



12. Juni 2006

Demografische Entwicklung begünstigt Mediziner

Gesundheitssparte auf Expansionskurs. Während das nominale Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den letzten zehn Jahren in Deutschland um knapp ein Drittel zulegte, stiegen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen um fast die Hälfte auf EUR 240 Mrd. Die Tendenz überproportional wachsender Gesundheitsausgaben dürfte auch mittelfristig anhalten. Der Anteil der Gesamtausgaben am BIP wird von derzeit 11% auf ca. 13% bis 2015 zunehmen.

Alterungsprozess wirkt positiv. 2005 waren von den gut 82 Mio. Einwohnern in Deutschland 15,4 Mio. Personen oder knapp 19% über 65 Jahre alt; 2015 dürften es ca. 21% sein (1,5 Mio. mehr). Bei den Hochbetagten (über 80 Jahre) könnte deren Zahl mit knapp 5 Mio. etwa ein Drittel höher sein als heute. Für den Gesundheitsmarkt bedeutet dies, dass in Zukunft noch mehr Produkte und Dienstleistungen gegen altersbedingte Erkrankungen nachgefragt werden. Das wird unterstützt durch den medizinischen Fortschritt auf der Angebots- und das zunehmende Gesundheitsbewusstsein auf der Nachfrageseite.

Ausmaß hängt von Gesundheitspolitik ab. Das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor einer Umstrukturierung. Es ist fraglich, ob sich die Politik in naher Zukunft zu drastischen Reformen in Richtung Marktwirtschaft durchringen kann. Wahrscheinlicher ist, dass es lediglich zu einem Einbau marktwirtschaftlicher Elemente in die bestehenden Strukturen kommt. So dürften künftig Gesundheitsdienste vermehrt privat nachgefragt werden; sowohl Ärzte als auch Krankenhäuser müssen sich auf verschärften Wettbewerb einstellen.

Ärztzahl steigt weiter, allerdings verlangsamt. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte nimmt bis 2015 um 0,3% p.a. auf 130.000 zu, gegenüber 2% p.a. im Zeitraum von 1991 bis 2005. Der vergleichsweise moderate Anstieg liegt daran, dass der Trend zu Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) anhält. Dafür sprechen niedrigere Kosten und höhere Einnahmen pro Arzt.

www.
dbresearch.de

Autor

Uwe Perlitz
+49 69 910-31875
uwe.perlitz@db.com

Editor

Hans-Joachim Frank

Publikationsassistentz

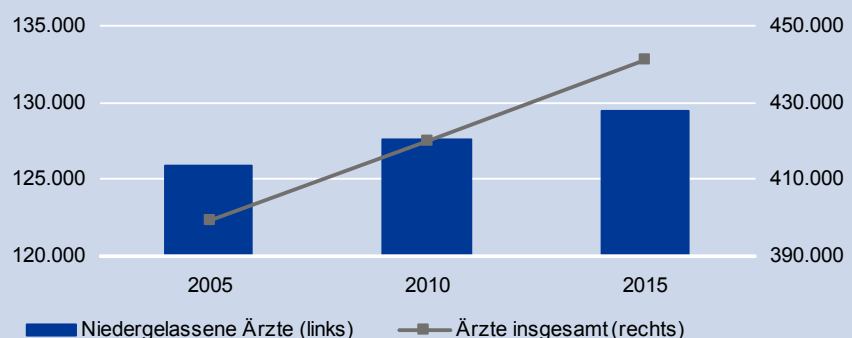
Sabine Berger

Deutsche Bank Research
Frankfurt am Main
Deutschland
Internet: www.dbresearch.de
E-Mail: marketing.dbr@db.com
Fax: +49 69 910-31877

DB Research Management

Norbert Walter

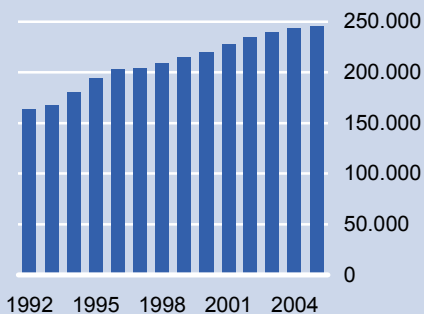
Zunehmende Zahl niedergelassener Ärzte in Deutschland



Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung, DB Research

Immer weiter steigende Gesundheitsausgaben

Mio. EUR

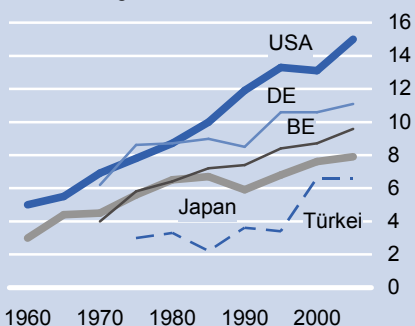


Quellen: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

1

Gesundheitsausgaben steil nach oben

Gesamtausgaben in % des BIP

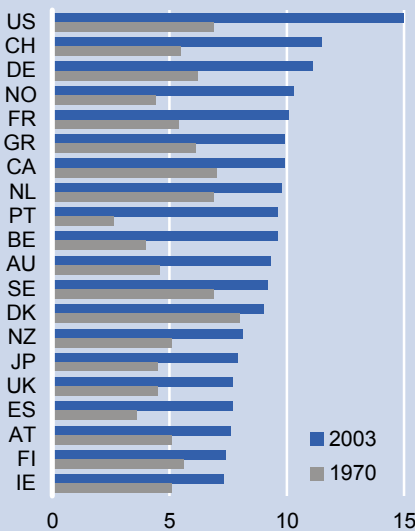


Quelle: OECD

2

US und CH geben am meisten für Gesundheit aus

Gesamtausgaben in % des BIP



Quellen: OECD, WHO

3

1. Gesundheitssektor als größte Branche in Deutschland

Die Gesundheitssparte hat sich in Deutschland – trotz vieler Kostendämpfungsmaßnahmen der Politik – zu einem Zugpferd der Wirtschaft entwickelt. Während das BIP in den letzten zehn Jahren um fast ein Drittel zulegen, stiegen die Ausgaben für Gesundheit um fast die Hälfte. Der Gesundheitssektor ist schon seit längerem der größte Wirtschaftsbereich. Mit gut 4 Mio. Beschäftigten in über 800 Berufen sind bereits heute weit mehr Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt als beispielsweise in der Automobilindustrie oder in der Elektroindustrie. Die Zahl der Einwohner pro Arzt ist in Deutschland mit 270 deutlich niedriger als in vergleichbaren Nachbarländern wie Frankreich (290) und den Niederlanden (320).

