

Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der strukturierten Facharztversorgung in Deutschland

Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes Niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V. (BNFI)

Abschlussbericht

Prof. Dr. Eberhard Wille

Prof. Dr. Volker Ulrich

Mannheim und Bayreuth, im Dezember 2009

Inhaltsübersicht

Executive Summary

- 1. Einführung: Die deutsche fachärztliche Versorgung auf dem Prüfstand**
 - 1.1 Die These der „doppelten Facharztschiene“ als Ausgangspunkt
 - 1.2 Aufbau des Gutachtens
- 2. Die Entwicklung der vertrags- und fachärztlichen Versorgung**
 - 2.1 Vertrags- und Krankenhausärzte
 - 2.2 Vertragsärzte der haus- und fachärztlichen Versorgung
 - 2.3 Die Fachärzte nach Arztgruppen
- 3. Das Wachstum der Gesundheitsausgaben im vertragsärztlichen Bereich**
 - 3.1 Die Gesundheitsausgaben nach Trägern und Einrichtungen
 - 3.2 Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsarten
 - 3.2 Zwischenfazit unter fiskalischen Aspekten
- 4. Die deutsche Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich**
 - 4.1 Zur Wahl der Beurteilungskriterien
 - 4.2 Divergierende Ergebnisse
 - 4.3 Zwischenfazit zur Evidenz von internationalen Rankings
- 5. Determinanten der Nachfrage nach ambulanter fachärztlicher Versorgung**
 - 5.1 Die Determinanten im Überblick
 - 5.2 Die demografische Entwicklung als Einflussgröße
 - 5.3 Der medizinische Fortschritt als Ursache von Verlagerungen zwischen den Leistungssektoren
- 6. Handlungsoptionen an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor**
 - 6.1 Die besonderen Versorgungsformen
 - 6.2 Möglichkeiten ambulanter Versorgung durch Krankenhäuser
 - 6.3 Die Medizinischen Versorgungszentren
 - 6.4 Zwischenfazit
- 7. Künftige Herausforderungen und Chancen der ambulanten fachärztlichen Versorgung**
 - 7.1 Rahmenbedingungen für einen zielorientierten Wettbewerb in der ambulanten Versorgung
 - 7.2 Zukünftigen Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich
 - 7.3 Die ambulanten Fachärzte zwischen hausärztlicher- und Krankenhausversorgung

8. ***Niedergelassene fachärztlich tätige Internisten nach dem GKV-WSG***
- 8.1 Die Honorarreform
- 8.2 Versorgungsforschung in der internistischen Praxis - erste Auswertung einer Fragebogenstudie
- 8.3 Kostenstrukturen fachärztlich tätiger Internisten

9. ***Zusammenfassung in Thesen***

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Struktur der Ärzteschaft zum 31.12.2007 (in Tausend)	24
Abbildung 2:	Entwicklung der Vertrags- und Krankenhausarztzahlen seit 1993	27
Abbildung 3:	Verteilung der Vertragsärzte auf die haus- und fachärztliche Versorgung	29
Abbildung 4:	Mittlere jährliche Wachstumsraten, der niedergelassenen Fachärzte 1996-2007	31
Abbildung 5:	Ärzte in Gemeinschaftspraxen	32
Abbildung 6:	Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern und Finanzierungsformen im Jahre 2006 (ohne Einkommensleistungen)	35
Abbildung 7:	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, 1993-2006	36
Abbildung 8:	Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen, 1993 bis 2006	37
Abbildung 9:	Wachstum der Gesundheitsausgaben für ausgewählte Einrichtungen, 1993-2006	39
Abbildung 10:	Gesundheitsausgaben der GKV nach Einrichtungen, 1993 bis 2006	40
Abbildung 11:	Wachstum der GKV-Gesundheitsausgaben für ausgewählte Einrichtungen, 1993-2006	42
Abbildung 12:	Gesundheitsausgaben der PKV nach Einrichtungen, 1993 bis 2006	43
Abbildung 13:	Wachstum der PKV-Gesundheitsausgaben für ausgewählte Einrichtungen, 1993 bis 2006	45
Abbildung 14:	Lebenserwartung bei der Geburt, Frauen, 2006, ausgewählte OECD-Länder	56
Abbildung 15:	Lebenserwartung bei der Geburt, Männer, 2006, ausgewählte OECD-Länder	57
Abbildung 16:	Durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen zwischen 1960 und 2006, ausgewählte OECD-Länder	58
Abbildung 17:	Durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Männern zwischen 1960 und 2006, ausgewählte OECD-Länder	59
Abbildung 18:	Entwicklung der Lebenserwartung von Frauen, 1960 bis 2006, ausgewählte OECD-Länder	60
Abbildung 19:	Entwicklung der Lebenserwartung von Männern, 1960 bis 2006,	60

Abbildung 20:	Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen zwischen 1960 und 2006, ausgewählte OECD-Länder	64
Abbildung 21:	Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Männer zwischen 1960 und 2006, ausgewählte OECD-Länder	65
Abbildung 22:	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV	84
Abbildung 23:	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile im Krankenhaus	86
Abbildung 24:	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile im Rahmen der ambulanten Behandlung	86
Abbildung 25:	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile von Arzneimitteln	88
Abbildung 26:	Morbiditäts- versus Kompressionsthese	92
Abbildung 27:	Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren	104
Abbildung 28:	Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitsgröße	107
Abbildung 29:	Verteilung der Fachgruppen	108
Abbildung 30:	Art der ärztlichen Berufsausübung, Gesamtzahl MVZ	109
Abbildung 31:	Art der ärztlichen Berufsausübung, MVZ unter Krankenhausbeteiligung	109
Abbildung 32:	Regionale Verteilung	110
Abbildung 33:	Traditionelle Versorgung versus Zukunftskonzept	122
Abbildung 34:	Kostenstruktur in Arztpraxen 2007 (Aufwendungen und Reinertrag in % der Einnahmen)	137
Abbildung 35:	Kostenstruktur in Arztpraxen nach Fachrichtung 2007 (in % der Einnahmen)	138

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Vertragsärzte in der fachärztlichen Versorgung nach Arztgruppen	30
Tabelle 2:	Ausgabenträger und Einrichtungen nach der Gesundheitsausgabenrechnung .	34
Tabelle 3:	Absolute und relative Gesundheitsausgaben für ausgewählte Einrichtungen, 1993 bis 2006.....	38
Tabelle 4:	Absolute und relative Gesundheitsausgaben der GKV für ausgewählte Einrichtungen, 1993 bis 2006.....	41
Tabelle 5:	Ausgabenanteile in der GKV nach Behandlungsarten.....	41
Tabelle 6:	Absolute und relative Gesundheitsausgaben der PKV für ausgewählte Einrichtungen, 1993 bis 2006.....	44
Tabelle 7:	Gesundheitsquoten (in %) der OECD-Länder, 1960 – 2006.....	50
Tabelle 8:	Pro-Kopf-Gesamtgesundheitsausgaben in \$-Kaufkraftparitäten (\$-KKP), OECD-Länder, 1960-2006	52
Tabelle 9:	Gesundheitsquoten, Gesamtgesundheitsausgaben und BIP im Jahre 2006	54
Tabelle 10:	Laufende Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausleistungen (in US-\$-KKP), 2000 bis 2006, ausgewählte OECD-Länder	62
Tabelle 11:	Lebenserwartung von Frauen im Jahre 2006 bei Geburt, im Alter von 40,	63
Tabelle 12:	Lebenserwartung von Männern im Jahre 2006 bei Geburt, im Alter von.....	63
Tabelle 13:	Annahmen und Varianten der 11. Koordinierten Bevölkerungs- vorausberechnung	76
Tabelle 14:	Altenquotient „65“	77
Tabelle 15:	Altenquotient „80“	79
Tabelle 16:	Altenquotient „85“	79
Tabelle 17:	Altenquotient „65“ in den Bundesländern	80
Tabelle 18:	Altenquotient „80“ in den Bundesländern	81
Tabelle 19:	Altenquotient „85“ in den Bundesländern	82
Tabelle 20:	Ausprägungen des medizinisch-technischen Fortschritts	89

Tabelle 21:	Entwicklung der Nachfrage in den Produktgruppen der Medizintechnik von 1995 bis 2002 (Nachfrageindex 1995 = 100)	95
Tabelle 22:	Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen	98
Tabelle 23:	Räumliche Ansiedlung	111
Tabelle 24:	Fragebogenauswertung Internisten: Praxisart und Arbeitsspektrum	130
Tabelle 25:	Patientenmerkmale internistischer Fälle	132
Tabelle 26:	Praxisstrukturen niedergelassener Internisten	132
Tabelle 27:	Leistungsspektrum Internist	134
Tabelle 28:	Kostenträgerrechnung Koloskopie und Gastroskopie	141
Tabelle 29:	Kostenkalkulation Gastroskopie des Berufsverbands Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands	143

Executive Summary

Die fachärztliche Versorgung auf dem Prüfstand

Die historisch gewachsene, abgestufte Facharztversorgung stellt ein wesentliches Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitswesens dar. Sie bildet aber kein deutsches Spezifikum, denn niedergelassene Fachärzte gibt es auch in Frankreich, Österreich, der Schweiz und den USA. In den meisten europäischen Ländern befinden sich die Fachärzte allerdings ausschließlich an Krankenhäusern, wo sie überwiegend als Angestellte arbeiten oder auch wie in den Niederlanden als selbständige freiberufliche Ärzte praktizieren können. Es gibt bisher keine belastbaren Studien in Form von evidenzbasierten Systemvergleichen, die eine fundierte Aussage über die Zielkonformität einer strukturierten Facharztversorgung erlauben. Zudem bleibt zu berücksichtigen, dass die Wünsche und Präferenzen der Versicherten und Patienten in Abhängigkeit von den gewonnenen Erfahrungen und dem im Zeitablauf aufgebauten Anspruchsniveau erheblich divergieren können.

Bei internationalen Vergleichen, die nicht auf die absolute Lebenserwartung und die Gesundheitsquote, sondern auf die relativ valideren Indikatoren Wachstum der Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben pro Kopf abstellen, schneidet das deutsche Gesundheitswesen überdurchschnittlich gut ab. Frankreich, Österreich und die Schweiz, in denen es ebenfalls niedergelassene Fachärzte gibt, nehmen hier ebenso vordere Plätze ein. Da die nationalen Gesundheitsausgaben nur einen begrenzten Einfluss auf die Lebenserwartung ausüben, erlauben diese Ergebnisse zwar noch keine Schlüsse über die relative Effizienz der jeweiligen Gesundheitssysteme, sie weisen jedoch in keiner Weise auf eine vergleichsweise geringe Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen mit niedergelassenen Fachärzten hin.

Sicherstellung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung in einem sich ändernden Umfeld

Das Gesundheitswesen bildet bereits heute und in noch stärkerem Maße in naher Zukunft Deutschlands zentrale Wirtschaftsbranche – sowohl gemessen an seinem Anteil am Bruttoinlandsprodukt als auch an der Zahl der Beschäftigten. Die absehbare demographische

Entwicklung mit einem stark steigenden Anteil älterer und hochbetagter Menschen stellt die Gesundheitspolitik künftig insofern vor erhebliche Herausforderungen, als einerseits der Behandlungsbedarf zunimmt und andererseits jener Bevölkerungsanteil schrumpft, der diese Versorgung zu übernehmen vermag. Als Basis zukünftiger Reformüberlegungen gilt es zu beachten, dass das Gesundheitswesen einer post-industrialisierten Gesellschaft durch die Wechselwirkungen zwischen demographischen Veränderungen sowie den Möglichkeiten medizinisch-technologischer Entwicklungen einerseits und den Präferenzveränderungen der Bevölkerung andererseits in Zukunft vor einem Zuwachs der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steht. Der „Möglichkeitenraum“, d. h. die Angebotsseite als auch die damit korrespondierende Zahlungsbereitschaft auf der Nachfrageseite, vergrößert sich und macht eine Neuausrichtung der solidarischen Absicherung erforderlich.

Die Problematik, eine wohnortnahe (fach)ärztliche Versorgung auf hohem Niveau nachhaltig sicherzustellen, tritt dann verschärft in strukturschwachen ländlichen Regionen auf. Eine Tätigkeit in unterversorgten Gebieten muss in Zukunft besser vergütet werden. Geld allein wird die Verteilungsprobleme jedoch nicht lösen. Die so genannte Feminisierung der Medizin dürfte das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den Vordergrund der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen rücken. Aus-, Weiter- und Fortbildung werden sich den neuen Gegebenheiten anpassen müssen.

Zukünftige Herausforderungen Demografie und technischer Fortschritt implizieren Verlagerungen in den ambulanten fachärztlichen Bereich

Der medizinische Fortschritt bildet eine zentrale Ursache von Leistungsverlagerungen zwischen den Sektoren und hier vor allem zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. In Verbindung mit dem erfreulichen Befund, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter in einem guten gesundheitlichen Zustand erreichen, ermöglicht der medizinische Fortschritt zunehmend die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen. Viele medizinische Leistungen, die früher dem stationären Sektor vorbehalten blieben, lassen sich heute dank des medizinisch-technischen Fortschritts ambulant in Facharztpraxen erbringen.

Schnittstelle ambulant-stationär im Mittelpunkt wettbewerblicher Reformmaßnahmen

Unterschiedliche Rahmenbedingungen innerhalb der Sektoren behindern bisher einen funktionsfähigen Wettbewerb an den Schnittstellen, insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Nur einheitliche Rahmenbedingungen an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung ermöglichen eine effiziente sektorübergreifende Versorgung. Dies betrifft u.a. Leistungsdefinitionen, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Genehmigungsverfahren sowie Vergütungen einschließlich der Investitionsfinanzierung.

Die Rahmenbedingungen, insbesondere an der Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, müssen so verändert bzw. ausgestaltet werden, dass weiterhin eine flächendeckende ambulante Versorgung gewährleistet wird. Das schließt auch gleiche Wettbewerbsbedingungen für unternehmerisch Selbstständige und Angestellte sowie für niedergelassene Praxen und Krankenhäuser ein. Wesentlich für gleiche Wettbewerbschancen ist die Einheitlichkeit der Finanzierungssysteme. Investitionsmittel der Bundesländer dürfen nicht dazu genutzt werden, Konkurrenzangebote von Krankenhäusern zum Nachteil der niedergelassenen Ärzte zu schaffen, die ihre Investitionen selbst finanzieren müssen. Die zunehmende Spezialisierung der Medizin, der Ausbau der Informationstechnologie und der hohe Kapitalbedarf für Medizintechnik werden allerdings dazu führen, dass hoch spezialisierte Versorgung zunehmend multidisziplinäre Zentren übernehmen, so dass der Teamarzt an Bedeutung gewinnen wird. Aus dieser Perspektive erscheint ein funktionsfähiger Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Bereich unverzichtbar. Hierzu bedarf es aber auch gesetzlicher Regelungen, welche für diese Arbeitsprozesse geeignete verwaltungs- und honorartechnische Grundlagen legen.

Weiterhin bestehen erhebliche Wettbewerbsdefizite innerhalb der Sektoren, insbesondere innerhalb des Krankenhaussektors und des Arzneimittelbereichs. Zudem fehlt bisher ein Konzept über das Verhältnis von kollektiv- und selektivvertraglich organisierter Gesundheitsversorgung. Hinzu tritt die Furcht der Krankenkassen vor Zusatzbeiträgen, welche potenzielle innovative Vorhaben verdrängt. Dadurch dominieren Finanzierungsaspekte die grundsätzlich erwünschte Ziel- und Qualitätsorientierung.

Reformbedarf bei den §§ 73, 116, 137 und 140 SGB V

Der Gesetzgeber hat mit den jüngsten Gesundheitsreformen vielfältige Optionen zum selektiven Kontrahieren geschaffen, die aber bisher eher einen Flickenteppich an vertraglichen Möglichkeiten darstellen, der mangels vorliegender Evaluationen noch keine Basis für weitere Lerneffekte bilden kann. Von den besonderen Versorgungsformen beinhalten die Strukturverträge nach § 73 a SGB V, die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b sowie die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c zahlreiche Koordinationsprozesse und auch Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, sie beinhalten aber keine sektorübergreifende Koordination. Eine sektorübergreifende Behandlung ermöglichen vom Ansatz nur die Modellvorhaben nach §§ 63-65, die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d sowie die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g.

Neue Konzepte und Ideen können nicht umgesetzt werden, wenn den Krankenkassen private Verbände als Monopolisten gegenüberstünden, die auf diese Weise ihre Honorarforderungen realisieren wollten. Mit Blick auf die besonderen Versorgungsformen sollten alle Varianten gleiche Chancen besitzen, d.h. es darf keinen gesetzlichen Zwang zum Angebot einer speziellen Variante geben (insb. § 73 b SGB V). So widerspricht die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, sowohl einem ergebnisoffenen Wettbewerb der verschiedenen Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorübergreifenden Versorgung. Diese Monopolstellung der Hausarztverbände sollte wieder suspendiert werden. Bisher gibt es Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V zwischen dem MEDI-Verbund und der AOK lediglich in Baden-Württemberg und Bayern und mit Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg. Wer Honorarzuwächse fordert, sollte den Krankenkassen auch einen Gegenwert in Form höherer Qualität bieten. Es steht zu erwarten, dass künftig vermehrt Selektivverträge mit Fachärzten hinzu kommen. In Baden-Württemberg gibt es erste Facharztverträge nach § 73 c SGB V mit Kardiologen und Gastroenterologen.

Mit der Aufkündigung vieler bisheriger Strukturverträge nach § 73 a SGB V sind zentrale regionale Spielräume für eine qualitätsorientierte Versorgung verloren gegangen. Die anstehenden Reformmaßnahmen sollten den Krankenkassen wieder mehr Spielräume für die Finanzierung regionaler Versorgungsstrukturen einräumen.

Zudem bietet sich eine stärker sektorübergreifende Ausrichtung des § 140 a-d SGB V sowie die Integration der bestehenden Disease Management Programme in die besonderen Versorgungsformen an. Nachdem die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht länger den Ordnungsrahmen der integrierten Versorgung mitbestimmen, besteht aus ökonomischer Perspektive kein Grund mehr, ein reformiertes KV-System als Vertragspartner der § 140 SGB V-Verträge weiterhin auszuschließen.

Konkrete Kritik setzt auch am § 116 b SGB V an, der die Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus regelt. Da der Gesetzgeber im Rahmen der jüngsten Reformen, z. B. hinsichtlich der erweiterten Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser, die entsprechende Wettbewerbsordnung jedoch nicht anpasste, erzeugt die Konkurrenz an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor derzeit immer noch vielfach unerwünschte Effekte. Die niedergelassenen Fachärzte befinden sich auf diese Weise zwischen der politisch geförderten hausarztzentrierten Versorgung und den Expansionsmöglichkeiten der Krankenhäuser. Bisher gehen die Beteiligten noch eher restriktiv mit den Inhalten des Paragraphen um. Dennoch sollte der § 116 b SGB V zukünftig im Sinne einer Präzisierung angepasst werden.

Ambulante Arztpraxen kein Kostentreiber - wirtschaftliches Risiko von Praxen häufig nicht hinreichend abgebildet

In Deutschland stiegen seit Beginn der 90er Jahre die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulante Behandlung bzw. Arztpraxen unter den Behandlungsarten bzw. Einrichtungen am schwächsten an. Dieser Befund sowie ein Vergleich mit der Ausgabenentwicklung in der privaten Krankenversicherung (PKV) legen den Schluss nahe, dass sich - unabhängig von allokativen und/oder distributiven Zielen der

Gesundheitsversorgung - das Ausgabenwachstum im vertragsärztlichen Bereich mit Hilfe der korporativen Koordination wirksamer begrenzen ließ als in den übrigen Leistungssektoren des Gesundheitswesens. Der Vergleich mit der Inflationsrate (gemessen mit Hilfe des Verbraucherpreisindex) zeigt, dass seit 1993 keine „Ausgabenexplosion“ im Bereich der Arztpraxen stattgefunden hat. Die Ausgaben der GKV für Arztpraxen stiegen in diesem Zeitraum um 2,2 % p.a. an, während die Inflationsrate um durchschnittlich 1,5 % p.a. wuchs. Damit konnte in den Arztpraxen zwar formal ein realer Kaufkraftverlust verhindert werden, allerdings verteilt sich der Anstieg der GKV-Ausgaben für Arztpraxen in diesem Zeitraum auf rund 13 % mehr Vertragsärzte und seit dem Jahr 1993 sind zudem zahlreiche stationäre Untersuchungen bzw. Behandlungen in den ambulanten Bereich durch Verlagerung aus dem stationären Sektor hinzugekommen.

Nach der jüngsten Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts belaufen sich die Aufwendungen der Arztpraxen auf durchschnittlich 51,7 % der Einnahmen. Den größten Teil der Aufwendungen stellen in einer Arztpraxis die Personalaufwendungen mit durchschnittlich 23,3 % der Einnahmen dar. Der Anteil der Einnahmen aus ambulanter und stationärer Kassenpraxis beläuft sich nur noch auf etwa 70,0 %. Die Finanzierung der Arztpraxen erfolgt somit inzwischen zu fast einem Drittel über andere Ausgabenträger.

Der durchschnittliche Reinertrag je Praxis beläuft sich auf 193.000 Euro (+17,7% gegenüber 2003). Je Praxisinhaber liegt der Reinertrag mit 142.000 Euro um 12,7% über dem Wert von 2003. Diese Durchschnittswerte lassen sich aber keinesfalls auf den einzelnen Kassenarzt herunter rechnen. Gerade die Durchschnittsbetrachtung ist anfällig für so genannte Ausreißer. Da der Reinertrag aus der Summe der Einnahmen abzüglich der Summe der Aufwendungen resultiert, ergibt sich hier eine starke Ungleichverteilung zwischen den Praxen. 35 % der Arztpraxen mit Einnahmen zwischen 125.000 und 250.000 Euro weisen beispielsweise einen durchschnittlichen Reinertrag in Höhe von 84.000 Euro auf und schneiden im Vergleich mit einem ärztlichen Angestelltenverhältnis eher ungünstig ab.

Bei der aktuellen Diskussion über das Einkommen freiberuflich selbständig tätiger Ärzte wird häufiger vernachlässigt, dass sich das ärztliche Einkommen nur sehr approximativ aus solchen

Strukturerhebungen ermitteln lässt. Die Ermittlung des Reinertrags gemäß der steuerlichen Einnahmen-Überschuss-Rechnung ist ökonomisch insofern problematisch, als sie die reale Situation einer Arztpraxis nicht aktuell darstellen kann. Ein zentraler Nachteil liegt darin, dass nicht alle relevanten Kostenarten erfasst werden, etwa die Aufwendungen des Arztes selbst, seine Arbeitszeit und andere kalkulatorische Kosten, beispielsweise für die Risikoversorge. Der Werteverzehr an Geräten, Einrichtungen und sonstigen Sachanlagen wird ebenfalls nicht verursachungsgerecht veranschlagt. Viele Praxen haben beispielsweise in der Vergangenheit wegen der wirtschaftlich unsicheren Lage kaum investiert. Ein solcher schleichender Substanzverlust bleibt bei dieser Art der Einkunftsermittlung unberücksichtigt, obwohl dies langfristig ein erhebliches wirtschaftliches Risiko für die Praxis birgt.

Honorarreform

Als einen Kernpunkt sieht das GKV-WSG zwar einen verstärkten Wettbewerb im Selektivvertragssystem vor, während im Kollektivvertragssystem eher eine weitere Vereinheitlichung anstrebt. Im Januar 2009 erfolgte die Einführung des neuen Honorarsystems mit folgenden Strukturelementen: der bundesweit einheitliche Orientierungspunktwert, die Umsetzung in Euro-Gebührenordnungen auf regionaler Ebene, die Bestimmung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Morbiditätsveränderungen in der Bevölkerung sowie die Regelleistungsvolumina zu Festpreisen. Die Leistungen der Vertragsärzte werden innerhalb der Regelleistungsvolumen in Euro-Preisen vergütet, die in großen Teilen für das gesamte Bundesgebiet einheitlich sind. Zudem geht das Morbiditätsrisiko stärker auf die Krankenkassen über. Das politische Ziel, die Honorare der Ärzte in den östlichen Bundesländern an das West-Niveau anzugleichen, wurde zwar erreicht, Qualitätsunterschiede und auch Unterschiede in der Personalintensität bestehen nach wie vor, ohne dass dies angemessen Berücksichtigung findet. In den alten Bundesländern beschäftigen die Arztpraxen im Schnitt 50 % mehr Personal. Die Einnahmesituation und wirtschaftliche Betroffenheit sind selbst innerhalb der ärztlichen Fachgruppen äußerst inhomogen. Die neue Honorarordnung führt tendenziell aufgrund der Abstufung der Fallzahlen bei den großen Landarztpraxen und aufgrund des niedrigen Punktwertes auch bei den hoch spezialisierten niedergelassenen Fachärzten zu finanziellen

Einbußen. Die Auswirkung auf das Honorar der Arztgruppen ist in den Kassenärztlichen Vereinigungen sehr unterschiedlich. Bundesweit kam es bei 66 % der niedergelassenen Fachärzte zu Honorarzuwächsen (2009 gegenüber 2008), allerdings mit großen Spannen bei der Honorarentwicklung. Mit einem Anteil von 66 % zählen insbesondere die Fachinternisten ohne Schwerpunkt zu den Gewinnern. Auch die Kardiologen (82 %), die Nervenärzte (80 %), die Urologen (77 %) und die Gastroenterologen (71 %) vermochten Zuwächse zu verbuchen. Dagegen erlitten 35 % aller Ärzte Verluste. Mit einem 60 %-Anteil in ihrer Fachgruppe trifft es die Orthopäden besonders stark. 44 % der Anästhesisten und 42 % der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte rechnen ebenfalls zu den Verlierern. Gleichwohl legen die bundesweiten „Verlierer“ Orthopäden im Honorar in 5 der 12 Kassenärztlichen Vereinigungen zu.

