

Working Paper

Nr.: 17, 28.07.2004

Autoren: Dr. Jürgen Stanowsky, Sabine Schmax, Rolf Sandvoß

Gesundheitsmarkt - ein Wachstumsmotor?

Executive Summary

Eine Reform des Gesundheitswesens ist vor dem Hintergrund absehbarer demographischer Veränderungen dringend geboten. Nach der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes dreht sich die Diskussion in erster Linie um die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens. Diese sollte so wenig wie möglich die Arbeitskosten belasten und der nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens dienen, nicht aber sozialpolitisch motivierter Umverteilung. Grundsätzlich gilt – wie auch bei der Rente: Die beste Versicherung gegen demographisch bedingte Ausgabensteigerungen ist ein stärkeres Gewicht der Kapitaldeckung.

Mindestens ebenso wichtig wie die Finanzierungsentscheidung sind weitere Reformen bei der Erstellung von Gesundheitsleistungen. Am besten lassen sich die im System vorhandenen Effizienzreserven bei gleichzeitiger Wahrung oder Verbesserung der Qualität durch verstärkten Wettbewerb auf allen Ebenen erschließen. Die Weichen dafür, wie das Gesundheitssystem den kommenden Herausforderungen Herr werden soll, werden heute gestellt. Dabei ist Folgendes zu beachten:

- In den nächsten 15 Jahren werden die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit die Gesundheitsausgaben in Deutschland schneller ansteigen als das BIP. Der Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor sind jedoch enge Grenzen gesetzt, da noch erhebliche Effizienzsteigerungen möglich sind. Ziel muss es sein, deutlich vor Beginn der demographisch ungünstigsten Entwicklung das System möglichst effizient und nachfragegerecht zu gestalten.
- Gesundheitsausgaben pro Kopf steigen mit dem Alter deutlich an (Medikamenteneinnahme, Wahrscheinlichkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten, Anzahl Arztbesuche, Pflegerisiko).
- Die geburtenstarken Jahrgänge erreichen ab den frühen 20er Jahren dieses Jahrhunderts das Rentenalter. Die demographisch bedingten stärksten Belastungen setzen einige Jahre danach ein (Anstieg der 65-Jährigen und Älteren bis 2020 um 23 %, von 2020 bis 2035 um weitere 26 %).

- Ein dauerhafter Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist absehbar, er wird sich nach 2025 nochmals beschleunigen.
- In den nächsten 15 Jahren besteht die Gelegenheit, das deutsche Gesundheitssystem auf die demographischen Herausforderungen vorzubereiten. Die erforderlichen Reformschritte sind langfristiger Natur und sollten möglichst bald eingeleitet werden.
- Zwangsbeiträge lösen Rechtfertigungsdruck aus und führen zu politisch veranlassten Sparanstrengungen, die nicht den Präferenzen der Versicherten entsprechen müssen.
- Steigende Ausgaben für gesundheitsnahe Leistungen, wie z.B. aus dem Wellness-Bereich, zeigen, dass eine wachsende Zahlungsbereitschaft für das Gut Gesundheit vorhanden ist.
- Die Fortsetzung der gegenwärtigen Gesundheitspolitik dürfte zu Effizienzsteigerungen im stationären Sektor führen (Fallpauschalen) aber auf Dauer das Wachstumspotenzial des Gesundheitsmarktes ungenutzt lassen.
- Dieses kann nur genutzt werden, wenn durch Wettbewerb auf dem gesamten Gesundheitsmarkt Effizienzsteigerungen erreicht werden und die Bürger mehr Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung ihres Versicherungsschutzes bekommen.
- Die frühzeitige, umfassende Einführung von Wettbewerb zwischen Leistungserbringern einerseits sowie Krankenkassen und –versicherern andererseits, mit der Möglichkeit, Leistungen auf dem Markt frei einzukaufen, schafft die Voraussetzungen dafür, dass effiziente Angebote zustande kommen.
- Wenn durch intensiven Wettbewerb qualitativ hochwertige medizinische Leistungen kostengünstig angeboten werden, ist auch langfristig der Zugang zu diesen Leistungen für alle Bürger finanzierbar.
- Mehr Wettbewerb hilft, den durch medizinisch-technischen Fortschritt und die Demographie bedingten Kostenanstieg für einige Zeit im Zaum zu halten.
- So wird verhindert, dass ein Markt, auf dem fast 10 % aller Beschäftigten tätig sind und der rund 11 % am BIP ausmacht, unnötigerweise – da weder den Präferenzen noch der Zahlungsbereitschaft der Bürger entsprechend – beschnitten wird.

In dieser Studie haben wir versucht, die mögliche Entwicklung auf dem deutschen Gesundheitsmarkt in den nächsten 15 Jahren abzuschätzen, also bevor die größten demographischen Veränderungen ihre volle Wirkung erreichen. Wir kommen zu dem Ergebnis, dass der Gesundheitssektor nur leicht überdurchschnittlich wachsen wird und aufgrund der vorhandenen Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung die Beschäftigungseffekte in den großen Bereichen Pflege, Krankenhäuser, ambulante ärztliche Versorgung und Pharmamarkt begrenzt sind. Einige Bereiche bieten jedoch hervorragende Wachstumsmöglichkeiten, z.B. die Medizintechnik; aber auch „functional food“ und Wellness-Leistungen werden deutlich überdurchschnittliche Perspektiven eingeräumt. Langfristig sind die Wachstumsaussichten des Gesundheitsmarktes sehr gut.

1 Einleitung

Kaum ein Thema interessiert die Menschen stärker als ihre Gesundheit. In der öffentlichen Debatte nimmt die Gesundheitspolitik mindestens ebenso großen Raum ein wie die Rentenreform, obwohl letztere die private Vermögenssituation stärker betrifft als die anstehenden Entscheidungen zur Finanzierung des Gesundheitswesens. Dies zeigt: Gesundheit ist in der öffentlichen Wahrnehmung kein Gut wie jedes andere, sie genießt einen besonderen Stellenwert.

Dass das deutsche Gesundheitswesen an vielerlei Leiden krankt, wird von niemanden mehr ernsthaft bestritten – allein bei der notwendigen Therapie scheiden sich die Geister. Ein steiler Anstieg der Gesundheitskosten und eine immer weiter dahinter zurückbleibende Entwicklung der versicherungspflichtigen Einkommen sind verantwortlich für die Finanzmisere des Gesundheitswesens. Nur durch immer neue Leistungseinschränkungen – üblicherweise als Gesundheitsreform bezeichnet – konnte der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den letzten Jahren stabil gehalten werden. Dabei sind die momentanen Finanzierungsprobleme nur ein Vorgesmack angesichts der auf uns zukommenden demographischen Veränderungen. Vor dem Hintergrund der absehbaren Kostenentwicklung scheint der Menschheitstraum vom langen Leben zu einem finanziellen Alptraum zu werden.

Für den Gesundheitsmarkt lassen diese Sachverhalte starkes Wachstum erwarten. Neue medizinische Verfahren und Medikamente – insbesondere die Errungenschaften von Gen- und Biotechnologie – ermöglichen ein immer längeres und weitgehend gesundes Leben. Die Alterung der Bevölkerung und immer mehr zerfallende Familienstrukturen im Zuge des sozio-ökonomischen Wandels eröffnen neue Märkte im Pflegebereich. Immer mehr ältere und alte Menschen werden zunehmend mehr für den Erhalt und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit ausgeben.

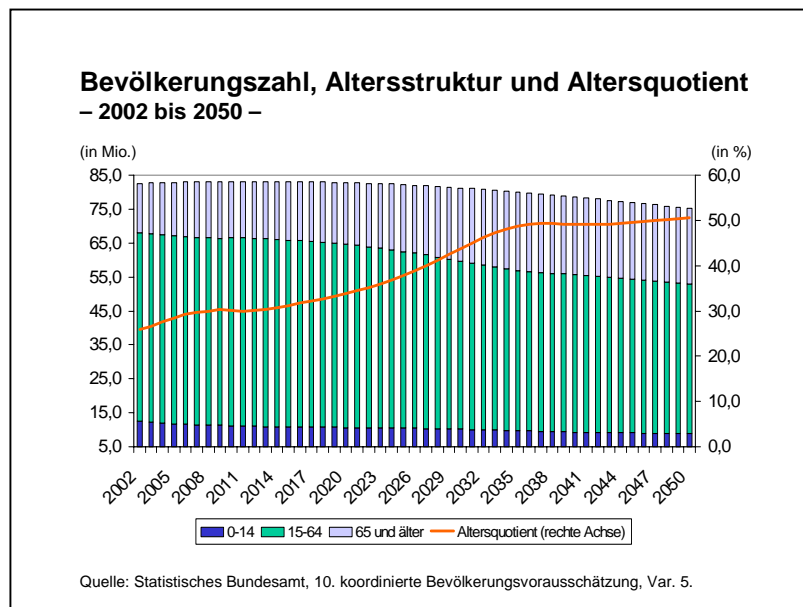
In dieser Studie¹ betrachten wir die wichtigsten Segmente des Gesundheitsmarktes in Deutschland und versuchen ihre Entwicklung bis zum Jahr 2020 abzuschätzen. Unser Betrachtungshorizont endet damit bevor die starken Jahrgänge der „Baby-Boomer“ das Rentenalter erreichen und sich das Verhältnis von Rentnern zu Erwerbstätigen dramatisch verschieben wird. Zum einen geht es darum zu zeigen, welche Maßnahmen im Vorfeld der demographischen Belastungen notwendig sind. Zum anderen sind Prognosen, die deutlich mehr als 15 Jahre in die Zukunft reichen, ungleich schwieriger, weil sich in diesen Zeiträumen viele Strukturen grundlegend ändern können. Es wird schnell deutlich, dass neben Einflussfaktoren wie Demographie oder medizinisch-technischem Fortschritt für die zukünftigen Strukturen insbesondere die politischen Weichenstellungen, die demnächst getroffen werden, maßgeblich sind. Sie dürften dafür sorgen, dass der Gesundheitsmarkt kein Boommarkt per se sein wird. Wie überall gibt es aber innovative Marktsegmente mit hervorragenden Wachstumschancen.

¹ Wie Reformen des Gesundheitswesens aussehen könnten und wie sich Kosten senken und die Effizienz des Systems erhöhen ließen, haben wir bereits im Mai 2003 im Economic Trend Report „Gesundheitswesen – Reformbedarf und Handlungsoptionen“ vorgestellt.

2 Einflussfaktoren des Gesundheitsmarktes

2.1 Gesundheitssystem in der Demographiefalle

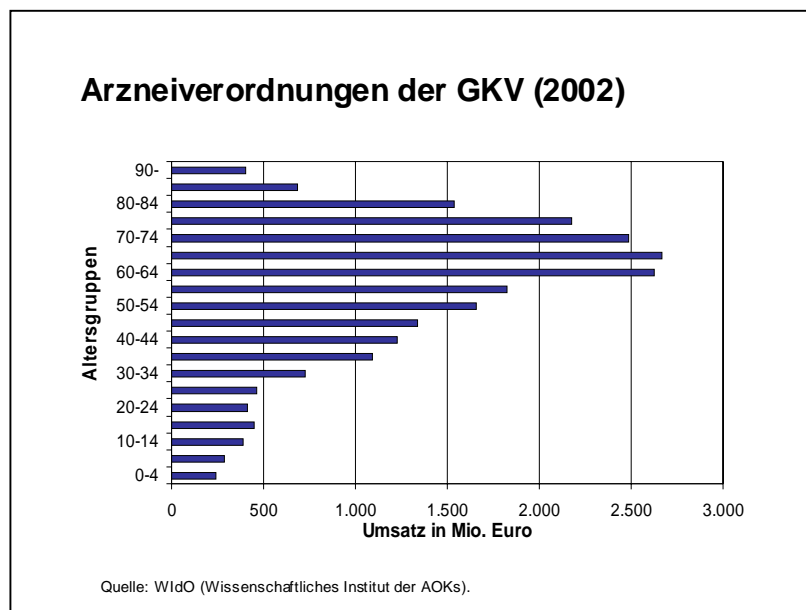
Die demographische Entwicklung in Deutschland ist gekennzeichnet von einem Anstieg der Lebenserwartung bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenzahlen. Die Fertilität fiel seit den sechziger Jahren von rund 2,5 Kindern pro Frau auf zuletzt rund 1,3 Kinder pro Frau. **Zwischen 1961 und 2000 stieg die Lebenserwartung ab Alter 65 für Männer um über 25 % von gut 12,4 Jahren auf 15,8 Jahre und für Frauen um rund ein Drittel von 14,6 auf 19,4 Jahre.** Für den Einzelnen ist ein langes Leben positiv und die Entscheidung keine Kinder zu bekommen, kann auf individueller Ebene durchaus rational sein. Gesamtgesellschaftlich betrachtet stellen diese Entwicklungen jedoch eine Herausforderung für unsere sozialen Sicherungssysteme dar, insbesondere auch für das umlagefinanzierte Gesundheitssystem.



Der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung wird von heute 18 % bis 2050 auf 30 % ansteigen, 2020 wird er 22 % betragen. Diese Entwicklung verstärkt zum einen das Einnahmenproblem der gesetzlichen Krankenversicherung: Denn ein höherer Seniorenanteil führt wegen der damit verbundenen geringeren Beiträge zu einem steigenden Defizitanteil an den Gesamteinnahmen. Zum anderen führt der Alterungsprozess der Gesellschaft zu höheren Ausgaben im Gesundheitswesen, da die Gesundheitsausgaben mit dem Alter hoch korreliert sind. Hochrechnungen der EU-Kommission (EPC, Budgetary Challenges 2001) gehen davon aus, dass infolge der Bevölkerungsalterung **der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im Jahr 2050 um 25 % höher liegen wird als im Jahr 2000.** Unter Beibehaltung der heutigen Versorgungsstandards kommen damit große finanzielle Belastungen auf das Gesundheitssystem zu. Die bereits heute gerne angeführte Kostenexplosion liegt daher noch vor uns.

