrechnung betrug der Anteil indes 2010 ebenfalls 4,2%.



## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

### Altersabhängigkeit der Krankheitskosten 13

Krankheitskosten in EUR je Einwohner, 2008



Quelle: Destatis

Sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich nehmen die Krankheitskosten mit dem höheren Alter stark zu. So haben 85- bis 90-Jährige durchschnittlich 36 Arztkontakte jährlich, also mehr als doppelt so viele wie die Bevölkerung im Durchschnitt (siehe Fußnote 5). Und die Gesundheitskosten je Einwohner sind für die über 85-Jährigen mit EUR 14.800 pro Jahr (2008) fast fünfmal so hoch wie für die über 65-Jährigen (EUR 3.010). Im Ergebnis entfällt schon heute (2008) fast die Hälfte der Aufwendungen für Gesundheit auf die Altersgruppe ab 65 Jahre, die derzeit etwa ein Fünftel der Bevölkerung stellt. Auch weisen die Ausgaben für Ältere größere Dynamik auf. Von 2002 bis 2008 nahmen sie bei der Gruppe der über 65-Jährigen um insgesamt 30% zu, während der Anstieg bei den unter 65-Jährigen mit 6% deutlich schwächer ausfiel.<sup>8</sup>

Gesundheitsökonomien gehen indes davon aus, dass die steigende Zahl Älterer nicht eins zu eins oder gar überproportional auf die Ausgaben für Gesundheit durchwirkt. Die steigende Lebenserwartung verursacht keine Ausgabenexplosion. Dazu verweisen die Experten auf eine statistisch untermauerte Erfahrung: Wir werden nicht nur immer älter, wir altern auch relativ gesund. Mit der Lebenserwartung steigt die Zahl in guter Gesundheit verbrachter Lebensjahre. Die hohen Gesundheitsausgaben in den späteren Lebensphasen resultieren weniger aus dem bloßen Altersanstieg. Vielmehr fallen hohe Kosten vor allem in den letzten beiden Lebensjahren vor dem Tod an. Über den Lebenszyklus hinweg betrachtet, bleiben die Gesundheitsausgaben demnach trotz steigender Lebenserwartung gleich; das Gros der Ausgaben entsteht nur später.

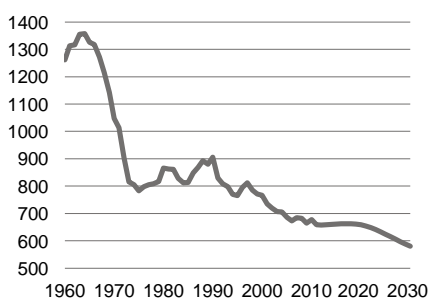
Gleichwohl ist die Demografie wichtiger Impulsgeber für den Gesundheitsmarkt. So sind gravierende Altersleiden noch nicht besiegt. Die Inzidenz verbreiteter Erkrankungen wie Herz-Kreislaufbeschwerden, Diabetes mellitus, Tumorerkrankungen und Demenz ist in hohem Maße altersabhängig. Deswegen hängt der künftige Bedarf an Gesundheitsdiensten nicht zuletzt davon ab, inwieweit es gelingt, die Verbreitung dieser Krankheiten durch verbesserte Vorbeugung und effizientere Therapien zu reduzieren.

Zudem gilt: Die starke Zunahme der Zahl der Älteren resultiert nur teilweise aus der steigenden Lebenserwartung. Viel Schub entsteht durch das Altern der Babyboom-Generation. Diese wird ab Mitte des nächsten Jahrzehnts vermehrt in die Altersphase steigender medizinischer Behandlungskosten eintreten.

Als weiterer Faktor für zusätzlichen Leistungsbedarf soll hier nur die Zunahme chronischer – insbesondere zivilisationsbedingter – und psychischer Erkrankungen erwähnt werden. Weit verbreitet unter diesen Krankheiten sind Allergien, Hauterkrankungen (Neurodermitis, Akne), Asthma, Diabetes Typ-2 (Zuckerkrankheit) sowie Herz-Kreislauf-Beschwerden. In jüngster Zeit hat vor allem die starke Zunahme psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit dem so genannten Burn-out-Syndrom für Schlagzeilen gesorgt.

### Sinkende Geburtenzahl 14

In 1.000



Quelle: Destatis

Für das verstärkte Auftreten dieser Krankheiten werden unterschiedliche Faktoren verantwortlich gemacht, etwa problematische Lebensstile, d.h. u.a. ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel, sowie schädliche ökologische Umwelteinflüsse. Soweit diese Erkrankungen aus individuellen Verhaltensweisen resultieren, könnte ihr Vordringen mit einem sich weiter verbreitenden größeren Gesundheitsbewusstsein nachlassen. Freilich setzt dies u.a. erfolgreiche Prävention über möglichst breite Kreise der Bevölkerung hinweg voraus.

Im Gegensatz zur Alterung wirkt der zweite große demografische Trend, der Bevölkerungsrückgang, bremsend auf den Anstieg der Gesundheitskosten. So sinkt die Zahl der jährlichen Geburten den Vorausberechnungen des statistischen Bundesamtes zufolge bis 2030 um insgesamt 10% bis 12%. Ähnlich stark nimmt auch die Zahl der Kinder unter 10 Jahren ab (Bevölkerung insg. -5%).

<sup>8</sup> Nöthen, Manuela (2011). Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik, Juli 2011.



## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Vielversprechende Innovationen

15

### Die Gentechnologie (rote oder medizinische Biotechnologie).

Allein aus der roten Biotechnologie erwachsen zahlreiche hochinnovative Zweige, etwa die regenerative Medizin. Die Wiederherstellung funktionsgestörter Zellen u. Gewebe schafft neue Perspektiven etwa bei der Behandlung von Tumoren. Vor allem öffnet sie das Tor für die Individualisierung der Medizin, d.h. für individuell maßgeschneiderte Therapien. Die Individualisierung gilt als eines der großen Zukunftsfelder von Medizin und Pharmazie.

### Neue medizintechnische Produkte und Verfahren.

Die Medizintechnik verfügt ebenfalls über vielversprechende Innovationsfelder. Dazu zählen etwa das Roboter-unterstützte Operieren, neuartige, auch stärker individualisierte Implantate, das Neuroengineering, d.h. die Entwicklung intelligenter Prothesen, die Weiterentwicklung bildgebender Verfahren oder der Einsatz neuer Werkstoffe wie Nanotechnologie, um nur einige zu nennen.

### Telemedizin u. E-Health als besondere Bereiche der Medizintechnik.

Stichworte hier sind etwa IT-gestützte Expertenkonferenzen von Ärzten, die sich an unterschiedlichen Orten aufhalten, oder das Fernmonitoring von Vitalwerten von Patienten. Auch Themen wie elektronische Patientenakten oder Gesundheitskarten gehören zu dem Bereich. E-Health kann gerade im alternden Deutschland viel zur Lösung von Problemen beitragen, etwa auch zur Sicherung der Versorgung in dünnbesiedelten Räumen.

## 2.3 Der medizinisch-technologische Fortschritt<sup>9</sup>

Die Gesundheitswirtschaft ist weithin eine High-tech-Branche an vorderster Front des technologischen Fortschritts. Weltweit investiert kein anderer Wirtschaftszweig außer der Datenverarbeitungs- und Elektronikindustrie so viel in Forschung und Entwicklung wie die Gesundheitsbranche.<sup>10</sup> Das schlägt sich in einem breiten Spektrum innovativer Produkte und Verfahren nieder. In Medizin, Medizintechnik und Pharmazie gibt es viele bedeutende Basisinnovationen, deren Potenzial keineswegs erschöpft ist (s. Box).

Innovationen sorgen nachhaltig für Wachstumsdynamik. Der technische Fortschritt im Gesundheitswesen schafft nicht nur angebotsseitig neue Möglichkeiten für Diagnose und Therapie von Krankheiten. Er weckt auch bei Bürgern den Wunsch, nach neusten Methoden und Erkenntnissen behandelt zu werden. Studien zeigen, dass die Gesundheitsausgaben allein infolge des technischen Fortschritts alljährlich um rd. 1% wachsen.

Allerdings wäre es verfehlt, den medizinisch-technischen Fortschritt als Kostentreiber zu apostrophieren. Das hieße nicht nur, dessen überragenden Beitrag zur Erkennung und immer erfolgreicherer Behandlung von Krankheiten und den daraus resultierenden großen – auch wirtschaftlichen – Nutzen zu missachten. Übersehen würde dabei auch, dass Innovationen auch Möglichkeiten für geringere Kosten und mehr Effizienz im Gesundheitswesen eröffnen. So tragen Innovationen wie die minimal-invasive Chirurgie zur Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus bei (s. S. 17). Zudem deutet ein steigender Anteil der Ausgaben für Medizintechnik im Krankenhaus bei gleichzeitigem Rückgang des Personals (in Vollzeitäquivalenten) darauf hin, dass Technik Arbeitskräfte ersetzen kann.<sup>11</sup>

Gleichwohl stehen die Ampeln für den medizinisch-technischen Fortschritt keineswegs nur auf Grün. Es gibt durchaus Hemmnisse für Innovationen. So müssen Neuerungen in Deutschland i.d.R. verschiedene Hürden, wie die Anerkennung der Erstattungsfähigkeit durch die GKV, nehmen, bevor sie reüssieren können. Dabei gelten im ambulanten und stationären Bereich unterschiedliche Regelungen für Innovationen. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) dürfen von niedergelassenen Ärzten grundsätzlich erst genutzt werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dies befürwortet. Krankenhäuser hingegen können NUB einsetzen, solange kein explizites Verbot durch den GBA besteht. Dabei beklagt etwa die medizintechnische Industrie, dass ihre Expertise nur unzureichend genutzt wird, weil ihre Mitwirkung an den GBA-Prozessen nicht verpflichtend festgeschrieben ist (nur Kann-Bestimmung).<sup>12</sup> Vor allem aber gilt die Regelung der NUB-Finanzierung im Krankenhausbereich als intransparent und bürokratisch.<sup>13</sup>

<sup>9</sup> Siehe für eine umfassende Analyse der Effekte des medizinisch-technologischen und organisatorischen Fortschritts: Henke, Klaus-Dirk et al. (2011). Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft – Auswirkungen auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung. Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des BMWi. Berlin.

<sup>10</sup> Der Global Innovation 1000 Study von Booz & Company zufolge tätigte die Gesundheitswirtschaft 2010 weltweit 22% aller Ausgaben für Forschung und Entwicklung und lag damit an zweiter Stelle nach der Datenverarbeitungs- und Elektronikindustrie (28%). 2007 investierte die Branche 13,4% des Umsatzes in F&E und lag damit 10%-Punkte über dem Durchschnitt aller Branchen. Eine höhere Rate wies lediglich die Software- und Internetbranche aus. Booz & Company (2008 u. 2011). Global Innovation 1000 Studien. Beyond Borders (2008) und Why culture is key (2011).

<sup>11</sup> Henke, Klaus-Dirk et al. (2011). S. 111.

<sup>12</sup> Schmitt, Joachim, M. (2011). Innovationstransfer, Innovationsfinanzierung, Innovationshemmnisse – Wie kann der medizinische Fortschritt schneller beim Patienten ankommen? BVMed-Portal/Publikationen/Aufsätze 2011-11.

<sup>13</sup> So können für NUB u.a. zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden. Dazu bedarf es jedoch eines zweistufigen Prozesses. 1. Müssen die NUB durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus anerkannt werden, wobei das Institut seine Entscheidung nicht begründen muss. 2. Nach der Anerkennung ist der Abschluss eines Vertrags über das Entgelt für die jeweilige NUB erforderlich. Vgl. Henke, Klaus-Dirk et al. (2011). S. 243f.