Für Gesundheit werden in Deutschland jährlich rd. EUR 240 Mrd. ausgegeben, was einem Anteil von rd. 11% am BIP entspricht. Damit liegt Deutschland weltweit an dritter Stelle hinter den USA (16%) und der Schweiz (knapp 12%). Der medizinische Fortschritt, das zunehmende Gesundheitsbewusstsein und die Alterung der Bevölkerung in den Industriestaaten werden auch in Zukunft dafür sorgen, dass der Gesundheitsmarkt überproportional wachsen wird.

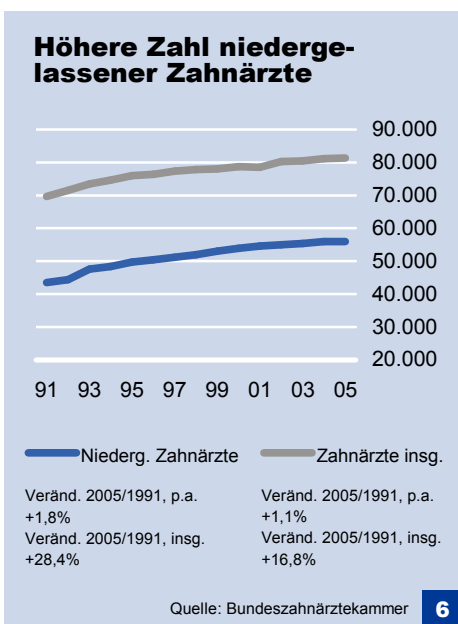
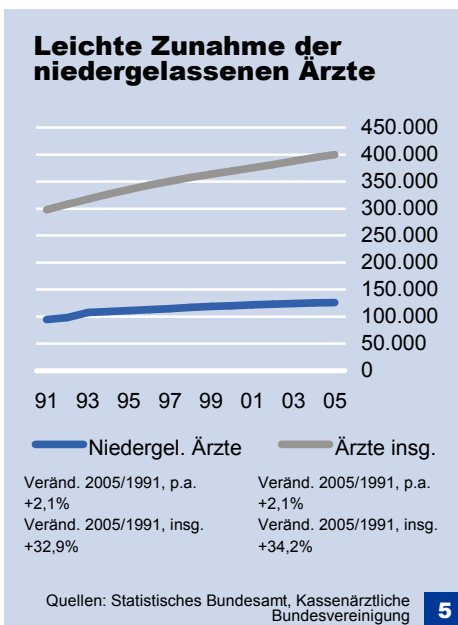
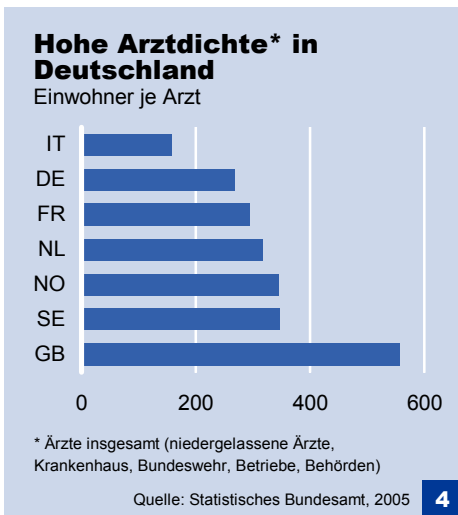
Die Qualität des Gesundheitswesens ist bei uns durch den fachlichen Standard der Mediziner relativ hoch. Zudem sind die Wartezeiten für Behandlungen im internationalen Vergleich gering. So müssen Patienten bei Operationen oder in Notfällen im Gegensatz zu vielen anderen Industrieländern – wie etwa Großbritannien – kaum längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Dennoch stehen die beträchtlichen Ausgaben in Deutschland im Widerspruch zu nicht ausreichender Effizienz, wie es beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bemängelt.

Zahl der Ärzte und Zahnärzte kontinuierlich gestiegen

Trotz vieler Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen nahm die Zahl der niedergelassenen Ärzte von 1991 bis 2005 um insgesamt knapp 33% auf 126.000 zu und die der Zahnärzte um nicht ganz 30% auf 56.000. Bei dem seit 1993 gedeckelten Honorarvolumen seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bedeutet dies sinkende Einnahmen pro niedergelassenen Arzt. Aufgrund der hohen Arztdichte entstand vor allem in den Ballungszentren eine kostspielige Überversorgung, während in ländlichen Regionen – insbesondere in Ostdeutschland – Praxen geschlossen wurden, weil keine Nachfolger gefunden werden konnten. In manchen ländlichen Gegenden müssen Patienten schon bald bis zu 30 km bis zum nächsten Hausarzt fahren; bei Facharztbesuchen könnten es bis zu 50 km sein. Das Durchschnittsalter der Ärzte lag in Deutschland zuletzt bei 50,5 Jahren gegenüber 46,6 vor zehn Jahren. Hinzu kommt, dass die Ärzte in Ostdeutschland rund ein Viertel weniger verdienen als westdeutsche.

Erschließung zusätzlicher Einnahmefelder

Um ihre Einnahmen zu verbessern, sind viele Kassenärzte bemüht zusätzliche Einnahmefelder über privatwirtschaftliche Leistungen zu erschließen. Die Behandlung eines Privatpatienten ist erfahrungsgemäß mit einem mehrfach höheren Umsatz als bei Abrechnungen mit der GKV verbunden. Bei Zahnärzten sind „private“ Behandlungen noch stärker ausgeprägt: In Westdeutschland rechnen die



Zahnärzte derzeit rund zwei Fünftel und in Ostdeutschland ein Viertel privatärztlich ab.