Als problematisch erweisen sich im neuen Vergütungssystem insbesondere die bundesweit einheitlichen Durchschnittswerte zur Berechnung des Honorars. Diese begrenzen den Preis ärztlicher Leistungen und lassen regionale Besonderheiten weitgehend unberücksichtigt. Insgesamt gesehen haben die Vorgaben der Honorarreform die bisher praktizierte Honorarverteilung im ambulanten Bereich erheblich verändert und viele Praxen in finanzielle Engpässe gebracht. Die neuen Regelleistungsvolumina lassen in vielen Fällen keinen Spielraum mehr für ausdifferenzierte individuelle Versorgungsschwerpunkte einzelner Praxen zu. Zukünftig sollte es wieder zu einer stärkeren Flexibilisierung beim Ausgleich regionaler Versorgungsunterschiede kommen.

Zukünftige Leistungsverlagerungen und Organisationsformen

Empirische Studien und Umfragen weisen auf die Möglichkeiten und die Bedeutung der internistischen fachärztlichen Versorgung als einen elementaren Baustein einer patientenorientierten wohnortnahen Gesundheitsversorgung hin. Bei ausgewählten Krankheitsbildern übernimmt der niedergelassene Facharzt schon heute häufig die Rolle eines Primärarztes, zuweilen auch die eines Gatekeepers. Derzeit stehen die niedergelassenen Fachärzte - zumindest in einigen Bundesländern - unter einem doppelten Druck: Zu primär hausgemachten Problemen im Rahmen der Honorarreform treten Zentralisierungstendenzen

im Kollektivvertragssystem hinzu. Dies lässt die Befürchtungen vieler Fachärzte um die wirtschaftliche Existenz ihrer Praxis verständlich erscheinen.

Die zentrale Aufgabe der zukünftigen Gestaltung der Versorgung liegt in einer zielorientierten sektorübergreifenden Koordination. Wie bei allen Behandlungsarten bietet sich auch bei der Weiterentwicklung der ambulanten Facharztversorgung ein funktionsgerechter Wettbewerb an den heutigen Schnittstellen der Sektoren an. Ein funktionsfähiger Wettbewerb zur Optimierung einer sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung erfordert, wie bereits angedeutet, an den Schnittstellen der Leistungssektoren einheitliche Leistungsdefinitionen, gleiche (Mindest-) Qualitätsstandards und eine einheitliche Vergütung für gleiche Leistungen. Gleiches gilt für die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden und die (monistische) Finanzierung von Investitionen. In dieser Hinsicht besitzen niedergelassene Fachärzte gegenüber Krankenhäusern derzeit eindeutige wettbewerbliche Nachteile.

Die Organisationsform der ambulanten Versorgung wird zukünftig von der Einzelpraxis über Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren bis hin zur ambulanten Versorgung am Krankenhaus reichen. Die Rahmenbedingungen müssen so justiert werden, dass eine flächendeckende Versorgung gesichert bleibt und keine Organisationsform übervorteilt oder benachteiligt wird. Von den sich abzeichnenden Strukturverschiebungen können vor allem jene niedergelassenen Fachärzte profitieren, die strukturiert arbeiten und, wo es sich im Sinne einer effizienten und effektiven Versorgung anbietet, auch Kooperationen sowohl mit Hausärzten als auch mit Krankenhäusern suchen. Dabei schließt ein zielorientierter Wettbewerb die Kooperation anstelle der Konfrontation als Leitbild der zukünftigen Entwicklung keineswegs aus. Letztlich sollten die Patienten Wahlmöglichkeiten besitzen und darüber entscheiden, welche Versorgungsformen sie präferieren.

1. Einführung: Die deutsche fachärztliche Versorgung auf dem Prüfstand

1.1 Die These der „doppelten Facharztschiene“ als Ausgangspunkt

Obleich auch das deutsche Gesundheitswesen noch relevante Effizienz- und Effektivitätsreserven in Form von Unter-, Über- und Fehlversorgung aufweist, zeichnet es sich im internationalen Vergleich durch eine nahezu flächendeckende Versorgung und damit eine gute Erreichbarkeit der Leistungen sowie ein hohes Qualitätsniveau aus (siehe auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziffer 1; Sawicki, P. T. 2005; Wille, E. 2007a, S. 201f.). Nur wenige Versicherte bzw. Patienten dürften - unabhängig von Sprachproblemen - im Schadensfalle eine Behandlung im Ausland einer im Inland vorziehen. Unbeschadet dieser Vorzüge steht das deutsche Gesundheitswesen und mit ihm die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in normativer Hinsicht vor der Aufgabe, das noch vorhandene Rationalisierungs- bzw. Verbesserungspotential weitmöglichst auszuschöpfen. Zu den zentralen Ursachen der bestehenden Effizienz- und Effektivitätsreserven gehören u. a. Mängel in der Rahmenordnung für die angestrebte Intensivierung der Wettbewerbsprozesse und Schwachstellen an den Schnittpunkten der Leistungssektoren (siehe auch Sawicki, P.T. 2005, S. 762f; Ernst, A. - S. und Sawicki, P.T. 2005, S. 535). Dabei bestehen zwischen diesen beiden Ursachen enge Wechselwirkungen, die zu einer Verstärkung der allokativen Defizite tendieren.¹

Bei der Frage nach den Gründen für die allokativen Defizite an den Schnittstellen der Leistungssektoren steht neben der korporativen Koordination bzw. der Gemeinsamen Selbstverwaltung von öffentlich-rechtlichen Körperschaften (vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. 2007, S. 83ff.; Simon, M. 2008, S. 24ff.; Wille, E. 2008, S.1ff.) und der Existenzberechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch die strukturierte Facharztversorgung, d. h. die Trennung zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Fachärzten, im Mittelpunkt kontroverser Diskussionen

¹ Die hier angesprochene, stärker makroökonomisch orientierte, Sichtweise des Gesundheitswesens lässt zunächst offen, welche Vor- und Nachteile bestimmte Versorgungsstrukturen aus einer stärker dezentralen bzw. regionalen Perspektive besitzen. Auch bleibt zu diskutieren, welche volkswirtschaftlichen Bewertungskriterien oder Benchmarking-Ansätze auf das Gesundheitswesen angewendet werden können, auch im internationalen Vergleich.

(siehe auch Albrecht, M. et al. 2007). Die strukturierte Facharztversorgung führe - so die These- zu einer doppelten Vorhaltung medizinischer Infrastruktur und vermeidbaren Doppeluntersuchungen und bilde als doppelte Facharztbesetzung „ein Hauptproblem des deutschen Gesundheitswesens“ (Bruchenberger E. 1998, S. 104). Mit der Integration von nur einigen Tausend Facharztpraxen in Gesundheitszentren oder Krankenhäusern könnte die GKV nach Schätzung von K. Lauterbach (2003) ca. 2 Mrd. € sparen. Dabei bleibt die Berechnungsgrundlage dieser Schätzung allerdings ebenso unklar wie die Veranschlagung möglicher allokativer Effekte, die wie z. B. hinsichtlich der Zugänglichkeit fachärztlicher Leistungen und der Patientenpräferenzen aus einer solchen Umstrukturierung erwachsen können.

Die historisch gewachsene, abgestufte strukturierte Facharztversorgung stellt ein „wesentliches Strukturmerkmal“ (Tescic, D. 2003, S. 8) des deutschen Gesundheitswesens dar. Sie bildet auch kein Spezifikum des deutschen Gesundheitswesens, denn niedergelassene Fachärzte gibt es auch in Frankreich, Österreich, der Schweiz und den USA. In den meisten europäischen Ländern befinden sich die Fachärzte allerdings ausschließlich an Krankenhäusern, wo sie überwiegend als Angestellte arbeiten oder auch wie in den Niederlanden als selbständige freiberufliche Ärzte praktizieren können. Es gibt bisher keine belastbaren Studien in Form von evidenzbasierten Systemvergleichen, die eine fundierte Aussage über die Zielkonformität einer strukturierten Facharztversorgung erlauben. In diesem Kontext gilt es noch zu berücksichtigen, dass die Wünsche und Präferenzen der Versicherten und Patienten innerhalb Europas und hier auch innerhalb ökonomisch vergleichbarer Länder hinsichtlich einer optionalen Gesundheitsversorgung in Abhängigkeit von den gewonnenen Erfahrungen und dem im Zeitablauf aufgebauten Anspruchsniveau erheblich divergieren können. Die vergleichsweise große Geduld, die englische Patienten aufbringen, die sich auf Wartelisten für benötigte Operationen befinden, mag diese relevanten Unterschiede verdeutlichen.

Für die Beurteilung der komparativen Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen oder ihrer zentralen Elemente bieten sich in normativer Hinsicht neben der fiskalischen Finanzierbarkeit allokativer Effizienz- und Effektivitätsziele sowie das distributive (Gerechtigkeits-)Postulat an.

Unter Zielaspekten gewinnt das Gesundheitswesen als ein dynamischer Wirtschaftsbereich noch dadurch an Relevanz, als es beträchtliche Beschäftigungs- und Wachstumschancen eröffnet, die vor dem Hintergrund der absehbaren demographischen Entwicklung künftig noch an Bedeutung gewinnen (siehe ausführlicher unten unter 5.2). Dabei geht es vornehmlich darum, wie flexibel und zielorientiert sich ein Gesundheitssystem dem sich dynamisch verändernden Leistungsbedarf anzupassen vermag. Dieser Wandel kommt u. a. zustande durch (vgl. BAYS 2002, S. 6; Jonitz, G. 2008, S. 1ff.):

- Substitution von bestehenden Behandlungsmöglichkeiten durch neue,
- Behandelbarkeit von bisher nicht behandelbaren Krankheiten,
- Anwendbarkeit bestehender Behandlungsmethoden auf neue, z. B. ältere Patientengruppen,
- zunehmende Therapieviefalt,
- Auftreten neuer Krankheiten,
- steigende Prävalenz bestimmter Krankheiten, z. B. durch demographischen Wandel sowie
- abnehmende Prävalenz bestimmter Krankheiten, z. B. infolge von verbesserter Prävention.

1.2 Aufbau des Gutachtens

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich nach § 73 Abs. 1 SGB V in eine haus- und eine fachärztliche Versorgung. Im hierarchisch gestuften deutschen Gesundheitssystem befindet sich die Versorgung durch niedergelassene Fachärzte somit auf einer Ebene zwischen der hausärztlichen und der stationären Versorgung, was Kooperationen zwischen diesen Ebenen, wie z. B. im Belegarztsystem, nicht ausschließt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008a, S. 14) unterteilt die Versorgung durch niedergelassene Fachärzte nochmals in eine wohnortnahe, die Gemeinsamkeiten mit der hausärztlichen Versorgung aufweist, und eine spezialisierte krankenhausnahe Versorgung.

Zu dieser Ebene gehören vor alle Fachärzte, die auftragnehmend arbeiten, fallbezogen können aber auch Fachärzte hinzutreten, die überwiegend eine wohnortnahe Versorgung anbieten. Vor diesem Hintergrund gibt das folgende zweite Kapitel einen komprimierten empirischen Überblick über die vertrags- und fachärztliche Versorgung mit einer jeweiligen Trennung in Vertrags- und Krankenhausärzte, Vertragsärzte der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie Fachärzte nach Arztgruppen.

Das ebenfalls empirisch orientierte dritte Kapitel stellt mit Fokus auf den vertragsärztlichen Bereich die Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Trägern, Einrichtungen und Leistungs- bzw. Behandlungsarten für den Zeitraum von 1993 bis 2007 dar. Dabei liegt hinsichtlich der Ausgabenträger der Schwerpunkt auf der GKV, deren Finanzierungsprobleme in den vergangenen 30 Jahren zumeist den Anlass zu Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Gesundheitsreformen bildeten. Ein Vergleich ihrer Ausgabenstruktur mit der privaten Krankenversicherung (PKV) vermag hier interessante Unterschiede aufzudecken. Diese zeigen sich bei einer Gliederung der jeweiligen Ausgaben nach den Einrichtungen Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken und der damit korrespondierenden Einteilung in Ausgaben für stationäre und ambulante Behandlung sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus öffentlichen Apotheken. Da die Gesundheitsausgaben insgesamt und damit auch die jeweiligen Aufwendungen für den vertragsärztlichen Bereich als monetäre Inputs ins Gesundheitswesen fließen, erlauben sie keine Aussagen über die mit ihnen realisierten gesundheitlichen Outcomes, gestatten aber unabhängig von Effizienz und Effektivität ein Zwischenfazit unter fiskalischen Aspekten.

Das vierte Kapitel analysiert auf der Grundlage von OECD-Daten die deutsche Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich. Dies geschieht vor dem Hintergrund der Fragestellung, ob das deutsche Gesundheitswesen oder andere Länder mit einer strukturierten Facharztversorgung signifikante Nachteile gegenüber solchen Gesundheitssystemen aufweisen, bei denen sich die Fachärzte ausschließlich an Krankenhäusern befinden. Als Beurteilungskriterien dienen auf der monetären Inputebene die Gesundheitsquoten, d. h. die jeweiligen nationalen Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, sowie die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in US-Dollar Kaufkraftparitäten und auf der Outcome-

ebene für beide Geschlechter die Lebenserwartung ab Geburt sowie die fernere Lebenserwartung ab einem Alter von 40, 60 und 80 Jahren. Da hinsichtlich der Lebenserwartung die einzelnen Länder vor allem durch Ereignisse in der Kriegs- und Nachkriegszeit unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen aufweisen, besitzt die durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung in diesem Kontext eine höhere Aussagefähigkeit als die Zeitpunkt-Betrachtung. Da die nationalen Gesundheitsausgaben gegenüber transsektoralen Effekten, z. B. aus der ökologischen Umwelt, dem Verkehrs- und Bildungswesen, dem Wohnungssektor und dem Lebensstil der Bevölkerung, nur einen relativ begrenzten Einfluss auf die Lebenserwartung ausüben, geht es in diesem Kapitel nicht darum, dezisionistische Aussagen über die komparative Leistungsfähigkeit der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme abzuleiten. Die Untersuchung beschränkt sich vielmehr auf die Überprüfung, ob ein internationaler Vergleich valider Input- und Outcomeindikatoren Hinweise auf eine unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens zu liefern vermag, die möglicherweise in der strukturierten Facharztversorgung wurzelt.

Das fünfte Kapitel erörtert die bestehende und vor allem die künftige Nachfrage nach fachärztlicher Versorgung. Dabei stehen als zentrale Einflussgrößen die absehbare demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt im Mittelpunkt der Betrachtung. Der medizinisch-technische Fortschritt dürfte es auch in Zukunft ermöglichen, immer mehr Erkrankungen ambulant zu behandeln, so dass sich die ambulante fachärztliche Versorgung selbst bei einer gleich bleibenden Krankheitsprävalenz quantitativ und qualitativ mit zunehmenden Herausforderungen konfrontiert sieht (ähnlich BAYS 2002, S. 8). Unabhängig von der künftigen Gültigkeit der Morbiditätskompressions- oder der Morbiditätsexpansions-These (siehe hierzu Cischinsky, H. 2007) führt die demographische Alterung in den nächsten Jahrzehnten in relevanten Indikationsbereichen, wie z. B. der Demenz und der Depression, zu deutlich steigenden Prävalenzen. Die Wechselwirkungen zwischen den medizinisch-technischen und den demographischen Einflussgrößen tendieren zudem noch dazu, den Bereich möglicher ambulanter Facharztversorgung zu vergrößern. Hierfür sprechen aus normativer Sicht auch ökonomische Effizienzaspekte und die Präferenzen der Patienten, die zumeist eine ambulante Behandlung einer stationären

vorziehen. Diese Feststellung einer künftig steigenden Bedeutung ambulanter fachärztlicher Versorgung gilt zunächst noch unabhängig davon, ob die jeweilige Behandlung in Zukunft durch niedergelassene Fachärzte, Krankenhausärzte oder in Kooperation zwischen diesen geschieht. Vor dem Hintergrund des zu erwartenden Behandlungsbedarfes können möglicherweise alle drei Versorgungsformen zunehmen, zumal sie teilweise in einer komplementären Beziehung stehen. Wo substitutive Konkurrenzverhältnisse herrschen, erfordern Effizienz und Effektivität in diesem wachsenden Schnittstellenbereich eine faire Wettbewerbsordnung, d. h. u. a. gleiche Regelungen hinsichtlich der Qualitätssicherung, der Zulassung neuer Verfahren und der Vergütung.

Die Bundesregierung versucht seit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) von 1997 - zunächst mit den Modellvorhaben (§§ 63 -65 SGB V) - die ehemals ziemlich abgeschotteten Sektoren stationärer und ambulanter Behandlung aufzulockern und zugleich an dieser Schnittstelle die Wettbewerbsintensität zu erhöhen. Das sechste Kapitel behandelt diese inzwischen stark angewachsenen besonderen Versorgungsformen, die über die herkömmliche Versorgung hinaus auch teilweise eine sektorübergreifende Behandlung ermöglichen. In diesem Zusammenhang kommt für die Versorgung durch niedergelassene Fachärzte, den integrierten Versorgungsformen (§ 140a-d SGB V), der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), der ambulanten Behandlung im Krankenhaus von hoch spezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116b SGB V) und den Medizinischen Versorgungszentren (§ 95, Abs. 1 SGB V) eine besondere Bedeutung zu. Bei den medizinischen Versorgungszentren und den integrierten Versorgungsformen interessiert vor allem, in welchem Umfange Vertragsärzte und Krankenhäuser von diesen neuen Vertragsoptionen bisher Gebrauch machten.

Mehrere besondere Versorgungsformen erlauben selektives Kontrahieren zwischen einzelnen Krankenkassen und Ärzten bzw. Arztgruppen, d. h. Verträge ohne Beteiligung der KVen, und intendieren damit, wie oben angedeutet, auch eine Intensivierung dezentraler Wettbewerbsprozesse. Die Krankenkassen und die verschiedenen Leistungserbringer stehen damit vor neuen Herausforderungen, die es in dieser Form im kollektiven Vertragssystem nicht gab

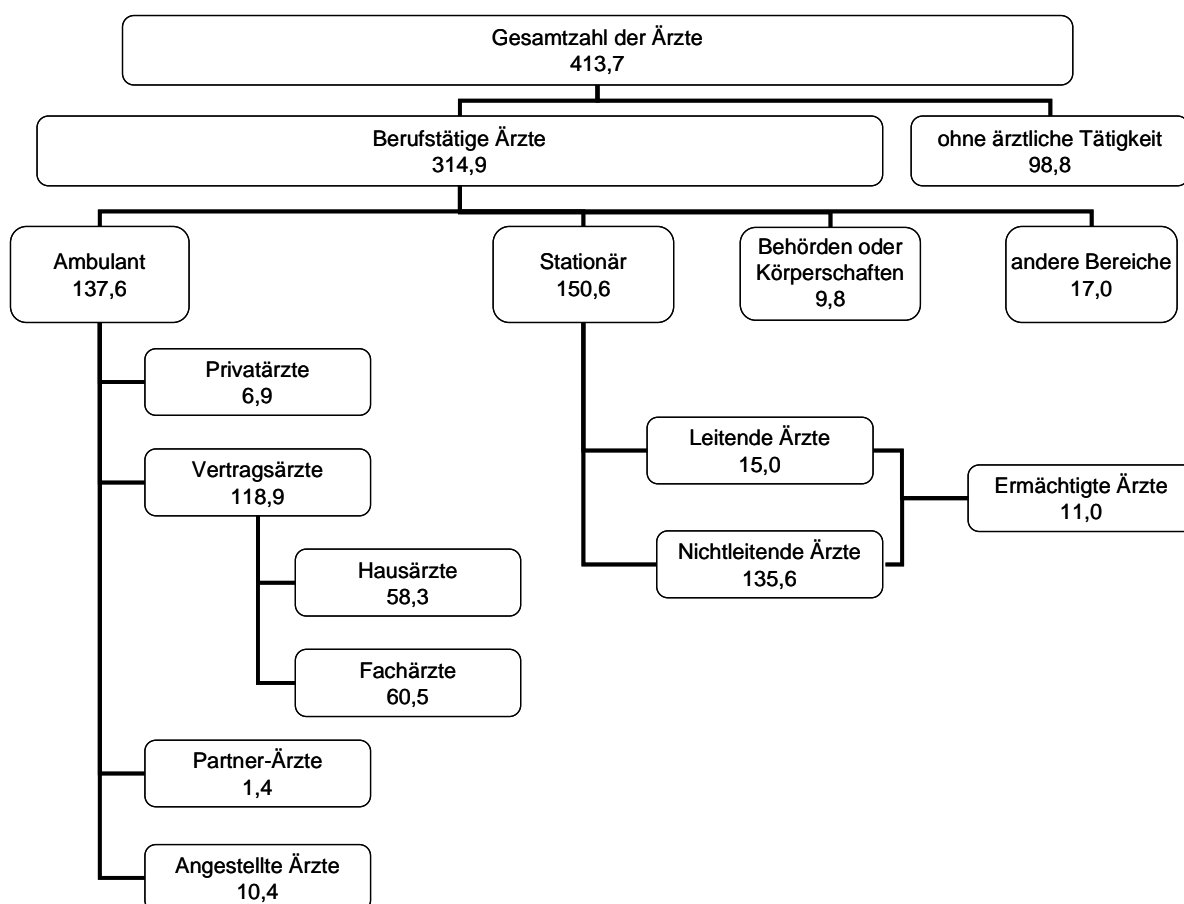
(siehe auch Köber, C. 2008). Der damit intendierte Wettbewerb stellt aber grundsätzlich, d. h. im Gesundheitswesen wie in anderen Wirtschaftsbereichen, keinen Selbstzweck dar, sondern dient über eine verbesserte Funktionsfähigkeit der Allokation instrumental zur Realisierung höherrangiger Ziele. Die Auflistung des weiteren Handlungsbedarfs im siebten Kapitel basiert auf einer Bewertung der bestehenden Regelungen und der Suche nach den adäquaten ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für eine zielorientierte Versorgung im Schnittstellenbereich der Leistungssektoren. Diese Frage gewinnt künftig noch dadurch an Bedeutung, dass der medizinisch-technische Fortschritt zu Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich führt und die demographische Entwicklung den Umfang der ambulanten Versorgung zusätzlich anwachsen lässt. Die derzeitigen Diskussionen um eine optimale Versorgung konzentrieren sich noch vornehmlich auf Konkurrenzbeziehungen zwischen Haus- und niedergelassenen Fachärzten sowie diesen und Krankenhäusern. Als aussichtsreiche Alternativen bieten sich Kooperationen dieser Leistungserbringer an, die unter Einschluss der Arznei- Heil- und Hilfsmittel ein abgestimmtes Angebot an präventiven und therapeutischen Leistungen anbieten können.

Das achte Kapitel beleuchtet zum Abschluss die spezielle Situation niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Dabei bildete einen Schwerpunkt der Gesundheitsreform 2007 die Reform des ambulanten Vergütungssystems. In diesem Kontext stellt sich auch die Frage, aus welchen Gründen zahlreiche Ärzte trotz des globalen Zuwachses der Honorare erhebliche Umsatzrückgänge befürchten. Die folgende erste Auswertung einer Fragebogenstudie zielt im Sinne der Versorgungsforschung darauf ab, die Praxis- und Leistungsstrukturen im niedergelassenen internistischen Bereich darzustellen. Zudem erfasst diese Studie Alter und Geschlecht der Patienten, deren Wegstrecke zur Praxis sowie das für niedergelassene Internisten relevante Überweisungsverhalten. Am Ende des Gutachtens stehen Ausführungen zu den allgemeinen Kostenstrukturen fachärztlich tätiger Internisten sowie eine Fallstudie zu den Kosten und Vergütungen der endoskopischen Untersuchungen Gastroskopie und Koloskopie. Die Fallstudie zeigt exemplarisch die Gefahr, dass Honorarsysteme Anreize setzen können, den Umfang bestimmter Leistungen auszudehnen oder einzuschränken, ohne dass hierfür erkennbar medizinische Gründe vorliegen.

2. Die Entwicklung der vertrags- und fachärztlichen Versorgung

Zum 31. Dezember 2007 waren 413.696 Ärzte bei den Landesärztekammern gemeldet, darunter 98.784 ohne ärztliche Tätigkeit. Von den 314.912 berufstätigen Ärzten waren 43,68 % im ambulanten und 47,84 % im stationären Bereich tätig (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft zum 31.12.2007 (in Tausend)



Angestellte Ärzte: einschließlich Praxisassistenten.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Darstellung.