#### 2.4 Besondere Wachstumsdynamik im privat finanzierten Bereich

Von den elementaren Wachstumskräften her betrachtet sind die Perspektiven für die Gesundheitswirtschaft alles in allem günstig. Selbst wenn man nur die Zuwachsraten des vergangenen Jahrzehnts von 3% p.a. fortschreibt, könnten die Umsätze der Gesundheitswirtschaft (amtliche Abgrenzung) bis 2020 auf EUR 390 Mrd. und bis 2030 auf gut EUR 520 Mrd. wachsen. Unter der Annahme, dass die (nominale) Wirtschaftsleistung in Deutschland bis 2030 mit der gleichen Rate wächst wie im zurückliegenden Jahrzehnt (1,9% p.a.), würden die Gesundheitsausgaben gemessen am BIP von 11,6% im Jahr 2010 bis 2020 auf 13% steigen und 2030 14,4% erreichen. Freilich dürfte das deutsche Sozialprodukt, zumal nach einem Abklingen der krisenbedingten Wachstumsschwäche im Eurogebiet, in dem Zeitraum stärker zulegen als in den mageren 2000er Jahren. Kräftigeres Wirtschaftswachstum sollte dem Gesundheitswesen zusätzliche Impulse geben. Der Umsatz der Gesundheitswirtschaft könnte deswegen längerfristig durchaus rd. 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% p.a. zulegen. Die Ausgabenquote dürfte dann 2030 bei 13% des BIP liegen (Annahme: nominales BIP-Wachstum 2,8% p.a.).

Freilich lassen sich die Gesundheitsausgaben nur schwer längerfristig prognostizieren. Im hoch regulierten und von der GKV dominierten deutschen Gesundheitswesen setzte das nämlich auch detaillierte Einschätzungen zur künftigen Gesundheitspolitik voraus. Dies ist kaum zu leisten. Einige Trends lassen sich indes erkennen. So dürfte die Gesundheitspolitik weiterhin darauf zielen, den Kostenanstieg im GKV-Bereich in Grenzen zu halten, um die Beitragszahler nicht zu überfordern. Zwar ist der Beitragssatz der Arbeitgeber inzwischen auf maximal 7,3 % festgeschrieben. Aber auch die GKV-Mitglieder, die in Zukunft über dem Wachstum der Lohnsumme liegende Ausgabensteigerungen alleine tragen müssen, werden wohl entsprechende Maßnahmen einfordern.

Das heißt nicht, dass bei der Gesundheitspolitik alles bleibt wie es war. Vielmehr lässt sich ein Paradigmenwechsel erkennen. Während die Gesundheitspolitik früher oftmals auf bloße Ausgabendeckelung baute, kommen inzwischen auch marktorientierte Ansätze ins Spiel (s. unten). Das bietet leistungsstarken, flexiblen Anbietern von Gesundheitsdiensten besondere Chancen, sich im Markt zu bewähren.

Dessen ungeachtet dürfte der politische Einfluss einen anderen Trend begünstigen: Besondere Dynamik ist in der Gesundheitswirtschaft vor allem im privat finanzierten Bereich zu erwarten.

### 3. Herausforderungen und Trends im Gesundheitswesen

Impulsgeber wie die Demografie, neue Technologien und die Gesundheitspolitik bestimmen nicht nur die Wachstumsperspektiven des Gesundheitsmarktes. Sie treiben auch den Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft an. So verändert der demografische Wandel die Personalstruktur der Branche. Wie in anderen Wirtschaftsbereichen werden die Fachkräfte älter und der Nachwuchs droht knapp zu werden. Die vielzitierten Stichworte hierzu heißen Ärztemangel und Pflegenotstand.

Diese Problematik wird durch regionale Ungleichgewichte akzentuiert. Dynamischen Ballungsgebieten mit freilich bereits hohen Versorgungsstandards stehen unterversorgte überwiegend ländliche, teilweise auch strukturschwache städtische Gebiete gegenüber. Die Perspektiven der Anbieter in den einzelnen Regionen unterscheiden sich daher erheblich. Indes versuchen die gesundheitspolitischen Akteure verstärkt auf die regionalen Angebote einzuwirken.

Die Gesundheitspolitik setzt mit hohem Takt und oft tiefgreifenden Folgen neue Regeln für die Anbieter von Gesundheitsdiensten. Das regulatorische Umfeld

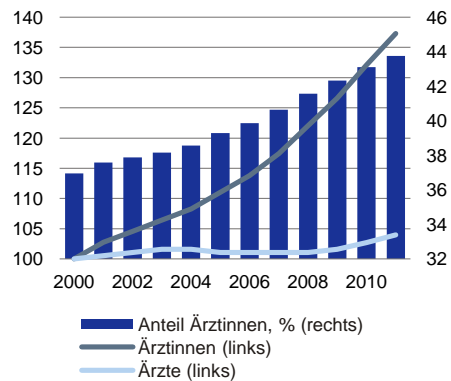


## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

### Wachsende Zahl an Ärztinnen

16

2000 = 100 bzw. Anteil an allen berufstätigen Ärzten in %

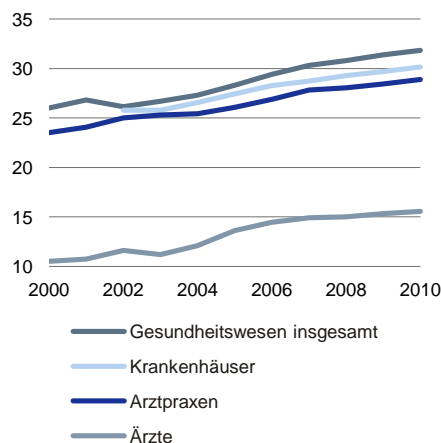


Quellen: BMG, Destatis

### Immer mehr Teilzeitbeschäftigung

17

Anteil der Teilzeitbeschäftigten in %

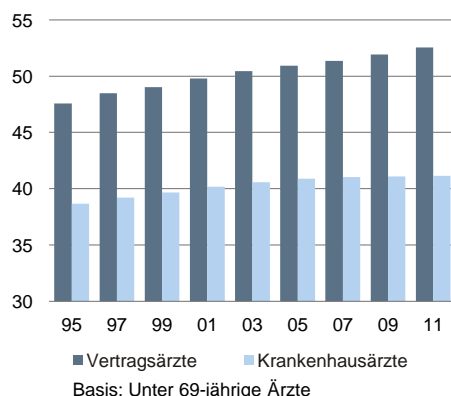


Quellen: BMG, Destatis

### Zunehmendes Alter der Ärzte

18

Durchschnittsalter, Jahre



Quelle: BÄK

für die Anbieter wird immer komplexer. Seit geraumer Zeit stehen die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung besonders im Fokus der Politik. Zudem hat der Gesetzgeber Möglichkeiten der Krankenkassen für selektive Verträge mit einzelnen (Gruppen von) Leistungsanbietern erweitert. Auch darauf müssen sich die Anbieter einstellen.

Diese Trends werden im Folgenden etwas näher beleuchtet.

### 3.1 Drohender Ärztemangel

Das Gesundheitswesen ist personalintensiv. Als innovative, wissensbasierte Branche ist die Gesundheitswirtschaft auf Fachkräfte angewiesen, die in der alternden Gesellschaft knapp werden. Damit müssen sich alle Sparten, der ambulante Bereich, die Krankenhäuser, die Pflege und die industriellen Zweige wie Medizintechnik und Pharmaindustrie auseinandersetzen. Letztere sind indes weniger stark an den Standort D gebunden als die Dienstleister. Nicht nur deswegen ist das Problem bei personenbezogenen Diensten besonders brisant.

Die Sorge vor einem Ärztemangel mutet befremdlich an, da die Zahl der Ärzte im Trend steigt.<sup>14</sup> Der Anstieg ist v.a. zunehmendem Interesse von Frauen am Arztberuf zu verdanken. Während die Zahl der berufstätigen Ärzte seit 2000 nur um insgesamt 4% gestiegen ist, nahm die der Ärztinnen um 37% zu. Im Ergebnis liegt der Anteil der Ärztinnen an den berufstätigen Ärzten inzwischen bei fast 44%. 2000 waren es erst 37%. Der Trend wird sich fortsetzen. Gut 61% der Medizinstudenten sind derzeit Frauen.

Gleichwohl gibt es Indizien dafür, dass Ärzte knapp werden könnten. Dazu gehören zunehmende Wartezeiten bei manchen Fachärzten, Schwierigkeiten von Krankenhäusern, Arztstellen zu besetzen und Lücken bei der Versorgung in ländlichen Gebieten (s. unten). Auch „harte Fakten“ deuten auf Probleme hin. Wie die Bevölkerung altert auch die Ärzteschaft. Der Anteil der über 60-jährigen Ärzte an den berufstätigen Ärzten hat sich seit 1994 auf 13% verdoppelt.

Hinzu kommt, dass das Arbeitsvolumen der Ärzte zurückgeht. Das reflektiert den wachsenden Anteil Teilzeitbeschäftigter an der Ärzteschaft, der im vergangenen Jahrzehnt um 5%-Punkte auf 15,6% gestiegen ist. Zudem schlagen sich hier veränderte Arbeitszeitregelungen in Krankenhäusern nieder.

Prognosen der Ärzteverbände zufolge werden allein in diesem Jahrzehnt fast 72.000 Ärzte altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden. Vom Sachverständigenrat Gesundheit zitierte Studien sehen sogar einen Ersatzbedarf von über 80.000 Ärzten bis 2020 und von bis zu 172.000 bis 2030.<sup>15</sup>

Der ambulante Bereich ist vom demografischen Wandel besonders betroffen. Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte ist seit 1995 um 5 Jahre auf 52½ Jahre gestiegen, und es wird weiter zunehmen. Der Anteil der Vertragsärzte, die 60 Jahre und älter sind, betrug Ende 2011 über 23%. Entsprechend groß ist der Ersatzbedarf: Die vom Rat zitierten Experten prognostizieren im ambulanten Bereich bis 2020 einen Ersatzbedarf von bis zu rd. 60.000 (KBV 52.000) und bis 2030 von bis zu 112.000 Ärzten. Besonders groß ist der Bedarf demnach etwa bei Allgemein- bzw. Hausärzten, bei Kinderärzten sowie Augen- und Hautärzten. Derzeit sind 3.600 Vertragsarztsitze vakant. Das entscheidende Problem heute sind freilich Ungleichgewichte bei der Versorgung im Raum (s. unten).

Auch Krankenhäuser klagen schon heute über Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung. So fehlen den Krankenhäusern aktuell ca. 6.000 Ärzte (bzw.

<sup>14</sup> So stellt das Wissenschaftliche Institut der AOK fest: „Es gibt in Deutschland nicht zu wenige, sondern eher zu viele Ärzte.“ Klose, Joachim und Isabel Rehbein (2011). *Ärztatlas 2011*. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. S. 5.

<sup>15</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Sondergutachten. S. 78ff.

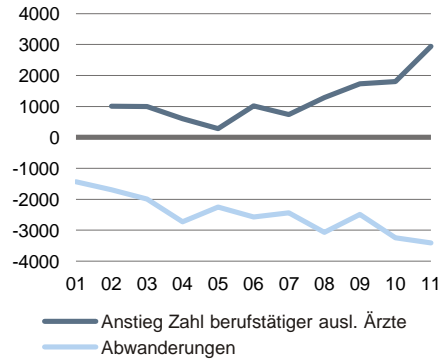


## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Abwanderung von Ärzten und  
Zunahme d. Zahl ausländischer Ärzte

19

Absolute Werte

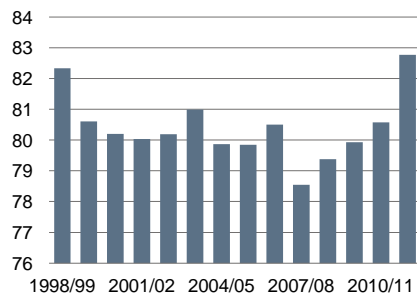


Quelle: BÄK

Anzahl der Medizinstudenten

20

Jeweils Wintersemester, in 1.000



Quelle: Destatis

5.500 in Vollzeitäquivalenten) – Tendenz steigend. Aus den Krankenhäusern könnten bis 2020 über 21.000 Ärzte ausscheiden.