Ein Mittel die Ertragssituation der Ärzte zu verbessern sind die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Sie dienen zwar grundsätzlich der Verbesserung der persönlichen Gesundheit, werden aber von den Gesetzlichen Krankenkassen nicht als notwendig erachtet und daher auch nicht bezahlt. Zu den insgesamt etwa 300 IGeL gehören auch alternative Heilverfahren (z.B. Akupunktur, medizinisch-kosmetische Behandlungen). Schon heute erzielen besonders privatärztlich orientierte Praxen bereits bis zu einem Viertel ihres Umsatzes aus diesen Leistungen.¹

Auffallend ist, dass sich die Zahl der Privatärzte kontinuierlich erhöht. Ein Grund dafür liegt darin, dass viele Ärzte nach Ausscheiden als Kassenarzt ab dem 68. Lebensjahr ausschließlich Privatpatienten behandeln. Der Anteil der Privatärzte an den niedergelassenen Ärzten insgesamt, der 1998 erst auf 3,5 % kam, stieg bis zuletzt auf rd. 6%.

In Zukunft dürfte es für die Mediziner immer schwerer werden, neue Praxen zu gründen, da in vielen kassenärztlichen Planungsbezirken eine Neugründung nicht mehr möglich ist, wenn die Relation Einwohner pro Arzt eine bestimmte Quote überschreitet. Dies gilt z.B. für Hautärzte in Berlin, Hamburg und Bremen.

Dass die wirtschaftliche Zukunft der niedergelassenen Ärzte im Durchschnitt weniger positiv eingeschätzt wird als in der Vergangenheit, lässt sich u.a. aus dem seit vier Jahren in Westdeutschland gesunken ideellen Preis für die Übernahme einer bereits bestehenden Einzelpraxis ableiten. Er sank von knapp EUR 89.000 auf 82.000 (-8%). Bei einer Niederlassung ist grundsätzlich die Übernahme einer bestehenden Praxis bzw. der Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis einer Neugründung vorzuziehen. Bei einer Neugründung liegt das Aufgaberrisiko innerhalb von drei Jahren bei über 50%,² da jeder Patient neu gewonnen und längerfristig gebunden werden muss. Generell ist das Insolvenzrisiko bei Zahnarztpraxen u.a. aufgrund des größeren Investitionsvolumens höher als bei Arztpraxen. Das Investitionsvolumen für eine Arztpraxis ist im Schnitt bei einer Übernahme oder Neugründung in etwa gleich hoch – es liegt derzeit zwischen EUR 200.000 und 250.000 (bei Zahnärzten etwa EUR 330.000³). Im Vergleich zu anderen freien Berufen ist das Insolvenzrisiko von Ärzten immer noch gering.

2. Große Abhängigkeit der Gesundheitsberufe von demografischen Trends

Auch die Entwicklung der Heilberufe ist stark abhängig von demografischen Entwicklungen. Bevölkerungsprognosen beruhen auf Annahmen hinsichtlich Lebenserwartung, Zuwanderung aus dem Ausland und Geburtenhäufigkeit. Allerdings kommt man je nach Prämisse zu stark unterschiedlichen Ergebnissen. So hat das Statistische Bundesamt 2003 in seiner zehnten Bevölkerungsvorausberechnung bis 2050 neun Szenarien vorgelegt, die sich vom besten

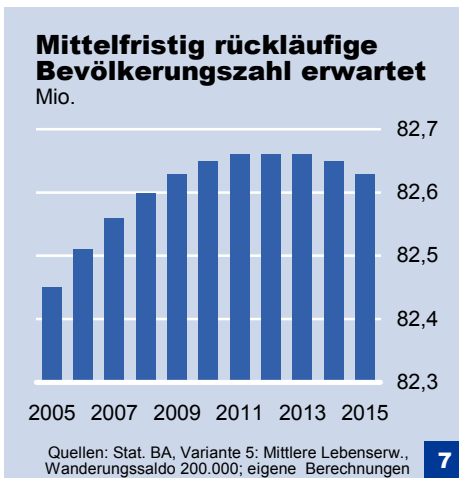
¹ Siehe Rebmann Research (2005). Managementhandbuch Ärzte.

² Ebenda.

³ Siehe Rebmann Research (2005). Managementhandbuch Zahnärzte.

bis zum schlechtesten Szenario um mehrere Millionen Menschen unterscheiden.⁴

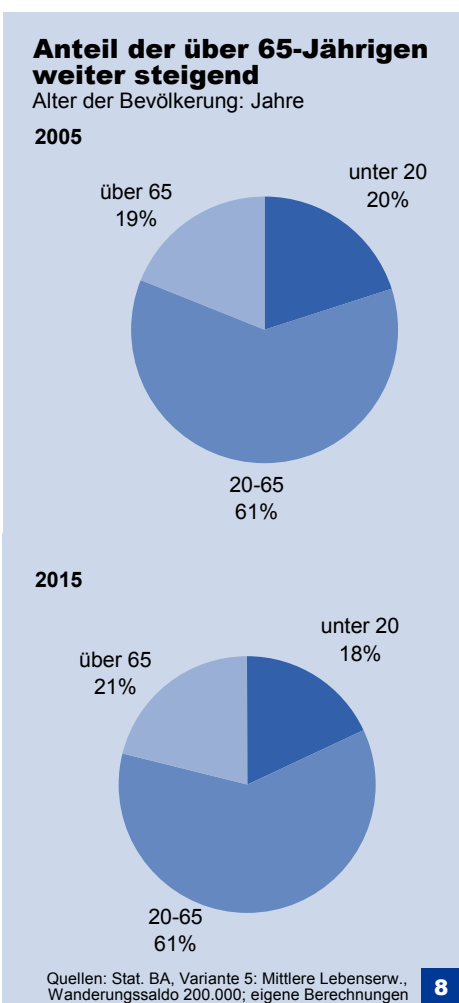
Mittelfristig zwar rückläufige Bevölkerungszahl erwartet...