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst alle ambulanten ärztlichen Leistungen, die zu Lasten der GKV erbracht werden können, und gliedert sich entsprechend gesetzlicher

Vorgabe seit 1996 in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung (vgl. § 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte unterscheiden sich gemäß ihrem Teilnahmestatus in Vertrags-, Partner-, angestellte und ermächtigte Ärzte. Der Teilnahmestatus „Partner-Arzt“ wurde durch das 2.GKV-Neuordnungsgesetz vom 23.06.1997 eingeführt. Es ermöglicht die (beschränkte) Zulassung eines Arztes in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich, sofern der niederlassungswillige Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder derselben Facharztbezeichnung ausübt und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten. Entsprechend gesetzlicher Regelung darf der bisherige Praxisumfang nicht wesentlich überschritten werden (vgl. § 101 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 3 Satz 1 SGB V). Konkret legt die jeweilige KV eine Punktzahlbergrenze anhand der letzten vier abgerechneten Quartale fest, die quartalsbezogen lediglich um 3 % des Fachgruppendurchschnitts des Vorjahresquartals überschritten werden darf (vgl. Diehl, M. und Hartz, B. 2007, S. 55). In die Ermittlung des Versorgungsgrades werden Partner-Ärzte nicht einbezogen (vgl. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Im Jahr 2007, mit Stand zum 31. Dezember, nahmen 134.172 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teil; darunter 118.858 Vertragsärzte, 1.374 Partner-Ärzte, 2.963 angestellte sowie 10.977 ermächtigte Ärzte (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008).

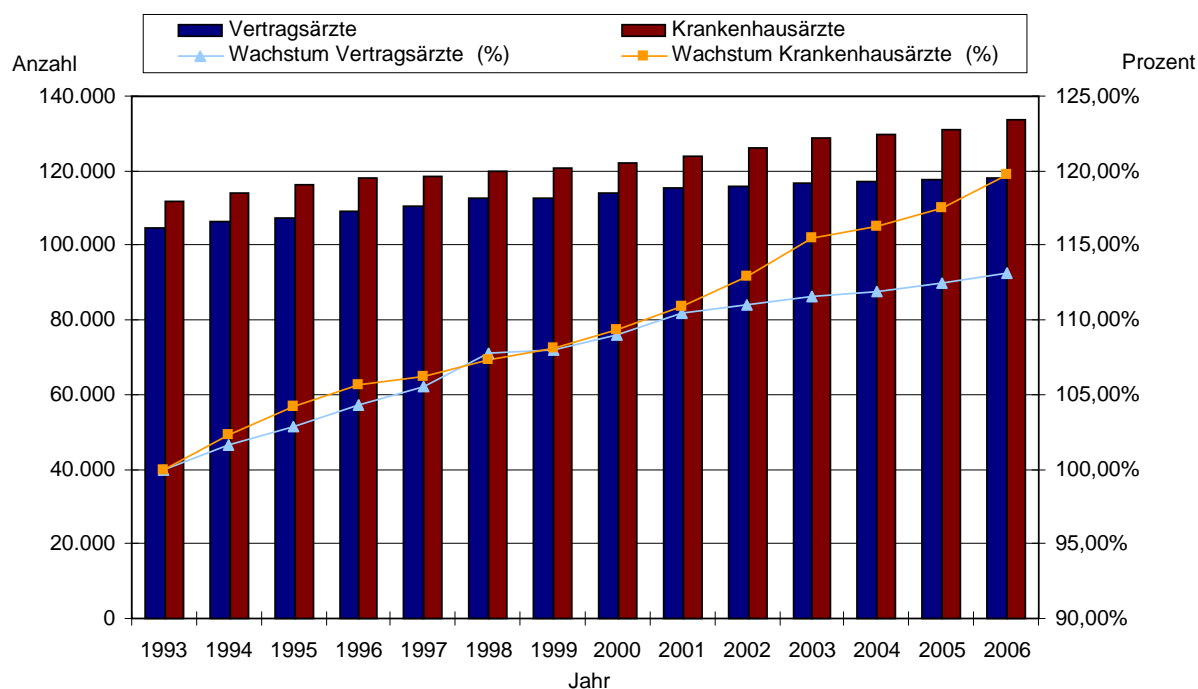
2.1 Vertrags- und Krankenhausärzte

Differenziert nach Leistungssektoren stellt sich die zahlenmäßige Entwicklung seit 1993 entsprechend Abbildung 2 dar. Die Zahl der Vertragsärzte ist von 104.556 im Jahre 1993 um 13,08 % auf 118.277 in 2006 gestiegen; die Zahl der Krankenhausärzte hat sich im selben Zeitraum von 111.608 auf 133.649 erhöht, was einem Anstieg von 19,75 % entspricht. Den stärksten Nettozuwachs verzeichneten die Vertragsärzte 1998 mit 2,07 % im Vergleich zum Vorjahr. Aus einer Veröffentlichung der KBV geht allerdings hervor, dass die Bestandsrechnung zum 31. Dezember 1998 die Arztzahlenentwicklung nicht realistisch

abbildet. Aufgrund gesetzlicher Regelung mussten Vertragsärzte, die zum 1. Januar 1999 68 Jahre oder älter waren, ihren Vertragsarztsitz aufgeben. Für diese im Vorfeld bekannten Abgänge wurden häufig Zulassungen bereits im Dezember 1998 ausgesprochen, sodass die Stichtagsbetrachtung Doppelzählungen enthält (vgl. Thust, W. und Lieschke, L. 1999, S. 12). Seit 2002 liegt das Wachstum der Krankenhausärzte deutlich über dem der Vertragsärzte: Während die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Vertragsärzte 0,59 % beträgt, ist sie im stationären Bereich mit 1,42 % mehr als doppelt so hoch.

Der scheinbare Widerspruch, dass es in Deutschland trotz steigender Arztzahlen einen immer spürbarer werdenden Ärztemangel gibt, dürfte darauf zurückzuführen sein, dass der demografische Wandel in Kombination mit der Explosion des medizinisch Machbaren dazu führt, dass immer mehr ärztliche Spezialisten benötigt werden. Weiterhin führt der in den letzten Jahrzehnten realisierte Trend zur Arbeitszeitverkürzung gemeinsam mit der Feminisierung der Medizin dazu, dass ein gegebenes Arbeitsvolumen auf mehrere Köpfe verteilt werden muss (vgl. Bundesärztekammer 2009, S. 16).

Zudem werden die Ärzte in immer komplexere spezialisierte Tätigkeiten eingebunden, so dass sie sich kaum noch um die Alltagsarbeit oder die Weiterbildungstätigkeiten kümmern können. Diese Gründe tragen dazu bei, dass obwohl noch niemals so viele Ärzte in Deutschland berufstätig waren wie heute, weiter ein zunehmender Bedarf an Ärzten besteht.

Abbildung 2: Entwicklung der Vertrags- und Krankenhausarztzahlen seit 1993

Krankenhausärzte: bis 30.09.2004 hauptamtliche Ärzte (Leitende Ärzte, Oberärzte, Assistenzärzte) und Ärzte im Praktikum; ab 01.10.2004 hauptamtliche Ärzte.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

2.2 Vertragsärzte der haus- und fachärztlichen Versorgung

Vor dem Hintergrund der besonderen Versorgungsformen, insbesondere der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, erscheint im Kontext dieses Gutachtens die Aufteilung der Vertragsärzte auf die haus- und fachärztliche Versorgung gemäß § 73 SGB V von besonderer Bedeutung und relevanter als die Trennung in Allgemein-Praktischen Ärzte auf der einen und Gebietsärzte auf der anderen Seite. An der hausärztlichen Versorgung partizipieren neben Allgemeinärzten, Praktischen Ärzten und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung² auch Kinderärzte³ sowie Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung,

² Im Folgenden Allgemein- und Praktische Ärzte genannt.

³ Kinderärzte werden seit dem 1. Januar 2000 dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können jedoch zugleich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (§ 73 Abs. 1a Satz 4 SGB V).

sofern sich letztere für eine derartige Teilnahme entscheiden⁴. Dem fachärztlichen Versorgungsbereich werden die übrigen Fachärzte zugeordnet. (vgl. § 73 Abs. 1a Satz 1 f. SGB V). Im Jahr 2007 nahmen insgesamt 58.304 Vertragsärzte an der hausärztlichen Versorgung teil; darunter 41.253 Allgemein- und Praktische Ärzte, 11.378 Internisten und 5.673 Kinderärzte. An der fachärztlichen Versorgung partizipierten insgesamt 60.554 Vertragsärzte; darunter 7.347 Internisten⁵ (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008). Der Anteil der ambulant tätigen Internisten an den Vertragsärzten insgesamt betrug somit 15,74 %. Hiervon entfielen 9,57 Prozentpunkte auf die hausärztlich und 6,18 Prozentpunkte auf die fachärztlich tätigen Internisten.

Im Jahr 2002 wurde vom Deutschen Ärztetag der Allgemein-Internist zugunsten eines Facharztes für Innere- und Allgemeinmedizin abgeschafft (vgl. Ertl 2008, S.2). Dabei wurde vielfach argumentiert, die Innere Medizin benötige vor allem den Schwerpunkt-Internisten. Die Versorgungslandschaft in Deutschland ist allerdings keineswegs nur auf Schwerpunktärzte ausgerichtet. Auf dem Deutschen Ärztetag in Münster (2007) kam es zur Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung als dritte Säule in der internistischen Ausbildung.

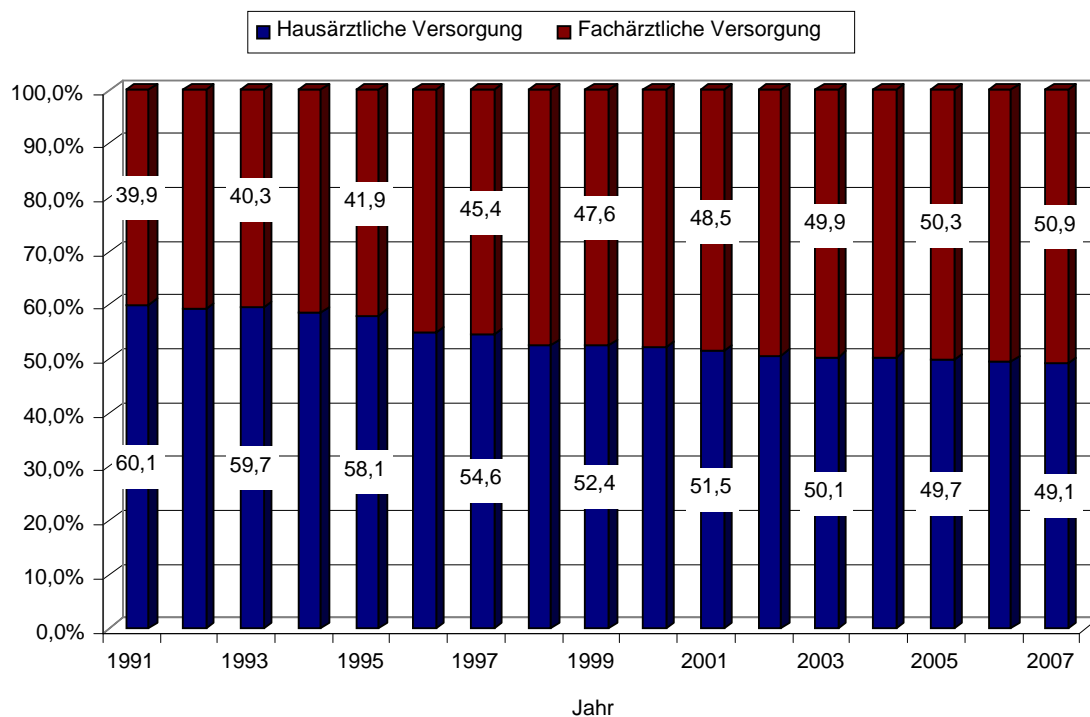
Die Spanne reicht nun vom Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin, der als Hausarzt tätig ist, über den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung (den so genannten Allgemeininternisten) bis hin zum Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung. Die drei Weiterbildungswege verlaufen über drei Jahre auf dem Gebiet der Inneren Medizin einheitlich. Zum Erwerb des Facharztes für Innere- und Allgemeinmedizin schließt sich eine zweijährige Weiterbildung im ambulanten Bereich an. Anwärter für den Facharzt mit Schwerpunktbezeichnung müssen sich anschließend im entsprechenden Fach weiterbilden. Zum Erwerb des Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung folgen zwei Jahre im stationären Bereich der Inneren Medizin. Darüber hinaus sind ergänzende

⁴ Ausnahmen hiervon sind in § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V geregelt.

⁵ Die Gesundheitsberichterstattung weist für das Jahr 2007 7.347 fachärztlich tätige Internisten aus; die KBV in ihren aktualisierten Grunddaten dagegen 7.564. Die Differenz von 217 Ärzten entspricht der Zahl der Lungenärzte im Jahre 2007, die – anders als in der Gesundheitsberichterstattung – in den Grunddaten zu den fachärztlich tätigen Internisten zählen.

Qualifikationen möglich. Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie setzt eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten voraus; bei einer prozentualen Relation von 60 zu 40 gilt die Versorgungsstruktur als ausgewogen (vgl. § 35 Nr. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Abbildung 3 lässt erkennen, dass eine derartige Relation im Jahre 1991 bestand, diese sich jedoch seither kontinuierlich zugunsten der Fachärzte verschoben hat. Obwohl den KVen seit 1993 die Aufgabe zukommt, im Rahmen der Niederlassungsberatung auf das ausgewogene Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten hinzuwirken, erhöhte sich der Anteil der Fachärzte im Zeitraum von 1993 bis 2007 um 10,6 % (vgl. § 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Abbildung 3: Verteilung der Vertragsärzte auf die haus- und fachärztliche Versorgung*



*: gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 f. SGB V.

Bis 1992: alte Bundesländer.

Bis 1996: Internisten ohne (mit) Schwerpunkt werden dem Gebiet der hausärztlichen (fachärztlichen) Versorgung zugeordnet.

Ab 1996: aufgrund der im Gesundheitsstrukturgesetz geforderten Entscheidung zur hausärztlichen Versorgung.

Quelle: Kopetsch 2003, S. 44; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

2.3 Die Fachärzte nach Arztgruppen

Die Vertragsärzte der fachärztlichen Versorgung verteilten sich im Jahr 2007 auf die folgenden Arztgruppen:

Tabelle 1: Vertragsärzte in der fachärztlichen Versorgung nach Arztgruppen

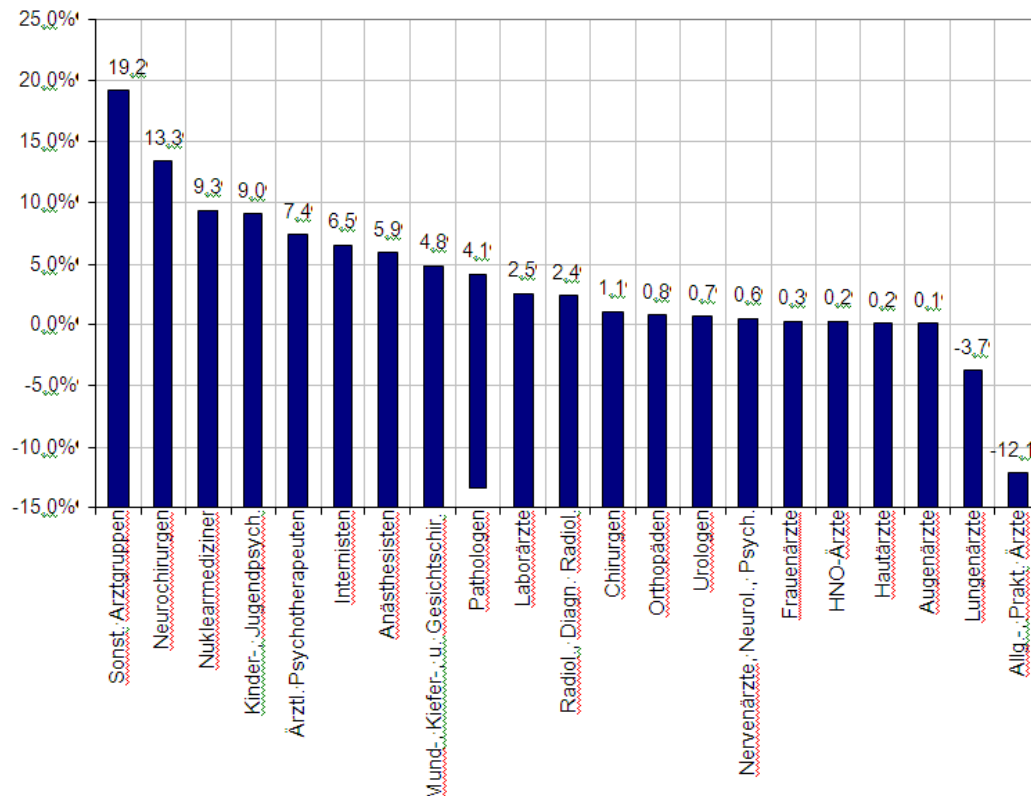
	2007	1996	Veränderung gegenüber 1996	Mittlere jährl. Wachstumsrate
Allgemein-, Praktische Ärzte ¹⁾	185	767	-75,88%	-12,13%
Anästhesisten	2.751	1.465	87,78%	5,90%
Augenärzte	5.183	5.121	1,21%	0,11%
Chirurgen	3.796	3.377	12,41%	1,07%
Frauenärzte	9.676	9.406	2,87%	0,26%
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	3.920	3.825	2,48%	0,22%
Hautärzte	3.283	3.218	2,02%	0,18%
Internisten	7.347	3.682	99,54%	6,48%
Kinderärzte ²⁾	-	188	-	-
Kinder- und Jugendpsychiater	654	253	158,50%	9,02%
Laborärzte	740	566	30,74%	2,47%
Lungenärzte	217	330	-34,24%	-3,74%
Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgen	982	588	67,01%	4,77%
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	4.792	4.496	6,58%	0,58%
Neurochirurgen	419	106	295,28%	13,31%
Nuklearmediziner	577	217	165,90%	9,30%
Orthopäden	5.062	4.655	8,74%	0,76%
Pathologen	615	396	55,30%	4,08%
Ärztliche Psychotherapeuten	4.496	2.052	119,10%	7,39%
Radiologen, Diagnostische Radiologen	2.708	2.088	29,69%	2,39%
Urologen	2.611	2.416	8,07%	0,71%
Sonstige Arztgruppen ³⁾	540	78	592,31%	19,23%
Summe	60.554	49.290	22,85%	1,89%

- 1) Allgemein- und Praktische Ärzte können auf Antrag zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zugelassen werden, sofern sie im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen (siehe § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V).
- 2) 01.01.1996 bis 31.12.1999: Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnung wählen, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen; Kinderärzte mit Teilgebietsbezeichnung nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil.
Ab 01.01.2000: Kinderärzte nehmen an der hausärztlichen Versorgung teil; Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
- 3) Sonstige Arztgruppen: u. a. Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Hygieniker, Immunologen, Mikrobiologen, Pharmakologen, Physiologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner.

Quelle: Daten für 1996 bei KBV erfragt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Bei einer Betrachtung von Tabelle 1 fällt auf, dass sich die Arztgruppen bzw. die arztgruppenspezifischen Leistungen hinsichtlich ihres Spezialisierungsgrades unterscheiden. An der fachärztlichen Versorgung nehmen sowohl Vertragsärzte teil, welche die spezialisierte Grundversorgung übernehmen – wie Augenärzte, Frauenärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Hautärzte – als auch solche, die hoch spezialisierte und damit auch krankenhausnahe Leistungen anbieten. Die hoch spezialisierten Fachärzte – zu ihnen zählen beispielsweise Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Anästhesisten – werden in der Regel auf Veranlassung anderer Fachärzte, Hausärzte aber auch Krankenhausärzte tätig. Dabei können beispielsweise Nuklearmediziner, Pathologen und Anästhesisten auch überwiegend ambulant tätig sein. Unter Umständen arbeiten Pathologen oder Genetiker sogar ausschließlich an Instituten. Der Anteil der Internisten an den Fachärzten nahm zwischen 1996 und 2007 von 7,47 % auf 12,13 % zu.

Abbildung 4: Mittlere jährliche Wachstumsraten, der niedergelassenen Fachärzte 1996-2007

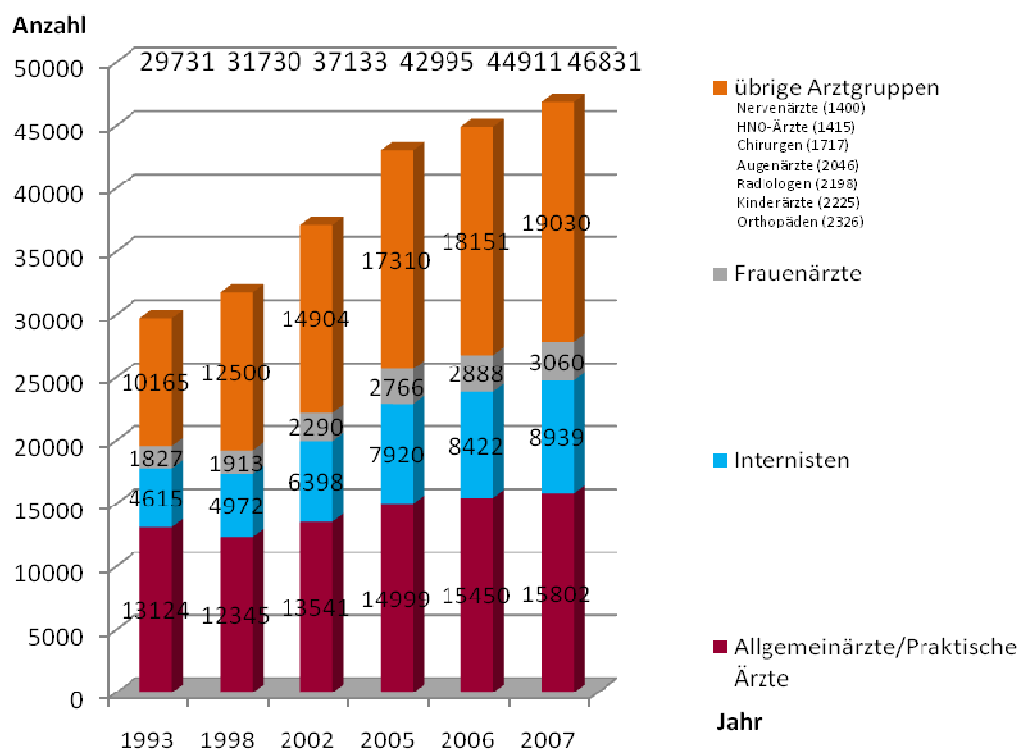


Sonst. Arztgruppen: u a. Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Hygieniker, Immunologen, Mikrobiologen, Pharmakologen, Physiologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner.

Quelle: Siehe Tabelle 1, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 4 verdeutlicht, dass sich die Facharztgruppen nicht nur hinsichtlich ihres Spezialisierungsgrades sondern auch hinsichtlich ihrer mittleren jährlichen Wachstumsraten zum Teil deutlich unterscheiden. Während die Facharztgruppen der spezialisierten Grundversorgung tendenziell relativ niedrige Zuwächse verzeichneten, wiesen die hoch spezialisierten Facharztgruppen in der Tendenz vergleichsweise hohe Wachstumsraten auf.

Abbildung 5: Ärzte in Gemeinschaftspraxen



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008a, S.31.

Abbildung 5 lässt erkennen, dass innerhalb der ambulant tätigen Vertragsärzte eindeutig ein Trend hin zu Gemeinschaftspraxen besteht. Bei den Internisten verdoppelte sich die Zahl der in Gemeinschaftspraxen tätigen Ärzte nahezu (die Wachstumsrate der Internisten in Gemeinschaftspraxen beläuft sich auf 93,7 % zwischen 1993 und 2007), bei den Allgemeinärzten/Praktischen Ärzten beträgt die Wachstumsrate 20,4 %, bei den Frauenärzten

67,5 % und bei den übrigen Arztgruppen (Nervenärzte, HNO-Ärzte, Chirurgen, Augenärzte, Radiologen, Kinderärzte und Orthopäden) 87,2 %. Über alle Arztgruppen hinweg ergibt sich eine Wachstumsrate der Ärzte in Gemeinschaftspraxen von 58%. Zudem wurden mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2003 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit freiberuflichen oder angestellt tätigem ärztlichen Personal zugelassen (siehe unten unter 6.3).

3. Das Wachstum der Gesundheitsausgaben im vertragsärztlichen Bereich

Zu den Gesundheitsausgaben der Bundesrepublik Deutschland im engeren Sinne zählen Ausgaben für den Endverbrauch von Gütern und Dienstleistungen, die dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und/oder Pflege dienen, sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Einkommensleistungen, wie z. B. Krankengeld, werden demzufolge nicht zu den Gesundheitsausgaben gerechnet. Sie gehören zum erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens, den die Gesundheitsausgabenrechnung separat dargestellt. Die Gesundheitsausgaben werden jährlich vom Statistischen Bundesamt in der Gesundheitsausgabenrechnung – gegliedert nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen – ausgewiesen (vgl. Statistisches Bundesamt 2008).