Der Bedarf an Ärzten steigt zusätzlich durch die mit dem Altern der Bevölkerung wachsende Nachfrage nach medizinischen Diensten und wegen des Trends zur Teilzeit. Hinzu kommt: Deutschland verliert viele Ärzte durch Abwanderung – im Durchschnitt der letzten fünf Jahre über 2.900 pro Jahr. Der Zuwachs an in Deutschland tätigen ausländischen Ärzten hält damit nicht Schritt (+1.700 p.a.), wobei das Plus zuletzt aber 2.945 betrug.

So dürfte es zunehmend schwerer fallen, den Ärztebedarf zu decken. Der Nachwuchs an neu in die medizinische Versorgung eintretenden Ärzten wird mit dem Bedarf immer weniger Schritt halten können. Zwar bewegt sich die Zahl der Medizinstudenten sowie der Absolventen noch auf hohem Niveau. Die Zahl der Medizinstudenten schwankte in den letzten 10 Jahren um den Wert 80.000. Zuletzt war sogar ein Anstieg auf 82.770 (WS 2011/12) zu verzeichnen. Er dürfte freilich u.a. die Abschaffung der Wehrpflicht widerspiegeln. Die Zahl der Absolventen dürfte ebenfalls noch einige Jahre relativ stabil bleiben. Allerdings nimmt die Zahl der nicht kurativ tätigen Mediziner tendenziell zu.

Mittel- und längerfristig wird sich die anhaltend rückläufige Zahl an Jugendlichen jedoch zwangsläufig in rückläufigen Zahlen an Absolventen des Medizinstudiums und an Approbationen niederschlagen. Zwar lässt sich der Anteil der Medizinstudenten an den Studierenden prinzipiell noch steigern – zumal die Zahl der Interessenten das Angebot an Studienplätzen weiterhin beträchtlich übersteigt. Und gesundheitspolitische Bestrebungen zielen in diese Richtung. Aber auch hier gibt es relativ enge Grenzen, nicht nur im Hinblick auf die Kapazitäten und Kosten an den Hochschulen. Vielmehr ist die deutsche Wirtschaft insgesamt mit zunehmendem Krätemangel konfrontiert. Deshalb nimmt der Wettbewerb um „kluge Köpfe“ zwischen den einzelnen Branchen zu.

Zunehmender Ärztemangel könnte die Wachstumsperspektiven der Gesundheitswirtschaft vor allem im nächsten Jahrzehnt eintrüben, wenn nicht gegengesteuert wird. So stellt sich etwa die Frage, ob die finanzielle Attraktivität ärztlicher Tätigkeit ausreicht, damit eine möglichst hohe Zahl an jungen Ärztinnen und Ärzten kurativ tätig bleibt. Wichtig erscheint es auch, günstige Möglichkeiten für die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf zu bieten. Verbesserte Rahmenbedingungen, vor allem geringere Belastungen durch Bürokratie, könnten auch dazu beitragen, den Trend zur Abwanderung von Ärzten zu stoppen. Nicht zuletzt gilt es, auf Zuwanderung zu bauen. Auf einigen dieser Felder hat die Politik inzwischen Weichen in die richtige Richtung gestellt (s. unten). Darüber hinaus wäre wohl viel zu gewinnen, wenn die Effizienzreserven, die es nach Expertenansicht auch beim Personaleinsatz noch gibt, gehoben werden könnten.

Für ältere niedergelassene Ärzte hat der zunehmende Nachwuchsmangel eine Weiterung: Der Markt für Arztpraxen entwickelt sich zu einem Käufermarkt. Auf diesem Markt wird eine schrumpfende Zahl an jungen Interessenten zunehmend die Konditionen bestimmen. Darauf sollten sich ältere Ärzte rechtzeitig einstellen. Sinnvoll erscheint etwa eine Modernisierung älterer Praxen. So dürfte die Ausstattung mit modernen Geräten oftmals ein Pluspunkt sein.

Nicht minder problematisch ist der Mangel an Pflegekräften, der in Krankenhäusern und bei der Altenpflege besteht. In diesen Bereichen droht eine gravierende Fachkräftelücke. Berechnungen von DB Research zufolge könnte sich die Zahl der in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten beschäftigten Kräfte bis 2050 von derzeit rd. 0,9 Mio. auf 2 Mio. mehr als verdoppeln.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Blinkert, Bodo und Bernhard Gräf (2009). Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 442.

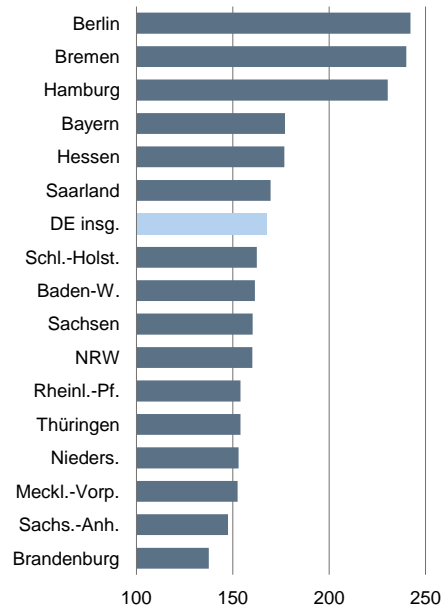


## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

### Unterschiedliche Ärzteversorgung im Bundesgebiet

21

Vertragsärzte je 100.000 Einwohner, 2010



Quellen: BÄK, Destatis, KBV, DB Research

### 3.2 Probleme bei flächendeckender Versorgung

Ärztemangel ist heute vor allem ein regional- und strukturpolitisches Thema. Gut, teilweise sogar überversorgten Regionen stehen schlecht versorgte Gebiete gegenüber. Das gilt besonders für die ambulante Versorgung. Hier zeigen sich ein Süd-Nord- sowie ein West-Ost-Gefälle. Zudem sind Ballungsräume besser versorgt als ländliche Gebiete oder strukturschwache städtische Regionen. Gemessen an der Pro-Kopf-Versorgung (bzw. Zahl der Vertragsärzte – einschließlich Psychotherapeuten – je 100.000 Einwohner) sind im ambulanten Bereich auf Länderebene neben den Stadtstaaten Berlin (242), Bremen (240) und Hamburg (230) die Flächenstaaten Bayern, Hessen (je 177) und das Saarland (170) insgesamt gut versorgt. Diese Länder liegen über dem Bundesdurchschnitt (168). Verglichen damit ist die Versorgungslage v.a. in einigen ostdeutschen Ländern deutlich schlechter (Sachsen-Anhalt 148, Brandenburg 138).<sup>17</sup>

Bei der Versorgung mit Krankenhausbetten bietet sich ein anderes Bild. Hier liegen die östlichen Länder mit Ausnahme Berlins und Brandenburgs über dem Bundesdurchschnitt. Das resultiert u.a. daraus, dass diese Länder strukturell notwendigen Bettenabbau (kürzere Verweildauern) in den vergangenen 20 Jahren unterschiedlich angingen. Während in Deutschland insgesamt die Bettenzahl pro Kopf der Bevölkerung um 26% reduziert wurde, waren es in Sachsen-Anhalt 21,5% und in Thüringen nur 18,5%.

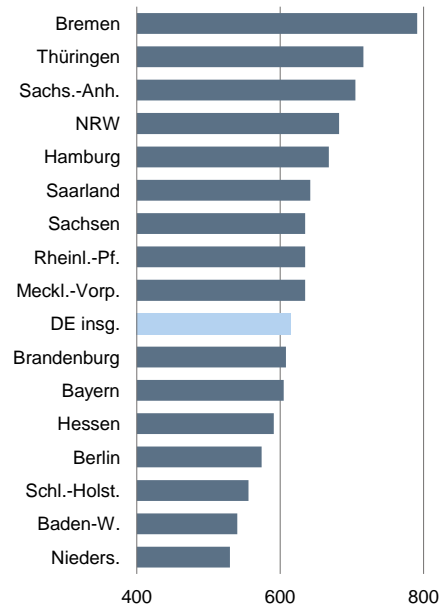
Aus Sicht von Ärzten können verschiedene Faktoren dafür sprechen, eher in großen Städten anstatt in ländlichen Gebieten zu praktizieren. Dabei geht es nicht nur um finanzielle Aspekte, wie den i.d.R. niedrigeren Anteil Privatversicherter oder die meist geringere Kaufkraft (mit negativen Effekten für IGeL).<sup>18</sup> Mehr noch sind es oftmals „weiche“ Faktoren, wie ungünstige Infrastruktur (fehlende weiterführende Schulen für Kinder, Kulturangebote, Sportstätten etc.), die ländliche Gebiete gerade auch für jüngere Ärzte weniger attraktiv machen. Welcher Anstrengungen es bedarf, wenn die Unterversorgung beseitigt werden soll, zeigt auch eine Befragung aus dem Jahr 2010. Demnach können sich nur 16% aller Medizinstudenten eine Zukunft als Hausarzt auf dem Land vorstellen.<sup>19</sup>

Die unausgewogene Versorgungssituation hat inzwischen auch den Gesetzgeber auf den Plan gerufen. So soll das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz u.a. dafür sorgen, Über- und Unterversorgung zu reduzieren und die medizinische Versorgung bedarfsgerecht und wohnortnah zu gestalten. Dazu sieht das Gesetz (s. Box S. 13) z.B. finanzielle Anreize für Ärzte vor, die sich entschließen, in unterversorgten Gebieten zu praktizieren. Zudem ist die Residenzpflicht entfallen. Ferner wurden Regeln für Bereitschaftsdienste liberalisiert und damit auch familienfreundlicher.

### Bettenversorgung nach Ländern

22

Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner, 2010



Quellen: Destatis, DB Research

<sup>17</sup> Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zufolge bestehen allerdings nennenswerte Unterschiede zwischen der fachärztlichen und der hausärztlichen Versorgung. Bei den Hausärzten beträgt der (auf Ist- und Soll-Vergleichen basierende) Versorgungsgrad in den bundesweit 395 Planungsbereichen im Durchschnitt 108%. Dabei weisen insgesamt 182 Planungsbereiche (darunter 44 in Bayern und 36 in Nordrhein-Westfalen) einen Versorgungsgrad von über 110% auf, der als Überversorgung gilt. Unterversorgung, nach den Bedarfsplanungsrichtlinien definiert als Versorgungsgrad unter 75%, besteht hingegen nur in einem Kreis (Saalkreis in Sachsen-Anhalt). 63 Planungskreise weisen einen Versorgungsgrad zwischen 90 und 100% auf. In 19 Kreisen liegt der Versorgungsgrad nur zwischen 75 und 90%. Jeweils acht dieser eher schlecht versorgten Planungsbereiche liegen in Niedersachsen und in Sachsen-Anhalt, zwei in Brandenburg und einer in Sachsen. Sachsen-Anhalt (mit 17 von 23) und Brandenburg (9 von 16) weisen mehrheitlich Planungskreise mit Versorgungsgraden von unter 100% auf. Bei den Fachärzten besteht hingegen in 90% (Augenärzte 86%) der 395 Planungsbereiche Überversorgung. S. Klose, Joachim und Isabel Rehbein (2011). A.a.O. S. 9ff.

<sup>18</sup> Ärzte können mit Privatversicherten u.U. einen mehr als doppelt so hohen Ertrag bei gleicher Leistung erzielen als mit GKV-Patienten. Walendzik, Anke et al. (2009). Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Sozialer Fortschritt/ German Review of Social Policy 58(4). S. 63-69.

<sup>19</sup> Jacob, Rüdiger und Andreas Heinz (2010). Berufsmonitoring Medizinstudenten. Bundesweite Befragung 2010.



## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Versorgungsstrukturgesetz

23

Wesentliche Maßnahmen:

**Zuschläge in unterversorgten Gebieten.**

**Leichtere Eröffnung von Zweigpraxen.**

Genehmigung wird erteilt, wenn sich mit der Zweigpraxis die med. Versorgung am neuen Ort verbessert, am Stammsitz aber nicht spürbar verschlechtert.