Die Bevölkerungs-Prognose von DB Research basiert auf der mittleren Variante dieser Schätzungen unter Berücksichtigung der tatsächlichen Entwicklung bis 2005. Hierbei wird bis 2015 eine Nettozuwanderung aus dem Ausland von 200.000 pro Jahr, eine mittlere Lebenserwartung von 75,9 Jahren bei Männern und 81,5 bei Frauen und eine Geburtenhäufigkeit von 1,4% unterstellt. Die Geburtenhäufigkeit ist in Deutschland erheblich zu niedrig, um die Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung auf dem derzeitigen Niveau zu halten. Um die Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung zu stabilisieren, müsste die Geburtenhäufigkeit bei rd. 2,1 Kindern je Frau liegen. Familienpolitische Maßnahmen – wie sie vor kurzem getroffen wurden – dürften aber kaum die Kraft besitzen, dieses Ziel zu erreichen. Dagegen hat sich die Lebenserwartung in Deutschland merklich erhöht. Sie beträgt bereits heute bei der weiblichen Bevölkerung 81 Jahre (männlich 75 Jahre; zum Vergleich 1950: rd. 69 bzw. 65 Jahre). Maßgeblich für diese Entwicklung ist der medizinische Fortschritt, das steigende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung sowie der Strukturwandel unserer Wirtschaft in Richtung weniger körperlich belastender und gefährlicher Tätigkeiten.

Insgesamt dürfte die Bevölkerungszahl in Deutschland nach unserer Prognose von derzeit 82,45 Mio. bis 2013 auf 82,7 Mio. leicht steigen und danach zurückgehen. Bis 2050 wird sogar nur mit ca. 75 Mio. Einwohnern gerechnet.

... aber Verschiebungen in der Altersstruktur begünstigen Gesundheitsberufe



2005 waren von den gut 82 Mio. Einwohnern in Deutschland 15,4 Mio. oder knapp 19% über 65 Jahre alt. Bis 2015 dürfte nach unserer Prognose dieser Anteil auf 21% steigen – das wären 1,5 Mio. ältere Menschen mehr. Noch bemerkenswerter ist die Entwicklung bei den Hochbetagten, also den Einwohnern über 80 Jahre. Heute leben in Deutschland etwa 3,5 Mio. Menschen dieser Altersgruppe; 2015 dürften es gut 4,6 Mio. sein (+ knapp ein Drittel). Der Alterungsprozess der Gesellschaft wirkt sich positiv auf die Gesundheitsberufe aus. Für den Gesundheitsmarkt bedeutet dies, dass in Zukunft verstärkt Produkte und Dienstleistungen gegen altersbedingte Erkrankungen nachgefragt werden. Beispielsweise gibt in Deutschland heute ein 70-Jähriger p.a. im Durchschnitt fünfmal so viel Geld für Medikamente aus wie ein 45-Jähriger.

Zwar fällt ein großer Teil der Gesundheitsausgaben in der letzten Lebensphase vor dem Tode eines Menschen an – unabhängig von der Lebenserwartung (z.B. sog. Sterbekosten im letzten Lebensjahr).⁵ Aber andere Gesundheitsausgaben bei chronisch Kranken (z.B. für Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankungen) entstehen nicht zuletzt als Folge des medizinischen Fortschritts auch in jüngeren

⁴ Siehe Just, Tobias (2005). Mehr Pflegeimmobilien für eine alternde Gesellschaft. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen Nr. 334. Oktober 2005. Frankfurt am Main.

⁵ Siehe Felder, Stefan (2005). Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Die Empirie. Plenums-Vortrag auf der Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik, Bonn. Siehe auch Bergheim, Stefan (2006). Hurra, wir leben länger! Gesundheit und langes Leben als Wachstumsmotoren. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen Nr. 345. Februar 2006. Frankfurt am Main.

Jahren und nehmen mit steigender Lebenserwartung zu. Dies gilt auch für Ausgaben im Rahmen der „personal care“, die infolge eines wachsenden Gesundheitsbewusstseins und dank höherer Einkommen an Bedeutung gewinnen. Somit dürften die Gesundheitsausgaben auch künftig deutlich schneller als das BIP zunehmen.

Zunehmendes Gesundheitsbewusstsein bringt Impulse

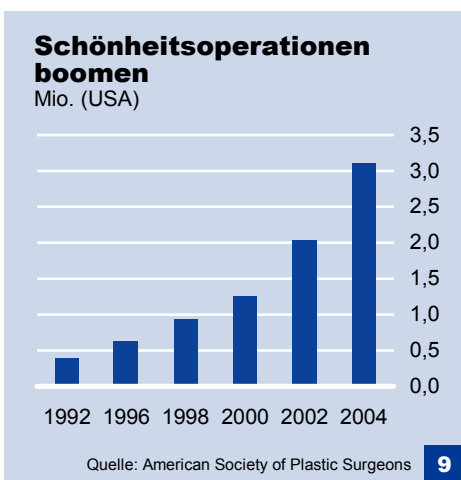
Die steigenden Ausgaben für gesundheitsnahe Leistungen in Deutschland zeigen, dass sowohl in der älteren als auch in der jüngeren Bevölkerung eine steigende Zahlungsbereitschaft für eine stabile Gesundheit und ein besseres Wohlbefinden gegeben ist. Eitelkeit wird immer mehr zum Impulsgeber. Was früher von den älteren Menschen als unvermeidliche Alterserscheinung akzeptiert wurde, nehmen sie heute nicht mehr so ohne weiteres hin. Hier eröffnet sich ein riesiger Markt gegen altersbedingte körperliche Handicaps. Die Schönheitschirurgie hat sich in Deutschland inzwischen zu einem Milliardengeschäft entwickelt. Allein im Gesichtsbereich bieten sich eine Vielzahl von operativen Eingriffen an, um besser auszusehen. Lifestyle-Drugs kurieren keine lebensbedrohlichen Krankheiten, sondern sollen in erster Linie Wohlbefinden und Aussehen der Konsumenten verbessern. Unter den einzelnen Segmenten dürften bis 2010 Anti-Falten-Mittel, Fettreduzierer und Potenzmittel Wachstumsraten zwischen 10 und knapp 30% p.a. aufweisen.⁶ Auch im Dentalbereich gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, Zähne besser aussehen zu lassen. Eine wachsende Zahl von Zahnärzten spezialisiert sich derzeit auf den lukrativen Sektor ästhetische Zahnkorrekturen (Bleaching, Zahnreinigung).