3.1 Die Gesundheitsausgaben nach Trägern und Einrichtungen

Die Gesundheitsausgabenrechnung unterscheidet, wie Tabelle 2 ausweist, jeweils acht Ausgabenträger und Einrichtungen (vgl. Statistisches Bundesamt 2008).

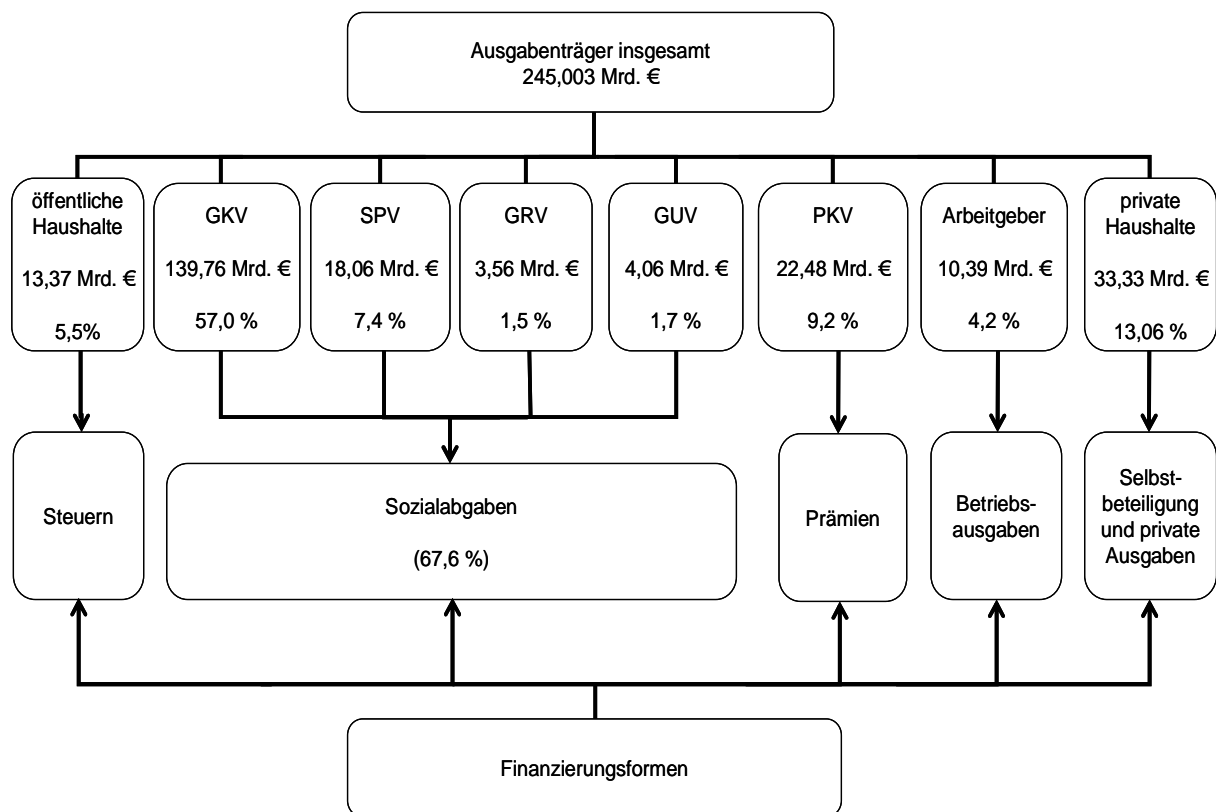
Tabelle 2: Ausgabenträger und Einrichtungen nach der Gesundheitsausgabenrechnung

Ausgabenträger	Einrichtungen
Öffentliche Haushalte	Gesundheitsschutz
Gesetzliche Krankenversicherung	Ambulante Einrichtungen: Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonst. medizinischer Berufe, Apotheken, Gesundheitshandwerk und –einzelhandel, Einrichtungen der ambulanten Pflege, sonst. Einrichtungen
Soziale Pflegeversicherung	Stationäre und teilstationäre Einrichtungen: Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen
Gesetzliche Rentenversicherung	Rettungsdienste
Gesetzliche Unfallversicherung	Verwaltung
Private Krankenversicherung	Sonstige Einrichtungen und private Haushalte
Arbeitgeber	Ausland
Private Haushalte/private Organisationen ohne Erwerbszweck	Investitionen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008; eigene Darstellung.

Im Jahre 2006 beliefen sich die Gesundheitsausgaben aller Ausgabenträger auf 245,003 Milliarden Euro. Abbildung 6 zeigt ihre Aufteilung auf die einzelnen Ausgabenträger und die jeweiligen Finanzierungsformen.

Abbildung 6: Ausgaben für Gesundheit nach Ausgabenträgern und Finanzierungsformen im Jahre 2006 (ohne Einkommensleistungen)



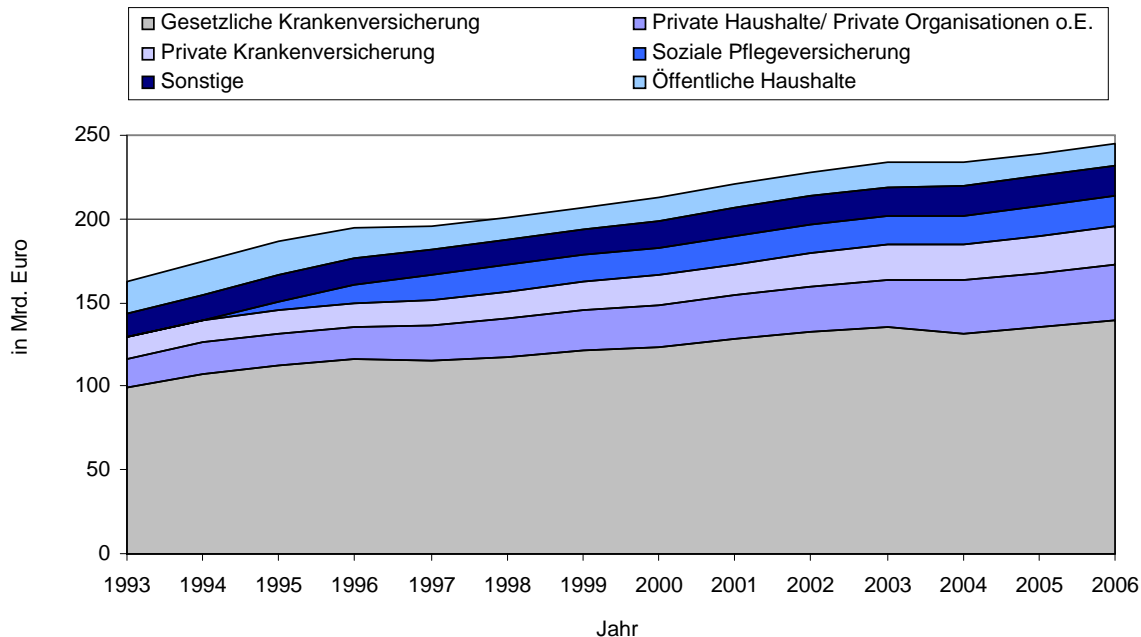
- 1) Einkommensleistungen betragen insgesamt 59,290 Mrd. €.
- 2) PKV einschließlich privater Pflege-Pflichtversicherung.
- 3) Private Haushalte einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck.

Quelle: Zusammengestellt nach Statistisches Bundesamt 2008.

Verglichen mit dem korrespondierenden Wert des Jahres 1993 (162.261 Mrd. €) stiegen die Gesundheitsausgaben um 50,99%. Seit jeher stellt die GKV den größten Ausgabenträger dar; auf sie entfielen im Jahre 2006 139,755 Mrd. Euro bzw. 57,04% der Gesundheitsausgaben. Dahinter rangieren seit 1996 die privaten Haushalte/privaten Organisationen ohne

Erwerbszweck mit 33,329 Mrd. Euro bzw. 13,06 % in 2006, seit 1997 gefolgt von den privaten Krankenversicherungen (2006: 22,476 Mrd. € bzw. 9,17 %) (vgl. Abbildung 7).

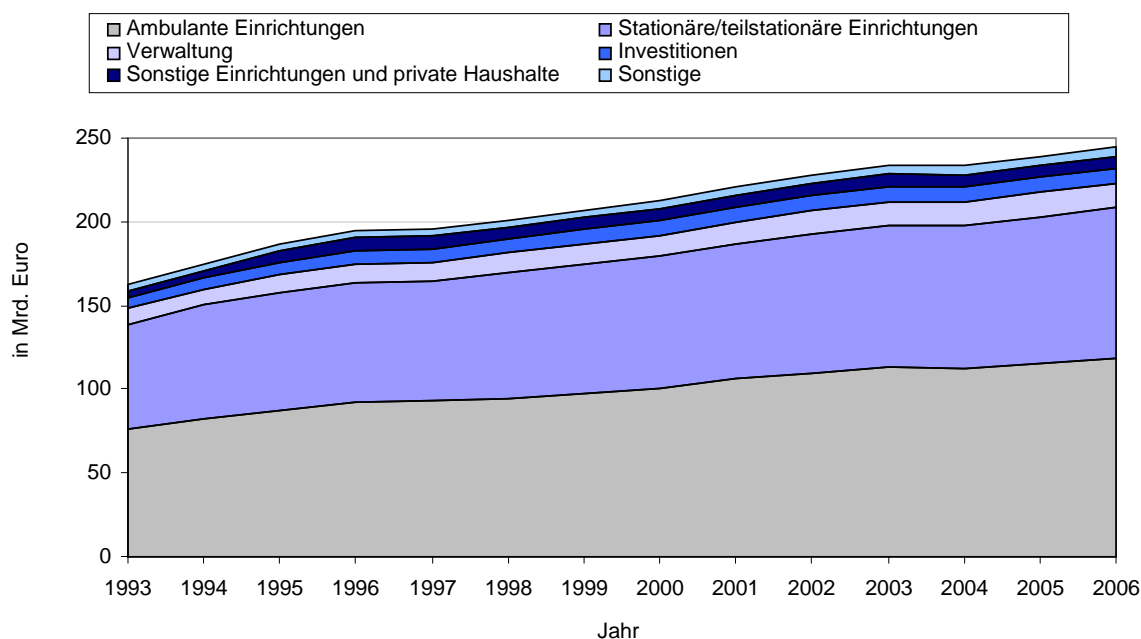
Abbildung 7: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, 1993-2006



- 1) Private Krankenversicherung: einschließlich Privater Unfallversicherung und Privater Pflegeversicherung.
- 2) Die erste Stufe der Pflegeversicherung mit Leistungen für ambulante Pflege trat am 1. April 1995, die zweite Stufe mit Leistungen für die stationäre Pflege am 1. Juli 1996 in Kraft.
- 3) Private Krankenversicherung: ab 1995 einschließlich privater Pflege-Pflichtversicherung.
- 4) Sonstige: Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, Arbeitgeber.

Quelle: Siehe Tabelle 1; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Bei einer Differenzierung der Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen bilden die ambulanten Einrichtungen mit 118,552 Mrd. Euro bzw. einem Anteil von 48,39 % im Jahr 2006 die ausgabenstärkste Kategorie. Für Leistungen stationärer/teilstationärer Einrichtungen wendeten die Ausgabenträger insgesamt 90,080 Mrd. Euro auf, was einem Anteil von 36,77 % entsprach (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen, 1993 bis 2006

Sonstige: Ausland, Gesundheitsschutz, Rettungsdienste.

Quelle: Siehe Tabelle 1; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Als bedeutendste Einzelpositionen der letzten Jahre erwiesen sich Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken⁶. Im Jahr 2006 entfiel, wie Tabelle 3 zeigt, mit 63,875 Mrd. Euro ein gutes Viertel der Gesundheitsausgaben (26,07 %) auf Krankenhäuser; die Ausgabenanteile für Arztpraxen und Apotheken beliefen sich auf 14,88 % (36,449 Mrd. Euro) bzw. 14,17 % (34,721 Mrd. Euro). Die Darstellungsdimension Einrichtungen gibt Auskunft darüber, welche Ausgaben im jeweiligen Jahr durch Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten entstanden und welche durch Behandlungen in Krankenhäusern. Ob die zugrunde liegenden Krankenhausleistungen ambulant oder (teil-)stationär erbracht wurden, lässt sich der Gesundheitsausgabenrechnung allerdings nicht entnehmen (vgl. Statistisches Bundesamt 2008).⁷

⁶ Arztpraxis (nach Gesundheitsausgabenrechnung): ambulante Versorgungseinheit mit direktem Patientenkontakt (Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Praxen von Haus- und Fachärzten) Apotheken (nach Gesundheitsausgabenrechnung): alle öffentlichen Apotheken, nicht aber Krankenhaus- und Notapotheken (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008).

⁷ Die amtliche Statistik erfasst nicht, inwieweit kostenintensive Leistungen, etwa in der Onkologie, in der Strahlentherapie oder bei und Röntgen- / MRT-Leistungen aus dem stationären Bereich ausgelagert wurden.

Tabelle 3: Absolute und relative Gesundheitsausgaben für ausgewählte Einrichtungen, 1993 bis 2006

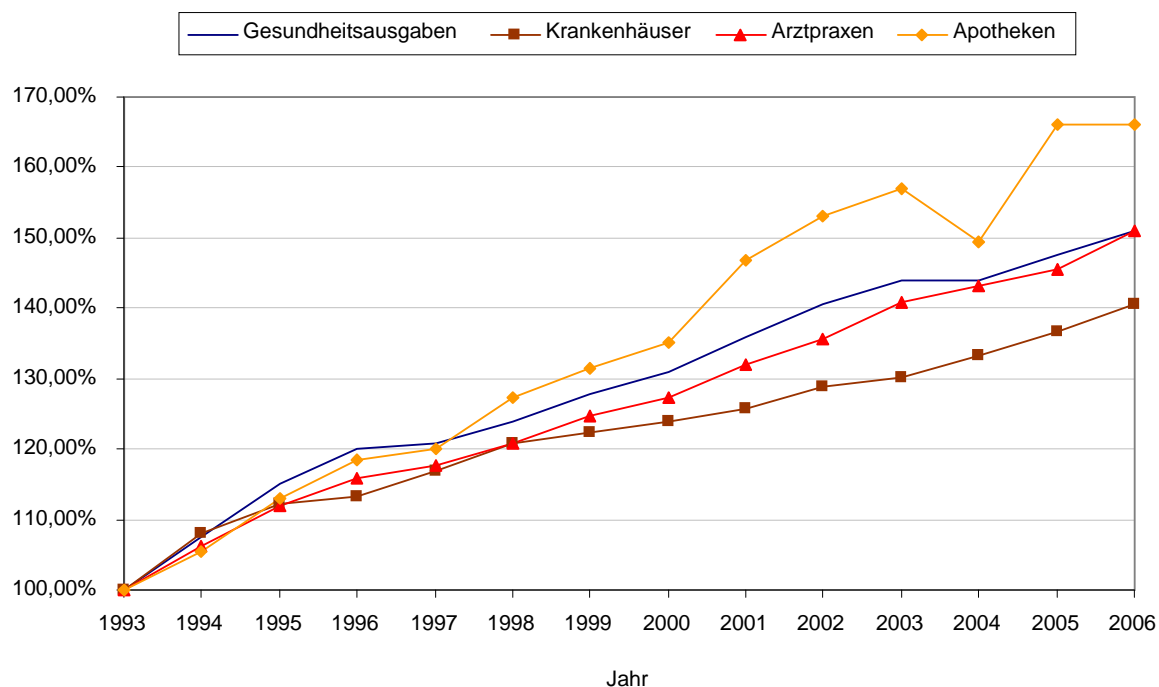
Jahr	Krankenhäuser		Arztpraxen		Apotheken	
	in Mrd. Euro	in Prozent	in Mrd. Euro	in Prozent	in Mrd. Euro	in Prozent
1993	45,464	28,02	24,135	14,87	20,888	12,87
1994	49,096	28,17	25,612	14,69	22,056	12,65
1995	51,066	27,38	27,032	14,49	23,587	12,64
1996	51,502	26,43	27,962	14,35	24,766	12,71
1997	53,208	27,16	28,381	14,49	25,088	12,81
1998	54,929	27,30	29,174	14,50	26,605	13,22
1999	55,648	26,84	30,125	14,53	27,468	13,25
2000	56,407	26,55	30,752	14,48	28,218	13,28
2001	57,149	25,89	31,836	14,42	30,686	13,90
2002	58,578	25,68	32,756	14,36	31,957	14,01
2003	59,165	25,31	33,985	14,54	32,780	14,02
2004	60,561	25,94	34,557	14,80	31,212	13,37
2005	62,106	25,95	35,147	14,69	34,715	14,51
2006	63,875	26,07	36,449	14,88	34,721	14,17

Quelle: Siehe Tabelle 1, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 9 verdeutlicht eine Entwicklung, die bereits Tabelle 3 andeutet: Seit 1996 steigen die Ausgaben für Apotheken deutlich stärker als die Aufwendungen für Arztpraxen. Vor dem Hintergrund des relativ niedrigeren Ausgangsniveaus der Apotheken bedeutet dies eine Annäherung an die Ausgaben für Arztpraxen.

Auch die Zuordnung der ambulant erbrachten prästationären Diagnostik und der poststationären Therapie oder so genannte Therapieerweiterungen werden von der amtlichen Statistik nur unzureichend abgebildet.

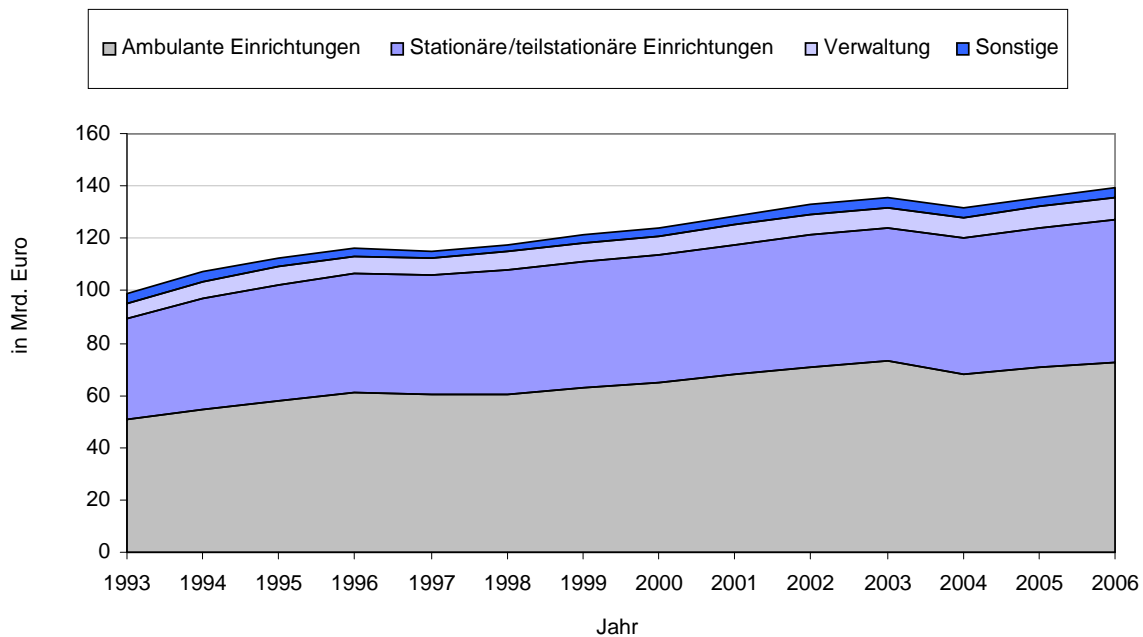
Abbildung 9: Wachstum der Gesundheitsausgaben für ausgewählte Einrichtungen, 1993-2006



Quelle: Siehe Tabelle 1, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

3.2 Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Einrichtungen

Auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfällt, wie Abbildung 10 veranschaulicht, der Großteil der Ausgaben auf ambulante (2006: 72,770 Mrd. Euro bzw. 52,07 %) und stationäre/teilstationäre Einrichtungen (2006: 54,768 Mrd. Euro bzw. 39,19 %).

Abbildung 10: Gesundheitsausgaben der GKV nach Einrichtungen, 1993 bis 2006

1: Ausland, Investitionen, sonstige Einrichtungen und private Haushalte, Rettungsdienst.

Anmerkung: Gesundheitsschutz nicht vorhanden.

Quelle: Siehe Tabelle 1; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Wiederum stellen Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken die ausgabenintensivsten Einzelpositionen dar. Analog der Entwicklung der Gesundheitsausgaben aller Träger in Tabelle 3 nähern sich die Ausgaben der GKV für Apotheken im Zeitverlauf denen für Arztpraxen immer weiter an (vgl. Tabelle 4). Ein fast identisches Bild ergibt sich, wenn die Ausgaben der GKV nach Behandlungsarten und nicht nach Einrichtungen aufgeschlüsselt werden: Auch die Daten des Bundesministeriums für Gesundheit lassen erkennen, dass die Ausgabenanteile für Behandlungen durch Ärzte im Zeitablauf abnehmen, während die für Arzneimittel deutlich anstiegen. Die Relationen entsprechend der Statistik des Bundesministeriums unterscheiden sich allerdings insofern von jenen des Statistischen Bundesamtes, als hier die Ausgaben für Arzneimittel an zweiter Stelle hinter den Ausgaben für Krankenhausbehandlung rangieren⁸ (vgl. Tabelle 5).

⁸ Freiverkäufliche Arzneimittel, die nicht in Apotheken verkauft werden, beinhaltet die Einrichtungsart Apotheken nicht.

Tabelle 4: Absolute und relative Gesundheitsausgaben der GKV für ausgewählte Einrichtungen, 1993 bis 2006

Jahr	Krankenhäuser		Arztpraxen		Apotheken	
	in Mrd. Euro	in Prozent	in Mrd. Euro	in Prozent	in Mrd. Euro	in Prozent
1993	37,188	37,59	18,835	19,04	14,058	14,21
1994	40,355	37,60	19,942	18,58	14,923	13,90
1995	41,928	37,28	20,989	18,66	16,059	14,28
1996	42,569	36,65	21,553	18,56	17,083	14,71
1997	43,663	37,91	21,547	18,71	16,368	14,21
1998	44,984	38,21	21,992	18,68	17,174	14,59
1999	45,227	37,33	22,522	18,59	18,517	15,28
2000	46,008	37,13	22,970	18,54	19,273	15,55
2001	46,431	36,16	23,504	18,31	21,348	16,63
2002	47,692	35,88	24,076	18,11	22,461	16,90
2003	48,207	35,56	24,765	18,27	22,858	16,86
2004	49,237	37,42	23,624	17,96	20,508	15,59
2005	50,688	37,30	23,813	17,53	23,754	17,48
2006	52,263	37,40	24,886	17,81	23,992	17,17

Quelle: Siehe Tabelle 1; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Tabelle 5: Ausgabenanteile in der GKV nach Behandlungsarten

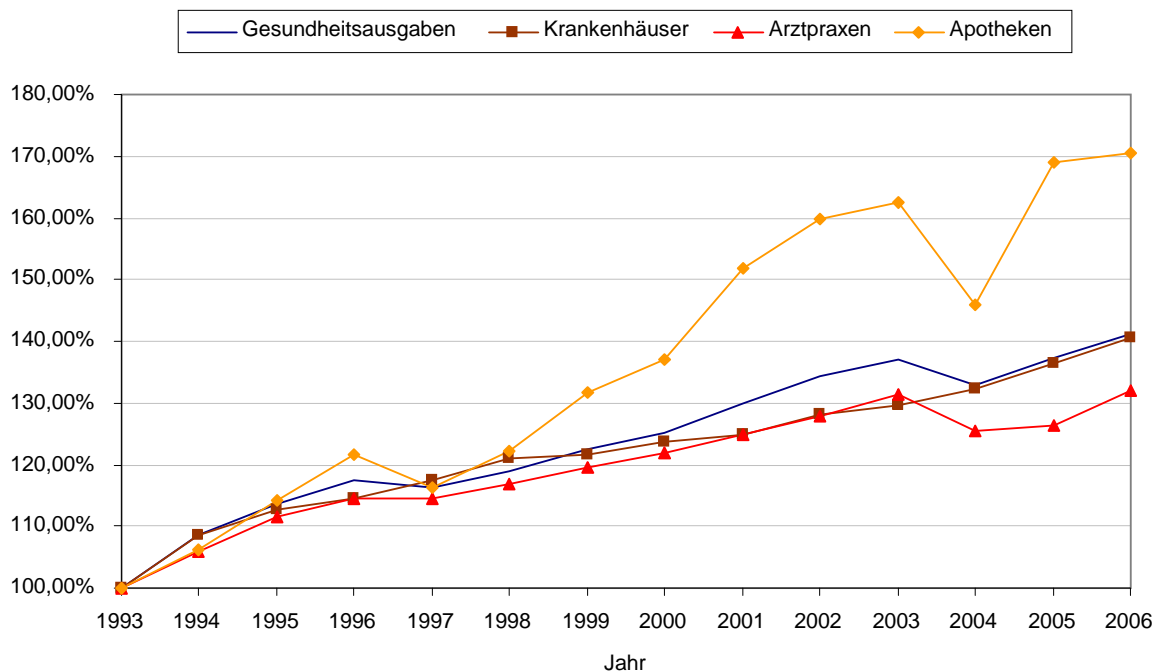
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Behandlung durch Ärzte	17,3	16,8	16,6	17,3	17,3	17,2	17,1	15,0	14,6	14,4	15,0	16,0	16,0	16,0
Behandlung durch Zahnärzte	6,2	6,0	6,3	6,4	6,0	6,2	6,1	6,1	5,9	5,9	5,8	5,6	5,5	5,5
Arzneimittel	16,4	14,0	14,4	14,2	14,8	15,6	16,0	17,1	17,5	17,8	16,6	18,8	18,7	19,2
Zahnersatz	3,9	3,2	3,5	3,6	2,5	2,7	2,8	2,8	2,6	2,8	2,8	1,8	1,9	2,0
Krankenhausbehandlung	33,8	34,8	34,2	35,8	36,3	35,5	35,4	34,4	34,5	34,4	36,3	36,3	36,4	35,4
Heil- und Hilfsmittel	5,4	6,0	6,4	6,1	6,3	6,2	6,3	6,3	6,5	6,8	6,2	6,1	6,0	6,0

- 1) Ausgabenanteile: jeweilige Ausgaben in Prozent der gesamten Ausgaben für Leistungen.
- 2) 2007: Vorläufige Werte ermittelt nach KV45.
- 3) Arzneimittel: Inklusive Verband-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken.
- 4) Krankenhausbehandlung: ohne Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2006, Bundesministerium für Gesundheit 2008, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Seit 1993 verläuft das Wachstum der GKV-Gesundheitsausgaben für Arztpraxen unterdurchschnittlich. Abbildung 11 zeigt zudem, dass die GKV-Ausgaben im niedergelassenen Bereich tendenziell niedrigere Wachstumsraten aufweisen als die Ausgaben für Apotheken und Krankenhäuser. Der Vergleich mit der Inflationsrate (gemessen mit Hilfe des Verbraucherpreisindex) zeigt, dass seit 1993 keine „Ausgabenexplosion“ der Ausgaben im Bereich der Arztpraxen stattgefunden hat. Die Ausgaben der GKV für Arztpraxen sind in diesem Zeitraum um 2,2 % p.a. angestiegen, während die Inflationsrate um durchschnittlich 1,5 % p.a. wuchs. Damit konnte in den Arztpraxen zwar ein realer Kaufkraftverlust verhindert werden, allerdings verteilt sich der Anstieg der GKV-Ausgaben für Arztpraxen in diesem Zeitraum auf rund 13 % mehr Kassenärzte und seit dem Jahr 1993 sind zudem stationäre Untersuchungen bzw. Behandlungen in den ambulanten Bereich ausgelagert worden.