**Residenzpflicht aufgehoben.**

Niedergelassene Ärzte können auch deutlich von ihrer Praxis entfernt wohnen.

**Strukturfonds von KVen.**

KVen können für unterversorgte Regionen Strukturfonds bilden und Maßnahmen gegen Ärztemangel finanzieren (z.B. Zuschläge zur Vergütung in unterversorgten Regionen, Zuschüsse zu Investitionskosten bei Neuniederlassungen, bei Zweigpraxen sowie Vergabe von Stipendien für Medizinstudenten u.a.).

**Eigeneinrichtungen der KVen.**

KVen (sowie Kommunen mit Genehmigung der KVen) können eigene Praxen betreiben, wenn auf anderem Wege ein Arztsitz nicht besetzt werden kann.

**U.U. Praxisaufkauf durch KVen.**

Scheidet ein Vertragsarzt aus seiner Praxis aus und gibt seinen Arztsitz frei, dann entscheidet ein Zulassungsausschuss (Vertreter von Kassen und KVen) über die Nachbesetzung. Stellt der Ausschuss in der Region Überversorgung (unter Berücksichtigung der Umland-Versorgung) fest, kann er fordern, den Arztsitz stillzulegen. Der ausscheidende Arzt erhält dann von der KV einen Preis in Höhe des Verkehrswertes der Praxis. Die Regelung zum Kauf kommt nicht zur Anwendung, wenn ein Verwandter des Arztes die Praxis übernehmen will oder wenn der ausscheidende Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig war, die dadurch benachteiligt wäre. Die Regelung tritt 2013 in Kraft, wenn die neue Bedarfsplanung gilt.

**Praxissitzverlegung nur noch unter bestimmten Voraussetzungen möglich.**

Möchte ein Niedergelassener seine Praxis verlegen, muss er darauf achten, dass sich die Versorgungssituation am Ort des Praxissitzes dadurch nicht verschlechtert. Das gilt auch für die Verlegung von Praxissitzen in Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Ärzte, die sich niederlassen wollen, haben gegenüber MVZ unter bestimmten Bedingungen ein Vorkaufsrecht für Vertragsarztsitze.

**Förderung von Praxisnetzen.**

KVen können Praxisnetze von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen für wohnortnahe Versorgung finanziell fördern.

Um der Überversorgung zu begegnen, erweitert das Gesetz die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), frei werdende Praxen in überversorgten Gebieten vom Markt zu nehmen. Die KVen sind nun konkret befugt, Praxen, die etwa aus Altersgründen aufgegeben werden und deren Nachbesetzung (vom Zulassungsausschuss) für nicht notwendig erachtet wird, zum Marktpreis aufzukaufen. Allerdings ist diese Regelung umstritten. So wird argumentiert, dass damit die Niederlassungsmöglichkeiten jüngerer Ärzte eingeschränkt werden. Hingegen fordert der Spitzenverband der Krankenkassen, den Kauf von Praxen bei Überversorgung verpflichtend zu machen.<sup>20</sup>

Je weniger diese Maßnahmen für eine bessere Balance greifen, desto mehr ist mit weiteren Interventionen zu rechnen. Freilich sollte sich die Politik nicht darauf beschränken, Einfluss darauf zu nehmen, wo sich Ärzte niederlassen. Vielmehr ist zu beachten, dass neue Technologien und Versorgungsstrukturen wesentlich zu einer nachhaltigen Sicherung der Versorgung in ländlichen bzw. strukturschwachen Gebieten beitragen können. Stichworte hierzu heißen etwa Telemedizin, Ärztenetzwerke, mobile Versorgung oder Satellitenkliniken.

### 3.3 Wandel gesundheitspolitischer Ziele und Instrumente

Die Gesundheitspolitik ist in den vergangenen Jahren differenzierter und komplexer geworden. Das betrifft sowohl die Ziele als auch die Instrumente. Statt eindimensionaler Kostenbegrenzung gilt mehr und mehr ein anspruchsvolles Zielsystem, bei dem Qualität und Effizienz der Versorgung sowie Patientenorientierung im Mittelpunkt stehen. Parallel dazu hat der Gesetzgeber den gesundheitspolitischen Instrumentenkasten modernisiert und vergrößert. Zur korporatistischen Lenkung mittels Bedarfsplänen, engen Leistungsstandards und restriktiven Budgetvorgaben treten Elemente des Wettbewerbs als weitere Steuerungsmechanismen hinzu.

Auf dem Versicherungsmarkt herrscht prinzipiell bereits seit den 1990er Jahren mehr Wettbewerb – auch für GKV-Mitglieder. Die Mitglieder können ihre Krankenkasse frei wählen.<sup>21</sup> Die Kassen sollen mit Servicequalität und möglichst geringen Zusatzbeiträgen (bzw. Prämienzahlungen) um Mitglieder werben. Aus Sicht vieler Ökonomen sollten die einzelnen Kassen deswegen auch über mehr Einfluss auf Preise und Qualität der Gesundheitsdienste verfügen.

So ist der so genannte Leistungsmarkt zunehmend in den Fokus geraten. Dabei geht es um die Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern. Auf den großen Feldern dominieren hier Kollektivverträge zwischen den Kassenverbänden und den gesetzlich mit der Versorgung beauftragten Korporationen auf Seiten der Leistungsanbieter. Im föderal bzw. dezentral strukturierten GKV-Bereich sind dies im ambulanten Sektor die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, im stationären Sektor die (Landes-)Krankenhausgesellschaften. Dabei gelten auch die als von vielen zu starr empfundenen Grenzen zwischen den Sektoren als reformbedürftig.

<sup>20</sup> Einer Studie der Prognos AG im Auftrag des Spitzenverbandes der Krankenkasse zufolge könnten in Großstädten bis zu 12.000 Praxen entfallen, ohne dass die Versorgung schlechter würde. S. Die Welt vom 09.07.2011.

<sup>21</sup> Das Recht der GKV-Mitglieder zur freien Kassenwahl wurde in den 1990er Jahren schrittweise etabliert (u.a. durch Öffnung der Betriebskrankenkassen für Betriebsfremde ab 1996. Zuvor war bereits ein Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen etabliert worden. Er sollte verhindern, dass Kassen mit überdurchschnittlich vielen Versicherten mit höherem Leistungsbedarf, wie ältere Personen, entsprechend überdurchschnittlich hohe Beiträge hätten fordern müssen.) Die Krankenkassen können und müssen seither um Mitglieder werben, um auf dem Markt bestehen zu können. Freilich hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen dafür wiederholt modifiziert, zuletzt v.a. mit dem am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz. Wesentliches Instrument im Wettbewerb der Kassen um Mitglieder war ursprünglich die Höhe des kassenindividuellen Beitragssatzes. Inzwischen gilt ein einheitlicher Beitragssatz (für die Beiträge an den Gesundheitsfonds). Und die Kassen sollen mit ihrer Servicequalität und vor allem möglichst geringen Zusatzbeiträgen (bzw. möglichst hohen Prämienzahlungen) um Mitglieder werben.



## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Besonderen Versorgungsformen  
(§ 53 Abs. 3 SGB V)

24

Sie umfassen die:

- hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V),
- besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V),
- integrierten Versorgungsformen (§ 140a-d SGB V),
- strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) (§ 137f-g SGB V)
- Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V).

Die Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen ist für Patienten freiwillig. Die drei letztgenannten Formen bieten die Möglichkeit für Verträge mit Anbietern aus verschiedenen Bereichen.

Hausarztzentrierte Versorgung  
(§ 73b SGB V)

25

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Folglich müssen die Kassen ggf. gemeinsam mit Partnerkassen mit geeigneten Ärztgemeinschaften entsprechende Verträge abschließen.

Teilnahmeberechtigt sind Gemeinschaften die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des entsprechenden KV-Bezirks vertreten. KVen können als Vertragspartner fungieren, sofern sie von entsprechenden Gemeinschaften dazu ermächtigt werden.

Die Verträge werden gesondert abgehandelt, d.h. die Gesamtvergütung, die die Kassen mit den KVen vereinbaren, werden um die im Rahmen der Verträge erbrachten Leistungen bereinigt.

Für die Verträge gilt der Grundsatz der Beitragsstabilität. Höhere Aufwendungen müssen durch Einsparungen und Effizienzgewinne an anderer Stelle ausgeglichen werden.

Für Versicherte ist die Teilnahme freiwillig.

Kritikern zufolge bietet das Kollektivvertragssystem zu geringe Anreize insbesondere für effizienzsteigernde Innovationen. Nicht zuletzt mit Blick auf diese Stimmen hat der Gesetzgeber seit Ende der 1990er Jahre das Kollektivvertragssystem geöffnet. An verschiedenen Stellen traten ergänzend, teilweise aber auch ersetzend selektive Verträge zwischen Krankenkassen und einzelnen (Gruppen von) Leistungsanbietern hinzu.

Unter diesen besonderen Versorgungsformen (s. Box) haben v.a. die hausarztzentrierte Versorgung sowie die Integrierte Versorgung nachhaltige Bedeutung erlangt. Zu den Selektivverträgen gehören zudem die Arzneimittel-Rabattverträge, die Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen abschließen können (s. unten).

Die neuen Versorgungsformen dienen verschiedenen Zielen.<sup>22</sup> Unter ökonomischem Blickwinkel geht es darum, dem Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren mehr Raum zu geben. Wenn die Kassen mit einzelnen Anbietern Verträge abschließen können, entsteht eine Konkurrenzsituation. Diese spornt idealerweise die Anbieter an, Leistungen möglichst effizient und damit zu günstigen Preisen zu erbringen. Zudem sind bei geeigneten Rahmenbedingungen (u.a. entsprechenden Standards) Qualitätsverbesserungen zu erwarten. Die Krankenkassen können so Kosten sparen. Wenn zugleich der Versicherungsmarkt wettbewerbsintensiv ist, geben die Kassen die Vorteile in Form geringerer Zusatzbeiträge bzw. höherer Prämien an die Versicherten weiter.

Die neuen Versorgungsformen zielen zugleich darauf, die wiederholt diagnostizierte Fehl-, Unter- und Überversorgung durch veränderte Strukturen zu vermindern. So verbinden Befürworter die hausarztzentrierte Versorgung idealtypisch mit dem Modell des Hausarztes als Lotsen, der seine Patienten durch das für sie kaum überschaubare Gesundheitswesen lenkt. Demnach ist der gewählte Hausarzt zentraler Ansprechpartner für die Patienten. Er betreut sie und steuert ihre Behandlung, indem er etwa notwendige Überweisungen an Fachärzte oder in Krankenhäuser ausstellt. Damit sollen u.a. Behandlungen beschleunigt und Doppelt- oder Mehrfachdiagnosen verhindert werden.

Strukturelle Verbesserungen von Behandlungsprozessen intendieren auch die integrierten Versorgungsformen (IV). Die IV bietet Kassen die Möglichkeit, Verträge mit zugelassenen Leistungsanbietern insbesondere auch aus verschiedenen Versorgungsbereichen zu schließen. Vertragspartner können etwa Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser sowie seit 1. Januar 2011 Pharmaunternehmen und Hersteller von Medizinprodukten sein. Die IV soll dazu beitragen, die Behandlung von Krankheiten, bei deren Diagnose und Therapie üblicherweise verschiedene Ärztgruppen und andere Leistungsanbieter involviert sind, zu optimieren. Ein Beispiel sind Verträge u.a. mit Fachärzten und Krankenhäusern über die Nachsorge von Patienten nach Schlaganfall.<sup>23</sup>

In seinem aktuellen Gutachten konstatiert der Sachverständigenrat einigen Nachbesserungsbedarf bei den besonderen Versorgungsformen. Z.B. fordert der Rat auch für die IV eine verpflichtende Evaluation der Verträge durch externe Gutachter, wie sie bei den strukturierten Behandlungsprogrammen festgeschrieben ist. Zudem plädieren die Experten für eine angemessene Finanzierung dieser Versorgungsformen. Insbesondere müsse die von den Kassen an die KVen zu entrichtende Gesamtvergütung für die ambulante ärztliche Versorgung konsequent um die Ausgaben für die innovativen Programme bereinigt

<sup>22</sup> Vgl. zum Folgenden Paquet Robert (2011). Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.