Bei Konstanz der altersabhängigen Pro-Kopf-Ausgaben von 2001, sind für 2040 allein aufgrund der **demographisch bedingten Entwicklung der Ausgaben Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung von 18 % wahrscheinlich**. Berücksichtigt man außerdem zu erwartende Verschiebungen in der Beitragszahlerstruktur, wie einen Anstieg der Zahl der Rentner und einen Rückgang an Erwerbstätigen, **drohen alterungsbedingt deutlich höhere Beitragssätze**.

Wie mit höherem Alter der Bedarf an Gesundheitsleistungen steigt, lässt sich unter anderem am Beispiel des Arzneimittelverbrauchs darlegen. Er steigt wie auch die Gesundheitsausgaben mit dem Alter: Im Jahr 2001 betragen die im Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen **unterstellten Gesundheitskosten für einen 30-Jährigen im Durchschnitt rund 800 € für einen 70-Jährigen dagegen 3.500 €**. Allein die zukünftig steigende Zahl älterer Menschen als Folge der demographischen Veränderung erhöht daher die Kosten im Gesundheitswesen. Dieser Befund ist zunächst unabhängig davon, ob die Kosten allein mit dem Alter steigen oder ob der Kostenanstieg in erster Linie mit dem erhöhten Versorgungsaufwand in den Monaten vor dem Tod zusammenhängt. Im letzteren Fall verschiebt sich ein Teil der Ausgaben auf spätere Zeitpunkte, die Kosten werden gestreckt.



Unterstellt man bis 2025 eine Erhöhung der Lebenserwartung um rund 4 Jahre entsprechend der Prognose des Statistischen Bundesamtes (10. Koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung) und geht davon aus, dass auch der Eintritt von Krankheiten erst in späteren Lebensphasen erfolgt (wir gehen von bis zu 4 % geringeren Ausgaben für die Altersgruppe der 55- bis 85-Jährigen aus), ergibt sich bereits bis 2020 eine spürbare Entlastung bei den Gesundheitsausgaben. Verglichen mit dem Fall, dass eine höhere Lebenserwartung zu keiner Verbesserung der altersspezifischen Gesundheitsausgaben führt, beträgt die Entlastung rund 0,3 Prozentpunkte des BIP. Dieser Effekt wird jedoch von der Verschiebung in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung überlagert, so dass der Anstieg der Gesundheitsausgaben dadurch lediglich etwas abgebremst aber nicht aufgehoben wird.

2.2 Medizinisch-technischer Fortschritt: ausgabensteigernd oder effizienzsteigernd?

Eine Ursache für den kontinuierlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit liegt im medizinisch-technischen Fortschritt. Dieser Prozess wird sich auch in Zukunft fortsetzen. Insbesondere im Krankenhaussektor gilt der medizinisch-technische Fortschritt als ein Hauptausgabenfaktor. Zwar ist die Kostenerstattung neuer Behandlungsmethoden in der ambulanten Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung an strenge Vorgaben geknüpft: Ihr therapeutischer Nutzen muss durch Studien nachgewiesen sein. Zudem sollen sie bei gleichen Kosten den Nutzen der etablierten Behandlung übersteigen oder bei gleichem Nutzen niedrigere Kosten verursachen. Es ist jedoch äußerst fraglich, ob diese Vorgaben in der Praxis tatsächlich eingehalten werden können und wie sinnvoll sie letztendlich sind.

Unter dem Blickwinkel der Versorgungsqualität und -sicherheit bietet der medizinisch-technische Fortschritt unbestritten vielfältige Vorteile für den Patienten. Häufig sind die neuen Verfahren selber auch mit geringeren Kosten verbunden als die vorhergehenden und dennoch lässt sich in vielen Fällen die insgesamt ausgabensteigernde Wirkung des technischen Fortschritts belegen². Sie hat ihre Ursache in der Ausdehnung des Angebots. Kurz: **Der Mengeneffekt überkompensiert den Preiseffekt.**

Ursachen für Mengenausweitung durch technischen Fortschritt

- Fehlendes Gesundheitsbewusstsein der Patienten wegen geringerem Risiko bei Erkrankung
- Geringeres Behandlungsrisiko erhöht Bereitschaft zur Behandlung
- Anspruch auf optimale Versorgung, die das medizinisch Notwendige überschreitet
- Versuch der Amortisierung der in der Anschaffung teuren Geräte
- Haftungsrechtliche Fragen

Dies lässt sich am Beispiel der Behandlung von koronaren Herzerkrankungen verdeutlichen. Die „traditionelle“ Methode, bei der ein Bypass gesetzt wird, ist eine vergleichsweise risikoreiche und komplizierte Operation. Sie verursacht Kosten in einer Größenordnung von 15.000 EUR. Die Erweiterung der Herzkranzgefäße mit Hilfe eines Ballonkatheters (PTCA) ist dagegen mit einem deutlich geringeren Risiko verbunden, verursacht im Durchschnitt Kosten von 3.300 EUR und kann in vielen Fällen einen Bypass ersetzen. Der angesichts dieser medizinisch-technischen Neuerung eigentlich zu erwartende Kostenrückgang trat nicht ein. Denn es kam zu einer massiven Mengenausweitung bei der Ballondilatation, ohne dass jedoch ein Rückgang bei den Bypassoperationen zu verzeichnen gewesen wäre. Von 1979 bis 2002 stieg die Zahl der Ballondilatationen von 250 auf 207.937. Wurden 1980 in Deutschland noch 4.887 Bypassoperationen durchgeführt, waren es 74.695 entsprechende Eingriffe im Jahr 2002.

² Die Messung und Evaluierung des technischen Fortschrittes ist nur sehr schwer möglich. Daher sollen seine Auswirkungen hier an einem Beispiel verdeutlicht werden.

Wenn medizinisch-technischer Fortschritt neue Diagnose- und Therapieverfahren ermöglicht, die dazu beitragen, Krankheiten besser zu erkennen, zu behandeln, zu vermeiden oder sogar bislang nicht therapierbare Krankheiten zu heilen, dann ist dies ohne Zweifel wünschenswert. Doch in der Gesellschaft und bei jedem einzelnen Menschen muss dann auch ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass diese Entwicklung Kosten verursacht, die getragen werden müssen. Der Verzicht darauf, neue Erkenntnisse z.B. zur Behandlung von Erkrankungen einzusetzen, die bislang nicht heil- oder behandelbar waren, ist nicht vorstellbar. Mit der Ausweitung der Therapiemöglichkeiten auf neue Krankheitsbilder trägt der medizinisch-technische Fortschritt automatisch zu einer Nachfrageausweitung bei.

Die Branchen, die am stärksten zum medizinisch-technischem Fortschritt beitragen, sind die **Pharmabranche und die Medizintechnik**. Beide sind gekennzeichnet durch eine stark internationale Ausrichtung und hervorragende Zukunftsaussichten angesichts der demographischen Entwicklung in den meisten reichen Industrieländern, wo die nötigen Mittel vorhanden sind, um die neuen Entwicklungen dieser Branchen zu bezahlen. Auf die Pharmabranche wird noch intensiver in Kapitel 4.4.4 eingegangen. Die Aussichten der Medizintechnik – ein Teil der Elektroindustrie – werden hier kurz vorgestellt.

Man unterscheidet die **Medizintechnik** im engeren Sinne, die Elektromedizin, orthopädische Vorrichtungen und die zahntechnischen Labors, wobei in Deutschland die Medizintechnik i.e.S. knapp 60 % des Branchenumsatzes von 13 Mrd. EUR ausmacht. Die Schaffung neuer Produkte, die Notwendigkeit weiterer Investitionen im stationären und ambulanten Gesundheitsbereich sowie der ständig steigende Bedarf an heimmedizinischen Geräten eröffnen der Branche durchaus gute Wachstumschancen. Diese dürften im Inland allerdings auch zukünftig weitaus niedriger ausfallen als im Ausland. Auslandsumsätze machen rund 55 % des Gesamtumsatzes aus. Die Schwäche des Inlandsmarktes ist dabei weiterhin vorrangig auf die Investitionszurückhaltung des Krankenhausesektors - er nimmt immerhin rund die Hälfte der Medizintechnik ab - sowie die Einsparbemühungen der öffentlichen Hand im Gesundheitswesen zurückzuführen. Unter der Finanznot der gesetzlichen Krankenkassen haben vor allem die Hersteller von medizinischen Hilfsmitteln zu leiden. Das Geschäft mit Informationstechnologie und Vernetzung sowie das starke Auslandsgeschäft verhindern jedoch einen Nachfragerückgang in der Gesamtbranche. International genießt die deutsche Medizintechnik hohes Ansehen. In der Elektromedizin liegen deutsche Produzenten mit einem Weltexportanteil von 16 ½ % auf Platz 2 hinter den USA, die gut 30 % auf sich vereinigen.

In den letzten zehn Jahren wuchs die Nettoproduktion der Branche im Schnitt mit 6 % pro Jahr. Man kann zu Recht von einer Boombranche sprechen. Zu den 'Schwergewichten' in der Produktionsstatistik zählen dabei u.a. Röntgengeräte und Elektrodiagnosegeräte. Derzeit stellt hauptsächlich die Informationstechnologie den dynamischsten Impulsgeber innerhalb der Branche dar. Mit der Weiterentwicklung der Diagnosepotenziale (z.B. Videodiagnose oder Datenvernetzung) schreiten die Möglichkeiten zu neuen Operationstechniken wie der minimalinvasiven Chirurgie

gie voran und eröffnen der Branche neue Absatzperspektiven, zumal die Vermeidung größerer Operationen zu nicht unerheblichen Kosteneinsparungen bei den Krankenkassen beiträgt.

Vor dem Hintergrund der Einsparbemühungen im deutschen Gesundheitswesen wurde das gegenüber früheren Jahrzehnten zuletzt deutlich abgeschwächte Branchenwachstum in jüngerer Vergangenheit nahezu ausschließlich vom expansiven Auslandsgeschäft getragen. Sofern in der Gesundheitspolitik keine neuen Weichenstellungen erfolgen, dürfte sich an dieser Entwicklung auch auf absehbare Zeit nichts ändern. Langfristig lässt sich per saldo von einem Branchenwachstum in der Größenordnung von ca. 5% pro Jahr ausgehen, **damit gehört die Medizintechnik zu den dynamischsten Branchen in Deutschland und die Beschäftigung dürfte von gegenwärtig ca. 88.000 weiter ansteigen.**

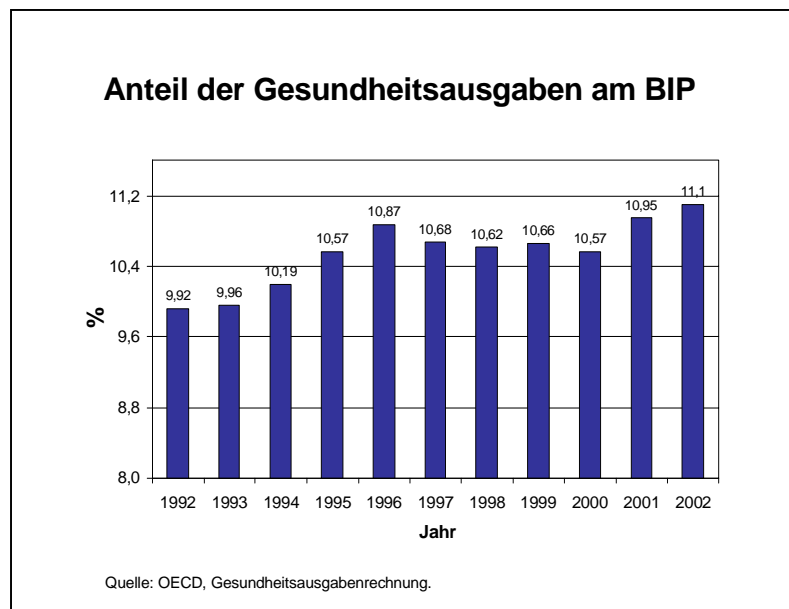
2.3 Politische Rahmenbedingungen

In einem Gesundheitssystem, das wie in Deutschland von öffentlich-rechtlich organisierten Krankenversicherungen geprägt ist, bei denen rund 90 % der Bevölkerung versichert sind, stellen die Gesundheitsausgaben nicht das Ergebnis von Angebot und Nachfrage dar. Den Kreis der „Nachfrager“ bei der gesetzlichen Krankenversicherung legen Gesetzesvorgaben fest. So müssen sich Angestellte und Arbeiter, deren Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze in Höhe von derzeit 3.862,50 EUR Monatseinkommen liegt, bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichern. Sie können zwar grundsätzlich frei zwischen den Krankenkassen wählen, doch diese unterscheiden sich in den angebotenen Leistungen nur unwesentlich. Denn diese sind zu annähernd 95 % gesetzlich vorgeschrieben. Hier ist der Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen so gut wie ausgeschlossen. Den Wettbewerb um möglichst niedrige Beitragssätze schränkt der Risikostrukturausgleich ein. Dieser zielt darauf ab, Beitragsunterschiede zwischen einzelnen Kassen, die sich allein aus einer unterschiedlichen Versichertenstruktur ergeben, zu nivellieren. Denn die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung richten sich nicht nach persönlichen Risikofaktoren, Alter oder Geschlecht, sondern berechnen sich als fester prozentualer Anteil vom beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder.