Abbildung 11: Wachstum der GKV-Gesundheitsausgaben für ausgewählte Einrichtungen, 1993-2006



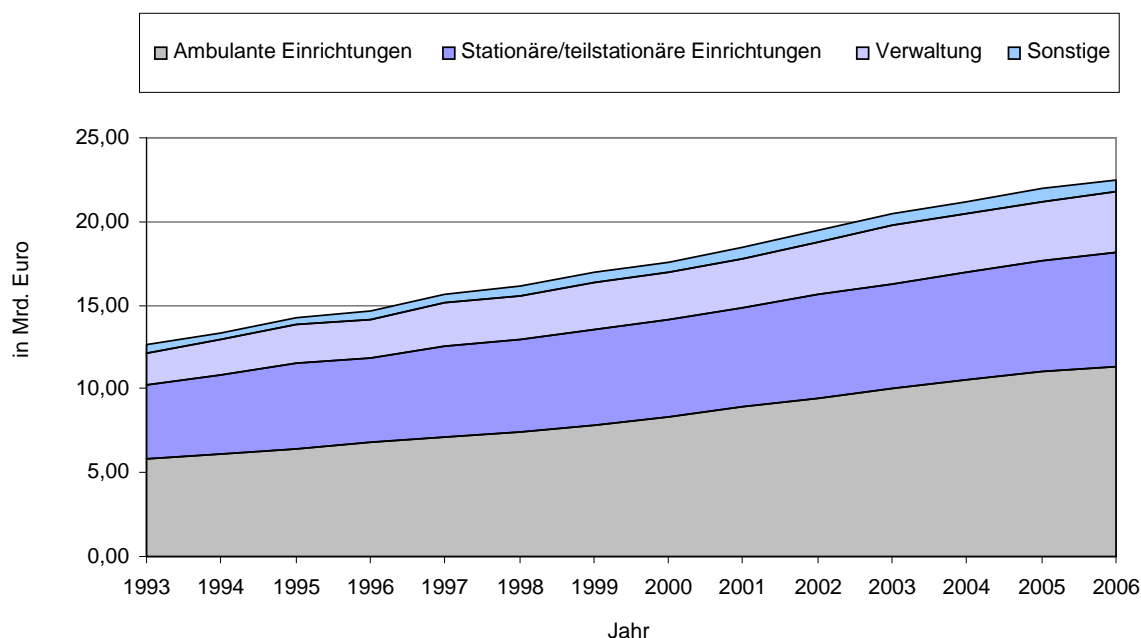
Quelle: Siehe Tabelle 1; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Auf Basis der Gesundheitsausgaben aller Träger, verzeichnen die Ausgaben für Arztpraxen seit 1996 dagegen ein im Vergleich zu den Gesamtausgaben überproportionales Wachstum. Tendenziell bleibt dieses Wachstum hinter dem im Bereich Apotheken zurück, übertrifft jedoch die Entwicklung der Krankenhausausgaben (vgl. Abbildung 9).

Ein Vergleich mit der PKV offenbart, dass der unterdurchschnittliche Anstieg der Gesundheitsausgaben im niedergelassenen Bereich eine GKV-spezifische Entwicklung darstellt. Die Ausgabenstruktur der PKV entspricht derjenigen der GKV: Auf die ambulanten Einrichtungen entfallen die meisten Ausgaben (2006: 11,382 Mrd. Euro bzw. 50,64 %); stationäre/teilstationäre Einrichtungen rangieren in Bezug auf die Gesundheitsausgaben an zweiter Stelle (2006: 6,835 Mrd. Euro bzw. 30,41 %) (vgl.

Abbildung 12). Erneut stellen Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken die ausgabenintensivsten Einzelpositionen dar (vgl. **Tabelle 6**).

Abbildung 12: Gesundheitsausgaben der PKV nach Einrichtungen, 1993 bis 2006



Sonstige: Investitionen, sonstige Einrichtungen und private Haushalte, Rettungsdienst, Ausland.
Anmerkung: Gesundheitsschutz nicht vorhanden.

Quelle: Siehe Tabelle 1; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

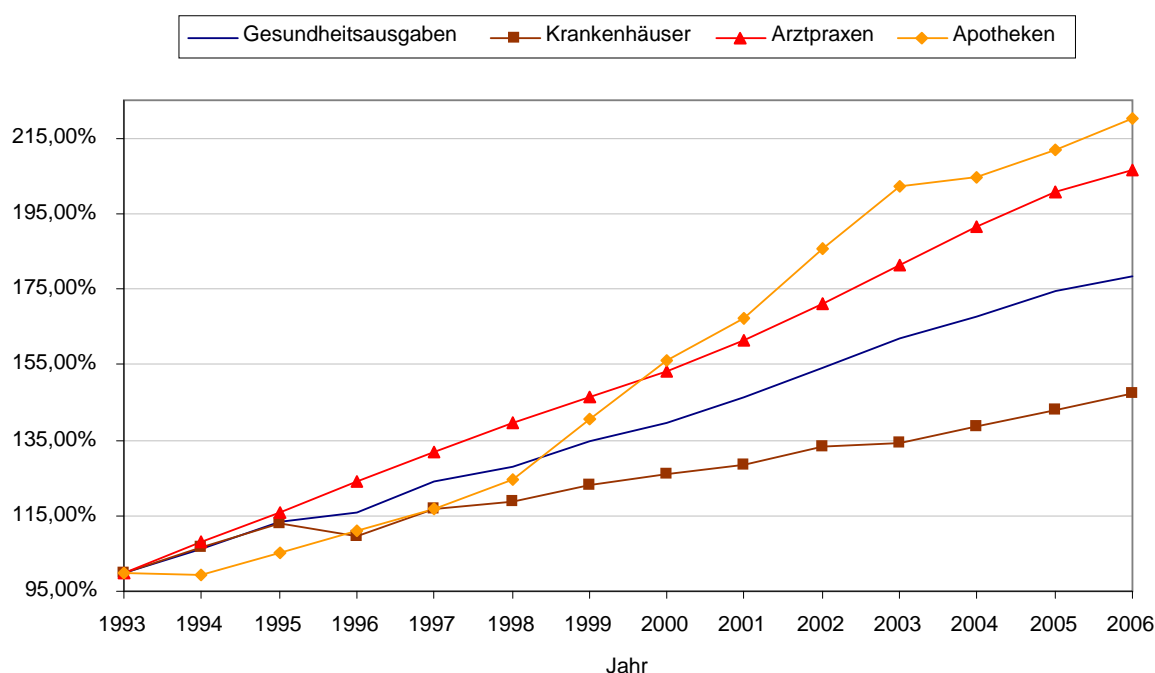
Tabelle 6: Absolute und relative Gesundheitsausgaben der PKV für ausgewählte Einrichtungen, 1993 bis 2006

Jahr	Krankenhäuser		Arztpraxen		Apotheken	
	in Mrd. Euro	in Prozent	in Mrd. Euro	in Prozent	in Mrd. Euro	in Prozent
1993	4,374	34,70	2,266	17,97	1,046	8,30
1994	4,669	34,84	2,444	18,24	1,039	7,75
1995	4,944	34,63	2,625	18,39	1,100	7,71
1996	4,784	32,73	2,817	19,27	1,163	7,96
1997	5,104	32,61	2,984	19,07	1,224	7,82
1998	5,201	32,21	3,166	19,61	1,302	8,06
1999	5,379	31,70	3,320	19,57	1,471	8,67
2000	5,514	31,32	3,477	19,75	1,632	9,27
2001	5,621	30,48	3,661	19,85	1,752	9,50
2002	5,839	30,02	3,878	19,94	1,941	9,98
2003	5,877	28,76	4,111	20,11	2,114	10,34
2004	6,071	28,72	4,338	20,52	2,138	10,11
2005	6,265	28,45	4,549	20,66	2,214	10,05
2006	6,457	28,73	4,676	20,80	2,304	10,25

Quelle: Siehe Tabelle 1; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Im Vergleich zu den PKV-Gesamtausgaben wiesen die Ausgaben für Arztpraxen in den letzten Jahren ein deutlich überproportionales Wachstum auf, welches gegenüber den Apothekenausgaben zwar geringer ausfiel, die Zunahme der Krankenhausaussgaben jedoch deutlich übertraf (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Wachstum der PKV-Gesundheitsausgaben für ausgewählte Einrichtungen, 1993 bis 2006



Quelle: Siehe Tabelle 1; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

3.3 Zwischenfazit unter fiskalischen Aspekten

Die Zahl der Vertragsärzte nahm seit 1993 kontinuierlich von 104.556 auf 118.277 im Jahre 2006 zu, was einer mittleren jährlichen Wachstumsrate von 0,59% entspricht. Innerhalb der Vertragsärzteschaft entwickelte sich das Verhältnis von Hausärzten zu Fachärzten zuungunsten der Hausärzte. Im stationären Bereich war das jährliche Wachstum mit durchschnittlich 1,42% mehr als doppelt so hoch; die Zahl der Krankenhausärzte stieg von 111.608 im Jahre 1993 auf 133.649 im Jahre 2006.

Während die Finanzierungsbasis der GKV seit Beginn der 1980er Jahre an einer Wachstumsschwäche leidet, weisen die Ausgaben eine gegenläufige Entwicklung auf: Nur infolge zahlreicher diskretionärer staatlicher Eingriffe in Form von Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Gesundheitsreformen blieb der Anteil der GKV-

Leistungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt seit 1975 nahezu konstant (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, Ziffer 70 f.). Für diese Ausgabedynamik zeichnet primär das im Vergleich zu den GKV-Gesamtausgaben deutlich überproportionale Wachstum der Apothekenausgaben verantwortlich. Die Einrichtungsart Arztpraxen weist hingegen ein unterdurchschnittliches Ausgabenwachstum auf (vgl. Abbildung 10).

Die Ausgaben der GKV für Arztpraxen werden in Kollektivverhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen festgelegt. In den letzten Jahren stand diese Form der korporativen Koordination wegen ihrer oft langwierigen und ergebnisarmen Abstimmungsprozesse zunehmend in der Kritik. Sowohl die Betrachtung zur Ausgabenentwicklungen innerhalb der GKV als auch der Vergleich mit der Ausgabenentwicklung in der PKV legen den Schluss nahe, den der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005 zog: Unabhängig von allokativen und/oder distributiven Zielen der Gesundheitsversorgung ließ sich das Ausgabenwachstum im vertragsärztlichen Bereich mit Hilfe der korporativen Koordination wirksamer begrenzen als in den übrigen Sektoren mit alternativen Steuerungsinstrumenten (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziffern 40, 85).

4. Die Deutsche Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich

4.1 Zur Wahl der Beurteilungskriterien

Da jeder Volkswirtschaft Ressourcen nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen, bedarf es (politischer) Entscheidungen über die Aufteilung dieser Mittel auf konkurrierende Verwendungen. Allokationen sowohl zwischen als auch innerhalb einzelner Wirtschaftsbereiche zielen in normativer Hinsicht darauf ab, mit den gegebenen (monetären) Ressourcen ein Höchstmaß an gesellschaftlicher Wohlfahrt als Outcome zu erzielen. Unter dieser Prämisse hängt die Leistungsfähigkeit eines Wirtschaftssektors davon ab, wie diese Outcome-Input- bzw. Zweck-Mittel-Relation ausfällt. Dabei gilt es zu beachten, dass sich die Wohlfahrt einer Mess- und damit auch einer Prüfbarkeit entzieht, weshalb es zu ihrer Abbildung geeigneter bzw. valider (operationaler) Indikatoren bedarf (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001, Ziffern 5, 12 f.).

Im Gesundheitswesen gelten Lebenserwartung und Lebensqualität als geeignete Outcome-, Gesundheitsausgaben als Input-Indikatoren. Während es sich bei der Lebenserwartung und den Gesundheitsausgaben um objektiv-messbare Indikatoren handelt, kann die Erfassung der Lebensqualität nicht auf die Erhebung individueller Wahrnehmungen und Beurteilungen, insbesondere auf die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes sowie die Zufriedenheit mit der heimischen Gesundheitsversorgung, verzichten. Abgrenzungs- und Messprobleme erschweren eine valide Erfassung der Lebensqualität – weshalb internationale Vergleiche meist die Lebenserwartung als alleinigen Outcome-Indikator heranziehen (vgl. ebd., Ziffern 13, 15, 27). Zwischen der Lebenserwartung und der Lebensqualität besteht allerdings insofern ein positiver Zusammenhang, als Menschen mit höherer Lebenserwartung in vergleichbarem Alter tendenziell auch eine höhere Lebensqualität als jene besitzen, die früher versterben. So dürfte jemand, der das 85. Lebensjahr erreicht, im Alter von 80 Jahren eine höhere Lebensqualität aufweisen als jemand, der mit 82 Jahren stirbt.

Aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit werden die jeweiligen Gesundheitsausgaben entweder als Gesundheitsquoten, d. h. als Anteile am jeweiligen

Bruttoinlandsprodukt (BIP), oder als kaufkraftbereinigte Pro-Kopf-Ausgaben ausgewiesen. Die Gesundheitsquote eines Landes zeigt die relative Position der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den Ausgaben für andere Güter und Dienste an und informiert somit implizit über die Wertschätzung eines Landes für das Gesundheitswesen: Der Anteil des BIP, der ins Gesundheitswesen fließt, steht nicht mehr für alternative Verwendungen zur Verfügung, weshalb eine hohe Gesundheitsquote eine hohe Wertschätzung eines Landes bzw. seiner Bürger hinsichtlich der Gesundheitsversorgung ausdrückt. Bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben handelt es um monetäre Input-Indikatoren auf individueller statt kollektiver Ebene: Sie informieren über die absoluten monetären Ressourcen, die pro Bürger in das Gesundheitswesen fließen (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, Ziffern 19, 21). Unabhängig von der gewählten Darstellungsform der Gesundheitsausgaben ermöglicht, wie schon oben unter 1.2 angedeutet, eine reine Ausgabenbetrachtung weder Aussagen über die Outcomes des jeweiligen Gesundheitssystems noch über Effizienz und Effektivität der medizinischen Leistungserstellung.

Die Lebenserwartung unterliegt zwar auch gewichtigen Einflussfaktoren außerhalb des Gesundheitswesens, dennoch vermag ein internationaler Vergleich wenn auch begrenzte, erste Hinweise auf dessen Leistungsfähigkeit zu liefern – liegt doch der Erklärungsanteil des Gesundheitswesens im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung gemäß nationaler und internationaler Studien zwischen 10 % und 40 % (vgl. ebd., Zi. 108). Die nationalen statistischen Ämter weisen die durchschnittliche Lebenserwartung regelmäßig in so genannten Periodensterbetafeln aus. Periodensterbetafeln bilden die Sterblichkeitsverhältnisse der gesamten Bevölkerung während des jeweiligen Beobachtungszeitraums ab (vgl. Statistisches Bundesamt 2007a). Die Lebenserwartung gibt – in der Regel für Männer und Frauen getrennt – die durchschnittliche Zahl weiterer Jahre an, die eine Person in einem bestimmten Alter nach diesen Sterblichkeitsverhältnissen voraussichtlich noch leben könnte (siehe ausführlicher unten unter 5.2).

Unter Outcome-Aspekten besitzt der Zugewinn an Lebenserwartung über einen gewissen Zeitraum eine höhere Aussagefähigkeit als die jeweiligen absoluten Werte im Endjahr dieses Zeitraums: Ein im Vergleich zu anderen Ländern niedriger absoluter Wert kann – bei

entsprechend ungünstiger Ausgangssituation – mit einer überproportionalen durchschnittlichen Wachstumsrate einhergehen, ein relativ hoher absoluter Wert – ausgehend von einem hohen Niveau der Lebenserwartung– mit einer nur moderaten durchschnittlichen Wachstumsrate (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, Ziffer 31).

Nach dem Zweiten Weltkrieg herrschten unterschiedliche Ausgangsbedingungen in den einzelnen Ländern vor. Deutschland befand sich in einer vergleichsweise ungünstigen Position, weil der Krieg unter anderem die medizinische Infrastruktur weitgehend zerstört und die Ernährungssituation verschlechtert hatte. Zudem bewirken Kriege auch eine negative Risikoselektion in der männlichen Bevölkerung: Personen mit guter Gesundheit werden zum Militärdienst herangezogen und sind dadurch einem erhöhten Verletzungs- und Sterberisiko ausgesetzt. In der Folge verschlechtern sich die Sterblichkeitsverhältnisse der Bevölkerung, was die durchschnittliche Lebenserwartung entsprechend negativ beeinflusst.

4.2 Gesundheitsausgaben und Lebenserwartung

Tabelle 7 zeigt, dass die Gesundheitsquoten aller OECD-Länder seit 1960 deutlich angestiegen sind. Mit einer Quote von 10,6% im Jahr 2006 rangiert Deutschland auf dem vierten Platz hinter den USA, der Schweiz und Frankreich. In diesem Zusammenhang fällt vor allem die starke Zunahme der deutschen Gesundheitsquote zwischen 1990 und 2000 auf. Obwohl in diesem Zeitraum mehrere Gesundheitsreformen in Kraft traten, erhöhte sich die Differenz zum Durchschnitt der früheren OECD-Länder von 0,9 Prozentpunkten im Jahre 1990 auf 2 Prozentpunkte im Jahre 2000. Für diese Entwicklung zeichnet auch die Wiedervereinigung verantwortlich, da sich die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den neuen Bundesländern schneller an das westdeutsche Niveau annäherten als das Pro-Kopf-BIP. So stieg die deutsche Gesundheitsquote zwischen 1990 und 1992 von 8,3 % auf 9,6 %. Da kein anderes OECD-Land vergleichbaren exogenen Einflussfaktoren unterlag, erscheint es in einer vergleichende Betrachtung angemessen, die deutsche Gesundheitsquote um Wiedervereinigungseffekte zu bereinigen. Bereits bei einer Bereinigung der Gesundheitsquote

um einen Prozentpunkt rutscht Deutschland im internationalen Benchmarking auf den achten Platz.

Tabelle 7: Gesundheitsquoten (in %) der OECD-Länder, 1960 – 2006

	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Australien			6,3	6,9	8,3	8,4	8,6	8,6	8,8	8,8	
Belgien		3,9	6,3	7,2	8,6	8,7	9,0	10,5	10,7	10,7	10,4
Dänemark			8,9	8,3	8,3	8,6	8,8	9,3	9,4	9,4	9,5
Deutschland		6,0	8,4	8,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,6
Finnland	3,8	5,5	6,3	7,7	7,0	7,2	7,6	8,0	8,1	8,3	8,2
Frankreich	3,8	5,4	7,0	8,4	9,6	9,7	10,0	10,9	11,0	11,2	11,1
Griechenland		5,4	5,9	6,6	7,8	8,4	8,2	8,5	8,3	9,0	9,1
Großbritannien	3,9	4,5	5,6	6,0	7,2	7,5	7,6	7,7	8,0	8,2	8,4
Irland	3,7	5,1	8,3	6,1	6,3	6,9	7,1	7,3	7,5	8,2	7,5
Island	3,0	4,7	6,3	7,8	9,5	9,3	10,2	10,4	9,9	9,4	9,1
Italien				7,7	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0
Japan	3,0	4,6	6,5	6,0	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0	8,2	
Kanada	5,4	6,9	7,0	8,9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,9	10,0
Luxemburg		3,1	5,2	5,4	5,8	6,4	6,8	7,6	8,1	7,8	7,3
Neuseeland		5,2	5,9	6,9	7,7	7,8	8,2	8,0	8,5	8,9	9,3
Niederlande			7,4	8,0	8,0	8,3	8,9	9,4	9,5	9,2	9,3
Norwegen	2,9	4,4	7,0	7,6	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1	8,7
Österreich	4,3	5,2	7,5	8,4	9,9	10,0	10,1	10,2	10,3	10,3	10,1
Portugal		2,5	5,3	5,9	8,8	8,8	9,0	9,7	10,0	10,2	10,2
Schweden		6,8	8,9	8,2	8,2	9,0	9,3	9,4	9,2	9,2	9,2
Schweiz	4,9	5,4	7,3	8,2	10,3	10,7	11,0	11,4	11,4	11,4	11,3
Spanien	1,5	3,5	5,3	6,5	7,2	7,2	7,3	8,1	8,2	8,3	8,4
Türkei			3,3	3,6	4,9	5,6	5,9	6,0	5,9	5,7	
USA	5,1	7,0	8,7	11,9	13,2	13,9	14,7	15,1	15,2	15,2	15,3
Durchschnitt 24	3,8	5,0	6,7	7,4	8,3	8,6	8,9	9,3	9,4	9,4	9,6
Korea			3,4	4	4,6	5,2	5,1	5,4	5,5	6	6,4
Mexiko				4,8	5,6	6	6,2	6,3	6,5	6,4	6,6
Polen				4,8	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2
Slowakische Republik					5,5	5,5	5,6	5,9	7,2	7,1	
Tschechische Republik				4,7	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,1	6,8
Ungarn					6,9	7,2	7,6	8,4	8,2	8,5	8,3
Durchschnitt 30	3,8	5,0	6,6	7,0	7,8	8,1	8,4	8,8	8,9	8,9	9,1

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, Juni 08, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Die sich im internationalen Vergleich aufgrund der Wiedervereinigung recht hohe deutsche Gesundheitsquote legt nahe, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland eine vergleichsweise hohe Wertschätzung genießt. Weiterführende Aussagen, insbesondere über die Effizienz und Effektivität der deutschen Gesundheitsversorgung, lassen sich – wie bereits erwähnt – allerdings nicht daraus ableiten.⁹

Zielt ein internationaler Vergleich auf eine Gegenüberstellung der ins Gesundheitswesen geflossenen Mittel und den mit ihnen erzielten Outcomes, insbesondere der Lebenserwartung, bietet sich ein Rückgriff auf kaufkraftbereinigte Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben an: Da die Lebenserwartung über den gesundheitlichen Outcome auf individueller Ebene informiert, besitzt ein Input-Indikator, der ebenfalls auf individueller Ebene angesiedelt ist (Pro-Kopf-Ausgaben), eine höhere Aussagefähigkeit als einer auf kollektiver Ebene (Gesundheitsquote). Ein Blick auf die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zeigt, dass Deutschland 1990 an dritter Stelle hinter den USA und der Schweiz rangierte, 2006 jedoch nur noch den 10. Platz des OECD-Rankings belegte (vgl. Tabelle 8).