<sup>23</sup> Die meisten IV-Verträge beziehen sich auf bestimmte Indikationsgebiete. Die Kassen können jedoch auch sogenannte populationsgestützte Verträge für ganze Bevölkerungsgruppen abschließen. Vielzitiertes Beispiel dafür ist das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ der AOK Baden-Württemberg. Nach einer vor allen auch durch eine Anschubfinanzierung in den Jahren 2004 bis 2008 begünstigten Expansionsphase stagnierte die IV zuletzt.



## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Anforderungen an Ärzte bei der Hausarztversorgung

26

Für Ärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung mitwirken wollen, gelten besondere Anforderungen:

1. Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie,
2. Behandlung nach speziellen, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3. Besondere Fortbildungspflichten,
4. Einführung eines speziellen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

Wettbewerb: Für viele Anbieter keine neue Erfahrung

27

Für viele Anbieter ist die Situation des Wettbewerbs natürlich keine neue Erfahrung. Ärzte und andere Dienstleister, ganz besonders jene in Ballungsgebieten, stehen im Wettbewerb um Patienten. Die Ärzte müssen angemessene Leistung bieten, damit Patienten in ihre Praxis kommen. Freilich stehen den Ärzten für den Wettbewerb um Patienten nur wenige Parameter zur Verfügung. Sie können vor allem auf individuelle Leistungsbereitschaft, hohe Qualität ihrer Dienste und Patientenorientierung bauen. Über andere Instrumente, insbesondere Preise oder Marketing, verfügen sie nicht oder nur sehr begrenzt.

werden, da die Krankenkassen sonst zweifach bezahlen würden. Auf die Ergebnisse des Rates kann hier aber nicht näher eingegangen werden.

Festzuhalten bleibt indes: Die Dynamik bei der Verbreitung der neuen Versorgungsformen hat zuletzt zwar nachgelassen. Gleichwohl wird die Gesundheitspolitik auf den neuen Wegen weiter voranschreiten. Dabei dürfte der Aspekt der Qualitätssicherung noch mehr Gewicht gewinnen.

Die zweite große Baustelle der mehr wettbewerbsorientierten Gesundheitspolitik ist die Öffnung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sie erfolgt sowohl im Rahmen als auch außerhalb der besonderen Versorgungsformen. Die Ziele sind ähnlich. Die Öffnung von Teilmärkten für Anbieter aus anderen Sektoren soll für mehr Effizienz, d.h. günstige Preise und/oder verbesserte Qualität sorgen.

Wesentliche Grenzöffnungen erfolgten bislang vor allem über drei Kanäle.

- **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116 b SGB V),**
- **Ambulantes Operieren,**
- **Medizinische Versorgungszentren.**

Hinter der Öffnung der Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie der Implementierung von Selektivverträgen stehen wirkungsvolle Antriebskräfte. Sie machen die Aufweichung der Sektorengrenzen zu einem nachhaltigen, prägenden Trend. Zu nennen sind:

- **Medizinisch-technischer Fortschritt.** Dieser begünstigt offenkundig die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich und damit z.B. ambulante Herzkatheter-Untersuchungen sowie das institutionalisierte ambulante Operieren.
- **Frühzeitigere Entlassungen bzw. Verkürzung der Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern.** Infolge des technischen Fortschritts, aber auch durch institutionelle Änderungen, v.a. die Finanzierung der laufenden Behandlungskosten von Krankenhäusern mittels DRGs, sinkt die Verweildauer in Krankenhäusern anhaltend. Damit geht in vielen Fällen erhöhter Nachsorgebedarf einher. Dabei kann eine sektorübergreifende Kooperation nützlich sein.
- **Einfluss von Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomien.** Die Akteure sehen an Schnittstellen, v.a. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, weiterhin vielfältige Möglichkeiten zur Hebung von Effizienzreserven.
- **Demografischer Wandel.** Er begünstigt neue Versorgungsformen und offenere Grenzen zwischen den Sektoren auf zweierlei Weise: 1. dürfte die Versorgung in ländlichen Regionen mit herkömmlichen Strukturen immer schwieriger werden (s. oben). 2. erscheint angesichts der wachsenden Zahl älterer Menschen eine bessere Integration und Kooperation der Versorgung notwendig (Stichwort Multimorbidität).
- **Stärkere Patientenorientierung.** Der verbreitete Ruf nach stärkerer Einbeziehung der Patienten in Behandlungsabläufe wirkt in die gleiche Richtung. Auch wenn das Interesse der Versicherten an den neuen Versorgungsformen noch steigerungsfähig ist, dürften erweiterte Versorgungsangebote wie MVZ oder ambulantes Operieren dem prinzipiellen individuellen Wunsch nach vielfältigeren Wahlmöglichkeiten entsprechen.

Der Wandel der Rolle des Patienten weg vom passiven Leistungsempfänger hin zum aktiven Mit-Gestalter (Stichwort Gesundheits-Prosument) ist ein Trend mit weitreichenden Implikationen gerade für die Anbieter. Er trägt dazu bei, dass die Anforderungen an Transparenz und Beratung bei der medizinischen Versorgung weiter zunehmen werden.



## B. Perspektiven ausgewählter Gesundheitsbranchen

### 1. Krankenhäuser: mehr private Häuser

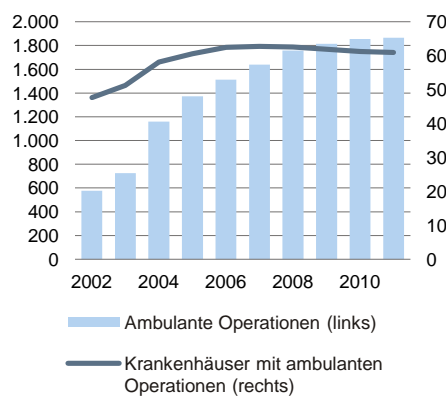
Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor der Herausforderung, gegensätzliche Entwicklungen vereinbaren zu müssen: So steht ein deutlicher Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung in den nächsten Jahren sowie erweiterte Behandlungsmöglichkeiten aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts der Anforderung gegenüber, den Anstieg der Gesundheitsausgaben zu begrenzen. In diesem Spannungsfeld bewegen sich auch die Krankenhäuser. Sowohl die Krankenhauslandschaft als auch das Leistungsspektrum der Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Zu den Rahmenbedingungen im Einzelnen:

- Der medizinisch-technische Fortschritt bietet sowohl für die Patienten als auch für die behandelnden Ärzte und Krankenhäuser große Chancen. Aus Sicht der Krankenhäuser tragen innovative Behandlungsmethoden wie die minimal-invasive Chirurgie dazu bei, die Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern zu verkürzen. Allerdings führt die moderne elektromedizinische Technik auch zu einem deutlichen Anstieg der Kosten pro Behandlungsfall.
- Der demografische Wandel in Deutschland sorgt für einen weiter steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen. Dies betrifft in besonderem Maße die Krankenhäuser. Die höhere Lebenserwartung und das mit dem Alter zunehmende Erkrankungsrisiko dürften sich – trotz schrumpfender Bevölkerung – in steigenden Fallzahlen niederschlagen. So wird die Zahl der Krankenhausfälle von heute 18 Mio. bis 2020 auf 18,8 Mio. und bis 2030 weiter auf 19,3 Mio. zunehmen (Status-Quo-Szenario). Unter der Annahme einer weiter leicht sinkenden Verweildauer dürfte dies dafür sorgen, dass die Zahl der Belegungstage mittelfristig stagniert oder wieder leicht steigt. Auch die Altersstruktur der Patienten verändert sich: So dürften 2030 über 60% der Patienten in Krankenhäusern älter als 60 Jahre sein. Krankenhäuser müssen ihre Fachabteilungen daher stärker auf die Bedürfnisse und Krankheitsbilder der Älteren ausrichten.
- Für die Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren die regulatorischen Rahmenbedingungen stark verändert. Dies betrifft zum Beispiel das Abrechnungssystem und den Übergang zu Fallpauschalen (DRGs, s. unten). Aber auch die stärkere Öffnung hin zur ambulanten Versorgung (Integrierte Versorgung, IV) und zu medizinischen Versorgungszentren hat die Art und Weise, wie Krankenhäuser heute arbeiten, stark verändert. So hat die IV die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie hin zu Rehabilitation und Pflege geöffnet. Zudem ist ein qualitativer Wandel des grundsätzlichen Leistungsangebots zu beobachten. Der nicht- und teilstationäre Sektor im Krankenhaus spielt eine immer größere Rolle. Dies ist z.B. an der steigenden Zahl der Tages- und Nachtkliniken abzulesen. Entsprechend hat auch die Zahl der ambulanten Operationen stark zugenommen; seitdem hat sich die Zunahme aber verlangsamt. An mehr als 60% der Krankenhäuser werden heute ambulante Operationen durchgeführt.

#### Ambulante Operationen

28

Anteil der Krankenhäuser in %, DE  
Zahl der Operationen, '000



Quelle: Statistisches Bundesamt



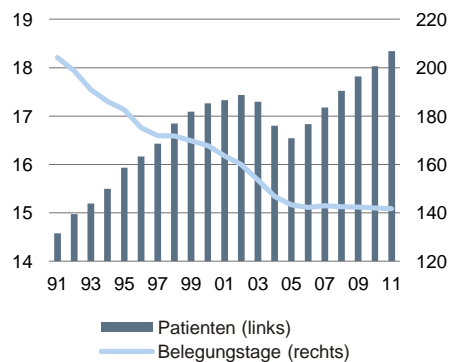


## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

### Patienten und Belegungstage

29

DE, in Mio.



Quelle: Statistisches Bundesamt

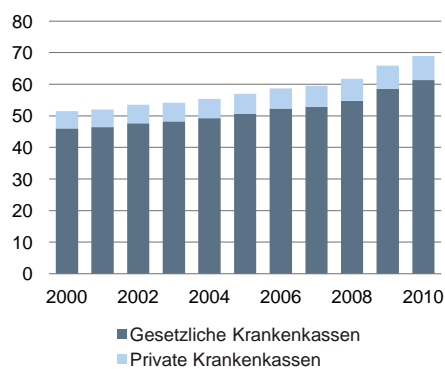
### Wirtschaftlichkeit hat hohe Priorität

In den letzten Jahren hat das Thema Wirtschaftlichkeit für die Kliniken an Brisanz gewonnen. So hat die Einführung von Fallpauschalen in das Abrechnungssystem der Krankenkassen im Jahr 2004, die einheitliche Basisfallwerte als Grundlage der Leistungsbewertung vorsehen, die Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten der Krankenhäuser deutlich gestärkt. Dies hat vor allem die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern reduziert. Die Verweildauer war zwar bereits vor der Einführung der Fallpauschalen rückläufig, sank aber danach weiter auf 7,7 Tage im Jahr 2011. Die Zahl der Belegungstage insgesamt blieb seit 2006 nahezu konstant bei zuletzt knapp 142 Mio. (2011), nachdem sie in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrzehnts um gut 3% pro Jahr sank (s. Grafik). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Patientenzahlen weiter stiegen: Mit 18,3 Mio. wurden 2011 1,7% mehr Personen stationär behandelt als im Vorjahr. Sowohl die Verringerung der Verweildauer durch verbesserte Behandlungsmethoden als auch der Ausbau der ambulanten Pflege sind für diese Entwicklung verantwortlich, die sich künftig etwas abgeschwächt fortsetzen dürfte.