Die starke Reglementierung begründen die politischen Entscheidungsträger regelmäßig mit einem Marktversagen des Gesundheitsmarktes. Tatsächlich sind die Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb nicht optimal. Die Informationen sind ungleichmäßig verteilt und kranke Menschen können in ihrer rationalen Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sein. Der Staat ist daher gefordert, geeignete Rahmenbedingungen für einen funktionierenden Markt und für Wettbewerb zu schaffen. Er muss allerdings Gesundheitsleistungen nicht selber anbieten. Denn das wäre nur unter der Voraussetzung die bessere Lösung, wenn eine staatliche Bereitstellung effizienter erfolgen könnte als die private. In seiner derzeitigen Ausgestaltung ist das deutsche Gesundheitssystem jedoch durch verschiedene Fehlanreize gekennzeichnet. Unter den gegebenen Voraussetzungen sieht sich kein Versicherter der gesetzlichen Krankenkassen veranlasst, seine tatsächliche Nachfrage oder seine Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen zu offenbaren. Der Einzelne

verhält sich vielmehr ökonomisch rational, wenn er bei einem gegebenen, rein einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeitrag versucht, möglichst viele der angebotenen Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. **Damit ist jedoch nicht sichergestellt, dass die nachgefragten Güter und Dienstleistungen tatsächlich dem Bedarf entsprechen.**

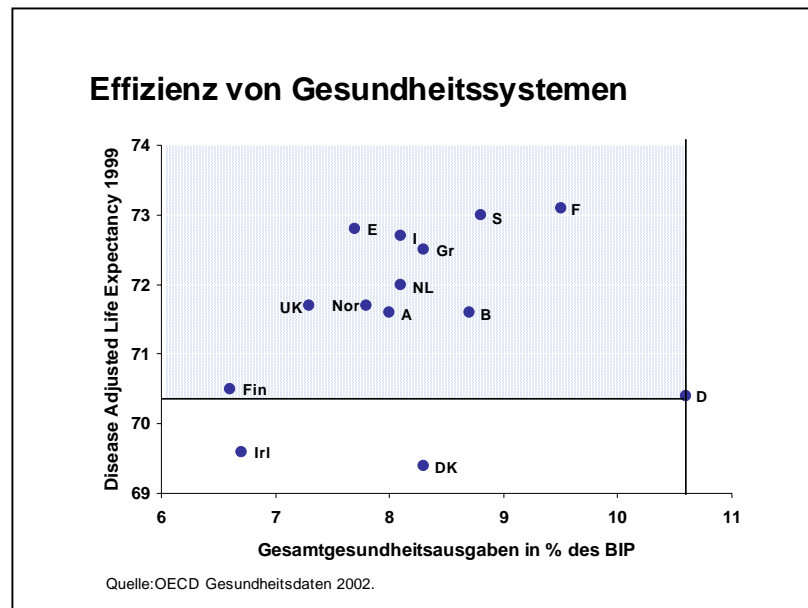
Dieses Verhalten, dass auf individueller Ebene vollkommen rational ist, führt gesamtgesellschaftlich betrachtet zu Gesundheitsausgaben, deren Höhe rein medizinisch gesehen nicht gerechtfertigt sein muss. Der Staat versucht dann wiederum, dieser Entwicklung mit dirigistischen Maßnahmen wie beispielsweise der Budgetierung zu begegnen. Allerdings haben Staatseingriffe auf längere Sicht nicht den gewünschten Erfolg gezeigt: Sie konnten bislang weder die Effizienz nachhaltig erhöhen noch den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen bremsen. Allein zwischen 1992 und 2002 stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 9,9 % auf 11,1 %. Da zukünftig mit weiteren Kostensteigerungen zu rechnen ist, **sollten Effizienzsteigerung und wirtschaftliche Anreize für die Nachfrage im Mittelpunkt einer Gesundheitsreform stehen.**



Hohe Ausgaben sind nicht automatisch ein Indiz für hohe Qualität. Vor einigen Jahren hat die Weltgesundheitsorganisation im „World Health Report 2000“ Gesundheitssysteme anhand einer Reihe von Kriterien beurteilt. Das Ergebnis für Deutschland war ernüchternd. Verglichen mit den anderen Industrieländern sind die Leistungen des deutschen Gesundheitssystems nur mittelmäßig (Rang 14 von insgesamt 191 Ländern). Unter Berücksichtigung der Kosten, also bei Betrachtung der Effizienz, schneidet Deutschland noch schlechter ab (Rang 25). Es liegt damit hinter Frankreich, dem Vereinigten Königreich, Schweden oder der Schweiz. Würden die Mittel besser eingesetzt, ließen sich die Leistungen des Systems verbessern.

Auch eine andere Betrachtung legt diesen Schluss nahe: Nimmt man als Maß für die Leistungsfähigkeit eine Größe, die Lebenserwartung und Gesundheitszustand der Bevölkerung berücksichtigt, so hat man ein Maß für die Leistungen des Systems. Es existieren dazu unterschiedliche Konzep-

te. Die so genannte Disability Adjusted Life Expectancy (DALE) oder Health Adjusted Life Expectancy (HALE) ist eines der am häufigsten genutzten Maße. Innerhalb der EU liegt Deutschland bezüglich der DALE im unteren Drittel. Im folgenden Schaubild sind Gesundheitsausgaben und DALE einer Reihe europäischer Länder dargestellt. Im schattierten Bereich liegen Staaten, die eine höhere DALE und geringere Gesundheitsausgaben aufweisen als Deutschland. Trotz unbestreitbarer Probleme bei der Erhebung der DALE³ verdeutlicht die Grafik den erheblichen Handlungsbedarf zur Steigerung der Qualität in Deutschland.



2.4 Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland

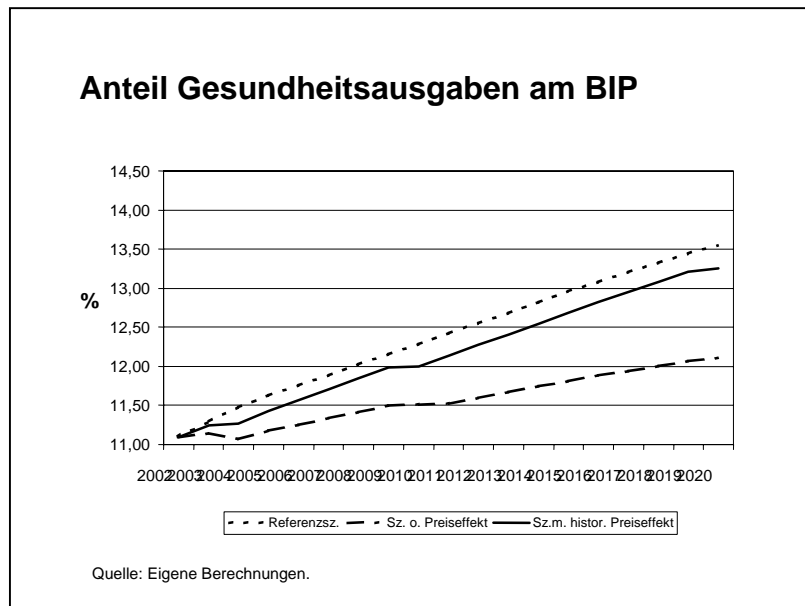
Ein Anstieg der Gesundheitsausgaben in Deutschland ist auf Dauer nicht zu verhindern. Selbst bei Erschließung der möglichen Wirtschaftlichkeitsreserven im System, werden medizinisch-technischer Fortschritt und demographische Entwicklung dauerhaft zu einem Ausgabenanstieg führen. Zur Quantifizierung der Effekte wurde unterstellt:

- ein ähnliches Produktivitätswachstum im Gesundheitssektor wie im Rest der Volkswirtschaft,
- nominales BIP-Wachstum von 3,2 %,
- Kostenanstieg im Gesundheitssektor liegt über gesamtwirtschaftlicher Inflationsrate wie im Schnitt der Jahre 1980 – 2001,
- Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs (RSA) des Jahres 2002 für die alten Bundesländer.

³ Die Lebenserwartung wird auch durch unterschiedliche Lebensgewohnheiten, verschiedene Ernährungsarten und Konsum von Drogen oder Rauschmitteln beeinflusst, die dem Gesundheitssystem nur indirekt zugeschrieben werden können.

Auf Basis dieser Annahmen und der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 5) berechnet sich bis 2020 im Referenzszenario ein Anstieg der Gesundheitsausgaben am BIP von 11,1 % im Jahr 2002 auf rund 13 ½ %.

Berücksichtigt man bei der Berechnung den Anstieg der Lebenserwartung um knapp vier Jahre bis 2020 und eine vermutete geringere Morbidität (besserer Gesundheitszustand) älterer Jahrgänge im Zuge dieser Entwicklung (Kompressionshypothese), so reduziert sich der Anstieg im wahrscheinlichen Szenario auf rund 13¼ %, dies entspricht einem jährlichen Wachstum von rund 4 %. Selbst im Fall einer deutlichen Effizienzsteigerung im Gesundheitssektor, die Folge einer umfassenden Einführung von Wettbewerbselementen sein könnte, ergibt sich aufgrund der demographischen Veränderungen in diesem Wettbewerbsszenario ein Anstieg auf ca. 12 % des BIP im Jahr 2020, das durchschnittliche jährliche Wachstum beträgt knapp 3 ½ %.



Ein Anstieg der Gesundheitsausgaben lässt sich also vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen nicht verhindern. **Anreizstrukturen und die Organisation des Gesundheitssystems sind allerdings mitentscheidend für das Ausmaß des Ausgabenanstiegs.**

3 Gesundheitsmarkt in Deutschland

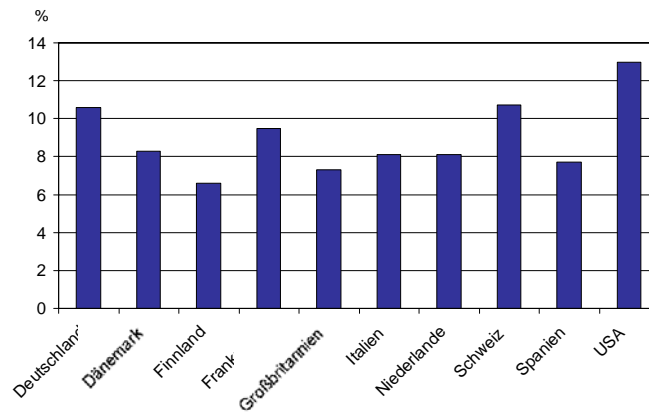
Für die weitere Entwicklung des Gesundheitsmarktes in Deutschland stellen sich daher gegenwärtig eine Reihe von Fragen: wie wird die Leistungserbringung zukünftig organisiert sein und wie wird die Finanzierung sicher gestellt? Bei unseren weiteren Betrachtungen gehen wir davon aus, dass die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes den Gesundheitsmarkt abgrenzt. Danach sind Gesundheitsausgaben „die finanziellen Aufwendungen einer Gesellschaft für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Mitglieder“. Die großen Felder sind die stationäre und die ambulante Versorgung, der Pharmamarkt und der Pflegesektor. Daneben existieren noch eine Reihe anderer Bereiche und auch Märkte, die vom Statistischen Bundesamt nicht dem Gesundheitssektor zugeschlagen werden, die aber in enger Beziehung dazu stehen wie beispielsweise Wellness.

3.1 Bedeutung des Gesundheitsmarktes als Wirtschaftssektor

Im Jahr 2002 beliefen sich die Gesamtgesundheitsausgaben in Deutschland auf 234,2 Mrd. EUR. Sie erreichten einen Anteil von 11,1 % am Bruttoinlandsprodukt. Im Vergleich dazu: Der Umsatz der heimischen Automobilindustrie betrug im gleichen Jahr 9,7 % des BIP. Im internationalen Vergleich wird deutlich, dass Deutschland eher hohe Gesundheitsausgaben tätigt. Gemessen am BIP nehmen die Gesundheitsausgaben nur in den USA und der Schweiz einen höheren Anteil ein.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist zwischen 1992 und 2002 nur um 1 Prozentpunkt gestiegen und in einzelnen Jahren sogar leicht zurückgegangen. Diese weitgehende Konstanz wurde jedoch in erster Linie durch verschiedene Gesundheitsreformmaßnahmen – unter anderem Budgetierung – verursacht, die auf eine Verringerung der Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen abzielten. Eine Antwort auf die Herausforderungen, denen sich das Gesundheitssystem langfristig gegenübersehen, stellen sie jedoch nicht dar. Sie sind nicht dazu geeignet, die Effizienz dauerhaft zu erhöhen und die richtigen Anreize auf der Nachfrageseite zu setzen.

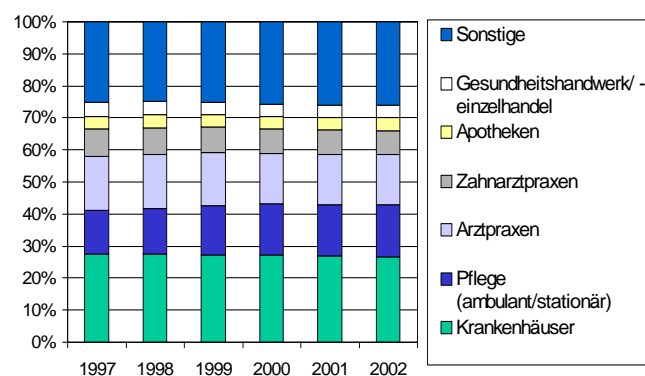
Gesundheitsausgaben am BIP 2000



Quelle: OECD Health Data 2002.

Insgesamt arbeiteten im Jahr 2002 rund 4,2 Millionen Menschen in Gesundheitseinrichtungen. Dies sind rund 10 % aller Beschäftigten in Deutschland. Etwa 27 % des Gesundheitspersonals war in Krankenhäusern tätig, wobei diese Zahl – wie auch in den meisten anderen Einrichtungen – in den letzten Jahren tendenziell eher rückläufig war. Abweichend von diesem Trend nahm allerdings die Zahl der im Bereich der Pflege Beschäftigten kontinuierlich zu. Sie stieg von 1997 bis 2002 um über 22 %. Im Jahr 2002 waren insgesamt rund 679.000 Menschen in Einrichtungen der ambulanten oder stationären Pflege beschäftigt. Hier ist in Zukunft ein weiterer Anstieg zu erwarten.