⁹ Beim Vergleich der Gesundheitsausgaben mit der Lebenserwartung wäre zudem eine stärker disaggregierte Betrachtung sinnvoll, beispielsweise zwischen definierten ICD-Kollektiven, etwa für das Kollektiv der Diabetiker oder für operierte Patienten.

Tabelle 8: Pro-Kopf-Gesamtgesundheitsausgaben in \$-Kaufkraftparitäten (\$-KKP), OECD-Länder, 1960-2006

	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Australien			643	1.200	2.265	2.397	2.566	2.686	2.885	2.999	
Belgien		150	644	1.358	2.377	2.484	2.685	3.153	3.311	3.421	3.488
Dänemark			897	1.544	2.379	2.521	2.696	2.824	3.030	3.169	3.349
Deutschland		269	971	1.769	2.671	2.809	2.937	3.090	3.162	3.251	3.371
Finnland	63	185	571	1.367	1.794	1.913	2.089	2.210	2.412	2.523	2.668
Frankreich	69	194	669	1.449	2.421	2.590	2.780	2.988	3.117	3.306	3.449
Griechenland		161	491	853	1.429	1.669	1.792	1.928	1.991	2.283	2.483
Großbritannien	84	161	470	965	1.847	2.021	2.165	2.259	2.509	2.580	2.760
Irland	43	117	516	792	1.801	2.128	2.360	2.515	2.724	3.126	3.082
Island	57	175	755	1.667	2.736	2.846	3.156	3.198	3.338	3.373	3.340
Italien				1.359	2.053	2.215	2.223	2.272	2.401	2.496	2.614
Japan	30	151	585	1.125	1.967	2.080	2.137	2.224	2.337	2.474	
Kanada	125	301	780	1.738	2.513	2.731	2.874	3.058	3.218	3.460	3.678
Luxemburg					2.554	2.738	3.081	3.582	4.083	4.153	4.303
Neuseeland		216	508	990	1.604	1.707	1.846	1.856	2.066	2.223	2.448
Niederlande			741	1.416	2.337	2.556	2.833	2.988	3.156	3.192	3.391
Norwegen	49	144	668	1.370	3.039	3.266	3.629	3.840	4.082	4.328	4.520
Österreich	77	196	784	1.631	2.859	2.890	3.068	3.206	3.397	3.507	3.606
Portugal		48	276	636	1.509	1.569	1.657	1.824	1.913	2.029	2.120
Schweden		312	944	1.592	2.284	2.511	2.707	2.841	2.964	3.012	3.202
Schweiz	166	346	1.017	2.034	3.256	3.471	3.719	3.829	3.990	4.069	4.311
Spanien	16	95	363	873	1.536	1.636	1.745	2.019	2.128	2.260	2.458
Türkei			70	156	432	456	483	502	576	591	
USA	147	351	1.065	2.738	4.570	4.915	5.305	5.682	6.014	6.347	6.714
Durchschnitt 24	77	198	656	1.331	2.260	2.422	2.606	2.774	2.950	3.091	3.398
Korea			89	329	753	907	954	1.031	1.121	1.276	1.480
Mexiko				296	508	551	584	628	679	724	794
Polen				290	583	642	733	749	808	843	910
Slowakische Republik					603	665	730	792	1.058	1.130	
Tschechische Republik				560	980	1.082	1.195	1.340	1.388	1.447	1.490
Ungarn					852	971	1.114	1.302	1.327	1.440	1.504
Durchschnitt 30	77	198	631	1.189	1.950	2.098	2.261	2.414	2.573	2.701	2.982

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Während die USA, die Schweiz und Frankreich auch im Hinblick auf die Gesundheitsquote im Jahr 2006 vor Deutschland lagen, wiesen Norwegen, Luxemburg, Kanada, Österreich, Belgien und die Niederlande zwar höhere Pro-Kopf-Ausgaben, jedoch niedrigere Gesundheitsquoten als Deutschland auf – was impliziert, dass diese Länder ein höheres (kaufkraftbereinigtes) Pro-Kopf-BIP besaßen (vgl. Tabelle 9). Im Jahre 1990 nahm Deutschland bezüglich des BIP mit 21.343 US-\$-KKP die vierte Stelle der OECD-Länder ein, nur die Schweiz, die USA und Island konnten jeweils höhere Werte vorweisen¹⁰. Während sich die Wirtschaftskraft jedoch im OECD-Durchschnitt (24 Länder) von 1990 bis 2006 annähernd verdoppelte¹¹ – Wachstumsspitzenreiter Irland konnte sein BIP in diesem Zeitraum sogar mehr als verdreifachen¹² –, verzeichnete Deutschland mit 49,69% das niedrigste Wachstum. In der Folge wies Deutschland 2006 ein unterdurchschnittliches Pro-Kopf-BIP auf, mit dem es im OECD-Länder-Vergleich auf die 17. Stelle zurückfiel.

¹⁰ Luxemburg: Die OECD-Gesundheitsdaten 2008 informieren erst ab 1995 über das Pro-Kopf-BIP.

¹¹ Der OECD-Durchschnitt lag 1990 bei 17.199 US-\$-KKP, 2006: 34.344 US-\$-KKP (vgl. OECD Gesundheitsdaten 2008, Juni 2008).

¹² Irland wies 1990 ein Pro-Kopf-BIP von 13.043 US-\$-KKP auf, 2006 betrug es 40.893 US-\$-KKP (vgl. OECD Gesundheitsdaten 2008, Juni 2008).

Tabelle 9: Gesundheitsquoten, Gesamtgesundheitsausgaben und BIP im Jahre 2006

	Gesundheitsquote (%)		Pro-Kopf-Ausgaben (US-\$-KKP)		Pro-Kopf-BIP (US-\$-KKP)	
1	USA	15,3	USA	6.714	Luxemburg	59.176
2	Schweiz	11,3	Norwegen	4.520	Norwegen	51.947
3	Frankreich	11,1	Schweiz	4.311	USA	43.864
4	Deutschland	10,6	Luxemburg	4.303	Irland	40.893
5	Belgien	10,4	Kanada	3.678	Schweiz	38.119
6	Portugal	10,2	Österreich	3.606	Kanada	36.814
7	Österreich	10,1	Belgien	3.488	Island	36.561
8	Kanada	10,0	Frankreich	3.449	Niederlande	36.537
9	Dänemark	9,5	Niederlande	3.391	Australien	35.952
10	Niederlande	9,3	Deutschland	3.371	Österreich	35.695
11	Neuseeland	9,3	Dänemark	3.349	Dänemark	35.218
12	Schweden	9,2	Island	3.340	Schweden	34.870
13	Island	9,1	Schweden	3.202	Belgien	33.512
14	Griechenland	9,1	Irland	3.082	Großbritannien	32.961
15	Italien	9,0	Australien	2.999	Finnland	32.728
16	Australien	8,8	Großbritannien	2.760	Japan	32.002
17	Norwegen	8,7	Finnland	2.668	Deutschland	31.949
18	Spanien	8,4	Italien	2.614	Frankreich	31.048
19	Großbritannien	8,4	Griechenland	2.483	Spanien	29.383
20	Japan	8,2	Japan	2.474	Italien	29.168
21	Finnland	8,2	Spanien	2.458	Griechenland	27.232
22	Irland	7,5	Neuseeland	2.448	Neuseeland	26.234
23	Luxemburg	7,3	Portugal	2.120	Portugal	20.851
24	Türkei	5,7	Türkei	591	Türkei	11.535
Durchschnitt 24		9,4		3.226		34.344

Australien, Japan, Türkei: Gesundheitsquote und Pro-Kopf-Ausgaben jeweils Werte aus 2005; Pro-Kopf-BIP jeweils Werte aus 2006.

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Ein internationaler Vergleich des personellen und sächlichen Ressourceneinsatzes deutet insgesamt gesehen ebenfalls nicht auf eine überdurchschnittliche Ineffizienz des deutschen Gesundheitswesens hin (siehe ausführlich Rürup, B., IGES, DIW/DIWecon und Wille, E. 2009, S. 35ff.):

- Eine angebotsinduzierte Nachfrage lässt sich zumindest für die GKV weder bei Allgemein-, noch bei Fachärzten nachweisen.
- Die Arztdichte liegt im Durchschnitt vergleichbarer Länder und verzeichnet ab 1991 eine unterdurchschnittliche Entwicklung.

- Es bestehen keine übermäßigen Kapazitäten in der Arzneimitteldistribution.
- Hohen Arztbesuchen pro Kopf stehen vergleichsweise niedrige Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen gegenüber.
- Bei Krankenhausbetten und -tagen sowie der durchschnittlichen Verweildauer rangiert Deutschland mit Österreich an der Spitze. Dagegen befindet es sich mit den stationären Operationen und den Ausgaben für stationäre Leistungen im Mittelfeld.

Bei einem internationalen - wie auch regionalen - Vergleich solcher Mengenindikatoren gilt es allerdings zu beachten, dass z. B. eine hohe Arztdichte oder eine überdurchschnittliche Facharztdichte sowohl auf eine umfassende Versorgung mit einer hohen Qualität als auch auf Ineffizienzen und Einsparpotentiale hinweisen können. Eine höhere Aussagekraft hinsichtlich der Effektivität und der Qualität des jeweiligen Gesundheitswesens besitzen repräsentative Erhebungen von Erfahrungen, die z. B. schwerer erkrankte Erwachsene mit dem jeweiligen Gesundheitswesen gemacht haben. Dabei schnitt Deutschland im Vergleich mit Australien, Kanada, Neuseeland, den USA und Großbritannien insgesamt sehr gut ab, vor allem in Bezug auf (vgl. Sawicki, P.T. 2005):

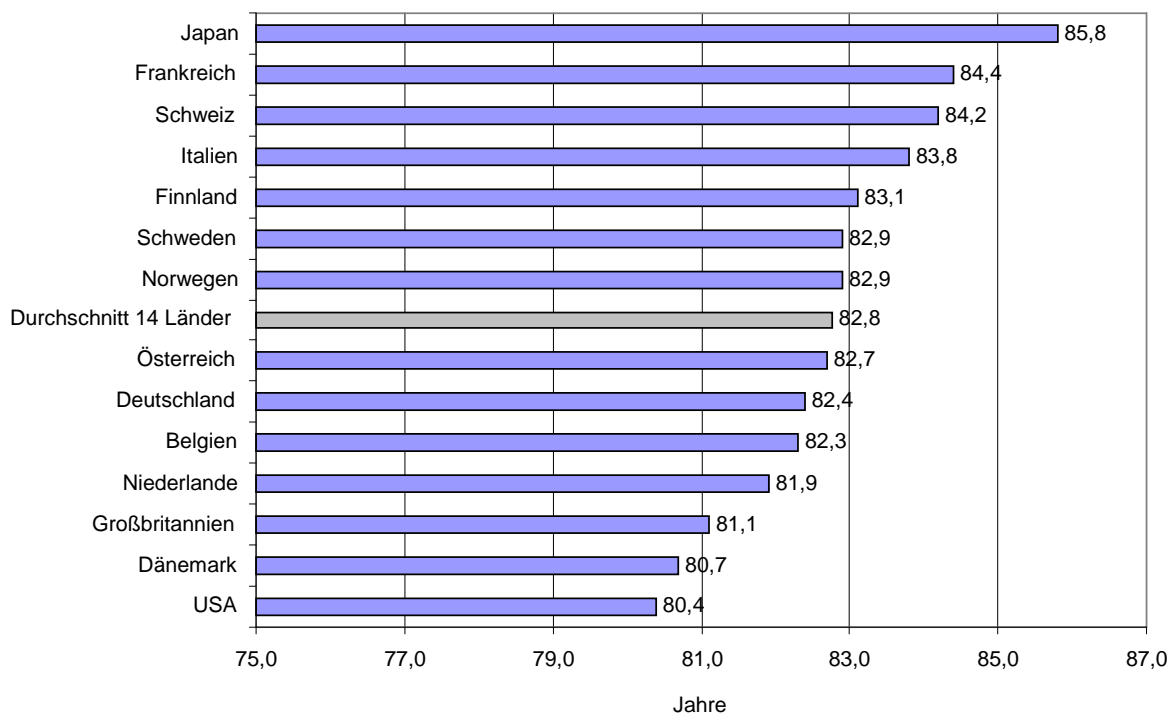
- den Zugang zur ärztlichen Versorgung, auch außerhalb der Sprechzeiten,
- geringe Wartezeiten, auch bei Fachärzten,
- kurze Wartezeiten bei Operations-Terminen sowie
- geringe Komplikationsraten nach Krankenhausaufenthalten.

In negativer Hinsicht fielen hohe Doppeluntersuchungsraten, vor allem bei Privatpatienten sowie Koordinationsmängel zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und zwischen Arzt und Patient auf.

Welche gesundheitlichen Outcomes die jeweiligen Länder mit den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und den mit ihnen finanzierten sächlichen Kapazitäten erzielen, hängt von Effizienz und Effektivität der nationalen Gesundheitsversorgung sowie von exogenen Einflussfaktoren ab, denen die jeweilige Bevölkerung ausgesetzt ist. Länder mit hohen Pro-

Kopf-Gesundheitsausgaben nehmen deshalb nicht zwangsläufig auch auf der Outcome-Ebene Spitzenpositionen ein (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Ziffer 21). So liegt die USA 2006 bezüglich ihrer Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben an erster, hinsichtlich der Lebenserwartung (bei der Geburt) von Frauen bzw. Männern jedoch jeweils an letzter Stelle von 14 ausgewählten OECD-Ländern (vgl. Abbildung 14 und Abbildung 15).

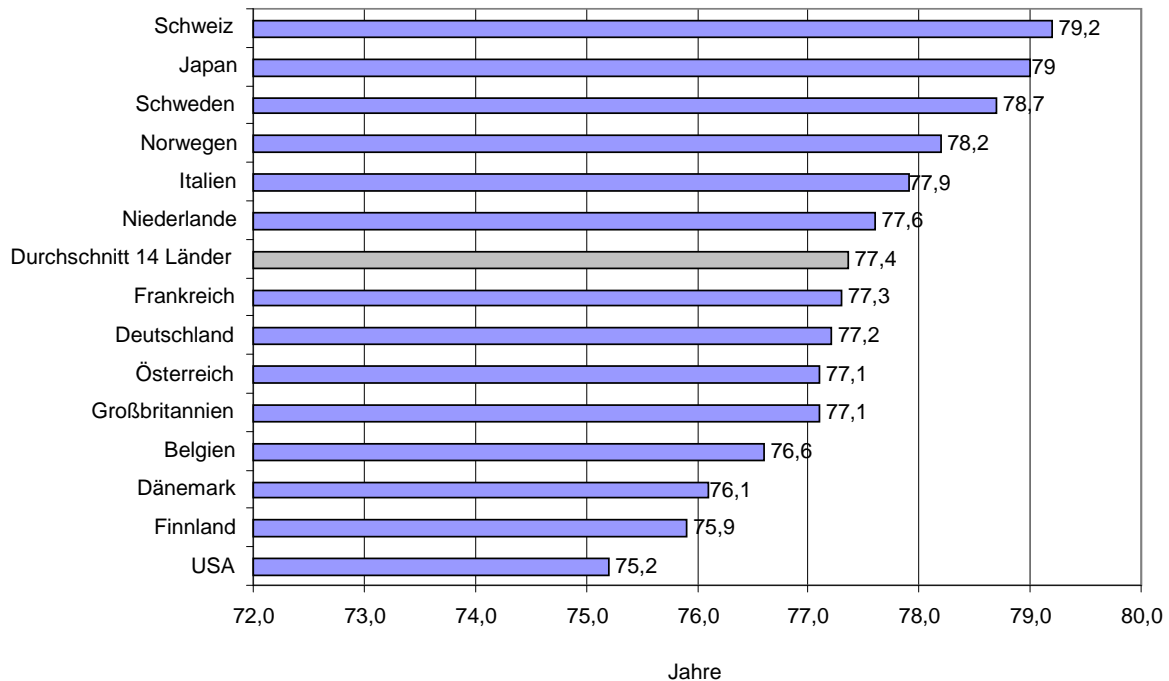
Abbildung 14: Lebenserwartung bei der Geburt, Frauen, 2006, ausgewählte OECD-Länder



USA, Schweiz: 2005.

Italien: 2004

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Abbildung 15: Lebenserwartung bei der Geburt, Männer, 2006, ausgewählte OECD-Länder

USA, Schweiz: 2005.

Italien: 2004.

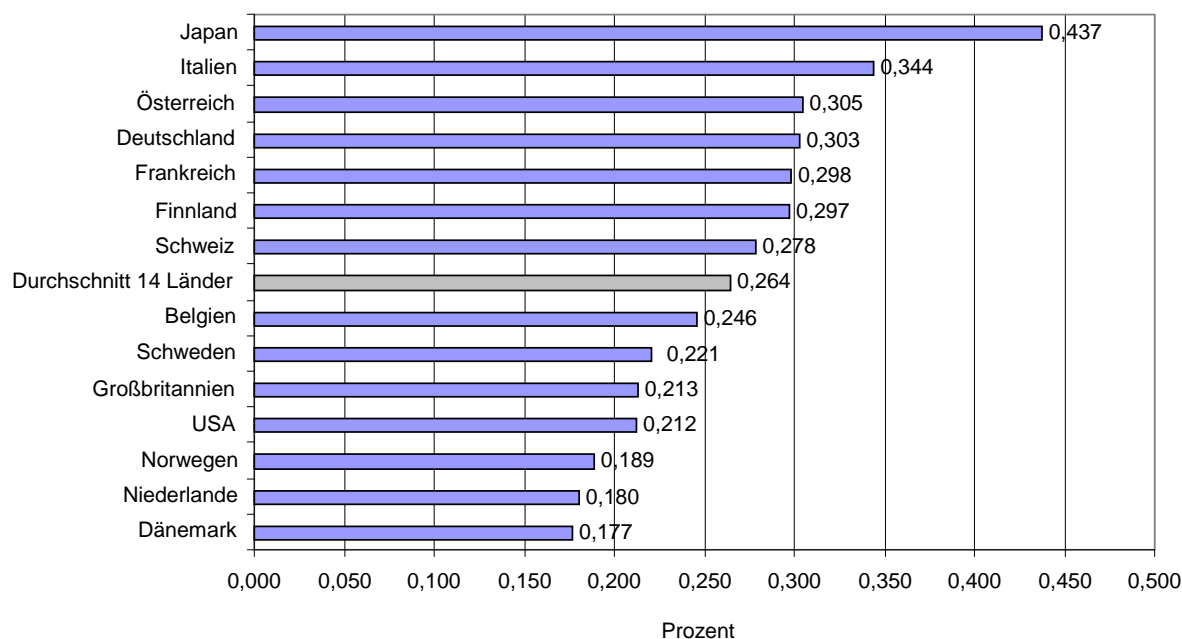
Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Bei einer vergleichenden Betrachtung der Lebenserwartung von Frauen und Männern fallen insbesondere die unterschiedlichen Platzierungen von Finnland, Frankreich und den Niederlanden auf: Während finnische Frauen mit 83,1 Jahren an fünfter Stelle des Ländervergleichs liegen, rangieren finnische Männer lediglich auf dem 13. Platz. In Frankreich und den Niederlanden unterscheiden sich die Platzierungen mit einer Differenz von jeweils 5 Plätzen nicht ganz so stark aber immer noch deutlich. Während in Frankreich die weibliche Bevölkerung besser abschneidet – die französischen Frauen liegen an zweiter Stelle im internationalen Benchmarking – ist es in den Niederlanden mit Position sechs die männliche. Aus den sich deutlich unterscheidenden Positionierungen Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme zu ziehen, führt hier unweigerlich zu divergierenden Ergebnissen– obschon sich Männer und Frauen in den entsprechenden Ländern demselben Gesundheitswesen gegenübersehen.

Zu deutlich stabileren Ergebnissen im Sinne vergleichbarer Positionierungen von Frauen und Männern gleicher Nationalität führt eine Gegenüberstellung der (geschlechtsspezifischen)

durchschnittlichen Wachstumsraten der Lebenserwartung zwischen 1960 und 2006 (vgl. Abbildung 16 und Abbildung 17). Zudem besitzt der Zugewinn an Lebenserwartung unter Outcome-Aspekten, wie bereits erwähnt, eine höhere Aussagefähigkeit als der jeweilige absolute Wert und daher stellt die durchschnittliche Wachstumsrate den relevanteren Indikator dar. Sechs der vierzehn ausgewählten OECD-Länder, unter ihnen die Niederlande, weisen für Männer und Frauen denselben Rang auf. Bei den übrigen acht Ländern differieren die Positionierungen von jeweils vier Ländern um einen Platz – darunter Finnland und Frankreich– bzw. zwei Plätze.

Abbildung 16: Durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen zwischen 1960 und 2006, ausgewählte OECD-Länder

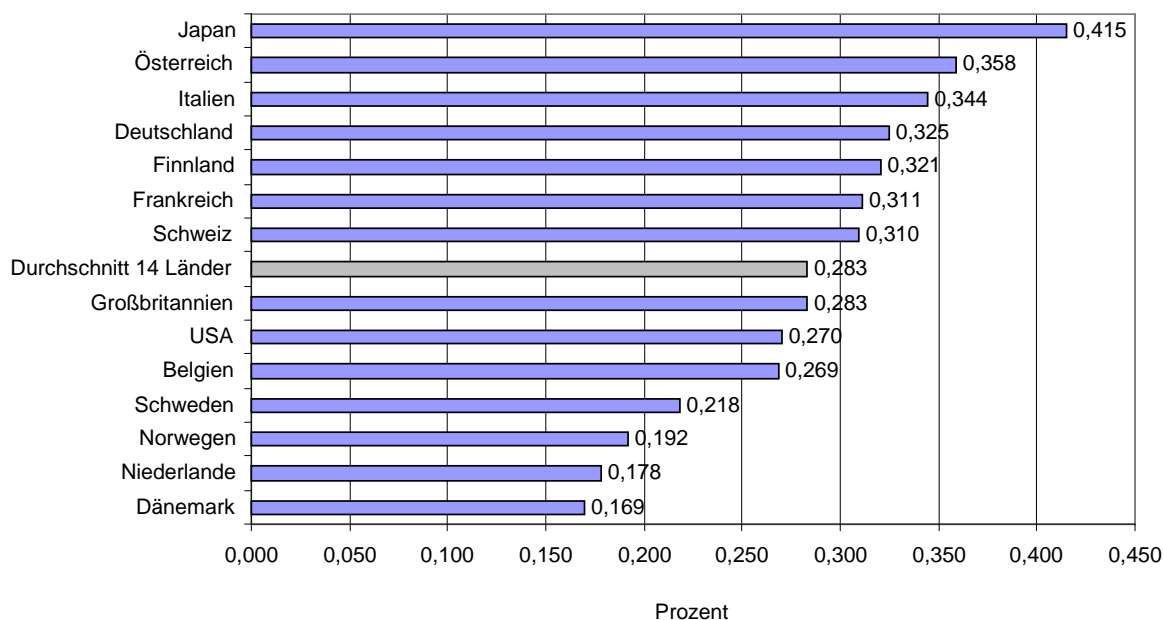


Großbritannien, USA: 1960-2005.

Italien: 1961-2004.