### Krankenhausausgaben

30

Ausgaben für Krankenhäuser, DE, Mrd. EUR



Quelle: Statistisches Bundesamt

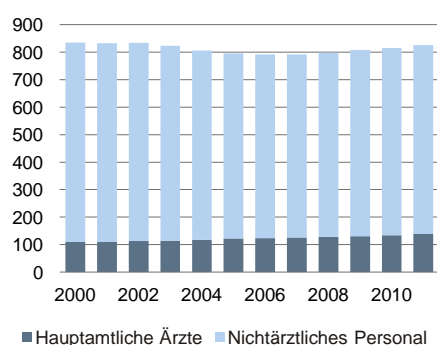
Auf der Ausgabenseite hatten die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren kräftige Steigerungen zu verzeichnen. Die bereinigten Kosten<sup>24</sup> nahmen von 1991 bis 2010 um 83% zu. Die Kosten pro Behandlungsfall sind sogar um 117% gestiegen. Im Verhältnis zum BIP haben die Krankenhausausgaben allerdings – mit Ausnahme der Jahre 2009/10 – stagniert. Wie eine Analyse des Statistischen Bundesamtes zeigt, hat der Anstieg der Personalkosten für die Kostensteigerungen in der Vergangenheit oft eine entscheidende Rolle gespielt.<sup>25</sup> Die Personalkosten machen 65% der Gesamtkosten der Kliniken aus.

In diesem Zusammenhang sind zum einen der Personalumfang und die Struktur von Bedeutung. Die Zahl der Vollzeitkräfte hat – nach Rückgängen bis Mitte des Jahrzehnts – zuletzt wieder leicht zugenommen (2011: +1,2% gg. Vj.). Gleichzeitig gab es deutliche Verschiebungen in der Personalstruktur: Der Personalabbau in der letzten Dekade ging zu Lasten des nichtärztlichen Krankenhauspersonals (-5%). Demgegenüber nahm die Zahl der Ärzte in diesem Zeitraum um 26% zu. Zum anderen ist die Lohnentwicklung ein wichtiger Einflussfaktor für die Kostenentwicklung. Die Krankenhausärzte konnten in den letzten Jahren relativ hohe Lohnabschlüsse durchsetzen. Für 2012 wurde an den kommunalen Häusern eine Gehaltssteigerung von 2,9% (zuzügl. einer Einmalzahlung) vereinbart. Angesichts dieser Vereinbarung dürften auch 2012 – wie bereits in den Vorjahren (2010: +4% gg. Vj.) – die Kosten pro Belegungstag weiter steigen.

### Beschäftigte in Krankenhäusern

31

Vollzeitkräfte im Jahresdurchschnitt, DE '000



Quelle: Statistisches Bundesamt

Da die Krankenhausbudgets und Fallpauschalen mit der Kostenentwicklung nicht Schritt gehalten haben, wirtschaftete – nach den letzten vorliegenden Zahlen – ca. ein Fünftel der Häuser im Jahr 2010 nicht profitabel; ein ähnlich hoher Anteil wie 2009. Für das Jahr 2011 erwarteten nur noch knapp die Hälfte der Häuser einen Jahresüberschuss (im Gegensatz zu 68% im Jahr 2010). Der Anteil der Häuser, die 2011 (noch) von einem ausgeglichenen Ergebnis ausgehen, nahm um 10%-Punkte zu. Die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser verschlechtern sich zudem für das Jahr 2012: Hier sehen gut 40% eine eher schlechtere wirtschaftliche Lage, weitere 40% eine unveränderte Lage.

### Anhaltende Veränderungen in der Struktur der Krankenhäuser

Der seit längerem zu beobachtende Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft hat sich jüngst fortgesetzt, allerdings zum Teil nur noch mit gemäßigttem Tempo. So ist zum einen die Zahl der Krankenhäuser gesunken, und zwar im

<sup>24</sup> Die Bereinigung bezieht sich auf verschiedene inhaltliche Umstellungen in der Statistik.

<sup>25</sup> Vgl. Bölt, Ute und Thomas Graf (2012). 20 Jahre Krankenhausstatistik. Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik. Februar 2012.



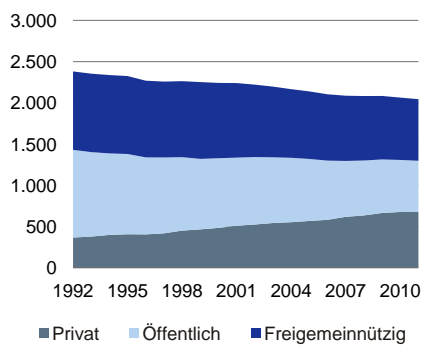
## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Jahr 2011 um 19 auf 2.045. Damit setzte der seit Beginn der 1990er Jahre anhaltende Konsolidierungstrend nach zwei stabilen Jahren (2008/9) wieder ein: Während es im Jahr 2000 noch 2.242 Krankenhäuser gab, waren es 2011 8,8% weniger. Gleichzeitig setzte sich 2011 der Bettenabbau der letzten Jahre nur noch verlangsamt fort. In den deutschen Krankenhäusern fanden sich insgesamt etwas über eine halbe Million Betten; dies sind nur 700 weniger als im Vorjahr. Schon seit 2007 hat sich der Bettenabbau verlangsamt; statt im Schnitt 7.800 Betten in den Jahren 2000 bis 2006 nahmen die Krankenhäuser seit 2007 durchschnittlich nur noch 1.700 Betten pro Jahr vom Markt.

Struktur des Krankenhausangebots

32

Zahl der Krankenhäuser, Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt

Zum anderen hat sich die Struktur der Trägerschaft verändert: Von den Schließungen vergangener Jahre waren vor allem Krankenhäuser kommunaler Gebietskörperschaften betroffen. Teilweise wurden diese von privaten Betreibern übernommen. Private Träger betrieben 2010 12 Krankenhäuser mehr als im Vorjahr; 2011 stagnierte die Zahl allerdings. Damit sind aber seit 2009 mehr Krankenhäuser in privater als in öffentlicher Trägerschaft. Die öffentliche Hand schloss 2010 18 Häuser und 2011 9 weitere. Die Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft stellen noch immer den größten Anteil; ihre Zahl nimmt aber ebenfalls ab. Insgesamt profitieren die privaten Anbieter also von den bestehenden Finanzierungsproblemen der öffentlichen Hand, die immer mehr Häuser zusammenlegt oder schließt. Es ist zu erwarten, dass sich die Konsolidierung in den nächsten Jahren fortsetzt, sodass die Zahl der Häuser und der Betten weiter sinken dürfte. Gleichzeitig erwarten wir, dass der Anteil der Häuser in privater Trägerschaft weiter steigt.

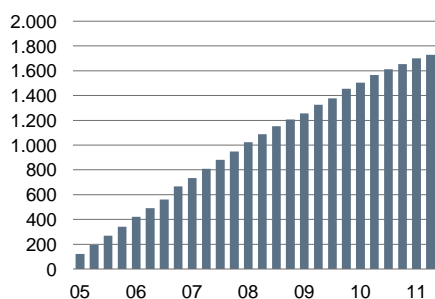
## 2. Medizinische Versorgungszentren auf Erfolgskurs

Seit ihrer Einführung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 ist die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) stetig gestiegen. Im 1. Quartal 2011 gab es in Deutschland 1730 MVZ mit gut 9400 Ärzten. Dies sind 6,5% aller ambulant tätigen Ärzte. Insofern darf trotz der Zuwächse die Rolle der MVZ im Gesundheitssystem nicht überschätzt werden. Der Anstieg zeigt aber dennoch, dass die MVZ aus Sicht der Gründer offenbar ein überzeugendes Modell sind, Gesundheitsleistungen anzubieten. Auch aus wirtschaftlicher Sicht sind MVZ durchaus erfolgreich. Laut einer Umfrage der KBV<sup>26</sup> stufte mehr als drei Viertel der Befragten ihre Geschäftslage als „befriedigend“ oder besser ein.

Zahl der MVZ in Deutschland stark gestiegen

33

Anzahl



Quelle: KBV

Der fast lineare Zuwachs der letzten Jahre hat sich jüngst leicht abgeschwächt: im 2. Quartal 2011 (das letzte Quartal, für das Daten vorliegen) sind nur noch 30 MVZ neu gegründet worden. Die durchschnittliche Größe der MVZ steigt jedoch: während 2007 noch durchschnittlich 4 Ärzte pro MVZ tätig waren, so waren es zuletzt 5,5. Dabei arbeiten MVZ vorwiegend mit angestellten Ärzten: dies sind inzwischen 86% der in den MVZ tätigen Mediziner. Diese Entwicklung belegt u.a. die Präferenz vieler Ärzte für ein Angestelltenverhältnis im Gegensatz zur Selbständigkeit. So wird mit dem Angestelltenverhältnis das wirtschaftliche Risiko der Gründung einer eigenen Praxis umgangen. Auch erleichtern flexible Arbeitszeitmodelle die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die steigende Zahl der MVZ in Deutschland unterstreicht die Vorteile, die diese Zentren für Patienten, Gründer und Ärzte im Vergleich zu einer Versorgung durch Einzelpraxen mit sich bringen. Aus Sicht der Patienten sind besonders das Angebot von medizinischen Dienstleistungen „unter einem Dach“ und damit verbunden kürzere Wege zu nennen. Der KVB-Studie zufolge sind aus Sicht der MVZ-Gründer die wichtigsten Motive für den Aufbau eines Zentrums, eine bessere Position am ambulanten Markt zu erreichen (59,4%), Effizienzsteigerungen zu erzielen (58,2%) sowie bessere Marketingmöglichkeiten zu nutzen (51,7%).

<sup>26</sup> Vgl. MVZ-Survey 2011. Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2012.

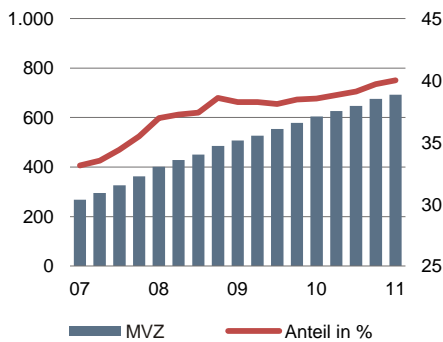


## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Anteil der MVZ in Trägerschaft der Krankenhäuser stagniert

34

Anzahl der MVZ (li),  
Anteil an allen MVZ in % (re)



Quelle: KBV

37% gaben darüber hinaus eine Entlastung bei den Verwaltungsaufgaben an. Im Kontext von Effizienzsteigerungen spielt auch die gemeinsame Nutzung von medizinisch-technischen Geräten eine Rolle.

Neben den Ärzten als Gründern von MVZ haben in den letzten Jahren auch die Krankenhäuser diesen Markt für sich entdeckt. Damit brechen die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weiter auf. Zwar haben die MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern inzwischen einen Anteil von 40% an den MVZ insgesamt erreicht; ihr Anteil nimmt aber nur noch wenig zu. Insofern scheint der Vormarsch der Krankenhäuser in diesem Segment eingedämmt. Unabhängig von der Trägerschaft haben sich die Zentren aber als wichtige Konkurrenten zu Einzel- und Gemeinschaftspraxen etabliert.

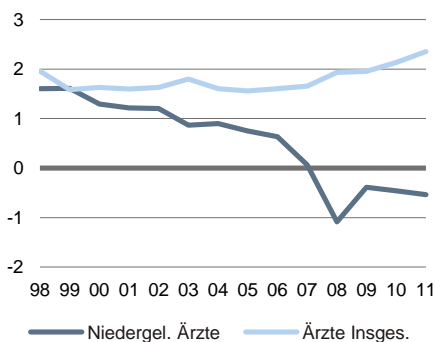
Bemerkenswert ist die unterschiedliche Rolle, die MVZ im städtischen und im ländlichen Raum einnehmen. Zunächst ist mit 46,3% der größte Anteil der MVZ in größeren Städten zu finden. Dem gegenüber liegen nur knapp 15% in ländlichen Regionen. Während in den Städten ein Trend hin zur Spezialisierung zu beobachten ist, übernehmen MVZ in ländlichen Gebieten eher die Aufgabe einer umfassenden und wohnortnahen Versorgung.<sup>27</sup> So betreiben 35,4% der im Rahmen der Studie befragten MVZ im ländlichen Raum „Zweigpraxen“, auch um die dort relativ hohe Zahl älterer Patienten besser versorgen zu können und der Anforderung einer hohen Zahl von Hausbesuchen besser gerecht zu werden. Damit folgen auch die MVZ dem Trend der Konzentration medizinischer Versorgung in den Zentren und können den Ärztemangel in den ländlichen Regionen allenfalls mildern.