Gesundheitspersonal nach Einrichtungen



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

3.2 Entwicklung und Aufteilung der Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind seit 1992 im Durchschnitt um 3,7 % jährlich gestiegen, mit Extremwerten von 0,4 % im Jahr 1997 und 7,7% im Jahr 1995. Zum Vergleich: Das nominale BIP nahm in diesem Zeitraum durchschnittlich um 2,7 % pro Jahr zu. Für die einzelnen Ausgabenträger fielen die Zuwächse sehr unterschiedlich aus. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen erhöhten sich von 1992 bis 2002 um 34,7 % und damit um durchschnittlich 3,0 % jährlich. Bei den privaten Versicherungsunternehmen wuchsen die Ausgaben in dem betrachteten Zeitraum um 65,1 % oder um 5,1 % im Jahresdurchschnitt noch stärker. Sehr ähnlich entwickelten sich die Ausgaben der privaten Haushalte, die 2002 um 63,6 % höher lagen als noch 10 Jahre zuvor. Dies entspricht rund 5,0 % im Jahresdurchschnitt. Allerdings relativiert sich das Bild bei der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, wenn man die Ausgaben pro Versichertem betrachtet. Sie überstiegen bei der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2002 den Wert von 1992 um 37,0 % und waren damit um 3,2 % pro Jahr gestiegen. Bei der privaten Krankenversicherung beliefen sich die Zuwächse auf 30,2 % für den gesamten Zeitraum oder 2,7 % pro Jahr.

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern

Mrd. EUR	1992	2002
Öffentliche Haushalte	21,2	18,4
Gesetzliche Krankenversicherung	99,0	133,3
Soziale Pflegeversicherung		16,4
Gesetzliche Rentenversicherung	3,7	4,3
Gesetzliche Unfallversicherung	2,9	4,0
Private Krankenversicherung	12,0	19,7
Arbeitgeber	7,0	9,6
Private Haushalte/private Organisationen ohne Erwerbszweck	17,4	28,5
Insgesamt	163,2	234,2

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Die Ausgaben verteilten sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Segmente des Gesundheitsmarktes. Den größten Ausgabenblock stellten 2002 mit 63,8 Mrd. EUR die Krankenhäuser dar. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben lag bei über 27 %. Mit deutlichem Abstand folgten die Apotheken (32,2 Mrd. EUR) und die Arztpraxen (31,5 Mrd. EUR).

Gesundheitsausgaben nach Art der Einrichtung

	1992		2002	
	Mrd. EUR	Anteil an Gesamt- ausgaben %	Mrd. EUR	Anteil an Gesamt- ausgaben %
Krankenhäuser	46,5	28,5	63,8	27,2
Apotheken	22,5	13,8	32,2	13,7
Arztpraxen	21,9	13,4	31,5	13,5
Pflege (ambulant/stationär)	12,1	7,4	23,0	9,8
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	12,4	7,6	16,5	7,0
Zahnarztpraxen	12,8	7,8	14,8	6,3
Sonstige	35,0	21,5	52,4	22,5
Insgesamt	163,2	100,0	234,2	100,0

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Auffällig sind die Ausgaben für stationäre und ambulante Pflege. Diese erreichten im Jahr 2002 23,0 Mrd. EUR, womit sich ihr Anteil an den Gesamtausgaben gegenüber 1992, im Gegensatz zu den meisten anderen Ausgabenpositionen, deutlich erhöhte. Im Jahr 2001 waren über 2 Millionen Personen in Deutschland pflegebedürftig, darunter mehr als 1,8 Millionen Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung. Der geringere Teil dieser Menschen – rund 30 % – wurde in Pflegeheimen betreut. Die Tendenz ist allerdings steigend. Gab es 1999 noch 8.859 Pflegeheime in Deutschland mit 645.456 Plätzen, waren es 2001 bereits 9.165 mit zusammen 674.292 Plätzen.

3.3 Verwandte Wirtschaftsbereiche

Legt man die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Gesundheit zugrunde, dann ergibt sich eine weitere Abgrenzung für den Gesundheitsmarkt als nach der Gesundheitsausgabenrechnung. Denn die WHO versteht unter Gesundheit „den Zustand des vollständigen körperlich, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht alleine die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“. Danach lässt sich der gesamte Wellness-Bereich mit zum Gesundheitsmarkt zählen. Der Deutsche Wellness-Verband beschreibt Wellness als „aktive Gesundheitsstrategie, die den Einzelnen unterstützt, sein Leben durch wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen gesund und produktiv zu gestalten und damit ein zufriedenes, von chronischen Krankheiten weitgehend freies Leben zu führen“. Der Wellness-Trend zeigt sich in verschiedenen Branchen. Hierzu zählen unter anderem:

- Sport und Fitness,
- Wohnen und Ernährung,
- Kosmetik und Körperpflege.

Der Wellness-Sektor unterliegt nicht den Reglementierungen wie das deutsche Gesundheitswesen. Das Nachfrageverhalten in diesem Bereich kann als ein Indikator für die Zahlungsbereitschaft der Menschen für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen angesehen werden, die eine Krankenversicherung nicht trägt.

So wuchs in den vergangenen 10 Jahren die Zahl der Mitglieder in Fitnesscentern von zwei auf über fünf Millionen und der Deutsche Sportbund verzeichnete einen deutlichen Anstieg der Mitgliederzahlen von 23,7 auf 26,9 Millionen. Auch im Bereich Ernährung liegt Wellness voll im Trend. Nach einer Umfrage der Lebensmittel-Zeitung sind „Gesundheit, Genuss, Umweltverträglichkeit und Natürlichkeit“ die Leit motive beim Thema Essen. Dies erklärt die wachsende Beliebtheit von „funktionellen Lebensmitteln“. Sie sollen – nach Angaben der Hersteller – im Rahmen einer normalen Ernährung den allgemeinen Gesundheitszustand von Menschen verbessern, das Wohlbefinden steigern oder Krankheitsrisiken reduzieren. Das Weltmarktvolumen wird auf 10 – 20 Mrd. EUR geschätzt. Dies entspricht zwar nicht mehr als 1 % des gesamten Lebensmittelmarktes, aber kaum einem anderen Segment werden bessere Entwicklungsaussichten prognostiziert.

4 Ausblick: Gesundheitswesen der Zukunft

4.1 Reformnotwendigkeit des Gesundheitswesens

Das deutsche Gesundheitssystem könnte noch besser sein, wenn die bereitgestellten Mittel effizienter eingesetzt würden. Gemessen an einer Reihe von Indikatoren treten Defizite oder Ineffizienzen im Vergleich mit anderen Ländern zutage (siehe auch: BMGS, Rürup-Bericht). Die in der aktuellen Diskussion meist prominent behandelten Probleme der Finanzierung betreffen im Kern nicht die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und sind prinzipiell getrennt von der Leistungserstellungsseite zu betrachten.

Erst wenn nach der Einführung von mehr Wettbewerbselementen, der Steigerung der Effizienz, Verbesserung der Transparenz und Patientensouveränität sowie der Begrenzung des Leistungskatalogs der GRV die solidarisch zu finanzierenden Ausgaben bekannt sind, sollte über die Form der Finanzierung entschieden werden.⁴ In diesem Zusammenhang muss auch über die Aufgabe des Gesundheitssystems neu nachgedacht werden. Gegenwärtig findet im Gesundheitswesen eine beachtliche Einkommensumverteilung statt; von hohen Einkommen zu niederen Einkommen, von Kinderlosen zu Kinderreichen usw.. Das Gesundheitssystem dient jedoch in erster Linie dem Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, wohingegen das Steuersystem auf den Ausgleich von Einkommen angelegt wurde. **Unter Effizienzgesichtspunkten wäre es daher sinnvoll, jedes System nur noch mit den Aufgaben zu betrauen, für die es gedacht ist und systemfremde Aufgaben auszugliedern.**

4.2 Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Die demographische Entwicklung sowie der medizinisch-technische Fortschritt tragen dazu bei, dass die Gesundheitsausgaben langfristig steigen. Damit bekommt die Frage nach einer dauerhaft tragfähigen Finanzierung eine immer größere Bedeutung. Gerade in einem Finanzierungssystem, in dem die Arbeitskosten unmittelbar mit den Krankenkassenbeiträgen belastet werden, ist angesichts steigender Ausgaben eine Diskussion darüber notwendig, wie die steigenden Lasten verteilt werden sollen.

Die einkommensabhängige Form der Finanzierung mit der hälftigen Beteiligung der Arbeitgeber verteuert den Faktor Arbeit und verringert Anreize zur Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit. Beides hat negative Auswirkungen auf Beschäftigung und Wachstum. **Die Abkopplung der Finanzierung vom Bruttolohn oder zumindest eine spürbare Reduzierung der Belastung**

⁴ Entsprechende Vorschläge finden sich im Economic Trend Report „Gesundheitswesen – Reformbedarf und Handlungsoptionen“ vom Mai 2003.

der Arbeitskosten ist daher wünschenswert und notwendig. An entsprechenden Vorschlägen herrscht kein Mangel.⁵

4.2.1 Bürgerversicherung und Gesundheitsprämien – mehr als zwei Möglichkeiten

Bezüglich der Finanzierung der Gesundheitsausgaben herrscht zwischen den politischen Akteuren Dissens und auch die Rürup-Kommission konnte sich nicht auf einen Vorschlag einigen. Prinzipiell bieten sich die folgenden Möglichkeiten, wenn Gesundheitsausgaben nicht generell aus dem Steueraufkommen bestritten werden sollen:

Bemessungs- grundlage	Zur Finanzierung herangezogen	
	Alle Bürger	Arbeitnehmer (AN)
Individuum	Pauschale Bürgerversicherung	Pauschale AN-Versicherung (Rürup-Vorschlag)
Einkommen	Einkommensabhängige Bürgerversicherung (Lauterbach-Vorschlag)	Herzog-Modell 1. Stufe, einkommensabhängige AN-Versicherung
Arbeitseinkommen	-	Lohnabhängige AN-Versicherung (Status quo)

Quelle: Gerken, Raddatz 2003.

Die politische Diskussion ist verkürzt auf die Vorschläge Gesundheitsprämie (Rürup-Vorschlag) und Bürgerversicherung (Lauterbach-Vorschlag), die im folgenden etwas detaillierter vorgestellt werden.

4.2.2 Einführung von Gesundheitsprämien

Durch Gesundheitsprämien soll eine Abkehr von der einkommensbezogenen Beitragserhebung hin zum Äquivalenzprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden. Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge würden als Bruttolohnbestandteile ausgezahlt, die Krankenkassenbeiträge vollständig aus den Lohnzusatzkosten herausgenommen. Gleichzeitig sieht das Rürup-Modell vor, **die gesetzliche Krankenversicherung von sozialpolitisch motivierten Umverteilungsausgaben zu entlasten und diese auf das Steuer- und Transfersystem zu übertragen.** Konkret bedeutete dies: Jeder gesetzlich Versicherte zahlt in seiner Krankenkasse einen identischen Beitrag, der sich allein nach den Gesundheitsausgaben seiner Krankenkasse richtet⁶. Zwischen den einzelnen Krankenversicherern herrscht – wie bisher – Beitragswettbewerb; es gelten Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Steuerfinanzierte Prämienzuschüsse dienen dem Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Einkommen.

⁵ Siehe dazu z.B. die Vorschläge der Rürup-Kommission.

⁶ Kinder bleiben beitragsfrei versichert.

Dieser Vorschlag zielt unter anderem auf eine höhere Effizienz des Krankenversicherungsmarktes. Je nach Ausgestaltung – der Bericht stellt verschiedene Alternativen vor – könnte der Wettbewerb zwischen privaten und öffentlich-rechtlichen Krankenversicherern ermöglicht werden. Bislang handelt es sich durch die Versicherungspflichtgrenze um zwei getrennte Marktsegmente. In einem stärker wettbewerblich orientierten System könnte auf Dauer auch der Risikostrukturausgleich zumindest deutlich eingeschränkt oder letztendlich sogar abgeschafft werden. Zudem ließe sich mit Gesundheitsprämien die sozialpolitisch motivierte Einkommensumverteilung auf der Finanzierungsseite der Krankenkassen vermeiden⁷. Dies wäre ein wesentlicher Beitrag zur Stärkung des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenkasse. Ein weiterer Vorteil des Modells läge darin, dass es – entsprechend den Charakteristika einer Pauschalsteuer – anreizneutral im Hinblick auf den Faktor Arbeit ist. Die Entscheidung ob und wie viel gearbeitet wird, ist unbeeinflusst von der Erhebung der Gesundheitsprämie. Den demographischen Herausforderungen stellt sich dieser Ansatz jedoch nicht, er hält am Umlageverfahren fest. Allerdings ist es durchaus vorstellbar, Gesundheitsprämien in ein System mit stärkerer Kapitaldeckung zu integrieren. Hierzu gibt es verschiedene Vorschläge in der öffentlichen Diskussion, unter anderem das Zukunftsmodell der Allianz Privaten Krankenversicherung.

4.2.3 Ausweitung des Versichertenkreises bei der gesetzlichen Krankenversicherung (Bürgerversicherung)

Der unter dem Schlagwort „Bürgerversicherung“ diskutierte Vorschlag der Kommission sieht vor, alle Gruppen der Bevölkerung in die gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen und die Versicherungspflichtgrenze aufzuheben. Damit unterlägen zukünftig auch Beamte und Selbstständige sowie Menschen in höheren Einkommensklassen der allgemeinen Versicherungspflicht. Zudem ist vorgesehen, nicht mehr allein Einkünfte aus unselbstständiger Arbeit als Beitragsgrundlage heranzuziehen, sondern diese um andere Einkunftsarten (z.B. aus Vermietung und Verpachtung oder Kapitalanlagen) zu erweitern.

Dieser Ansatz schränkt den Entscheidungsspielraum der Bürger ein und die Unzulänglichkeiten des gegenwärtigen Systems bestünden auf Dauer weiter. Es stellt sich die Frage nach der Effizienz der Bürgerversicherung, auch vor dem Hintergrund, dass sie die Umverteilungselemente auf der Finanzierungsseite unverändert beibehält. Dessen ungeachtet entstünden auch rechtliche Probleme: Für die derzeit privat Versicherten müsste ein Bestandsschutz gewährt werden, Neugeschäft für die privaten Krankenversicherungen würde es nicht mehr geben. Private Krankenversicherungsunternehmen müssten sich – wie auch in dem entsprechenden Vorschlag der Rürup-Kommission vorgesehen – auf das Geschäft mit Zusatzversicherungen konzentrieren.