Ausgehend vom Fitness-Trend in der Gesellschaft richten sich auch die wellness- und gesundheitsnahen Branchen zusehends an den Bedürfnissen des Marktes aus und schaffen dabei eine Fülle neuer Produkte und Dienstleistungen. In den USA wurde Wellness schon vor 25 Jahren zum Motto einer Bewegung. Sie bezeichnet eine Strategie, die Gesundheit durch eigenmotiviertes Verhalten zu verbessern. Angesichts der günstigen Perspektiven rüstet auch die Hotellerie auf, denn Wellness, kombiniert mit medizinischen Angeboten, stößt auf großes Interesse.

Die Entwicklung des verfügbaren Einkommens und der Arzneimittelkonsum bzw. Dienstleistungen im Gesundheitsbereich sind eng miteinander verzahnt. Einerseits schafft der tendenziell zunehmende Wohlstand die Voraussetzungen für höhere Gesundheitsausgaben, andererseits führt Wohlstand aber auch zu einem höheren Krankheitsrisiko als Folge vermehrten Genussmittelverbrauchs und falscher Ernährung. Insgesamt dürfte insbesondere der Einkommensanstieg der Bevölkerung zur Steigerung der Gesundheitsausgaben beitragen.

3. Zur Reform im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor einer Umstrukturierung. Derzeit gibt es in Deutschland zwei Arten von Krankenversicherungen: etwa 300 Gesetzliche Krankenversicherungen und ca. 50 Private Krankenversicherungen. Während der Beitragssatz bei der GKV einkommensabhängig ist, wird er bei der Privaten Kran-



⁶ Siehe Perlit, Uwe (2002). Pharmamarkt: Run auf Lifestyle-Drugs von Demografie verstärkt. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen Nr. 244. November 2002. Frankfurt am Main.

kenversicherung (PKV) individualisiert berechnet (unterschiedliche Risikoeinschätzung).

Die GKV als tragende Säule ist schon heute überlastet. Grundlegende Reformen sind notwendig, wenn die Herausforderungen gemeistert werden sollen. Aus Sicht des Ökonomen spricht dabei vieles für einen durchgreifenden Systemwechsel hin zu einem freiheitlichen Gesundheitswesen mit Märkten als zentralen Steuerungsmechanismen. Allerdings gehört ein solches Marktmodell in Deutschland zumindest auf absehbare Zeit nicht zu den realistischen politischen Alternativen.

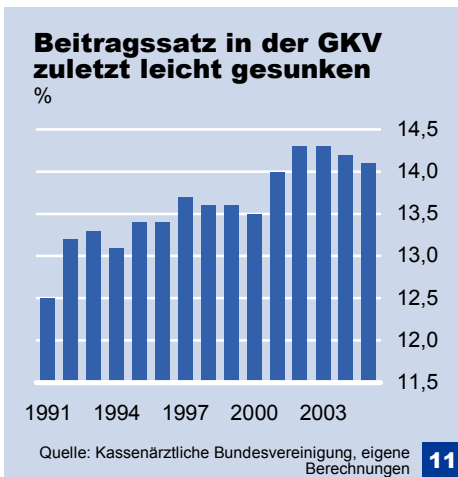
Gesundheitsprämie versus Bürgerversicherung

Vielmehr konzentriert sich die gesundheitspolitische Debatte auf pragmatische Ansätze zur Lösung der aktuellen Probleme der GKV. Zum einen geht es darum, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen möglichst von den Arbeitskosten abzukoppeln. Nur so kann der Gesundheitssektor expandieren, ohne den deutschen Arbeitsmarkt immer stärker zu belasten. Dafür gibt es unterschiedliche Ansätze. Das ökonomisch sinnvollste Konzept, nämlich einkommensunabhängige Gesundheitsprämien, ist infolge der politischen Auseinandersetzungen allerdings weitgehend diskreditiert. Das Gleiche gilt für die freilich ohnehin nicht zukunftstaugliche Bürgerversicherung. In jüngster Zeit ist daher der Vorschlag, „versicherungsfremde“ Leistungen wie die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern aus Steuermitteln zu finanzieren, in den Blickpunkt gerückt. Zum anderen gilt es, die Effizienzreserven im Gesundheitswesen zu heben. Anders als bei der politisch strittigen Finanzierungsreform herrscht hier weithin Einigkeit, dass sich dieses Ziel am besten durch mehr Wettbewerb erreichen lässt.

In jedem Fall dürften sich die Gesundheitsmärkte in Deutschland erheblich verändern. Das gilt zunächst für den Markt der Krankenversicherungen. So haben die Niederlande die gesetzlichen Krankenkassen privatisiert. Allerdings war dies relativ problemlos möglich, weil die privaten Kassen in den Niederlanden kein Kapital bilden. Im Gegensatz dazu sorgen die privaten Krankenversicherungen in Deutschland durch Rückstellungen für die mit dem Alter der Versicherten steigenden Ausgaben vor. Die PKV in Deutschland ist deswegen relativ „demografiefest“.

Die weitere Zukunft der PKV erscheint jedoch politisch umstritten. Die Verfechter der Bürgerversicherung plädieren in der Regel dafür, durch eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze sowie der Sonderregelungen für Beamte und Selbständige, alle Bürger, die bislang noch nicht privat versichert sind, in die Bürgerversicherung einzubeziehen. Die Perspektiven der PKV würden demnach erheblich beschnitten. Sie wäre letztlich auf das Angebot freiwilliger Zusatzversicherungen in Ergänzung zum Pflichtleistungskatalog der Bürgerversicherung angewiesen.