### 3. Arztpraxen: zwischen Kooperation und Wettbewerbsdruck

Ärzte: Niederlassungen verlieren an Attraktivität

35

Veränderung gg. Vj., %



Quelle: Bundesärztekammer

Auch beim Angebot medizinischer Dienstleistungen durch die Ärzte hat sich in den vergangenen Jahren ein bemerkenswerter Strukturwandel vollzogen. So geht seit 2008 die Zahl der niedergelassenen Ärzte zurück und dies, obwohl die Zahl der Ärzte in Deutschland weiterhin zunimmt. Dementsprechend ist der Anteil der niedergelassenen Ärzte an den Medizinern insgesamt auf weniger als 28% gesunken. Dies geht mit der zu beobachtenden Entwicklung bei den MVZ konform.

Der Strukturwandel im Bereich der Arztpraxen dürfte unserer Einschätzung nach anhalten. Dafür spricht erstens der in Teil A der Studie beschriebene demografische Wandel, d.h. das altersbedingte Ausscheiden zahlreicher Mediziner aus dem Markt. Zweitens sind die Bemühungen der Gesundheitspolitik zu nennen, die Versorgung der Patienten effektiver zu gestalten. Hierzu gehört die sog. Integrierte Versorgung, zu der u.a. die verbesserte Nachsorge von Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt zählt (s. S. 14). Drittens ist die Öffnung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ein entscheidender Faktor, der die Tätigkeit der Ärzte verändert. Und schließlich ist der Gesetzgeber aktiv geworden, um die tendenziell unausgewogene Versorgungssituation mit Ärzten, z.B. im ländlichen Raum, zu verbessern (s. dazu im Detail S. 12f). Die Implikationen für die Ärzte sind vielfältig.

Für die ambulant tätigen Ärzte ist zum einen ein qualitativer Wandel ihrer Tätigkeit zu beobachten. So ist für die Ärzte – bereits seit einiger Zeit – das Thema Kooperation von großer Bedeutung. Die Integrierte Versorgung erfordert bspw. das Zusammenwirken von Ärzten, Pflegediensten, MVZ oder Reha-Einrichtungen. Zum anderen dürfte der ambulante Gesundheitssektor von der Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus und der Zunahme von ambulanten Operationen weiterhin profitieren.

<sup>27</sup> Vgl. MVZ-Survey 2011, a.a.O., S. 9.



## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

Gleichzeitig steigt aber auch der Wettbewerbsdruck, insbesondere für die Ärzte in Einzelpraxis. Dazu trägt die Expansion der MVZ und der Gemeinschaftspraxen bei. Wir erwarten, dass sich die Entwicklung hin zu Gemeinschaftspraxen (Berufsausübungsgemeinschaften), die an einem Praxissitz, aber auch überregional, gegründet werden können, fortsetzt. Zwar ist die Einzelpraxis mit knapp 67.000 (Stand Q3 2010) noch immer die dominante Einrichtung in Deutschland. Aber Ende 2010 gab es in Deutschland mit gut 20.000 schon über 5.000 Gemeinschaftspraxen mehr als im Jahr 1990 (+36%).<sup>28</sup> Ähnlich wie bei den MVZ sprechen auch in einer Gemeinschaftspraxis Synergieeffekte für die Zusammenarbeit: Die Mediziner nutzen – neben der Infrastruktur – die gemeinsame Patientenkartei und rechnen zusammen ab.<sup>29</sup>

Für junge Ärzte, die sich niederlassen möchten, kann der demografische Wandel in den nächsten Jahren durchaus Chancen eröffnen. Diese sind jedoch in Abhängigkeit von der Fachrichtung und der Region sehr unterschiedlich verteilt. Die relativ hohe Versorgungsdichte insbesondere in den Kernstädten für bestimmte Facharztgruppen macht die Niederlassung dort wenig attraktiv. Eine reine Privatpraxis mag eine Alternative darstellen. In vielen ländlichen Gebieten ist hingegen ein Arztmangel festzustellen. Ob sich die politischen Initiativen, die die Gründung von Praxen in ländlichen Gebieten wieder attraktiver machen sollen, auszahlen, bleibt allerdings abzuwarten.

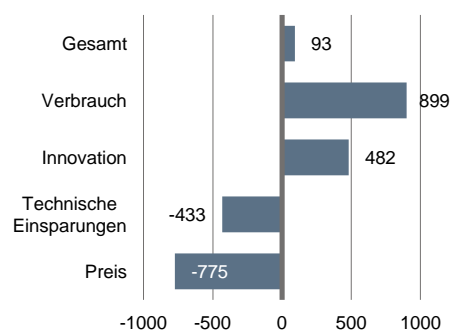
### 4. Pharmabranche: Auslandsmarkt wird wichtiger

Die Pharmabranche hatte zwar 2010 nur einen Anteil von 3½ % an der Bruttowertschöpfung des Verarbeitenden Gewerbes in Deutschland, ist aber eine der forschungsstärksten Branchen. So betragen die Aufwendungen der Branche für Forschung und Entwicklung (F&E) im Jahr 2010 EUR 5,5 Mrd. (15% des Umsatzes). Dies waren 9,4% der F&E-Ausgaben der deutschen Wirtschaft insgesamt. Während sich die Pharmabranche seit der Jahrtausendwende bis zur Wirtschaftskrise 2008 recht dynamisch entwickeln konnte, hat sie seitdem mit schwachen Zahlen zu kämpfen. Lediglich im Jahr 2011 konnte sie ein Zwischenhoch mit einem realen Produktionszuwachs von 4,7% gg. Vj. verzeichnen. Dabei war der Zuwachs aber deutlich schwächer als der der Industrieproduktion insgesamt (+8,7 %). Seit Mitte 2011 haben sich die Aussichten wieder eingetrübt. Wir erwarten im Jahr 2012 einen Rückgang bei der realen Produktion von 4% gg.Vj.; 2013 dürfte sich die Pharmakonjunktur wieder leicht beleben (+1%). Die Dynamik für die Branche kommt derzeit ausschließlich aus dem Ausland. Im Inland zeigen hingegen die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen ihre Wirkung.

Umsatzzuwachs nach Komponenten

36

Umsatzveränderung in Mio. EUR, 2010, DE



Quellen: IGES, vfa

### Demografischer Wandel sorgt für höheren Arzneimittelkonsum

Auch im Arzneimittelmarkt zeigt sich der demografische Wandel in Deutschland als wichtige quantitative Treibkraft. Die Alterung der Bevölkerung sorgt für einen weiter steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen und Arzneimitteln. Wie im ersten Teil der Studie beschrieben, nimmt die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland weiter zu. Zum Beispiel wird der Anteil der über 80-Jährigen von heute 4,1 auf gut 10 Mio. im Jahr 2050 steigen. Dabei ist derzeit der Arzneimittelverbrauch (in definierten Tagesdosen, DDD) von 75- bis 90-Jährigen gut fünfeinhalbmal so hoch wie von 40- bis 50-Jährigen. Dies begünstigt die Zunahme der Ausgaben für Arzneimittel. Bereits in den letzten Jahren war die vorherrschende Antriebskraft im Arzneimittelmarkt der steigende medizinische und therapeutische Bedarf (s. Grafik); der Zuwachs hat sich je-

<sup>28</sup> <http://www.kbv.de/service/24853.html> .

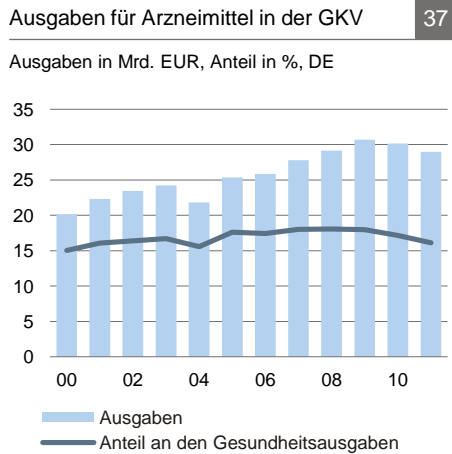
<sup>29</sup> Demgegenüber beschränkt sich die Zusammenarbeit in einer Praxisgemeinschaft auf die Nutzung von Räumen und Geräten sowie die Anstellung von Mitarbeitern.



## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

doch abgeschwächt. Auch die Einführung neuer Produkte, die „Bedarflücken“ schließen, wirkt in diese Richtung.

### Sparmaßnahmen im inländischen Markt auch künftig ein Hemmschuh



Arzneimittel werden in Europa zumeist im Rahmen einer Krankenversicherungsfinanzierung abgegeben. Das macht die Branche grundsätzlich weniger konjunkturabhängig als andere, da die Ausgaben der Patienten für Arzneimittel weitgehend von den Einkommen der Versicherten entkoppelt sind. Sie ist allerdings strukturell durch die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen belastet. So stehen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel für etwa drei Viertel des Gesamtmarktes. Sie fielen 2011 um 3,8%; dies ist der zweite Rückgang in Folge. Nach dem kräftigen Wachstum der Ausgaben bis zum Jahr 2009 dürfte nun der Gipfel überschritten sein. Gesetzliche Sparmaßnahmen wie ein höherer Zwangsrabatt und Festbeträge stoppten den dynamischen Zuwachs der letzten Jahre.

Die Sparmaßnahmen im GKV-Markt bleiben ein Bremsfaktor für die Branche. So müssen die Arzneimittelhersteller den Zusatznutzen ihrer Produkte gegenüber etablierten Pharmaka seit 2011 nachweisen und mit den Krankenkassen über die Medikamentenpreise verhandeln, statt sie einseitig festzulegen. Dies dämpft das Wachstum der Ausgaben für Arzneimittel deutlich. Auch das GKV-Änderungsgesetz (verabschiedet 2010), das ein Preismoratorium bis Ende 2013 und Zwangsabschläge von 10% umfasst, wird künftig weiterhin dämpfend wirken.

### Innovative Produkte bleiben wichtig ...

Innovative Medikamente haben für die Behandlung zahlreicher Krankheiten eine hohe Bedeutung. Die Zahl der neu in den Markt eingeführten Medikamente und der Marktanteil der Innovationen, die in den letzten fünf Jahren eingeführt wurden, sind nach wie vor wichtige Umsatztreiber für die Pharmabranche. Sie liegt aber noch immer unter dem Durchschnitt vergangener Jahre und könnte daher die Ertragsentwicklung der Branche künftig begrenzen. Im Jahr 2011 ist der Marktanteil der in den letzten fünf Jahren eingeführten Produkte zwar leicht auf 5,4% gestiegen; konnte aber den Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2008 von 6,2% nicht erreichen. Die Einführung der Nutzenbewertung durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) dürfte künftig weiter belastend wirken; und dies angesichts der im europäischen Vergleich ohnehin geringen Quote (durchschnittlicher Marktanteil von 18% in Europa).

### ... aber Generika mit zunehmender Bedeutung

Neue patentgeschützte Wirkstoffe dürften künftig eine geringere Rolle als Treibkraft der Branche spielen, da die Zahl der Neuzulassungen rückläufig ist und die Pharmaunternehmen in den letzten Jahren weniger erfolgreich beim Erforschen neuer, herkömmlicher Wirkstoffe waren. Wie auch bereits im Jahr 2010 lag der Marktanteil der patentgeschützten Medikamente im Rahmen der GKV bei gut 30%; der Marktanteil der Generika<sup>30</sup> (Nachahmerprodukte) umfasste – ebenfalls unverändert gg. 2010 – auch gut 30%.

<sup>30</sup> Nach Ablauf des Patentschutzes können neben den Originalen auch Nachahmerprodukte anderer Anbieter (Generika) zugelassen werden.