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 17: Durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Männern zwischen 1960 und 2006, ausgewählte OECD-Länder



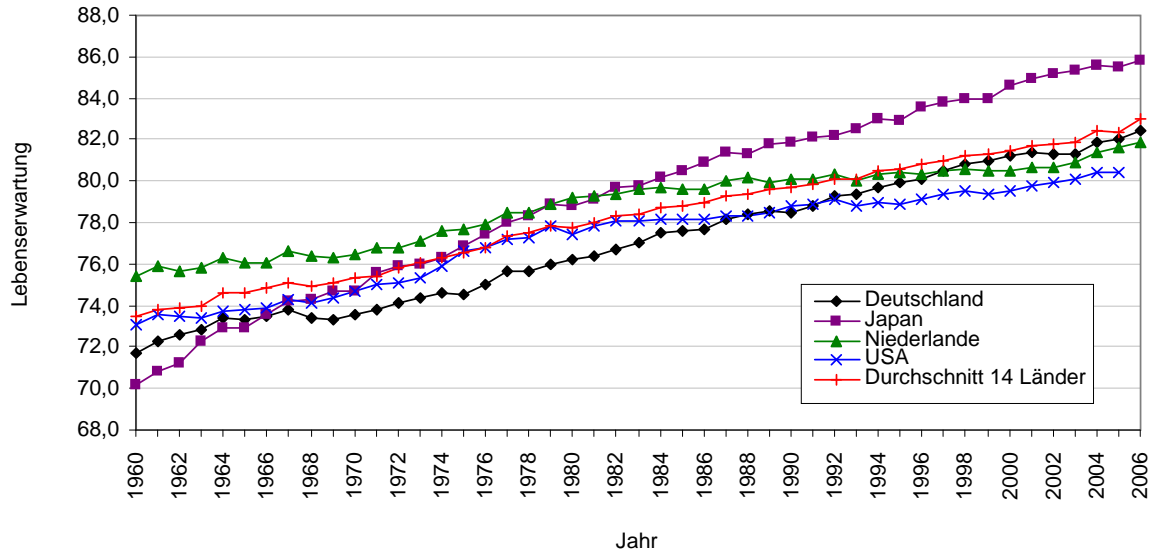
Großbritannien, USA: 1960-2005

Italien: 1961-2004

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

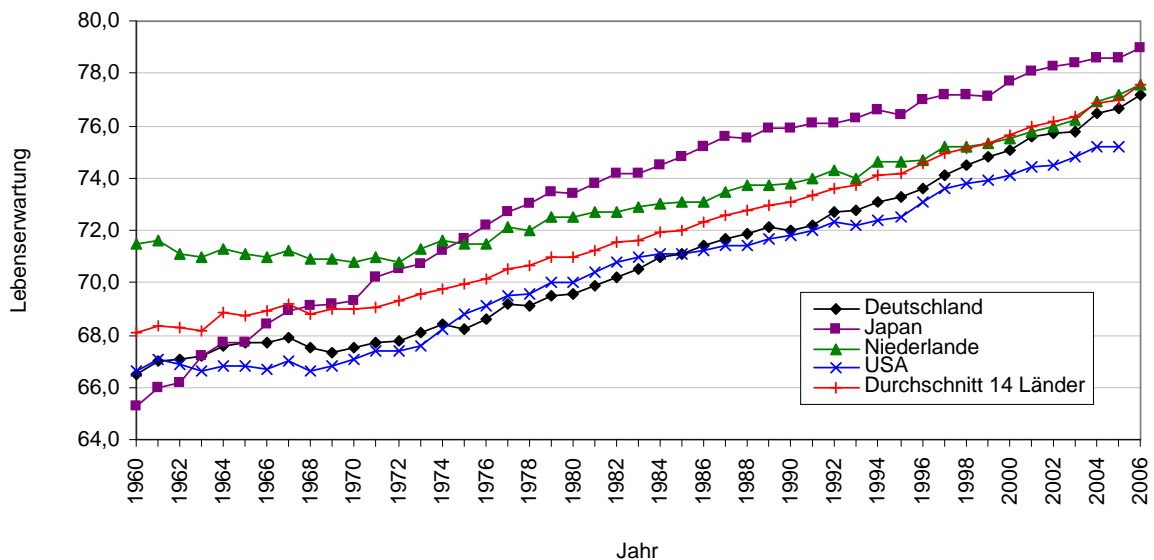
Im Hinblick auf die durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung erzielt Deutschland im internationalen Benchmarking überdurchschnittliche Werte und liegt für Männer und Frauen jeweils an vierter Stelle – und dies, obwohl sich Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg in einer, auch im internationalen Vergleich, ungünstigen Ausgangssituation befand (vgl. Abbildung 18 und Abbildung 19). In Anbetracht der bereits erwähnten empirischen Studien, die den Erklärungsgehalt des Gesundheitssystems im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung zwischen 10% bis 40% quantifizieren, deutet dies zumindest nicht auf eine unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit der deutschen Gesundheitsversorgung hin. Interessanterweise schneiden mit Ausnahme der USA alle Länder, in denen es niedergelassene Fachärzte gibt (Österreich, Frankreich, Schweiz), überdurchschnittlich gut ab.

Abbildung 18: Entwicklung der Lebenserwartung von Frauen, 1960 bis 2006, ausgewählte OECD-Länder



Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Darstellung.

Abbildung 19: Entwicklung der Lebenserwartung von Männern, 1960 bis 2006, ausgewählte OECD-Länder



Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Darstellung.

Für die Entwicklung der Gesundheitsversorgung galt in den letzten Jahren häufig die Niederlande mit ihrer hausarztzentrierten Versorgung als anzustrebendes Reformmodell. Im Gegensatz zum deutschen Hausarztmodell besteht in den Niederlanden eine Einschreibungspflicht: Jeder Versicherte schreibt sich bei einem Hausarzt ein, der hinsichtlich der Facharzt- und Krankenhausbehandlung als Gatekeeper fungiert. Die Kosten einer ohne Überweisung des jeweiligen Gatekeeper in Anspruch genommenen Facharzt- bzw. Krankenhausbehandlung werden – von Notfällen abgesehen – von den Krankenversicherungen nicht übernommen (vgl. Höppner, K. und Maarse, J. 2003, S. 22). Befürworter der hausarztzentrierten Versorgung argumentieren, dass der in Deutschland gewährte freie Zugang zu Fehlallokationen führe: Die kostenintensivere Facharztbehandlung würde aufgrund des Vollversicherungscharakters der GKV auch ohne medizinische Notwendigkeit in Anspruch genommen. Zugangsbeschränkungen könnten demzufolge nicht nur die Gesundheitsausgaben senken, sondern auch – dank adäquaterer Mittelverwendung – die Effizienz des Gesundheitssystems erhöhen (vgl. Linden, M. et al. 2004, S. A2600).

Ein Vergleich der Gesamtgesundheitsausgaben kann den beschriebene Ausgabenvorteil des Primärarztsystems allerdings nicht bestätigen: Tabelle 8 belegt, dass die niederländischen Pro-Kopf-Gesamtgesundheitsausgaben im Jahre 2006 um 20 US-\$-KKP über den deutschen lagen. Ein Vergleich der laufenden Ausgaben für Krankenhausleistungen deutet gar darauf hin, dass die in Deutschland vorzufindende Ausgestaltung des ambulanten Versorgungsbereichs mit niedergelassenen Fachärzten Ressourcen im Krankenhausbereich einzusparen vermag (vgl. Tabelle 10).

Hinsichtlich des Outcomes schneidet das deutsche Gesundheitswesen bei beiden Geschlechtern deutlich besser ab als das niederländische: So beträgt die durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung zwischen 1960 und 2006 in Deutschland 0,303 % (Frauen) bzw. 0,325 % (Männer), in den Niederlanden dagegen lediglich 0,180 % (Frauen) bzw. 0,178 % (Männer).

Tabelle 10: Laufende Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausleistungen (in US-\$-KKP), 2000 bis 2006, ausgewählte OECD-Länder

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Belgien	-	-	-	1.114	1.135	1.175	1.041
Deutschland	804	825	853	884	921	943	981
Dänemark	1.132	1.197	1.287	1.190	1.274	1.330	1.429
Finnland	635	675	741	778	831	864	928
Frankreich	939	992	1.059	1.034	1.078	1.148	1.196
Japan	959	1.007	1.042	1.078	1.129	1.180	-
Niederlande	824	920	1.038	1.021	1.101	1.200	1.311
Norwegen	1.092	1.157	1.279	1.365	1.432	1.538	-
Schweden	-	1.065	1.163	1.252	1.303	1.355	1.402
Schweiz	1.056	1.145	1.245	1.360	1.407	1.413	-
USA	1.478	1.583	1.696	1.807	1.922	2.042	2.165
Durchschnitt 11 Länder	991	1.057	1.140	1.171	1.230	1.290	1.307

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Neben der Lebenserwartung bei der Geburt vermag auch die fernere Lebenserwartung mögliche Hinweise auf die Leistungsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme zu liefern (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001, Ziffer 32). Mit Blick auf die sich in den Industrienationen vollziehende Alterung der Bevölkerung, der aufgrund ihrer Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme besondere Bedeutung zukommt, interessieren insbesondere die durchschnittlich verbleibenden Lebensjahre im Alter von 65 und 80 Jahren.

Dient als Kriterium des internationalen Vergleichs die Lebenserwartung als Bestandsgröße eines bestimmten Jahres (im Folgenden des Jahres 2006), so liegt Deutschland – mit Ausnahme der Lebenserwartung von Männern im Alter von 80 Jahren – sowohl bezogen auf die Lebenserwartung bei der Geburt als auch auf spätere Lebensjahre unterhalb des Durchschnitts der 14 ausgewählten OECD-Länder (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12).

Tabelle 11: Lebenserwartung von Frauen im Jahre 2006 bei Geburt, im Alter von 40, 65 und 80 Jahren, ausgewählte OECD-Länder

Länder	Ausgangsalter bei Geburt	im Alter von		
		40 Jahren	65 Jahren	80 Jahren
Japan	85,8	46,7	23,4	11,3
Frankreich	84,4	45,3	22,6	10,8
Schweiz	84,2	45,1	22,1	10,3
Italien	83,8	44,7	21,5	9,9
Finnland	83,1	43,9	21,2	9,6
Schweden	82,9	43,7	20,8	9,4
Norwegen	82,9	43,7	20,9	9,5
Österreich	82,7	43,5	20,6	9,0
Deutschland	82,4	43,3	20,5	9,1
Belgien	82,3	43,3	20,6	9,3
Niederlande	81,9	42,8	20,1	8,9
Großbritannien	81,1	42,1	19,5	8,8
Dänemark	80,7	41,5	19,2	8,8
USA	80,4	41,9	20,0	9,7
Durchschnitt 14 Länder	82,8	43,7	20,9	9,6

Italien: jeweils Werte aus 2004. Großbritannien, USA: jeweils Werte aus 2005.

Länder absteigend nach Lebenserwartung bei Geburt sortiert.

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Tabelle 12: Lebenserwartung von Männern im Jahre 2006 bei Geburt, im Alter von 40, 65 und 80 Jahren, ausgewählte OECD-Länder

Länder	Ausgangsalter bei Geburt	im Alter von		
		40 Jahren	65 Jahren	80 Jahren
Schweiz	79,2	40,7	18,5	8,3
Japan	79,0	40,3	18,5	8,5
Schweden	78,7	39,9	17,6	7,6
Norwegen	78,2	39,8	17,7	7,7
Italien	77,9	39,4	17,5	7,9
Niederlande	77,6	38,8	16,7	7,1
Frankreich	77,3	38,9	18,2	8,5
Deutschland	77,2	38,5	17,2	8,1
Vereinigtes Königreich	77,1	38,7	17,0	7,7
Österreich	77,1	38,6	17,2	7,6
Belgien	76,6	38,2	17,0	7,5
Dänemark	76,1	37,5	16,2	7,0
Finnland	75,9	37,6	16,9	7,6
Vereinigte Staaten	75,2	37,7	17,2	8,2
Durchschnitt 14 Länder	77,4	38,9	17,4	7,8

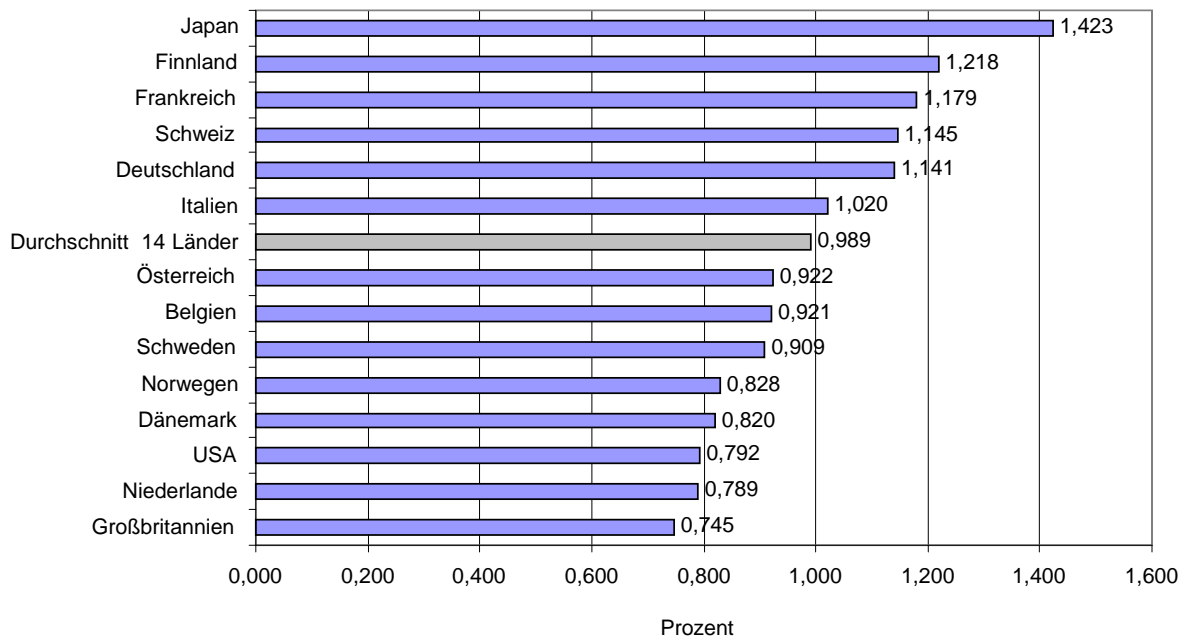
Italien: jeweils Werte aus 2004. Großbritannien, USA: jeweils Werte aus 2005.

Länder absteigend nach Lebenserwartung bei Geburt sortiert.

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Zieht man stattdessen die aussagekräftigere durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung innerhalb eines bestimmten Zeitraums heran (im Folgenden der Zeitraum zwischen 1970 und 2006), so schneidet Deutschland für beide Geschlechter auch in höheren Altersjahren (40, 65, 80 Jahre) überdurchschnittlich ab. Die Abbildung 20 und die Abbildung 21 zeigen dies exemplarisch für die durchschnittliche Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen bzw. Männer. Frankreich und die Schweiz nehmen hier ebenfalls vordere Plätze ein und Österreich liegt nur bei den 80-jährigen Frauen knapp unterhalb des Durchschnitts.

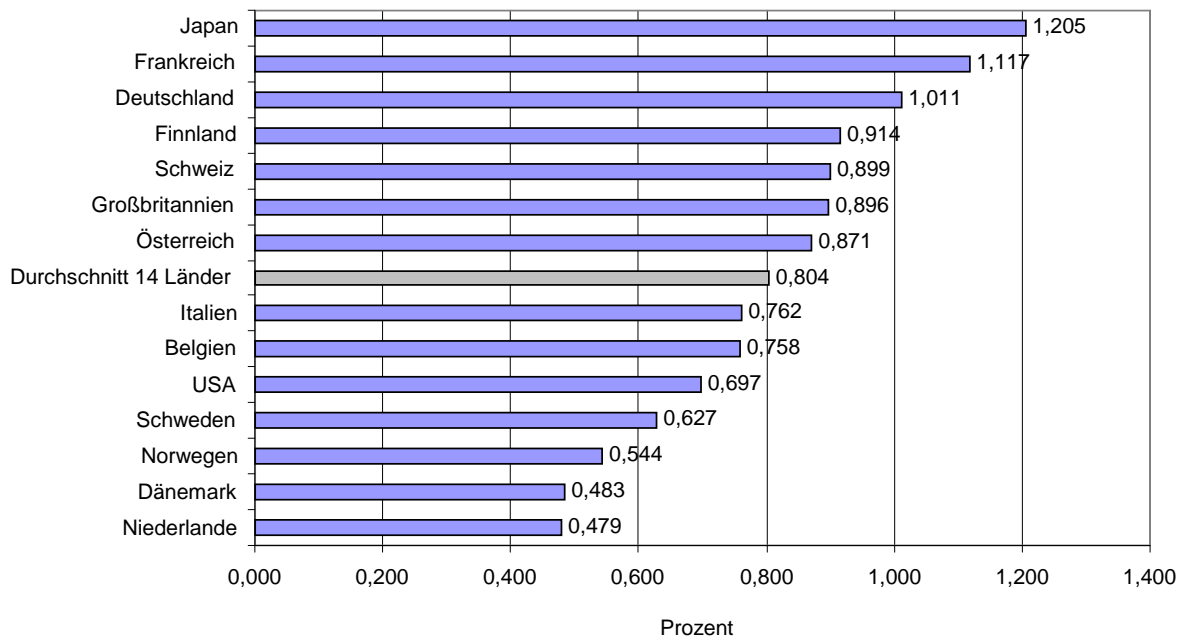
Abbildung 20: Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen zwischen 1960 und 2006, ausgewählte OECD-Länder



Italien: zwischen 1961 und 2004. Großbritannien: zwischen 1961 und 2005. USA: zwischen 1960 und 2005. Dänemark: zwischen 1967 und 2006.

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 21: Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Männer zwischen 1960 und 2006, ausgewählte OECD-Länder



Italien: zwischen 1961 und 2004. Großbritannien: zwischen 1961 und 2005. USA: zwischen 1960 und 2005. Dänemark: zwischen 1967 und 2006.

Quelle: Siehe Tabelle 7; eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

4.3 Zwischenfazit zur Evidenz von internationalen Rankings

Da die OECD Gesundheitsdaten auf nationalen Statistiken basieren, deren Erstellung nach verschiedenen Methoden erfolgt, sind ihrer Vergleichbarkeit Grenzen gesetzt. Während die Vergleichbarkeit in Bezug auf die Lebenserwartung nur relativ geringfügigen Einschränkungen unterliegt, – methodische Abweichungen bei ihrer Berechnung können die Schätzungen um den Bruchteil eines Jahres verändern (vgl. OECD 2007, S. 20) – gelten hinsichtlich der Gesundheitsausgaben erhebliche Einschränkungen. Die OECD-Mitgliedsstaaten orientieren sich zwar bei der Erfassung der jeweiligen Gesundheitsausgaben am sogenannten „System of Health Accounts“ der OECD, was länderübergreifende Vergleiche erleichtert, jedoch befinden sich die Länder bezüglich der in diesem Handbuch vorgeschlagenen Erfassungssystematik in unterschiedlichen Stadien. Dies trifft in besonderem Maße auf die funktionale Aufschlüsselung der Ausgaben zu, die selbst unter Ländern, mit

vergleichbaren Gesamtgesundheitsausgaben nur sehr begrenzt eine valide Vergleichbarkeit gestattet (vgl. OECD 2005, S. 172f.; OECD 2007, S. 191 f.; Statistisches Bundesamt 2008).

Trotz ihrer eingeschränkten Vergleichbarkeit kann, um qualitative Aussagen hinsichtlich nationaler Outcome-Indikatoren des Gesundheitswesens zu treffen, nicht auf internationale Rankings verzichtet werden. So vermag eine isolierte Betrachtung der für Deutschland ermittelten Lebenserwartung sowie deren Entwicklungstendenz nicht zu ermitteln bzw. anzuzeigen, ob es sich jeweils um relativ hohe oder relativ niedrige Werte handelt (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, Ziffer 27).

Wird die Gesundheitsquote für das Ranking herangezogen, so lässt sich für Deutschland nur bei Nichtberücksichtigung der Wiedervereinigung ein überdurchschnittlicher Wert für das Gesundheitswesen konstatieren. In keinem Fall lässt sich jedoch von der Gesundheitsquote auf einen überdurchschnittlichen Mitteleinsatz pro Kopf schließen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Gesundheitsquote den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP des jeweiligen Landes darstellt. Da Deutschland hinsichtlich seiner Wirtschaftskraft im Jahre 2006 lediglich an 17. Stelle der OECD-Länder rangierte, fiel die Gesundheitsquote mit Rang 4 entsprechend hoch aus, obwohl Deutschland hinsichtlich seiner Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben nur den 10. Platz einnahm.

Für Aussagen bezüglich der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems bietet sich die Lebenserwartung als objektiv messbarer Outcome-Indikator an. Basiert ein länderübergreifender Vergleich auf den absoluten Werten im Jahre 2006, so schneidet Deutschland für beide Geschlechter lediglich unterdurchschnittlich ab. Da den Veränderungsdaten der Lebenserwartung jedoch eine höhere Aussagefähigkeit zukommt, gebührt ihnen der Vorzug vor Bestandsgrößen. Zudem zeigen die Abbildungen 14 bis 17, dass eine Gegenüberstellung der (geschlechtsspezifischen) durchschnittlichen Wachstumsraten zu deutlich stabileren Ergebnissen im Sinne vergleichbarer Positionierungen von Frauen und Männern gleicher Nationalität führt als ein Vergleich absoluter Größen – was zwar ebenfalls eingeschränkte, aber konsistentere Aussagen bezüglich der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems erlaubt. Hinsichtlich der Veränderungsdaten erzielt Deutschland wie

auch Frankreich und die Schweiz sowie mit einer Ausnahme Österreich – sowohl bei der Lebenserwartung bei der Geburt als auch bei der ferneren Lebenserwartung– für beide Geschlechter überdurchschnittliche Werte.

5. Determinanten der Nachfrage nach ambulanter fachärztlicher Versorgung

5.1 Angebots- und nachfrageseitige Einflussgrößen der Gesundheitsausgaben im Überblick

Wie ein Blick auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern zeigt, stiegen die nationalen Gesundheitsausgaben in den vergangenen Jahrzehnten nahezu weltweit stärker als das zugehörige Bruttoinlandsprodukt (siehe oben unter 4.2). Diese Feststellung gilt unabhängig von den jeweiligen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, d.h. ob die jeweiligen Gesundheitssysteme mehr marktwirtschaftliche, korporative oder staatlich-administrative Steuerungselemente aufweisen. Für das Wachstum der Gesundheitsquote spielt auch kaum eine Rolle, ob in den jeweiligen Ländern die Finanzierung des Krankheitsrisikos stärker mit Hilfe von risikoäquivalenten Prämien, gruppenspezifischen Beiträgen oder allgemeinen Steuern erfolgt. Der ordnungspolitische Steuerungsmechanismus und die Finanzierungsform mögen die Effizienz und Effektivität sowie distributive Ziele der Gesundheitsversorgung beeinflussen, auf die fiskalische Entwicklung aber üben sie offensichtlich nur einen geringen Einfluss aus. Dieser empirische Befund spricht dafür, dass jenseits von ordnungspolitischen Rahmenbedingungen und Finanzierungsmodalitäten grundlegende Einflussfaktoren auf die Gesundheitsversorgung und auch auf die Gesundheitsausgaben einwirken.

Die grundlegenden Einflussfaktoren von Gesundheitsversorgung und -ausgaben lassen sich unbeschadet vorhandener Interdependenzen in folgende angebots- und nachfrageseitige Determinanten aufteilen (siehe Wille, E. und Ulrich, V. 1991, S. 29f.):

angebotsseitige Faktoren

- die angebotsinduzierte Nachfrage aufgrund asymmetrischer Information,
- der technische Fortschritt, der im medizinischen Bereich zumeist ausgabenerhöhend wirkt,
- die Preissteigerungen, die im dienstleistungsintensiven Gesundheitswesen durchschnittlich die allgemeine Inflationsrate übertreffen (sog. negativer Preisstruktureffekt) sowie

- der zunehmende Hang zu einer sog. Defensivmedizin, um potentiellen Regressen vorzubeugen.

nachfrageseitige Faktoren

- die Verschiebung der Bevölkerungsstruktur mit einer Zunahme von älteren und multimorbiden Patienten,
- die Zunahme von Einzelhaushalten bzw. -personen, die bereits bei relativ geringfügiger Morbidität bzw. Pflegebedürftigkeit einer externen Hilfe bedürfen,
- die Veränderung des Krankheitsspektrums in Richtung langwieriger, chronisch-degenerativer Krankheitszustände,
- die gestiegene Anspruchshaltung gegenüber medizinischer Versorgung sowie
- das moralisch bzw. Verhaltensrisiko (Moral Hazard) nach einem Vertragsabschluss oder dem Eintritt in eine gesetzliche Krankenversicherung, die einen nahezu umfassenden Versicherungsschutz sichert, ex ante zu wenig gegen eine Vermeidung des Krankheitsfalles zu unternehmen und ex post nach Eintritt des Schadenfalles die Versicherungsleistungen übermäßig in Anspruch zu nehmen.

Dabei basieren sowohl die angebotsinduzierte Nachfrage als auch das Verhaltensrisiko (Moral Hazard) auf asymmetrischen Informationsbeziehungen zum einen zwischen dem Arzt und dem Patienten und zum anderen zwischen dem Patienten und seiner Versicherung. Seine Informationsversorgung hinsichtlich der erforderlichen Gesundheitsleistungen gewährt dem Arzt gegenüber dem Patienten und seiner Versicherung einen diskretionären Handlungsspielraum, den er grundsätzlich zur Realisierung seiner persönlichen Einkommens- oder Freizeitziele nutzen kann. In diesem Kontext besitzt er ein - nachvollziehbares - Interesse daran, seine Leistungen bis an die Grenze des medizinisch Vertretbaren auszuweiten, denn diese Verhaltensweise erhöht nicht nur sein Einkommen, sondern möglicherweise noch seine Attraktivität in den Augen seiner Patienten. Die Umsetzung einer solchen Strategie setzt allerdings voraus, dass ihr keine individuellen oder kollektiven Plafondierungen der Vergütungen oder andere staatliche Regulierungen entgegenstehen, wie dies im System der GKV der Fall ist.

Zwischen dem Arzt und dem Patienten besteht darüber hinaus eine wechselseitige asymmetrische Informationsbeziehung, denn das Ergebnis einer medizinischen Behandlung hängt nicht nur von der ärztlichen Therapie oder den natürlichen Heilungskräften des Patienten, sondern auch von seinem konformen Verhalten bzw. seinen Lebensstilvariablen ab, über die nun wiederum der Arzt wie auch die Versicherung nur begrenzte Informationen besitzen. Das Behandlungsergebnis stellt letztlich ein „joint product“ zwischen der ärztlichen Leistung und der Compliance des Patienten dar. Die Compliance - Probleme gehen u.a. auf Informationsdefizite und begrenzte Steuerungsmöglichkeiten des behandelnden Arztes zurück und setzen deshalb auch einer - theoretisch ansonsten wünschenswerten - outcomebezogenen Vergütung ärztlicher Leistungen enge Grenzen. In ähnlicher Weise wie dem Arzt fehlen auch der Versicherung die erforderlichen Informationen, um das ex ante und ex post Verhaltensrisiko der Versicherten bzw. Patienten durch spezifische Verträge bzw. Tarife zu berücksichtigen oder ihm durch eine wirksame Kontrolle zu begegnen.