Bei Umstellung auf ein Gesundheitsprämien-Modell oder eine Kompromiss-Lösung nach holländischem Muster könnte die PKV unverändert bestehen bleiben. Wie bislang schon würde die PKV dann wohl auch in Zukunft einen überproportionalen Teil der Gesundheitsausgaben finanzieren. Freilich gibt es auch unter den Verfechtern von Kompromiss-Lösungen Bestrebungen, Mittel von der PKV abzuziehen. Der Hebel für diesen – verfassungsrechtlich aber bedenklichen – Vorschlag wäre die Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Kassen. Die Leistungsfähigkeit



PKV politisch umstritten

Leistungseinschnitte in den GKV- Leistungskatalog zu erwarten

der PKV und damit ihre Fähigkeit vermehrt Ausgaben zu schultern würden dadurch geschwächt.

Sehr wahrscheinlich ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen weiterhin unter einem erheblichen Sparzwang stehen. Dementsprechend ist mit weiteren Einschnitten in den Leistungskatalog der GKV zu rechnen. Positiv gewendet: Künftig dürften Gesundheitsdienste vermehrt privat nachgefragt werden.

Mehr Wettbewerb für Ärzte und Krankenhäuser

Ungeachtet der Neuordnung des Versicherungsmarktes sollten sich auch die Leistungsanbieter, vor allem auch die Ärzte und Krankenhäuser auf veränderte Marktbedingungen, insbesondere einen verstärkten Wettbewerb einstellen. Im Kern geht es dabei um die Frage, inwieweit die in der GKV bestehende administrative Mittelverteilung durch korporative Einrichtungen, wie die Kassenverbände einerseits und die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften andererseits, durch Marktmechanismen ersetzt werden.

Für eine marktwirtschaftliche Steuerung plädieren vor allem Ökonomen. Demnach werden die Preise und Qualitäten der ambulanten und der stationären Versorgung nicht länger von übergeordneten korporativen Institutionen bestimmt, sondern über den Markt. Das bedeutet, dass die heutigen kollektiv-vertraglichen Regelungen zwischen den Krankenkassen(verbänden) und den Verbänden der Leistungsanbieter durch individuelle Verträge zu ersetzen sind. Damit würde es jeder Krankenkasse möglich sein, mit einzelnen Ärzten und Krankenhäusern oder Gruppen dieser Anbieter Individualverträge abzuschließen (integrierte Versorgung). Der Staat würde sich dabei auf die Vorgabe von Qualitätsstandards und deren Überwachung beschränken.

Vom Sachleistungs- zum Erstattungs- prinzip

Zu diesem Ansatz gehört ein Umstieg vom Sachleistungs- zum Erstattungsprinzip – zumindest bei Arzneimitteln und bei der ambulanten Behandlung. Die Ausgaben für Arzneimittel und Leistungen niedergelassener Ärzte werden dann nicht mehr direkt von den Krankenkassen, sondern zunächst von den Versicherten bezahlt. In einem zweiten Schritt erstatten die Kassen den Versicherten dann ihre Ausgaben. Das Erstattungsprinzip sorgt für mehr Transparenz der Preise bzw. Kosten der betreffenden Leistungen. Damit kann das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt werden.

Als Alternative zu einer drastischen Reform wird der Ausbau marktwirtschaftlicher Elemente innerhalb der bestehenden Strukturen diskutiert. Das heißt, die korporativen Institutionen bleiben erhalten. Sie würden auch weiterhin – zumindest auf der Makroebene – die Ressourcen an die einzelnen Sparten des Gesundheitswesens verteilen. Unterhalb dieser Ebene würden jedoch alternative Steuerungssysteme weiter ausgebaut. Zu nennen ist etwa die integrierte Versorgung. Eine solche Entwicklung ist in den jüngsten Reformen bereits angelegt. Beispielsweise wurde 2004 das „Hausarztmodell“ eingeführt, um die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Ärzten zu verbessern. Nach diesem System verpflichten sich die Patienten mindestens für ein Jahr, immer erst zu ihrem gewählten Hausarzt zu gehen. Ambulante fachärztliche Leistungen erfolgen nur auf Überweisung dieses Hausarztes. Er ist vom Patienten autorisiert, Untersuchungsergebnisse und Befunddaten zu erheben und an Fachärzte weiterzuleiten. Dadurch werden aufwendige Doppeluntersuchungen vermieden, was die GKV entlastet. Zudem kann die Kasse für



die Teilnahme am Hausarztmodell ihren Versicherten einen Bonus gewähren – z.B. die Befreiung von der Praxisgebühr.

4. Auswirkungen auf wichtige Heilberufe

Unsere Prognose basiert auf der Annahme einer Reform des Gesundheitswesens in Deutschland, die grundsätzlich an den etablierten Strukturen festhält, die aber marktwirtschaftliche Elemente einbaut. So dürfte an der stärkeren Eigenbeteiligung der Bürger an ihren Krankenkosten kein Weg vorbeigehen. Generell wird der Wettbewerb für Ärzte und Krankenhäuser schärfer. Dabei dürfte die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fließend werden. Das bewährte Modell des freien Arztes wird weiterhin Rückgrat der ambulanten Versorgung sein. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte nimmt bis 2015 um 0,3% p.a. auf 130.000 zu, gegenüber 2% p.a. im Zeitraum von 1991 bis 2005. Die Zahl der Zahnärzte erhöht sich im Prognosezeitraum um 0,8% p.a. auf 61.000. Demgegenüber steigt die Zahl der Ärzte insgesamt bis 2015 um 1% p.a. auf 441.000, zum Vergleich 1991 bis 2005: +2% p.a. Für die vergleichsweise geringe Zunahme der Zahl niedergelassener Ärzte gibt es im Wesentlichen zwei Ursachen:

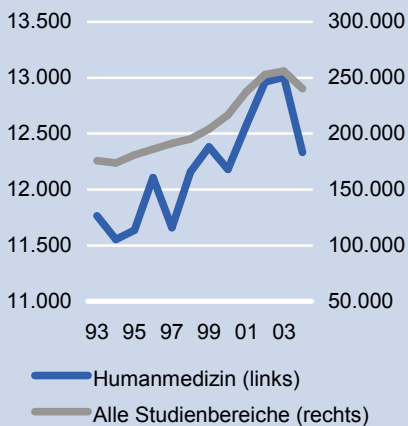
Erstens sieht es in der letzten Zeit so aus, als ob das Interesse für den Arztberuf nachlässt. Während die Zahl der Studienanfänger in der Medizin von 1993 bis 2003 um 1% p.a. zulegen, ging die Zahl 2004 erstmals deutlich zurück (-5%). Bei den bestandenen Abschlussprüfungen im Bereich Humanmedizin ist die Zahl schon seit längerem rückläufig und zwar von knapp 12.000 im Jahr 1993 auf nicht ganz 9.000 (- gut 2% p.a.) in 2004. Gründe dafür sind die relativ hohen Prüfungshürden, die zum Umstieg vieler Medizinstudenten auf andere Studiengänge führen. In den nächsten zehn Jahren scheiden nach Angabe der Bundesärztekammer pro Jahr etwa 4.000 Humanmediziner aus Altersgründen aus.

Ein zweiter Grund für die vergleichsweise geringe Zunahme der Zahl niedergelassener Ärzte liegt in der Tendenz zu Gemeinschaftspraxen und MVZ. Die Zahl der Gemeinschaftspraxen dürfte bis 2015 nach unserer Prognose um 2% p.a. und die der MVZ um 10% p.a. zulegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Zuwachs bei den MVZ recht hoch ist, weil diese Form erst ab 2004 möglich war.

Steigender Trend zu Gemeinschaftspraxen

Die Zahl der Ärzte in Gemeinschaftspraxen hat schon in den letzten Jahren zugenommen. In einer derartigen Praxis teilen sich die Mediziner eine gemeinsame Patientenkartei und rechnen zusammen ab, im Gegensatz zur Praxisgemeinschaft, wo sich die Zusammenarbeit lediglich auf die Nutzung von Räumen und Geräten sowie die Anstellung von Mitarbeitern beschränkt. 2004 waren rd. 39.000 Ärzte (außer Zahnärzte) in Gemeinschaftspraxen tätig (Anteil an niedergelassenen Ärzten: 31%), gegenüber lediglich nur 30.000 Anfang der 90er Jahre. Auch im zahnärztlichen Sektor gibt es Gemeinschaftspraxen – z.B. im Bereich der Kieferorthopädie. Die Tendenz zunehmender Gemeinschaftspraxen dürfte sich in den kommenden Jahren sowohl im ärztlichen als auch im zahnärztlichen Bereich fortsetzen. Dafür sprechen die niedrigeren Kosten im Vergleich zu einer Einzelpraxis und die damit verbunden höheren Einnahmen pro Arzt.

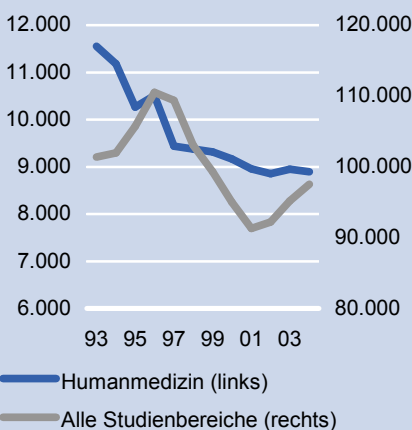
Weniger Studienanfänger der Humanmedizin



Quelle: Statistisches Bundesamt

13

Weniger Abschlussprüfungen in Humanmedizin



Quelle: Statistisches Bundesamt

14

Medizinische Versorgungszentren im Kommen

Seit In-Kraft-Treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zum 1.1.2004 besteht erstmals die Möglichkeit zur Gründung eines MVZ. Ausschlaggebend ist, dass ein gemeinsamer Träger die Einrichtung verwaltet und eine ärztliche Leitung die Führung der Mediziner übernimmt. Die Vorteile dieser Einrichtungen gegenüber der traditionellen Versorgung sind die Bündelung medizinischer Kompetenz unter einem Dach, Zeitersparnis für die Patienten durch kurze Wege und gemeinschaftliche Nutzung der Medizintechnik sowie Wegfall des wirtschaftlichen Risikos einer Praxisgründung bzw. einer -übernahme.

Waren bei der Gründung von MVZ zuerst die Ärzte aktiv, sind jetzt auch die Krankenhäuser im Gründungsrausch. Bereits bis Ende 2005 stieg die Zahl der MVZ insgesamt auf rd. 340, wovon etwa drei Viertel von Ärzten und ein Viertel von Krankenhäusern betrieben wurden. Nach Angabe von Booz Allen Hamilton planen innerhalb der kommenden drei Jahre bis zu 40% der Kliniken die Einrichtung von MVZ. Das Rhön-Klinikum kündigte z.B. an, im kommenden Jahrzehnt neben jedem Konzernkrankenhaus ein in Eigenregie betriebenes MVZ zu stellen. Damit droht den niedergelassenen Ärzten massive Konkurrenz, weil die Kosten in diesen Einrichtungen erheblich niedriger sind als in einer Einzelpraxis.

Honorare dürften zunehmen

Was die Ertragsperspektiven anbetrifft, dürften die Honorare von Medizinern tendenziell zunehmen. Es ist zu erwarten, dass künftig immer mehr Leistungen für die Patienten privat abgerechnet werden; hierbei erzielen die Ärzte höhere Sätze als bei Abrechnungen über die gesetzlichen Kassen.

Andere Heilberufe und Pflegedienste auch begünstigt

Aufgrund des steigenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung und des zunehmenden Gesundheitsbewusstseins ist der gesamte Markt für Heilberufe durch hohe Wachstumsraten geprägt.