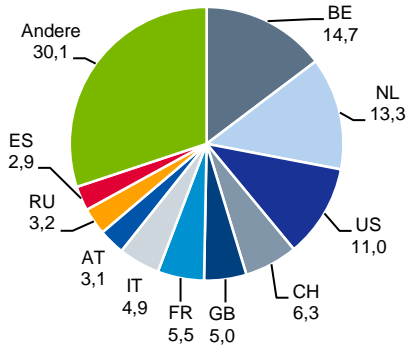


## Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial

### Deutsche Exporte von pharmazeutischen Erzeugnissen

38

Nach Abnehmerland, Anteile in %, 2010



Quelle: Statistisches Bundesamt

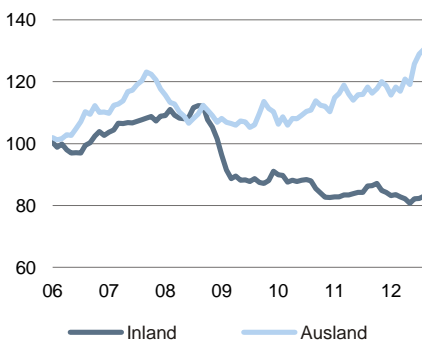
Grundsätzlich hat die Bedeutung preisgünstiger Generika in den letzten Jahren zugenommen. In Deutschland entfielen 2010 86,5% der Verordnungen und gut 78% des Umsatzes im generikafähigen Markt auf Nachahmerprodukte. Die patentierten Arzneimittel verlieren oftmals nach Ablauf des Patentschutzes sehr schnell ihren Marktanteil an Generika. Dem stehen lange Entwicklungszeiten für Arzneimittel (in Deutschland durchschnittlich 10 Jahre) und sehr hohe Entwicklungskosten gegenüber. Künftig dürfte der Generikaanteil weiter auf hohem Niveau wachsen, allerdings langsamer als bisher.

Neben den patentgeschützten Medikamenten und den Generika spielt der Markt für nicht verschreibungspflichtige Medikamente inzwischen eine nicht unerhebliche Rolle. Der Marktanteil freiverkäuflicher und apothekenpflichtiger Arzneimittel, die nicht verordnet wurden, sowie der Gesundheitsmittel hat 2010 gut 16% des Umsatzes im Apothekenmarkt erreicht. Die Umsätze im Bereich der sog. OTC-Arzneimittel sind zwar zuletzt gesunken, ihr Marktanteil am gesamten Apothekenmarkt hat aber in den letzten Jahren zugelegt. Damit ist auch ihre relative Bedeutung als Ertragsquelle für die Hersteller gestiegen. In diesem und im nächsten Jahr dürfte der Markt leichte Impulse vom gesunden Wachstum des privaten Verbrauchs in Deutschland bekommen (DB Prognose 2012: +0,9%, 2013: 1,2%). Teurere Lifestyle-Erzeugnisse dürften davon profitieren. Dies ist für die Pharmaunternehmen zugleich eine Chance, dem verschärften Kostendruck im GKV-Markt zu begegnen.

### Pharmazeutische Erzeugnisse, Auftragseingang

39

2005=100, DE



Quelle: Statistisches Bundesamt

### Nachfrage aus dem Ausland dynamisch

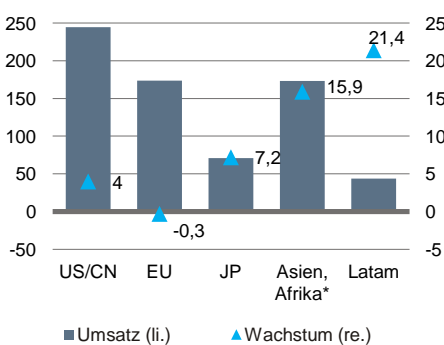
Die Impulse für die Pharmabranche kamen in den letzten Jahren aus dem Auslandsgeschäft. Die starke Auslandsnachfrage spiegelt sich auch in der weiter zunehmenden Exportquote der Pharmabranche wider; diese erreichte 2011 64% (2010: 62%, 2000: 58%). Die Hälfte der Exporte geht in das europäische Ausland (s. Grafik 38). Die Rechtsharmonisierung in der EU wirkt hier vorteilhaft. Allerdings konnten auch die USA aufschließen: Mit 11% sind die USA der drittgrößte Auslandsmarkt der deutschen Pharmabranche.

Wir erwarten für den weiteren Jahresverlauf und das kommende Jahr von den Auslandsmärkten nur geringe Impulse, auch wenn sich die Auslandsaufträge aktuell auf sehr hohem Niveau bewegen (Grafik 39). Dafür spricht vor allem die anhaltende Krise in den EWU-Ländern, aber auch das nur moderate Wachstum in den USA. In dynamischer wachsende Länder geht bisher nur ein kleinerer Teil der Exporte; so lediglich 1,7% der Ausfuhren nach China. Hier haben sich jüngst die Wachstumsperspektiven ebenfalls abgeschwächt. In den kommenden Jahren eröffnen steigende Einkommen in den Schwellenländern aber weiterhin günstige Exportperspektiven für die deutsche Pharmabranche. Die Pharmamärkte in Lateinamerika und Asien sind 2010 im Durchschnitt um 21% bzw. 16% gewachsen, während die Zuwachsraten in Europa, Japan und den USA (den „großen Drei“) deutlich darunter lagen (s. Grafik 40). Von dieser Expansion, die trotz des weltweit schwächeren Wachstums anhalten wird, dürften auch die deutschen Hersteller weiterhin profitieren.

### Weltpharmamarkt nach Regionen

40

Umsatz in Mrd. EUR, Wachstum gg.Vj. in %, 2010



\* inkl. Australien, Japan

Quellen: BPI, IMS World Review 2011

Dieter Bräuninger (+49 69 910-31708, dieter.braeuninger@db.com)

Antje Stobbe (+49 69 910-31874, antje.stobbe@db.com)



## Aktuelle Themen Branchen

Die Elektrotechnik im Gesundheitsbereich ist ein wichtiger Faktor für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung weltweit. Die moderne Elektromedizin erhöht die Effizienz der Prozesse in der Gesundheitswirtschaft, verbessert die Volksgesundheit, reduziert die Verweildauer der Patienten und verschiebt die Versorgung kostensparend. Dank qualitativ hochwertiger Produkte sollte die deutsche Elektromedizin – trotz des zunehmenden Preiswettbewerbs – ihre führende Weltmarktposition behaupten können. Demnach erwarten wir hier für die Jahre 2012 und 2013 jeweils ein Umsatzwachstum von real 5% gg. Vj.

Unsere Publikationen finden Sie unentgeltlich auf unserer Internetseite [www.dbresearch.de](http://www.dbresearch.de). Dort können Sie sich auch als regelmäßiger Empfänger unserer Publikationen per E-Mail eintragen.

Für die Print-Version wenden Sie sich bitte an:  
Deutsche Bank Research  
Marketing  
60262 Frankfurt am Main  
Fax: +49 69 910-31877  
E-Mail: [marketing.dbr@db.com](mailto:marketing.dbr@db.com)

Schneller via E-Mail:  
[marketing.dbr@db.com](mailto:marketing.dbr@db.com)

Deutsche Bank  
DB Research

Aktuelle Themen  
Branchen

### Medizintechnik

8. November 2012  
Elektromedizin als Treiber im Gesundheitsbereich

**Autoren**  
Stefan Heng  
DB Research  
+49 69 910-31774  
[stefan.heng@db.com](mailto:stefan.heng@db.com)

Jürgen Polzin  
ZVEI  
+49 69 6302-230  
[polzin@zvei.org](mailto:polzin@zvei.org)

Andreas Bätzel  
ZVEI  
+49 69 6302-388  
[baetzel@zvei.org](mailto:baetzel@zvei.org)

**Editor**  
Antje Stobbe  
Deutsche Bank AG  
DB Research  
Frankfurt am Main  
Deutschland  
E-Mail: [marketing.dbr@db.com](mailto:marketing.dbr@db.com)  
Fax: +49 69 910-31877  
[www.dbresearch.de](http://www.dbresearch.de)

DB Research Management  
Ralf Hoffmann | Bernhard Speyer

Innovative Produkte begründen internationalen Erfolg der elektromedizinischen Technik in Deutschland. Die zeigt sich sowohl in der Umsatzstärke der deutschen Medizintechnik verglichen mit anderen Industrieländern als auch in der Exportquote von über 70%, die den an sich schon hohen Wert der Elektroindustrie im Schnitt noch übersteigt. Innovationen am Standort Deutschland profitieren von guten Rahmenbedingungen, insbesondere auch hinsichtlich Infrastruktur und Fachkräfte-Pool. Als Beschäftigungs- und Wachstumsmotor spielt die Branche eine zentrale Rolle in der Gesundheitswirtschaft.

Enge Verknüpfung von Medizintechnik und innovativen Branchen. Die Branche mit ihren Produkten und Lösungsangeboten für klinische Fragestellungen ist wesentlicher Teil moderner Infrastrukturen zur Gesundheitsversorgung. Zur weiteren Qualitätssteigerung und zur Senkung der Kosten werden elektromedizinische Systeme beitragen, indem sie Prozesse in Kliniken und darüber hinaus optimieren. Damit tragen sie den demographischen Veränderungen und den daraus folgenden neuen Anforderungen an die Versorgung Rechnung. Neben dem klinischen und dem ambulanten Sektor entsteht als dritte Säule die mobile Versorgung bzw. die Versorgung zuhause.

Vergütungssystem bremst Dynamik im deutschen Gesundheitsmarkt. Innovationshemmnisse im Gesundheitssystem liegen in der aufwändigen Bereitstellung von Kosten-Nutzen-Bewertungen, die zur Einführung innovativer Methoden erforderlich werden. Befristete öffentliche Finanzierungen neuer Methoden könnten helfen, diesen Mangel zu beheben. Problematisch ist zudem die künstliche Trennung der Entgeltsysteme. Diese steht integrierten Behandlungsansätzen und patientenorientierter Versorgung im Weg, weil sie den Behandlungsprozess unnötig in einzelne Episoden aufteilt, anstatt ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement zu ermöglichen. Basis hierfür wäre ein sektorübergreifendes

© Copyright 2012. Deutsche Bank AG, DB Research, 60262 Frankfurt am Main, Deutschland. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „Deutsche Bank Research“ gebeten.

Die vorstehenden Angaben stellen keine Anlage-, Rechts- oder Steuerberatung dar. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers wieder, die nicht notwendigerweise der Meinung der Deutsche Bank AG oder ihrer assoziierten Unternehmen entspricht. Alle Meinungen können ohne vorherige Ankündigung geändert werden. Die Meinungen können von Einschätzungen abweichen, die in anderen von der Deutsche Bank veröffentlichten Dokumenten, einschließlich Research-Veröffentlichungen, vertreten werden. Die vorstehenden Angaben werden nur zu Informationszwecken und ohne vertragliche oder sonstige Verpflichtung zur Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Angemessenheit der vorstehenden Angaben oder Einschätzungen wird keine Gewähr übernommen.

In Deutschland wird dieser Bericht von Deutsche Bank AG Frankfurt genehmigt und/oder verbreitet, die über eine Erlaubnis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht verfügt. Im Vereinigten Königreich wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG London, Mitglied der London Stock Exchange, genehmigt und/oder verbreitet, die in Bezug auf Anlagegeschäfte im Vereinigten Königreich der Aufsicht der Financial Services Authority unterliegt. In Hongkong wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG, Hong Kong Branch, in Korea durch Deutsche Securities Korea Co. und in Singapur durch Deutsche Bank AG, Singapore Branch, verbreitet. In Japan wird dieser Bericht durch Deutsche Securities Limited, Tokyo Branch, genehmigt und/oder verbreitet. In Australien sollten Privatkunden eine Kopie der betreffenden Produktinformation (Product Disclosure Statement oder PDS) zu jeglichem in diesem Bericht erwähnten Finanzinstrument beziehen und dieses PDS berücksichtigen, bevor sie eine Anlageentscheidung treffen.

Druck: HST Offsetdruck Schadt & Tetzlaff GbR, Dieburg