⁷ Mit der letzten Gesundheitsreform hat die Bundesregierung verschiedene sozialpolitisch motivierte Leistungen ganz oder teilweise aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen oder steuerfinanziert (etwa Sterbegeld, künstliche Befruchtung oder Mutterschaftsgeld). Eine entsprechende Bereinigung der Finanzierungsseite um Umverteilungselemente wäre eine logische Konsequenz.

Die Beitragssatzeffekte durch die Einführung der beschriebenen Bürgerversicherung wären kurzfristig positiv. Die langfristigen Effekte sind jedoch ungewiss. Die Bürgerversicherung würde zusätzliche Einnahmen generieren und damit zunächst die Finanzierungsschwierigkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung mildern. Allerdings reduzierte sie damit auch den weiterhin gegebenen Handlungsbedarf für strukturelle Reformen und verlagerte die bestehenden Probleme in die Zukunft, in der sie nicht leichter zu lösen sein würden. Zudem stellte sich die Frage, wie die lückenlose Erfassung der Bemessungsgrundlage, also sämtlicher Einkünfte der Versicherten, gewährleistet werden könnte. Das Finanzamt als verlängerter Arm der gesetzlichen Krankenversicherung wäre notwendig. Besonders bedenklich ist, dass die demographische Komponente bei der Bürgerversicherung vollkommen unberücksichtigt bleibt. **Das Umlageverfahren wird nicht nur beibehalten, sondern sogar ausdehnt.** Das Element der privaten Krankenversicherung, die Altersrückstellungen bildet und damit Vorsorge für das Alter betreibt, ginge verloren.

4.3 Mehr Wettbewerb auf der Anbieterseite

Um für gesetzliche Krankenkassen Rahmenbedingungen zu schaffen, bei denen tatsächlich nur noch ihre Effizienz über die Höhe der Prämien entscheidet, müssen auch die Voraussetzungen für einen intensiveren Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen geschaffen werden. Hierzu zählen in erster Linie:

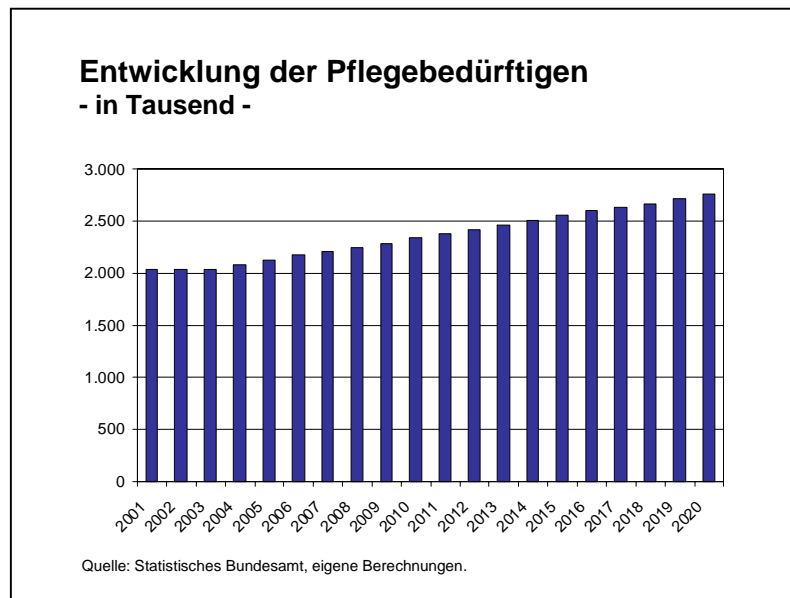
- die Aufhebung des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen,
- die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung,
- die stärkere Integration von ambulanter und stationärer Versorgung sowie
- die Liberalisierung des Arzneimittelmarktes.

Mit dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems hat die Bundesregierung bereits einen wichtigen Schritt unternommen, um die Effizienz der Krankenhausbehandlung zu erhöhen und den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern zu steigern. Auch die Disease-Management-Programme, denen die Bundesregierung im Zuge der Reform des Risikostrukturausgleichs vom 1. Januar 2002 eine höhere Bedeutung beigemessen hat, sind grundsätzlich eine Möglichkeit, Effizienzpotenziale im Gesundheitssystem zu nutzen. Allerdings besteht hier in Deutschland noch deutlicher Nachbesserungsbedarf. Korrekturen sind jedoch frühestens mit der für 2007 geplanten erneuten Reform des Risikostrukturausgleichs zu erwarten. Die Deregulierung des Arzneimittelmarktes geht bislang nur sehr zaghafte voran. Die Lockerung des Mehrbesitzverbotes bei Apotheken und die Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel sind kaum mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein. Weiteres Rationalisierungspotenzial im Bereich der Arzneimittelversorgung muss erschlossen und die Möglichkeiten einer Liberalisierung der Arzneimittelproduktion müssen überprüft werden.

4.4 Veränderungen in den Hauptbereichen des Gesundheitsmarktes

4.4.1 Die Entwicklung des Pflegesektors

Das Pflegefallrisiko steigt mit zunehmendem Alter stark an. Beträgt es für unter 60-Jährige nicht einmal 1 % so liegt die Wahrscheinlichkeit bei über 80-Jährigen schon bei über 20 % und bei über 90-Jährigen Frauen sind es rund 60 %. Männer schneiden im hohen Alter besser ab: nur rund 40 % der Männer über 90 Jahre sind in einer der drei Pflegestufen eingruppiert. Die von steigender Lebenserwartung gekennzeichnete demographische Entwicklung führt in Zukunft zu einem weiteren Anstieg der Pflegefälle in Deutschland. Bei unveränderter Wahrscheinlichkeit ein Pflegefall zu werden, wird die Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2020 um 35 % auf gut 2,7 Millionen ansteigen. Dies entspricht einem Wachstum von rund 1,9 % pro Jahr.



Durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 erfuhr dieser Sektor eine bedeutende Aufwertung. Die Anzahl der von rund 20.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen betreuten Menschen betrug Ende 2001 rund 2 Millionen, davon rund 600.000 in stationärer Pflege (letzte offizielle Zahlen des Statistischen Bundesamtes). Bis Ende 2003 hat sich an diesen Zahlen kaum etwas geändert. So stieg etwa die Zahl der stationär Versorgten von 604.000 Ende 2001 auf 608.000 Ende 2003 (VdAK).

Neben der Entwicklung der Fallzahlen sind vor allem die nachgefragten Leistungsarten für die weitere Entwicklung des Pflegemarktes von Bedeutung. Ändert sich an den heutigen Bedingungen nichts, dürfte der Trend zur stationären Pflege anhalten. Dieser ist zum einen darin begründet, dass in Pflegestufe I und II bei vollstationärer Pflege höhere Aufwendungen erstattet werden als bei häuslicher Pflege. Zum anderen liegt dies aber auch an sozio-ökonomischen Faktoren, die zum Aufweichen traditioneller Familienzusammenhänge führen. Nach wie vor ist jedoch der Regelfall die familiäre Pflege und bis 2020 dürfte sich daran nichts Grundsätzliches ändern.

Ende 2001 waren im Pflegebereich rund 665.000 Personen beschäftigt, 85 % davon Frauen mit einer hohen Teilzeitquote, die im ambulanten Bereich bei 65 % lag. Mit dem Anstieg der Pflegefälle bis zum Jahr 2020 dürfte die Zahl der im Pflegebereich Beschäftigten bei unveränderten Strukturen auf knapp 900.000 Menschen ansteigen. Berücksichtigt man jedoch auch im personalintensiven Pflegebereich einen Produktivitätsfortschritt von 1 % pro Jahr, so reduziert sich der Anstieg der Beschäftigung auf 110.000 Personen. Daneben ist noch zu berücksichtigen, dass durch die Tendenz zu vermehrter stationärer Betreuung der Personalbedarf ansteigt. Geht man davon aus, dass der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen von knapp 30 % auf 33 % bis 2020 wächst und der von ambulant Versorgten von gut 21 % auf 25 %, ergeben sich leicht höhere Beschäftigtenzahlen im Pflegebereich, wobei von einer unveränderten Teilzeitquote ausgegangen wurde.

Entwicklung der Beschäftigung im Pflegebereich bei dynamisierten Leistungen
- in Tausend -

	Ohne Produktivitätsfortschritt			Produktivitätsfortschritt 1 % p.a.		
	Ambulant	Stationär	Insgesamt	Ambulant	Stationär	Insgesamt
2001	190	475	665	190	475	665
2010	236	561	797	218	518	736
2020	296	704	1.000	247	589	836

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Diesen Berechnungen liegt die Annahme zugrunde, dass sich der Anteil der selbst zu tragenden Kosten in Zukunft nicht grundlegend verändert. Dies erfordert jedoch eine Reform der sozialen Pflegeversicherung. Einer ihrer **grundlegenden Konstruktionsfehler ist nämlich die fehlende Dynamisierung der Leistungen**. Sie war schon von Beginn an so konzipiert, dass sie nur einen Teil der Kosten bei Eintritt des Pflegefalls übernahm. Die Zuzahlungen der Betroffenen stiegen in dem Maße an, wie Inflation und Kostenentwicklung den Wert der Leistungen der Pflegeversicherung verringerten. Wird daran nichts geändert, werden die Versicherungsleistungen langfristig zu einer vernachlässigbaren Größe und der Effekt durch ihre Einführung – insbesondere die Entlastung anderer Sozialkassen – verpuffte.

Eigenanteil des Pflegebedürftigen
Beispiel: Jahr 2003, alte Bundesländer in Euro, monatlich

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Heimentgelt	2.120,33	2.560,51	3.008,60
davon			
– pflegebedingte Aufwendungen	1.214,97	1.655,15	2.103,24
– Unterkunft und Verpflegung	605,36	605,36	605,36
– Investitionskosten (ca.)	300,00	300,00	300,00
Anteil der Pflegekasse	1.023,00	1.279,00	1.432,00
Eigenanteil des Pflegebedürftigen	1.097,33	1.281,51	1.576,60

Quelle: VdAK.

Bereits heute kommen auf die Betroffenen je nach Pflegestufe zum Teil erhebliche Kosten zu. Der obigen Tabelle ist zu entnehmen, dass bei stationärer Unterbringung der Eigenanteil Pflegebedürftiger in Pflegestufe I im Schnitt über 800 EUR/Monat beträgt. Berücksichtigt man noch die in den Heimentgelten enthaltenen Investitionskosten, entsteht schnell ein Zuzahlungsbedarf von 1.100 EUR/Monat, mit steigender Tendenz.

Die Rürup-Kommission hat vor diesem Hintergrund die Dynamisierung der Leistungen vorgeschlagen, wobei jeweils der Durchschnitt aus dem Anstieg der Verbraucherpreise und Nominallohnanstieg den Dynamisierungsfaktor darstellen würde. Nach den Berechnungen der Kommission entstünde durch die Dynamisierung 2020 ein Defizit von rund 10 Mrd. EUR. Zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung schlägt die Kommission eine Reihe von Maßnahmen vor:

Der intergenerative Lastenausgleich durch stärkere Einbindung der Rentner ab 2010 sieht vor, von den Rentnern einen Ausgleichsbetrag zu erheben, der die Dynamisierung der Leistungen erlaubt. Rentner zahlen dann Beiträge in Höhe von 3,2 %, davon 2,6 % selbst. Die Belastung von Arbeitseinkommen bliebe bei 1,7 % wovon 0,5 % als Vorsorgekapital auf speziellen Konten bei der Rentenversicherung angespart und verzinst würden. Der auf Renten abzuführende Beitragssatz steigt bis 2050 auf 4,5 %. Diese Belastung wird durch die Auflösung des angesparten Vorsorgekapitals kompensiert.

Eine alternative Reformvariante für die Pflegeversicherung sieht den Umstieg auf ein kapitalgedecktes Verfahren vor. Dies hätte allerdings höhere Belastungen für die Sozialkassen zur Finanzierung der Pflegebedürftigen, die Leistungen benötigen, zur Folge, bevor der erforderliche Kapitalstock aufgebaut wäre. Der Übergang zu einem solchen System erstreckt sich typischerweise über mehrere Jahrzehnte und könnte bis 2045 abgeschlossen sein (Rürup-Kommission). Die Dynamisierung der Leistungen wäre in einem solchen System gegeben.

Die Nachfrage nach Pflegeleistungen wird auf jeden Fall zunehmen. In welchem Maße allerdings Leistungen über den Markt erbracht werden, hängt von den politischen Entscheidungen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung ab. Wird die bestehende Regelung beibehalten und die Leistungen werden nicht gemäß der Kosten- oder Inflationsentwicklung angepasst, werden zunehmend Leistungsanteile wieder in Privatinitiative durch Familienangehörige und Bekannte erbracht werden. Die Nachfrage nach Pflegeleistungen an sich dürfte relativ unelastisch bezüglich einer solchen Entwicklung sein, die Form der Leistungserbringung wird sich aber verändern. Decken Alterseinkünfte und Zahlungen der Pflegekasse nicht die Kosten der Pflege, muss das eigene Vermögen eingesetzt werden. Ist dieses aufgebraucht, springen die Sozialkassen ein. Bleibt eine Dynamisierung der Pflegeleistungen aus, werden voraussichtlich weniger Menschen eine stationäre Unterbringung wählen, da so gegebenenfalls die zu tragenden Kosten verringert werden könnten. Wir gehen davon aus, dass in diesem Fall der Anteil an stationärer Unterbringung bis 2020 nicht bei 33 %, sondern bei lediglich 27 % liegen dürfte. Der Anteil der von ambulanten Pflege-

diensten Versorgten läge bei 25 % und knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen würden von Angehörigen versorgt.