Stark zugenommen hat in den letzten Jahren der Trend zu Naturheilverfahren. Davon profitieren vor allem die Naturheilpraxen als Alternative zur „Schulmedizin“. In den vergangenen zehn Jahren verdoppelte sich die Zahl der Naturheilpraxen auf ca. 16.000, obwohl nur die privaten Krankenkassen die Kosten einer Heilpraktikerbehandlung übernehmen. Zudem haben sich mehr als 35.000 Ärzte auf diese Sparte spezialisiert und bieten Naturheilverfahren als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) an. Auch in Zukunft dürften Naturheilverfahren dank der guten Verträglichkeit der Therapien vor allem bei chronischen Krankheiten weiter an Bedeutung zunehmen.

Die Zahl der Physiotherapeuten ist zwischen 2000 und 2005 um insgesamt 30% gestiegen, während die Zahl der Humanmediziner in diesem Zeitraum nur um 8% zunahm. Physiotherapeuten üben ihren Beruf in Kliniken, Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen sowie in eigenen Praxen aus.

Steigende Nachfrage nach ambulanter Pflege programmiert

Erkennbar ist ferner eine steigende Nachfrage nach ambulanter Pflege und somit Krankenpflegern. Derzeit werden rd. 70% der pflegebedürftigen Personen zu Hause versorgt. Die Einrichtungen betreuen im Durchschnitt rd. 40 Personen, wobei die Zahl der zu pflegenden Personen in Bundesländern mit hoher Bevölkerungsdichte größer und in ländlichen Gebieten deutlich kleiner ist. Allerdings können viele der ca. 11.000 Pflegedienste ihre Leistungen auf Dauer nicht kostendeckend erbringen, so dass sich eine Reihe dieser Einrichtungen voraussichtlich nicht dauerhaft am Markt halten

können. Mehr als die Hälfte der ambulanten Pflegedienste ist privatwirtschaftlich organisiert; gemeinnützige (z.B. kirchlich gebundene Einrichtungen) kommen auf etwa zwei Fünftel (der Rest sind öffentliche Anbieter). Die immer öfter fehlende Familienbindung führt jedoch dazu, dass stationäre Lösungen an Bedeutung gewinnen.⁷

Wellness-Branche expandiert

Auch Wellness liegt bei den Deutschen voll im Trend. Mit Gründung des Deutschen Wellness Verbandes (DWV) 1990 wurde kräftig für Wellness geworben und geschäftliches Interesse geweckt. Mit dem danach einsetzenden Boom entstand das völlig neue Berufsbild des sog. Wellness-Trainers, der in erster Linie in Gesundheitszentren, Kurorten und Hotels tätig ist. Nach Global Insight ist der Umsatz in der Wellness-Branche in den letzten Jahren um durchschnittlich 5% p.a. gewachsen – mit steigender Tendenz. Dieser Trend wird in den kommenden Jahren anhalten, weil immer neue Marktfelder erschlossen werden können. Langfristig dürfte der psychosoziale Wellness-Sektor mehr und mehr in den Mittelpunkt rücken.

Uwe Perlitz (+49 69 910-31875, uwe.perlitz@db.com)

⁷ Siehe Just, Tobias (2005). Mehr Pflegeimmobilien für eine alternde Gesellschaft. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen Nr. 334. Oktober 2005. Frankfurt am Main.

Gesundheitspolitik

Ohne Marktorientierung kein nachhaltiger Reformersfolg

Im alternden Deutschland kann der Gesundheitsbereich ein Zukunftsmarkt mit großer Dynamik werden. Die gesetzliche Krankenversicherung als tragende Säule ist jedoch schon heute überlastet. Allerdings könnte mit dem Umstieg weg von der Pflichtversicherung hin zu einer Versicherungspflicht bei privaten Versicherern ein zukunftstauglicher Basisschutz etabliert werden. Als zweitbeste Lösung bietet sich das Modell der Gesundheitsprämie an, das mehr Wettbewerb schaffen und Ausgaben für die Gesundheit von den Arbeitskosten entkoppeln würde. In diesem Beitrag wird auch das Modell der Niederlande diskutiert, das Elemente der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie kombiniert, sowie das neue Reformmodell der CDU.

Aktuelle Themen, Nr. 348 18. April 2006

Hurra, wir leben länger!

Gesundheit und langes Leben als Wachstumsmotoren

Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben steigen seit Jahrzehnten rund um den Globus. Dieser Trend der Ausdehnung des Lebens ist ein wichtiger Wachstumsmotor: Investitionen in Bildung bringen höhere Erträge; die niedrigere Sterblichkeit hebt das Bevölkerungswachstum. Allerdings werden Geschwindigkeit und Auswirkung des Trendclusters nach wie vor unterschätzt: Prognosen für die Lebenserwartung und für die Größe des Gesundheitssektors sind wahrscheinlich noch immer zu niedrig - der Anpassungsbedarf in Politik und Wirtschaft ist somit größer als von vielen gedacht.

Aktuelle Themen, Nr. 345 21. Februar 2006

Mehr Pflegeimmobilien für eine alternde Gesellschaft

Die Zahl der Einwohner in Deutschland schrumpft, und die Gesellschaft altert. Selbst unter der Prämisse, dass in einer alternden Gesellschaft der Gesundheitszustand der Senioren steigt und der medizin-technische Fortschritt bessere Behandlungen erlaubt, wird die Zahl der in Pflegeheimen betreuten Menschen stark zunehmen. Eine Investition in Pflegeimmobilien erscheint folglich sinnvoll; freilich sind die spezifischen Risiken dieser Spezialimmobilien zu beachten. Daher ist Streuung im Rahmen eines Immobilienportfolios notwendig, um von den grundsätzlichen Vorteilen der wachsenden Nachfrage auch zu profitieren.

Aktuelle Themen, Nr. 334 4. Oktober 2005

Unsere Publikationen finden Sie kostenfrei auf unserer Internetseite 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

Copyright © 2006. Deutsche Bank AG, DB Research, D-60262 Frankfurt am Main, Deutschland. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „Deutsche Bank Research“ gebeten.

Die vorstehenden Angaben stellen keine Anlageberatung 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 den USA wird dieser Bericht durch Deutsche Bank Securities Inc., Mitglied der NYSE, NASD, NFA und SIPC, genehmigt und/oder verbreitet. 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