Entwicklung der Beschäftigung im Pflegebereich ohne dynamisierte Leistungen, in Tausend

	Ohne Produktivitätsfortschritt			Produktivitätsfortschritt 1 % p.a.		
	Ambulant	Stationär	Insgesamt	Ambulant	Stationär	Insgesamt
2001	190	475	665	190	475	665
2010	236	561	797	213	485	698
2020	313	576	889	262	482	744

Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Bei einem unterstellten Produktivitätsanstieg von 1 % ergibt sich in diesem Fall eine um fast 100.000 Personen geringere Beschäftigung im Pflegesektor als bei dynamisierten Leistungen. Damit geht eine höhere Belastung der privaten Haushalte einher, die die Pflegeleistungen erbringen und verstärkt Pflegegeld beziehen, anstatt Markteinkommen zu erzielen. **Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht wäre daher eine Dynamisierung der Pflegeleistungen im Rahmen eines neuen Finanzierungskonzeptes angeraten.** Zur Gewährleistung einer größtmöglichen Nachhaltigkeit sollte die Pflegeversicherung kapitalgedeckt sein und die Beitragsleistung von allen nicht-pflegebedürftigen Erwachsenen erbracht werden. Die Beiträge sollten nicht am Lohneinkommen ansetzen, sondern gemäß dem individuellen Risiko kalkuliert sein. Eine zweitbeste Lösung wäre ein pauschaler Pflegesatz.

4.4.2 Die Märkte für stationäre und ambulante Versorgung

Die Krankenhausbehandlung ist mit deutlichem Abstand die größte Einzelposition unter den gesamten Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Jahr 2002 beanspruchte sie über 63 Mrd. EUR, was gut einem Viertel der Gesamtausgaben entsprach. Die Ausgaben der ambulanten ärztlichen Versorgung betragen weitere gut 13 %, so dass über 40 % aller Ausgaben in diese zwei Sektoren fallen. Beide sind auch in vergleichbarem Maße von den demographischen Veränderungen betroffen und sind Gegenstand umfangreicher Kostenreduktionsmaßnahmen, um den weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben zu bremsen. Wie die medizinische Versorgung in Deutschland zukünftig gestaltet sein wird, und damit auch das relative Verhältnis der beiden Bereiche zueinander aussehen wird, hängt stark von den anstehenden politischen Weichenstellungen ab.

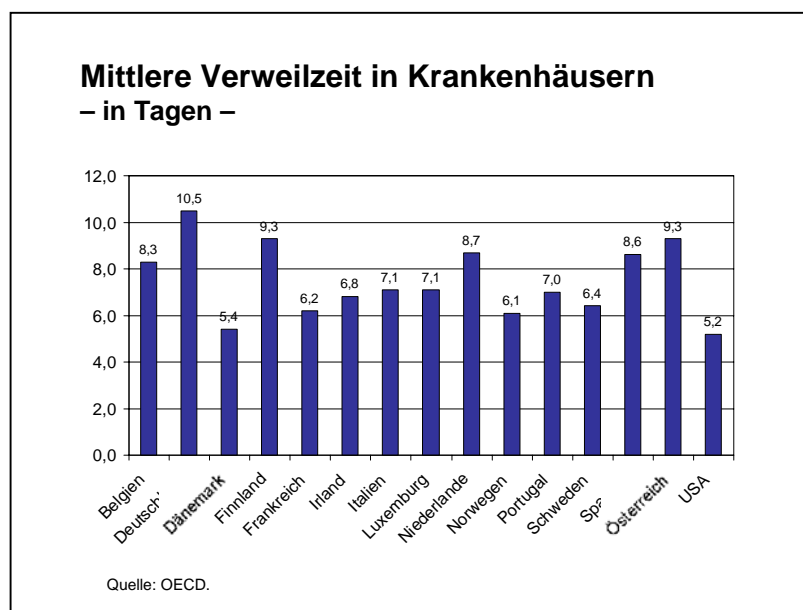
Ältere Menschen werden häufiger krank und in Krankenhäuser eingewiesen. Dort bleiben sie im Schnitt länger als jüngere. Aus der demographischen Entwicklung – 2020 wird die Zahl der 65-Jährigen und Älteren rund 22 % höher sein als 2003 - ist daher eine **Anstieg der Krankenhausfälle** angelegt. Käme es zu keiner weiteren Veränderung im Verhalten von Krankenhäusern und Patienten stiege die Zahl der Tage, die Patienten im Krankenhaus verbringen, von 2003 bis 2020 um rund 12 % an. Die gleiche Entwicklung ist im ambulanten Sektor zu beobachten. Bei unveränder-

tem Verhalten der Bürger dürfte im Zuge der Alterung der Gesellschaft die Zahl der Personen, die zumindest einmal im Jahr ambulant untersucht werden von 6,3 Millionen 1999 (Breyer et al 2001) bis 2020 um knapp 15 % ansteigen. Mit dieser Leistungsausweitung wäre ein Ausgabenwachstum verbunden, dass bei Krankenhäusern und ambulant tätigen Ärzten rund einen halben Prozentpunkt über dem nominellen BIP-Wachstum läge.

Dieser rein demographische Effekt wird jedoch überlagert von anderen Entwicklungen. Die Bestrebungen der Bundesregierung, den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen zu bremsen, haben sowohl die stärkere Verlagerung der Kosten auf die Nutzer des Systems (Praxisgebühr) zur Folge als auch weitreichende Umorientierungen im stationären Bereich.

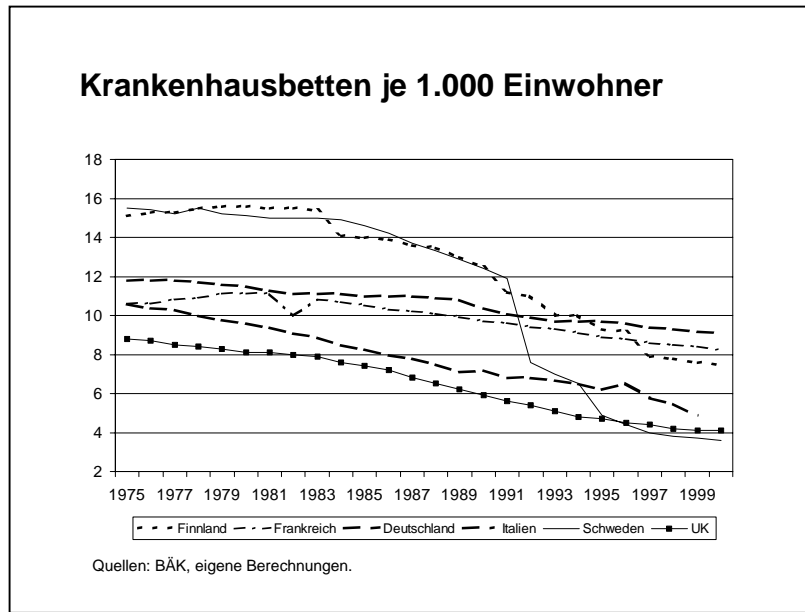
Am 1. Januar 2003 trat das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz) in Kraft. Damit tritt an die Stelle des bisherigen Vergütungs-Mischsystems ein System, bei dem Krankheitsarten über medizinische Diagnose-, Operations- und Prozedurenschlüssel in Abrechnungspositionen mit vergleichbarem ökonomischen Aufwand zusammengefasst werden. 2003 konnten Krankenhäuser auf freiwilliger Basis über den neuen Modus abrechnen, seit 1. Januar 2004 ist das System verpflichtend. Eine Übergangsfrist, die noch krankenhausindividuelle Budgets vorsieht, endet 2006. Zum 1. Januar 2007 sollen landesweite Fallpauschalen für vergleichbare Fallgruppen gelten.

Das neue Vergütungssystem setzt unmittelbare Anreize zur Erhöhung der Effizienz in deutschen Kliniken. So dürften sich die Liegezeiten weiter verkürzen. Bisher lag in Deutschland die mittlere Verweildauer in Krankenhäusern im europäischen Vergleich an der Spitze.



In Deutschland verbrachte ein Patient 2001 durchschnittlich noch 9,8 Tage im Krankenhaus. Vergleichszahlen aus anderen OECD Länder für das Jahr 1999 zeigen, dass Deutschland auch damit am oberen Rand der betrachteten Länder lag. Der OECD Durchschnitt lag bei 7,5 Tagen.

Geht man davon aus, dass in den nächsten 10 bis 15 Jahren eine weitere Reduzierung der Liegezeiten um 20 % auf 7,8 Tage möglich ist, könnten nahezu 112.000 Krankenhausbetten und damit über 450 Krankenhäuser durchschnittlicher Größe wegfallen. Dadurch ließen sich rein rechnerisch rund 12,7 Mrd. EUR einsparen, was einer Beitragssatzsenkung von etwa 1,2 Prozentpunkten entspräche. Faktisch dürfte es aber zu einer Intensivierung der Pflegeleistungen kommen, so dass das Einsparpotenzial deutlich geringer ausfallen wird.



Bis 2020 gehen wir von einer Reduktion der Zahl der Betten und Krankenhäuser von jeweils gut 20 % aus. **Erhebliche Effizienzsteigerungen im Krankensektor**, wie in den USA nach der dortigen Einführung von Fallpauschalen, sind zu erwarten. Dabei wird es auch zu spürbaren Veränderungen in der Krankenhauslandschaft kommen. Private Anbieter werden eine immer größere Rolle spielen. Daneben dürfte aber auch ambulantes Operieren weiter an Bedeutung gewinnen und eine teilweise Verlagerung von Eingriffen in den ambulanten Sektor stattfinden.

Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser in Deutschland

	Alle Krankenhäuser	Bettenzahl	Öffentliche *	Freigemeinnützige*	Private*
1990	2.447	685.976	1.043	843	321
1995	2.325	609.123	863	845	373
2001	2.240	552.680	723	804	468
2010	2.020	515.000	470	680	635
2020	1.790	475.000	300	580	700

*) Nur Allgemeinkrankenhäuser.

Quellen: Deutsche Krankenhausgesellschaft, eigene Berechnungen.

Kostenintensive Kliniken kommen durch die Fallpauschalen unter starken Anpassungsdruck und die Auslese management- und investitionsschwacher Marktteilnehmer beschleunigt sich. Wegen eines langjährigen Desinvestments und aufgrund oft fehlender Mittel für erforderliche Modernisierungsinvestitionen wurden allein seit 2002 rund 30 öffentliche Krankenhäuser

privatisiert. Seit Anfang der neunziger Jahre hat sich der an der Bettenzahl gemessene Marktanteil privater Krankenhäuser verdoppelt und lag Ende 2001 bei 7,5 %. Während öffentliche Krankenhäuser seit 1990 gut 28 % ihrer Bettenkapazität abbauten (- 100.000 Betten) steigerten private Kliniken ihre Kapazität um 80 % (+ 20.000 Betten). Bei freigemeinnützigen Häusern gab es dagegen kaum Veränderungen. Bis 2010 wird sich der Marktanteil der privaten auf 12 bis 15 % nochmals etwa verdoppeln und könnte 2020 bei rund 40 % liegen. Die Effizienzsteigerungen durch kürzere Liegezeiten und bessere Qualitätskontrolle im Krankenhaus führen nach unseren Berechnungen insgesamt dazu, dass die Zahl der Krankenhaustage gegenüber heute um 10 % zurückgehen wird, obwohl rein demographisch ein Anstieg von rund 12 % angelegt wäre.

Die anstehende Reduktion an Krankenhäusern und der Bettenkapazität führt auch zu Veränderungen in der Zusammensetzung des in Krankenhäusern beschäftigten Personals. Mit kürzeren Liegezeiten und einer stärkeren Spezialisierung der Krankenhäuser als Folge der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestmengen und Qualitätsstandards geht eine Intensivierung der Therapie und Pflege einher. Wir unterstellen einen erhöhten Personalbedarf von 15 % pro Bett bis 2020. Daher dürfte die Zahl der Beschäftigten in Krankenhäusern bis 2020 kaum zurückgehen. Die Personalstruktur wird sich allerdings erheblich verschieben. Die Marktkonsolidierung führt zu mehr Fusionen und Zusammenlegungen von Krankenhäusern, so dass insbesondere im Verwaltungsbereich, dem Wirtschafts- und Versorgungsdienst und ähnlichen unterstützenden Tätigkeiten, die zur Zeit rund 35 % des Krankenhauspersonals ausmachen, Personal eingespart werden kann.

Seit 1995 wachsen die nominalen Krankenhausaussgaben – mit jahresdurchschnittlich knapp 2 % – weniger stark als die gesamtwirtschaftliche Leistung zunimmt. Dabei dürften die internen, von Zukäufen bereinigten Umsätze nur der privaten Krankenhausbetreiber um jährlich etwa 4 bis 5 % gestiegen sein. Die mengenmäßige Nachfrage, gemessen an den Fallzahlen, steigt in der gesamten Branche ebenfalls um rund 2 % jährlich, so dass die Erlöse pro Fall im Mittel lediglich stagnieren. Steigende Fallzahlen und parallel sinkende Pflagestage (minus 1 3/4 % jährlich seit 1995) führten zu der bereits erwähnten Reduzierung der Liegezeiten von etwa 15 Tagen Anfang der neunziger Jahre auf zuletzt knapp zehn Tage.

Auch mittelfristig begrenzen die fortschreitende Verkürzung der Verweildauer und erhöhte ambulante und tagesklinische Angebote die Steigerungen der Leistungsmengen auf einen Wachstumspfad von bestenfalls 3 bis 4 % jährlich, wobei die demographische Entwicklung bis 2020 und der medizinisch-technische Fortschritt bereits berücksichtigt sind. Das Wachstum des Sektors liegt damit vermutlich nur leicht über dem des nominalen BIP. **Bis 2020 sind daher die Wachstumsaussichten des stationären Krankensektors unter den herrschenden Rahmenbedingungen als verhalten einzustufen.**

In diesem Szenario, das die herrschenden Ansätze der Gesundheitspolitik in die Zukunft fortschreibt (Status quo Szenario), reduziert sich die Verweildauer im Krankenhaus von 9,8 auf 7,8

Tage im Durchschnitt und die Bettenkapazität wird entsprechend der obigen Tabelle reduziert. Die Personal- und Ausgabenentwicklung für die entsprechenden Sektoren lässt sich der folgenden Tabelle entnehmen.

Personal und Ausgaben im Status quo Szenario

	Personal in Tsd.		Ausgaben in Mio. EUR	
	Stationärer Sektor	Ambulanter Sektor*	Stationärer Sektor	Ambulanter Sektor*
2002	1.110	647	63,8	31,5
2010	1.100	670	79,3	42,1
2020	1.090	680	111,4	62,7

* Beschäftigte in Arztpraxen, ohne Zahnärzte.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung, eigene Berechnungen

Die durch das GKV-Modernisierungsgesetz und Fallpauschalen angelegten Veränderungen im stationären Bereich haben auch **unmittelbare Auswirkungen auf den ambulanten Bereich**. So erhalten integrierte Versorgungsformen (Medizinische Versorgungszentren, 'Netzwerke') zwischen Haus- und Fachärzten sowie zwischen ambulantem und stationärem Bereich ein wachsendes Gewicht: Der Arzt als „Einzelkämpfer“ dürfte dabei auf längere Sicht an Bedeutung verlieren. Regionale Praxis-Netzwerke können Synergien durch Poolung von Arzthelferinnen, gemeinsame Wartungsverträge und gemeinsamen Einkauf nutzen. Die angekündigte Einführung von verbindlichen Diagnose- und Behandlungsrichtlinien für bestimmte Krankheiten dürfte die Konzentration zudem weiter fördern, da besonders größere Praxen wirkungsvolle Behandlungsroutine entwickeln könnten. Diese bereits angelegten Entwicklungen werden zu einem Rückgang der Zahl der Arztpraxen führen. Wir gehen davon aus, dass die Zahl der niedergelassenen Ärzte von heute rund 125.000 bis zum Jahr 2020 nur leicht zurückgeht, so dass die Veränderungen weniger in der Zahl der Ärzte als vielmehr in der Organisationsform der Leistungserbringung erfolgen. Durch die stärkere Vernetzung der Praxen und mehr angestellte Ärzte im ambulanten Bereich dürfte die Personalausstattung pro Praxis (bzw. pro niedergelassenem Arzt) kaum berührt sein.

Bleibt es bei den bestehenden Ermittlungsverfahren der Vergütung für Ärzte über Punktwerte und Budgets, werden diese auch zukünftig dazu genutzt werden, den Kostenanstieg im ambulanten Bereich zu begrenzen. Oder aber der Leistungskatalog wird enger gefasst und Zuzahlungen erhalten ein größeres Gewicht. Durch diese politischen Einflussnahmen wird das durch die Demographie angelegte Wachstum kaum zum Tragen kommen. Ähnlich wie im stationären Sektor erwarten wir in diesem Szenario eine Entwicklung, die bestenfalls leicht über dem BIP-Wachstum liegen wird. In diesem Bild kann auf Dauer nicht ausgeschlossen werden, dass es zu offenen oder verdeckten Rationierungen im Gesundheitswesen kommt.

Das **Ausgabenwachstum** für den stationären Sektor liegt in diesem Fall mit rund 3,1 % pro Jahr leicht unter dem Schnitt der Jahre 1992 bis 2002, dagegen übertreffen die Ausgaben für ambulante

Versorgung ihr Wachstum in dieser Periode von 3,7 % und wachsen mit knapp 4 % auch deutlich schneller als das für diesen Zeitraum unterstellte BIP-Wachstum von 3,2 % pro Jahr. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stiege weiter an, allerdings etwas langsamer als in der Vergangenheit. Der Umsatz je Praxis bliebe klar hinter dem nominalen BIP-Wachstum zurück. Für die Berechnung der weiteren Entwicklung der Anzahl der niedergelassenen Ärzte wurde unterstellt, dass die Anzahl der Einwohner je Praxis in etwa dem gleichen Maße zurückgeht wie in der Vergangenheit, die Anzahl der Personen über 65 Jahre je Praxis allerdings nahezu konstant bleiben dürfte, da diese Bevölkerungsgruppe die stärkste Nachfrage entfalten wird.

An der beschriebenen Entwicklung dürfte sich nur dann etwas Grundlegendes ändern, wenn politisch die Weichen im Gesundheitssektor neu gestellt werden. Eine begrüßenswerte Entwicklung wäre **die Einführung von mehr Wettbewerb**, eine Voraussetzung dafür, nämlich höhere Transparenz der Leistungen, ist im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bereits angelegt. Wettbewerb ist die beste Möglichkeit, die Qualität der erbrachten Leistungen zu verbessern und auf Dauer zu sichern.

Damit Wettbewerb sich richtig entfalten kann, wäre die **Verantwortung der Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen** deutlich auszuweiten. Da diese die erbrachten Leistungen in der Regel bezahlen und einen besseren Überblick über die Qualität der Leistungen als der einzelne Patient haben, wäre es sinnvoll, wenn sie auch **direkt mit den Ärzten und Krankenhäusern über Preise und Qualität der Leistungen verhandelten**. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wären dann nicht mehr die alleinigen Vertragspartner der Kassen. Gleichzeitig sollte die Pflichtmitgliedschaft für Ärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung entfallen und die vollständige Niederlassungsfreiheit für Ärzte eingeführt werden. Für die Bürger wäre der Versicherungsumfang über eine Grundabdeckung hinaus frei vereinbar.

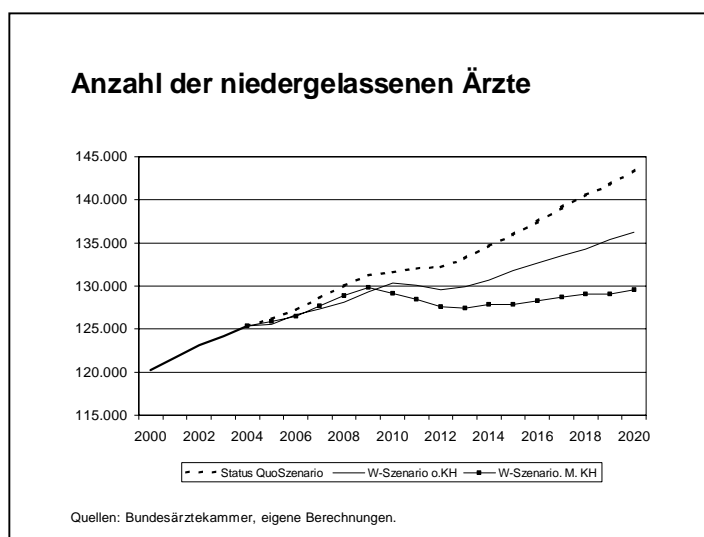
Für die Versicherten wäre in einem solchen Modell die freie Arztwahl insofern eingeschränkt, als eine Krankenkasse oder ein Versicherungsunternehmen grundsätzlich nur bei ihren Vertragsärzten die vereinbarte Kostenübernahme leisten müsste. Es ist jedoch auch vorstellbar, dass die Krankenkassen die Kosten einer Behandlung immer bis zu der Höhe erstatten, die bei einem Vertragsarzt angefallen wäre. Darüber hinausgehende Kosten bei der Wahl eines anderen Arztes müsste der Patient dann selber tragen. Vergleichbare Regelungen wären auch für Krankenhäuser vorstellbar. In diesem Fall wäre allerdings die Krankenhausfinanzierung neu zu überdenken und auch die Ermittlung der Plankrankenhäuser zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung müsste neu geregelt werden.

Für Ärzte hätte der Wegfall des Kontrahierungszwangs den Vorteil, dass sie nicht mehr durch einen Einheitsvertrag gezwungen wären, Leistungen anzubieten, die für sie betriebswirtschaftlich nicht sinnvoll sind. Daneben hat ein Arzt allerdings bei den derzeit gültigen Budgets und Abrechnungsmodalitäten kaum einen Anreiz, Einzelverträge mit den Krankenkassen zu schließen. Er kann nur in einem bedingten Ausmaß seine Patienten- und Behandlungszahlen ausweiten, um

dadurch sein Einkommen zu erhöhen. Grundlegende Änderungen wären notwendig. Es ist wahrscheinlich, dass in diesem Wettbewerbsszenario die Rolle des Hausarztes als Lotse durch das Gesundheitssystem auf Wunsch der Versicherungsunternehmen und Kassen gestärkt würde und dass es zu verstärktem Rückgriff auf Anreizmechanismen käme wie z.B. Rabatte bei bestimmten Verhaltensweisen, Beitragsrückgewähr und Selbstbehalte, wie sie bereits heute von privaten Krankenversicherern angeboten werden.

Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoll, die Steuerung des Gesundheitssystems über Budgets zu überdenken (bei stärkerer Verteilung der Verantwortung wird dies ohnehin schwierig) und stattdessen die Kassen und Versicherungen in einen Wettbewerb um Preis und Leistung treten zu lassen. In diesem Szenario besteht grundsätzlich die Tendenz, vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen. Auch die Preise für bestimmte Leistungen würden flexibel gehandhabt werden. Ähnlich wie nach der Einführung der Health Maintenance Organizations in den USA dürften auch in diesem Fall stark erfolgs- und kostenkontrollierte Prozesse Einzug in das Gesundheitswesen halten. Aus den Fehlern in den USA kann man inzwischen lernen und nicht alle dort getroffenen Maßnahmen sind übertragbar, aber zumindest Teile der dort durch Effizienzsteigerung ermöglichten Einsparungen wären auch hierzulande möglich. Diese dürften einen Teil der demographisch bedingten Nachfragesteigerung kompensieren. Auch wenn in diesem Szenario nicht mit Rationierungen zu rechnen ist, so werden die Gesundheitsausgaben auch nicht explodieren.

Wie sich die Ausgaben in den einzelnen Bereichen entwickeln hängt stark davon ab, ob und welche Rolle Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung spielen werden. Zur Vermeidung von teuren Doppeluntersuchungen und um Brüche im Behandlungsablauf zu vermeiden, könnten Krankenkassen und Versicherungsunternehmen darauf dringen, dass möglichst integrierte Behandlungen angeboten werden und Krankenhäuser die ambulante Nachsorge der Patienten übernehmen. Dies ginge in erster Linie zu Lasten niedergelassener Fachärzte, die rund die Hälfte aller niedergelassenen Ärzte ausmachen – ein im internationalen Vergleich sehr hoher Wert. In diesem Fall wäre das entsprechende Leistungsangebot der Krankenhäuser größer und würde dort zu einem stärkeren Wachstum führen (Variante 1).



Würde der Wettbewerb lediglich im ambulanten Sektor greifen, und die bestehende Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten beibehalten (Variante 2), würden im stationären Bereich die durch das GKV-Modernisierungsgesetz und die Fallpauschalen ausgelösten Anpassungen einen Großteil der demographisch angelegten Mengenausweitung kompensieren. Das Ausgabenwachstum läge klar unter dem Wachstum des BIP. Im ambulanten Bereich wäre das Ergebnis weniger eindeutig. Die steigende Bedeutung ambulanter Behandlungsmethoden und die verstärkte Nachfrage nach ärztlichen Leistungen durch immer mehr ältere Menschen dürften insgesamt zu einer Leistungsausdehnung und einem Ausgabenwachstum für ambulante Leistungen führen, das über dem BIP-Wachstum läge. Nach unseren Schätzungen würde dies zu einem Wachstum von knapp 3,5 % jährlich führen verglichen mit 3,2 % für das BIP und einem Wachstum in nahezu gleicher Größenordnung für den Fall einer umfassenden Wettbewerbslösung. Die Effekte, je nachdem ob die Krankenhäuser in integrierte Versorgungsmodelle einbezogen werden oder nicht, sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Personal und Ausgaben im Wettbewerbsszenario

	Personal in Tsd.				Ausgaben in Mio.			
	Variante 1		Variante 2		Variante 1		Variante 2	
	Stationär	Ambulant*	Stationär	Ambulant*	Stationär	Ambulant*	Stationär	Ambulant*
2002	1.110	647	1.110	647	63,8	31,5	63,8	31,5
2010	1.140	630	1.100	665	77,5	40,8	79,3	41,3
2020	1.230	580	1.090	650	105,0	56,3	111,5	58,4

* Beschäftigte in Arztpraxen, ohne Zahnärzte.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung, eigene Berechnungen

4.4.4 Der Pharmamarkt

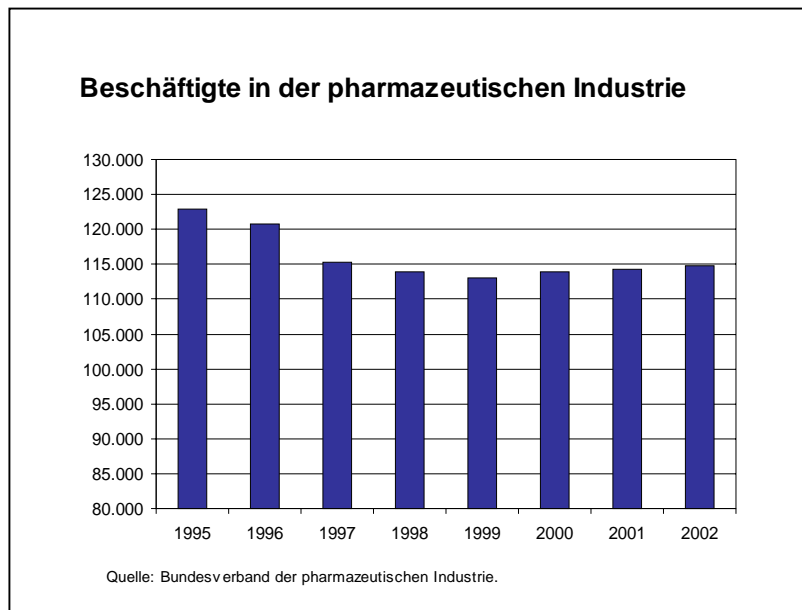
Die Einsparbemühungen im Gesundheitswesen werden an weiteren Einschnitten im Pharmamarkt nicht vorbei kommen. In erster Linie wird dabei der Vertrieb von Pharmazeutika und weniger deren Produktion betroffen sein.

Die Pharmaindustrie ist eine Wachstumsbranche. Angesichts alternder Bevölkerungen – so ist der Medikamentenkonsument von Menschen die über 65 Jahre alt sind rund dreimal so hoch wie der von jüngeren – und steigenden Wohlstands in vielen Teilen der Welt, steigt die Nachfrage nach Pharmazeutika. Gen- und Biotechnologie ermöglichen viele neue Produkte. Von älteren Arzneimitteln, die seit 1989 zur Verfügung stehen, enthalten nur 10 % gentechnische Wirkstoffe. Bei neuen Produkten, die sich noch in frühen klinischen Prüfungen befinden, ist bereits jedes vierte gentechnischer Natur. Die Patentanmeldungen im Bereich der Arzneimittel mit gentechnischem Bezug sind weltweit von 432 (1990) auf 1.779 (2002) gestiegen. Hier hat Deutschland seinen Anteil auf 12 % erhöhen können und rangiert hinter den USA (50 %) an zweiter Stelle.

Der Pharmamarkt ist im Gegensatz zu vielen anderen Zweigen des Gesundheitssektors ein internationaler Markt. Fast drei Viertel der Produktion werden exportiert. Zugleich ist die Importkonkurrenz beachtlich hoch: Die Importquote, d.h. der Anteil der Importe an der Inlandsverfügbarkeit, beträgt knapp 72 %. Damit beliefern deutsche Hersteller mit hier erzeugten Produkten nur noch 28 % des Binnenmarktes an Arzneimitteln. Zur Zeit kommt die deutsche Pharmaindustrie auf einen Weltmarktanteil von 4 %. Mit zunehmender Preisregulierung von Medikamenten wird der Markt hierzulande für viele Unternehmen vermehrt unattraktiv, obwohl Alterung und Bevölkerungszahl den deutschen Markt attraktiv erscheinen lassen.

Die deutsche Pharmabranche ist stark mittelständisch strukturiert (rund 350 Betriebe mit über 20 Beschäftigten), wird aber von nur 17 Großunternehmen (mit mehr als 250 Mio. EUR Jahresumsatz) dominiert, die 70 % des Umsatzes auf sich vereinigen. Die Einsparbemühungen im Gesundheitswesen kommen grundsätzlich den Generika-Herstellern zugute. Allerdings besteht bei mehr Wettbewerb und grenzüberschreitendem Handel auch bei diesen noch Spielraum, denn im internationalen Vergleich sind die Generika-Preise in Deutschland recht hoch.

Wir gehen davon aus, dass die Politik – wie im Beitragssatzstabilisierungsgesetz und dem GKV-Modernisierungsgesetz auch – weiterhin versuchen wird, direkt in die Preisfindung auf dem (regulierten) Pharmamarkt einzugreifen. Einsparungen durch Einschränkungen der Wahlfreiheit bei Medikamenten und der Preisgestaltung wird es auch zukünftig geben und zwar mit negativen Folgen für die Branche. Bei patentgeschützten neuen Medikamenten wird es beispielsweise nur noch dann eine de facto freie Preisfestsetzung geben, wenn diese einen erheblichen therapeutischen Fortschritt versprechen. Präparate mit vergleichsweise geringem therapeutischen Zusatznutzen sollen Festpreisregeln unterliegen. Vor diesem Hintergrund erwarten wir, dass die stark exportorientierte Pharmaindustrie in Deutschland, bei der auch internationale Großkonzerne eine wichtige Rolle spielen, stärker im Ausland als in Deutschland wachsen dürfte. Hinzu kommt, dass in der Gen- und Biotechnologiebranche der Konzentrationsprozess noch nicht am Ende ist. Vor diesem Hintergrund dürfte die Beschäftigung im Pharmasektor bis 2020 von heute rund 120.000 auf gut 100.000 fallen.



Das Umsatzwachstum sollte dagegen auch in Deutschland weiterhin deutlich über dem des Verarbeitenden Gewerbes liegen. Die schnell wachsenden Auslandsmärkte werden dabei immer stärker in den Fokus der deutschen Hersteller rücken. Wir gehen davon aus, dass das Umsatzwachstum der Pharmaindustrie von gut 3 ½ %, wie im Schnitt der letzten Jahre auch, zukünftig gehalten werden dürfte. Damit expandierte der Branchenumsatz stärker als das nominale BIP.

Gravierender werden die Veränderungen der kommenden Jahre für den Pharmahandel und dort vor allem für die Apotheken sein. Deutschland verfügt über das teuerste Vertriebssystem für Arzneimittel in Europa: Fast 40 % der Ausgaben der Krankenkassen für Medikamente entfallen auf den Pharmagroßhandel und die Apotheken. In Schweden sind es vergleichsweise nur 25 %. Grund ist die deutsche Arzneimittelpreisverordnung, der zufolge die Apotheken einen Festzuschlag auf den Einkaufspreis für Arzneimittel aufschlagen dürfen. Die Zahl der umsatzsteuerpflichtigen Apotheken in Deutschland (ohne Krankenhausapotheken) ist seit einiger Zeit rückläufig; gab es 2000 noch rund 19.300 Apotheken waren es 2003 nur noch knapp 18.000. Auch die Gesamtzahl sank leicht von 21.569 Apotheken 2001 auf 21.465 im Folgejahr. In Zukunft dürften diese Zahlen weiter zurückgehen. 2002 hatte im Durchschnitt jede Apotheke rund 3.800 Einwohner zu versorgen; 1958 – zum Ende der Niederlassungsbeschränkung – waren es noch 8.000 Einwohner je Apotheke. Der Konkurrenzdruck des Einzelhandels bei dem kleinen Sortiment nicht apothekenpflichtiger Medikamente nimmt zu. Gesetzlich vorgeschriebene Rabatte zugunsten der Krankenkassen und die Sparbemühungen durch die letzten Reformen im Gesundheitswesen treffen sowohl Absatz als auch Margen der Apotheken. Denn im Zuge der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde das Mehrbesitzverbot (ein approbierter Apotheker durfte nur eine Apotheke betreiben) eingeschränkt, der Versandhandel mit Medikamenten sowie die Einbindung der Krankenhausapotheken in die ambulante Versorgung zugelassen und die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel freigegeben – all dies erhöht den Wettbewerbsdruck. Allein bei einer Fortsetzung der heutigen Politik dürften diese Effekte, die demographisch bedingte Mehrnachfrage nach Arzneimitteln überkompensieren und bis 2020 zu einem Rückgang der Zahl selbstständiger Apotheken auf 18.500 führen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass weitere Maßnahmen zur Kostensenkung

beschlossen werden wie evtl. der Erlass einer Positivliste, so dass nur noch dort aufgeführte Medikamente zulasten der Kassen verordnet werden dürften. Auch eine nochmalige Ausdehnung der Rabatte zugunsten der Kassen würde Einschnitte im Arzneimittelvertrieb mit sich bringen. In diesem Fall wäre ein Rückgang auf 16.000 möglich. Getrennt von der Entwicklung der Verkaufsstellen ist die Umsatzentwicklung zu beurteilen. Mehr ältere Menschen bewirken einen steigenden Medikamentenverbrauch. **Allein aufgrund der demographischen Veränderungen würde der Umsatz mit Fertigarzneimitteln bei unverändertem Ordnungsverhalten und unter Vernachlässigung jeglicher Preisanpassungen bis 2020 um knapp 25 % zunehmen.**

Entwicklung der Zahl selbstständiger Apotheken

	Anzahl Apotheken	Beschäftigte
2002	21.500	140.000
2010	20.500	135.000
2020	18.500	120.000

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Berechnungen.

Sollte sich jedoch in der Gesundheitspolitik die Einsicht durchsetzen, das letztlich **nur durch Stärkung der Marktkräfte im Gesundheitswesen ein auf Dauer effizientes und bezahlbares System zu generieren ist**, dürften weiterreichende Veränderungen auf den Pharmamarkt zukommen. Dazu gehört eine weitere Liberalisierung, denn gemäß dem GKV-Modernisierungsgesetz könnte ein Apotheker zukünftig zwar bis zu vier Apotheken betreiben, das Fremdbesitzverbot bliebe aber vorerst bestehen. Eine größere Freiheit in der Preisgestaltung bei vielen Arzneien in Verbindung mit dem Eintritt von Handelskonzernen könnte die Kosten des Pharmavertriebs deutlich senken. Bis 2020 wäre dieser Markt dann aber von Rationalisierung und Konzentration geprägt, so dass der Medikamentenhandel zu einem Wachstumsmarkt für neue Vertriebs- und Handelsformen (Apothekenketten) würde. Dies ginge allerdings in der Regel zulasten der bestehenden Vertriebsstrukturen. Wie die Beschäftigungsentwicklung in diesem Szenario aussähe, ist schwierig zu prognostizieren. Einem soliden Umsatzwachstum könnte durchaus ein weiterer Personalabbau gegenüberstehen. Die Aussichten für den Pharmavertrieb in Deutschland sind vor diesem Hintergrund nicht ganz so gut wie für die globale Pharmaindustrie.

5. Markt oder Regulierung: Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens

Für das deutsche Gesundheitssystem ist grundsätzlich eine Vielzahl unterschiedlicher Szenarien vorstellbar. Ihre Ausgestaltung hängt ganz davon ab, welchen Zeithorizont man zugrundelegt, welche Reformbereitschaft der Bundesregierung man unterstellt oder wie stark man den Einfluss von Lobbyisten gewichtet.

Bis 2020 nimmt der demographische Druck auf das Gesundheitssystem spürbar zu, die Zahl der Personen über 65 Jahre steigt um rund 23 % verglichen mit 2003. Vor diesem Hintergrund den Gesundheitssektor als Boommarkt zu bezeichnen ist allerdings nur teilweise korrekt. Aufgrund der bestehenden großen Ineffizienzen in vielen Teilen des Gesundheitssystems dürfte es bis 2020 nur in einzelnen Bereichen, nicht aber in der Breite, zu deutlichen Wachstumsimpulsen kommen. Profitieren dürften mit Sicherheit die Anbieter, die mit Wellness- und Reiseangeboten aber auch mit Dienstleistungsangeboten im Haushaltsbereich auf die relativ kleine Klientel der gut situierten „jungen Alten“ ausgerichtet sind. Die Medizintechnik dürfte kräftig expandieren und auch die Pharmaindustrie profitiert von der internationalen Entwicklung überdurchschnittlich.

Auch der Bereich Ernährung dürfte im Bereich des sog. „functional food“ einen Wachstumsschub erleben, wobei dieser eher von dem Bedürfnis etwas mehr für die Gesundheit zu tun als von der demographischen Entwicklung ausgelöst sein dürfte. Die Vorbehalte der deutschen Bevölkerung gegenüber gentechnisch veränderten Lebensmitteln sollte aber auch diesem Bereich in den kommenden Jahren kein allzu großes Wachstumspotenzial einräumen.

Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor

- in Tausend -

	2002	2020		
		Status quo Szenario	Wettbewerbszenario Variante 1	Wettbewerbszenario Variante 2
Pflegemarkt	665	744	836	836
Krankenhaussektor	1.110	1.090	1.230	1.090
Ambulanter Sektor	647	680	580	650
Pharmamarkt	260	225	225	225
Summe	2.682	2.739	2.871	2.801

Quelle: eigene Berechnungen

So bleibt die Feststellung, dass insbesondere im Pflegebereich aber auch beim Absatz von Medikamenten weiteres Wachstum angelegt ist. Der Gesundheitssektor ist aber noch viel zu stark reguliert, um daraus auch einen Boom für den Arbeitsmarkt entstehen zu lassen. Erst wenn der Gesetzgeber sich dazu durchringt, den Gesetzen des Marktes auch im Gesundheitsbereich stärkeres Gewicht zu geben und im Zuge dessen bestehende Strukturen in Frage stellt, kann es zu einer grundlegenden Umgestaltung des Gesundheitssystems in Deutschland kommen. Aber auch dann dürften bis 2020 die demographisch angelegten Wachstumspotenziale in erster Linie die Umsätze betreffen und Effizienzsteigerungen Beschäftigungseffekte weitgehend verhindern. **Die Beschäfti-**

gungsprobleme der Volkswirtschaft lassen sich in diesem Sektor auf jeden Fall nicht lösen.
Es besteht aber die Chance durch umfangreich Reformen zumindest vorübergehend die Ressourcen, die in den Gesundheitsbereich fließen zu verringern, Lohnkosten zu senken und somit das Wachstumspotenzial der Volkswirtschaft zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- Allianz AG: „Gesundheitswesen – Reformbedarf und Handlungsoptionen“, Economic Trend Report, Mai 2003.
- Augurzky, B. et al: „Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau“, RWI-Essen, Materialien Heft 13, 2004.
- BMGS: „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“, 2003 (Bericht Rürup-Kommission).
- Breyer, F. et al: „Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen“, DIW-Gutachten, Oktober 2001.
- Breyer, F., Ullrich, V.: „Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse“, Diskussionspapier 1/99, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät, 1999.
- Bundesministerium für Gesundheit: „Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ Bundestagsdrucksache: 14/5590, 2001.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (www.bpi.de)
- Dresdner Bank AG: Branchenreports zu Krankenhäusern, Arztpraxen, Pharmamarkt.
- EU-Kommission: „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, KOM (2001) 723 endgültig, 2001.
- Gerken, L., Raddatz, G.: „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ im Dickicht der Gesundheitsreform“, Stiftung Marktwirtschaft, 2003.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (<http://www.gbe-bund.de>).
- OECD Gesundheitsdaten 2002.
- Hof, Bernd: Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, 2001.
- Schneider, A.: „Der Bericht der Herzog-Kommission und der Beschluss des CDU-Parteitags“, Konrad-Adenauer-Stiftung Nr. 119/2003, 2003.
- Schupp, J., Künemund, H.: „Private Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger in Deutschland“, DIW Wochenbericht 20, 2004.
- Statistisches Bundesamt: „Bericht: Pflegestatistik 1999 - Deutschlandergebnisse“, 2001.
- Statistisches Bundesamt: „Bericht: Pflegestatistik 2001 - Deutschlandergebnisse“, 2003.
- Vera, A., Lungen M.: „Die Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland und die Auswirkungen auf das Krankenhausmanagement“ WiSt, 2002.
- Verband der Angestellten Krankenkassen (www.vdak.de)
- WHO, World Health Report 2000