Wie bereits angedeutet, bestehen zwischen diesen angebots- und nachfrageseitigen Einflussgrößen der Gesundheitsversorgung und -ausgaben teilweise enge Wechselwirkungen, die dahin tendieren, die jeweiligen Prozesse zu verstärken. So erhöht ex post Moral Hazard nicht nur die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in der laufenden Periode, sondern bewirkt zudem insofern eine Beschleunigung des medizinisch-technischen Fortschritts, als die Patienten medizinische Innovationen nicht gesondert bezahlen müssen (vgl. Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. 2005, S. 516). Der medizinische Fortschritt beeinflusst seinerseits über eine Erhöhung der Lebenserwartung die demographische Entwicklung, die dann ihrerseits das Krankheitsspektrum verändert. Zudem steigern effektive innovative Behandlungsmethoden das Anspruchsniveau gegenüber der medizinischen Versorgung und wecken neue Ansprüche an das Gesundheitswesen. Diese verlangen um so eher und selbstverständlicher nach einer Befriedigung, je weniger die Patienten die entsprechenden Kosten der von ihnen gewünschten Leistungen tragen.

Mit Ausnahme des sog. negativen Preisstruktureffektes, der nur die Preisrelationen zwischen Gesundheitsleistungen sowie anderen Gütern und Diensten betrifft, wirken alle anderen Einflussgrößen nicht nur auf die Gesundheitsausgaben, sondern auch auf die mengenmäßige

Gesundheitsversorgung und damit ebenso auf die reale Nachfrage nach ambulanter fachärztlicher Versorgung. Dabei konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf die beiden Nachfragedeterminanten demographische Entwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt. Die Demographie, d.h. Umfang und Struktur der Bevölkerung, eines Landes bildet eine zentrale Einflussgröße des medizinischen Behandlungsbedarfes¹³ und vom medizinisch-technischen Fortschritt hängen in relevantem Maße Verlagerungen zwischen den einzelnen Leistungssektoren ab. Beide Einflussgrößen dürften daher künftig in Verbindung mit Veränderungen des Krankheitsspektrums sowohl die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen insgesamt als auch jene nach ambulanter fachärztlicher Versorgung, insbesondere an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, nachhaltig beeinflussen.

5.2 Die demographische Entwicklung als Determinante von Gesundheitsleistungen

5.2.1 Komponenten der demographischen Entwicklung

Die demographische Entwicklung einer Bevölkerung hängt von den drei Komponenten

- Geburten,
- Sterbefälle und
- Wanderungen

ab (siehe zum Folgenden Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, Ziffer 10ff.). Da diese demographischen Komponenten Stromgrößen darstellen, die in einem Jahr im Verhältnis zum Bevölkerungsbestand zumeist ein quantitativ geringes Niveau aufweisen, wirken sich ihre Veränderungen in der Regel erst mittel- bis langfristig in relevantem Umfang auf die Bestandsgröße aus (vgl. Erbsland, M. und Wille, E., 1995, S. 661). Dieser time-lag eröffnet den politischen Entscheidungsträgern die Chance, zum einen noch auf diese Determinanten, wie z. B. die Geburtenhäufigkeit und den Wanderungssaldo, einzuwirken (vgl. Sinn, H.W., 2005, S. 70f.) und zum anderen für nicht mehr beeinflussbare exogene Entwicklungen gestaltend Vorsorge zu treffen.

¹³ Darüber hinaus besitzen Umfang und Struktur der Bevölkerung auch Relevanz hinsichtlich der personellen Ressourcen, die für die Befriedigung des Behandlungsbedarfes zur Verfügung stehen.

Demographische Prognosen versuchen aufzuzeigen, wie sich von der heutigen Situation ausgehend Umfang und Struktur der Bevölkerung unter bestimmten Annahmen über die demographischen Komponenten in einem künftigen Zeitraum entwickeln. Um den Unsicherheitsfaktoren Rechnung zu tragen, basieren die meisten Prognosen auf (mehreren) alternativen Annahmen über die demographischen Komponenten. Unbeschadet der immanenten Unsicherheit zukünftiger Entwicklungen lassen sich Umfang und Struktur der Bevölkerung im Vergleich zu anderen Determinanten der Gesundheitsversorgung bzw. -ausgaben, wie z. B. dem medizinisch-technischen Fortschritt, relativ gut vorausschätzen. Die folgenden Überlegungen und Schätzungen bauen auf der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2006a und b) auf; die Basis bildet der Bevölkerungsstand zum 31.12.2005. Im Zusammenhang mit der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen interessiert weniger das Durchschnitts- oder Medianalter einer Bevölkerung als vielmehr die Veränderung von Bevölkerungsanteilen zwischen bestimmten Altersgruppen, d.h. als Indikatoren dienen das Kohortenalter und die Kohortengröße.

Die Geburtenrate zeigt das Geburtenverhalten der weiblichen Bevölkerung eines Landes an. Sie gibt an, wie viele Lebendgeburten die Frauen in gebärfähigem Alter in ihrem Leben durchschnittlich zur Welt bringen, wenn keine dieser Frauen in diesem Zeitraum sterben würde. Die hier betrachtete Bevölkerungsvorausberechnung geht von einem gebärfähigen Alter von 15 bis 45 Jahren aus, da sich die geringe Anzahl der Geburten jenseits dieser Altergrenzen kaum auf die Ergebnisse auswirkt. Die Bestandserhaltung eines bestimmten Bevölkerungsniveaus erfordert insofern eine Geburtenrate von 2,1, als diese Berechnungsmethode den Einfluss der Sterblichkeit auf die Dauer der Fruchtbarkeitsperiode ausklammert.

Die Berechnung der Geburtenrate kann auf der Grundlage von zwei Konzepten erfolgen, die verschiedene Zwecke erfüllen und unterschiedliche Interpretationen erlauben. Das erste Konzept begleitet im Sinne einer „Kohorten-Betrachtung“ einen bestimmten Geburtsjahrgang von Müttern über die gesamte Phase der Fruchtbarkeit (vgl. Babel, B. 2007, S. 87). Die in einem solchen Längsschnitt errechnete Geburtenrate erfasst das tatsächliche Geburtenverhalten eines Jahrgangs, das entsprechende Ergebnis liegt aber erst 45 Jahre nach

Geburt dieses Jahrgangs vor. Das zweite Konzept baut auf einer „Perioden-Betrachtung“ auf, die alle Geburten innerhalb eines Jahres auf die in diesem Jahr lebenden Frauen in gebärfähigem Alter bezieht. Die mit Hilfe dieses Querschnittsverfahrens ermittelte Geburtenrate vermag das tatsächliche Geburtenverhalten nicht abzubilden, ausgenommen die Geburtenrate bliebe über 31 Jahre konstant.

Die Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (vgl. 2006a) folgt bei der Veranschlagung der Geburtenrate der Perioden-Betrachtung. Diese Rate lag im Jahr 2006 bei 1,33 und damit bei ca. zwei Dritteln des bestandserhaltenden Niveaus. Sie befindet sich in der Bundesrepublik seit etwa 30 Jahren mit leichten Schwankungen auf einem ähnlichen Niveau. In den neuen Bundesländern nahm die Geburtenrate nach der Wiedervereinigung stark ab, das Geburtenverhalten gleicht sich jedoch seit einigen Jahren dem in den alten Bundesländern an. Auch bei den Ausländern, die im Jahre 2006 einen Anteil von 8,8 % an der Gesamtbevölkerung einnahmen, findet eine Annäherung des Geburtenverhaltens an das deutsche Niveau statt; so betrug die Geburtenrate bei den Ausländern im Jahre 2006 nur noch 1,6. In den letzten Jahrzehnten unterlag allerdings die Altersstruktur der Mütter einem Wandel, indem sich das Alter bei der Erstgeburt nach hinten verschob. Die Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (vgl. 2006a, S. 27f.) versucht diesem Wandel Rechnung zu tragen und nimmt hier eine weitere Verschiebung in ein höheres Alter an.

Die Lebenserwartung zeigt an, wie lange ein Mensch bei Geburt, d. h. ein männlicher oder weiblicher Säugling, im Durchschnitt leben wird. Im Unterschied dazu gibt die „fernere Lebenserwartung“ die durchschnittlich zu erwarteten Lebensjahre ab einem bestimmten Alter von z. B. 60 oder 65 Jahren an. Die Berechnung der Lebenserwartung basiert auf den alters- und geschlechtsspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten, in dem sie die Todesfälle eines Alters und Geschlechts auf die zugehörige Bevölkerungsgruppe bezieht. Auf der Grundlage dieser Wahrscheinlichkeiten wird mit Hilfe einer sog. Sterbetafelbevölkerung eine „Absterbeordnung“ errechnet.

Ähnlich wie bei der Geburtenrate bieten sich für die Berechnung der Lebenserwartung als methodische Konzepte die Kohorten- oder die Perioden-Betrachtung an. Das Ergebnis der Kohorten-Betrachtung spiegelt die tatsächlich realisierte Lebenserwartung wider, was aber

einen Beobachtungszeitraum von mehr als 100 Jahren in Anspruch nehmen dürfte. Die Perioden-Betrachtung bildet dagegen in einem Querschnitt die alters- und geschlechtsspezifischen Sterbeverhältnisse eines bestimmten Jahres oder Zeitraumes ab. Das Statistische Bundesamt geht auch hier im Sinne der Perioden-Betrachtung vor und verwendet eine abgekürzte Sterbetafel, die über einen Zeitraum von 3 Jahren Mittelwerte bildet, um die Effekte kurzfristiger Einflüsse bzw. Störgrößen wie z. B. starke Grippewellen abzuschwächen (vgl. Statistisches Bundesamt 2006c, S. 2f.)

Die Perioden-Betrachtung unterstellt allerdings implizit, dass die heutigen Gegebenheiten hinsichtlich der demographischen Komponenten auch in Zukunft bestehen bleiben und schreibt entsprechend die heutigen Sterblichkeitsverhältnisse und die daraus abgeleitete Lebenserwartung in die Zukunft fort. Sie klammert damit alle Effekte aus, die künftig vom medizinisch-technischen Fortschritt, von Lebensstilvariablen der Bürger und von transsektoralen Bereichen bzw. Sektoren jenseits des Gesundheitswesens, wie z. B. der ökologischen Umwelt, dem Bildungs-, Verkehrs- und Wohnungswesen, auf das Gesundheitswesen und die Lebenserwartung der Bürger ausgehen. Daraus folgt, dass die Perioden-Betrachtung die Lebenserwartung bei Geburt erheblich - im Vergleich zur Kohorten-Betrachtung um ca. 5 Jahre - unterschätzt (vgl. Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ 2002, S. 20f.; Buslei, H. et al. 2007, S. 12). Diese Unterschätzung führt dazu, dass die entsprechende Vorausberechnung die Gruppe und damit auch die Anteile der Hochbetagten zu niedrig ausweist. Die demographischen Prognosen, die sich aus Datengründen zwangsläufig auf die Perioden-Betrachtung stützen, zeichnen insofern noch ein zu moderates Bild der demographischen Alterung.

Wanderung bedeutet im demographischen Kontext das Verlegen eines Wohnsitzes über eine definierte Gebietsgrenze hinweg und der Wanderungssaldo errechnet sich aus der Anzahl der Zuzüge abzüglich der Fortzüge. Dabei führen die Außenwanderungen über die Bundesgrenzen hinweg, während die Binnenwanderungen innerhalb Deutschlands nur über die Landesgrenzen hinausgehen (vgl. Statistisches Bundesamt 2007b, S. 6). Während die Binnenwanderung nur aus regionaler Sicht bzw. aus der Perspektive der Bundesländer eine Rolle spielt, beeinflusst die Außenwanderung sowohl die nationale als auch die regionale

Demographie, denn die (Außen-)Wanderungsströme verteilen sich nicht gleichmäßig auf die Bundesländer bzw. Regionen. Da sich die Außenwanderung auf die Altersgruppe der 20 bis 40jährigen konzentriert und der positive Wanderungssaldo in der Gruppe der 20 bis 25jährigen kulminiert, geht die Außenwanderung für Deutschland mit einem Verjüngungseffekt einher (vgl. Statistisches Bundesamt 2006a, S. 53 und 2007b). Das Durchschnittsalter der Zuwanderer liegt mit 31,7 Jahren auch deutlich unter jenem der Auswanderer mit 33,9 Jahren. Insofern geht auch bei einem (Außen-)Wanderungssaldo von Null, d. h. wenn nur die sog. Sockelwanderung¹⁴ stattfindet, ein Verjüngungseffekt auf die Bevölkerungsstruktur aus.

5.2.2 Annahmen und Ergebnisse der Prognose des Statistischen Bundesamtes

Die Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes (vgl. 2006a und b) geht, um Unsicherheiten hinsichtlich der Einflussfaktoren bzw. der Komponenten der Schätzung Rechnung zu tragen, von verschiedenen Annahmen über diese drei Komponenten aus. Wie Tabelle 13 synoptisch zeigt, baut die Prognose auf 3 Alternativen zur Geburtenrate und je zwei Alternativen zur Lebenserwartung sowie zum Wanderungssaldo auf. Aus der Kombination dieser Annahmen resultieren insgesamt 12 demographische Szenarien. Dabei bildet die Variante 1 - W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze) üblicherweise und auch im Folgenden die Grundlage der Ausführungen. Diese Variante unterstellt eine annähernd konstante Geburtenrate von 1,4 in Verbindung mit der Basisannahme zur Lebenserwartung bei Geburt von 88 (Frauen) bzw. 83,5 (Männern) Jahren in 2050¹⁵ und einem positiven jährlichen Wanderungssaldo von 100.000 Menschen. Von dieser Variante unterscheidet sich Variante 1 - W 2 („mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze) nur durch die Annahme eines doppelt so hohen Wanderungssaldos, der hier 200.000 Menschen beträgt.

¹⁴ Bei der Sockelwanderung entspricht die Anzahl der Zuwanderer jener der Auswanderer.

¹⁵ Die Lebenserwartung bei Geburt erreichte im Jahre 2006 für Frauen 82,06 und für Männer 76,64 Jahre. Im Alter von 60 Jahren betrug die fernere Lebenserwartung für Frauen 24,49 und für Männer 20,58 Jahre. Dabei bestehen allerdings noch spürbare Unterschiede zwischen den Bundesländern und Regionen, diese Differenzen bauen sich nach den Annahmen des Statistischen Bundesamtes aber künftig im Laufe der Zeit ab.

Tabelle 13: Annahmen und Varianten der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Jährlicher Wanderungssaldo bis zum Jahr 2050 100000 Personen (W1) 200000 Personen (W2)	Geburtenhäufigkeit (durchschnittliche Kinderzahl je Frau)		
	annähernd konstant: 1,4	leicht ansteigend von 1,4 auf 1,6 (2006-2025), danach konstant	leicht fallend bis 2050 auf 1,2
Annahmen zur Lebenserwartung bei Geburt (im Alter von 60) im Jahr 2050			
Basisannahme			
männlich: 83,5 (25,3) Jahre weiblich: 88,0 (29,1) Jahre	Variante 1 - W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze)	Variante 3 - W1	Variante 5 - W1
	Variante 1 - W2 („mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze)	Variante 3 - W2 („relativ junge“ Bevölkerung)	Variante 5 - W2
hoher Anstieg			
männlich: 85,4 (27,2) Jahre weiblich 89,9 (30,9) Jahre	Variante 2 - W1	Variante 4 - W1	Variante 6 - W1 („relativ alte“ Bevölkerung)
	Variante 2 - W2	Variante 4, W2	Variante 6 - W2

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006a), eigene Darstellung.

Die beiden extremen Szenarien nach Tabelle 13, d. h. Variante 3 - W2 („relativ junge“ Bevölkerung) und Variante 6 - W1 („relativ alte“ Bevölkerung) dienen im Folgenden dazu, an einigen Stellen, insbesondere bei den Maßzahlen, das gesundheitsökonomisch sowie medizinisch relevante Spektrum der möglichen demographischen Entwicklung aufzuzeigen. Die Variante der „relativ jungen“ Bevölkerung kombiniert eine ansteigende Geburtenrate mit einem vergleichsweise hohen Wanderungssaldo und einer relativ niedrigen Zunahme der Lebenserwartung. Umgekehrt unterstellt die Variante der „relativ alten“ Bevölkerung eine

leicht fallende Geburtenrate sowie einen niedrigeren Wanderungssaldo und einen stärkeren Anstieg der Lebenserwartung. Dabei dürfte, wie oben unter 5.2.1 dargelegt, die Lebenserwartung, von der die Perioden-Betrachtung hier selbst bei der Annahme eines hohen Anstiegs ausgeht, bis zum Jahre 2050 sehr wahrscheinlich noch spürbar stärker anwachsen.

Da die Gesundheitsleistungen und -ausgaben mit zunehmendem Alter bei nahezu allen Behandlungsarten ansteigen (siehe unten unter 5.2.3), bietet es sich hinsichtlich ihrer Nachfrage an, zunächst den Altenquotienten „65“ zu berechnen. Diese auch in internationalen Vergleich verbreitete Messzahl bezieht die ab 65jährigen auf die Bevölkerung zwischen 20 bis 64 Jahren. Dieser Quotient lag, wie Tabelle 14 zusammenfasst, im Jahre 2006 bei 32,63 und steigt bis 2050 nach der Variante „mittlere“ Bevölkerung auf 64,35 bzw. bei höherem Wanderungssaldo auf 60,10 an. Tabelle 2 macht zudem deutlich, wie stark die Werte der Altenquotienten von den jeweiligen Annahmen über die demographischen Einflussfaktoren abhängen. Das Spektrum reicht hier von 57,97 bei „relativ junger“ bis 70,92 bei „relativ alter“ Bevölkerung. Diese extremen Werte weichen um 9,9 % bzw. 10,2 % von der mittleren Prognose mit der Annahme eines geringeren Wanderungssaldos ab¹⁶.

Tabelle 14: Altenquotient „65“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	32,63	32,63	32,63	32,63
2010	33,55	33,62	33,55	33,70
2020	37,98	38,68	37,98	39,48
2030	50,21	52,21	50,27	54,20
2040	57,19	61,35	57,98	65,25
2050	57,97	64,35	60,10	70,92

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006b), eigene Darstellung.

¹⁶ Jeweils bezogen auf den Wert von 64,35. Andernfalls betragen die Abweichungen 11,0 % bzw. 9,3 %.

Mit zunehmender Lebenserwartung steigt auch der Anteil der Personen, die ein Alter von über 80 oder 85 Jahren erreichen und damit wachsen Anzahl und Anteil der multimorbiden, d.h. besonders behandlungsbedürftigen, Patienten. Zudem besitzen diese Relationen als Hochbetagtenquotienten besondere Relevanz hinsichtlich des Pflegebedarfs, da ab einem Alter von 80 Jahren die Pflegeprävalenz fast sprunghaft ansteigt. Während sich der Altenquotient „65“ im Prognosezeitraum von 2006 bis 2050 im wesentlichen verdoppelt, lassen, wie die Tabelle 15 und die Tabelle 16 zeigen, die Altenquotienten „80“ und „85“ ein erheblich höheres Wachstums erwarten. Der Altenquotient „80“ steigt in der Variante „mittlere“ Bevölkerung (Untergrenze) von 7,57 im Basisjahr bis 2050 auf 28,27, d. h. auf das 3,7fache. Auf Basis der Variante „relativ alte“ Bevölkerung nimmt er sogar auf das 4,4fache zu. Noch stärker fallen die Steigerungsraten bei dem Altenquotienten „85“ aus. Dieser wächst von 3,22 im Jahre 2006 nach der Variante „mittlere“ Bevölkerung (Untergrenze) auf 15,92 und im Falle einer „relativ alten“ Bevölkerung auf 19,71 an, d. h. er nimmt auf das 4,9- bzw. auf das 6,1fache zu. Selbst unter der Annahme einer „relativ jungen“ Bevölkerung steigt der Altenquotient „85“ noch auf das 4,4fache. Bis zum Jahre 2020 findet schon ein Wachstum der Altenquotienten „80“ und „85“ auf das gut 1,6 bis 1,8fache statt. Die Betrachtung der prognostizierten Altenquotienten „65“, „80“ und „85“ verdeutlicht bereits, dass die demographische Entwicklung das Gesundheitswesen angesichts des steigenden Behandlungsbedarfes künftig vor erhebliche Herausforderungen stellt. Dies gilt gleichermaßen für eine flächendeckende ambulante fachärztliche Versorgung.

Die Patienten benötigen die Gesundheitsversorgung zu einem weit überwiegenden Teil ortsnah, zumindest mit regionalem Bezug und die Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen findet zumeist ebenfalls räumlich dezentral statt. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, die demographischen Strukturen und ihre Veränderungen in den einzelnen Bundesländern zu betrachten. Dabei baut der folgende Vergleich auf der demographischen „Standardprognose“ des Statistischen Bundesamtes, d. h. der Variante „mittlere“ Bevölkerung (Untergrenze) auf. Als Benchmark dient der zusätzlich aufgelistete nationale Wert für Deutschland.

Tabelle 15: Altenquotient „80“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	7,57	7,57	7,57	7,57
2010	8,55	8,57	8,55	8,61
2020	12,11	12,34	12,11	12,90
2030	14,24	14,83	14,25	16,24
2040	19,20	20,73	19,47	23,46
2050	25,05	28,27	25,98	33,30

80-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006b), eigene Darstellung.

Tabelle 16: Altenquotient „85“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	3,22	3,22	3,22	3,22
2010	3,86	3,87	3,86	3,89
2020	5,25	5,35	5,25	5,69
2030	7,55	7,86	7,56	8,90
2040	9,61	10,38	9,74	12,32
2050	14,07	15,92	14,58	19,71

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006b), eigene Darstellung

Wie Tabelle 17 belegt, weisen die einzelnen Bundesländer schon 2005, d. h. zum Basiszeitpunkt der Prognose, stark divergierende Altenquotienten „65“ auf. Die Bandbreite reicht von 26,30 in Berlin bis 36,41 in Sachsen. Das Saarland und Sachsen-Anhalt besitzen mit 35,19 bzw. 35,08 ebenfalls auffällig überdurchschnittliche Werte, während Hamburg mit 28,52

deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt, um den sich die anderen Bundesländer mit relativ geringen Abweichungen bewegen.

Tabelle 17: Altenquotient „65“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	30,09	33,41	41,33	60,15	63,38
Bayern	30,37	33,66	41,06	58,99	62,00
Berlin	26,30	32,45	39,41	54,27	63,87
Brandenburg	31,57	38,60	55,90	82,43	90,60
Bremen	33,27	35,27	39,15	48,25	50,92
Hamburg	28,52	29,93	33,14	49,12	57,50
Hessen	30,76	34,85	42,75	62,08	65,46
Mecklenburg-Vorpommern	31,44	38,23	55,63	70,36	74,51
Niedersachsen	32,85	36,61	44,67	63,40	63,73
Nordrhein-Westfalen	32,22	34,40	41,58	58,39	59,94
Rheinland-Pfalz	33,04	34,82	44,26	62,34	62,95
Saarland	35,19	37,07	47,38	61,90	59,89
Sachsen	36,41	43,73	56,57	68,95	77,25
Sachsen-Anhalt	35,08	42,76	58,10	73,73	78,53
Schleswig-Holstein	33,26	38,33	44,97	65,06	66,65
Thüringen	33,19	40,70	56,94	73,83	80,73
Deutschland	31,69	35,47	43,91	61,35	64,35

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006d), eigene Darstellung.

Der Altenquotient „65“ steigt nach 2020, wenn die Baby-Boom-Generation das Rentenalter erreicht, stark an, was vor allem für die neuen Bundesländer gilt. Im Jahre 2050 verzeichnen Brandenburg mit 90,60 und Thüringen mit 80,73 die höchsten Altenquotienten „65“, Bremen mit 50,92 und Hamburg mit 57,50 rangieren dagegen am Ende dieser Skala. Der Altenquotient „65“ in Brandenburg übersteigt damit den bundesdurchschnittlichen um 40,8 % und jenen in Bremen um 77,9 %. Die weit überdurchschnittliche Alterung in den neuen Bundesländern geht u. a. auf eine Altersselektivität der Binnenwanderung zurück, die hier allerdings annahmegemäß nur noch bis zum Jahre 2020 mit abnehmender Intensität andauert.

Bei den Altenquotienten „80“ und „85“, über die Tabelle 18 und Tabelle 19 einen Überblick geben, zeigt sich, dass im Basisjahr 2005 die geringere Lebenserwartung in den neuen Bundesländern hier mit Ausnahme von Sachsen zu niedrigeren Werten führt. So weisen Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin die niedrigsten Altenquotienten „80“ auf und Thüringen liegt ebenfalls noch unter dem Bundesdurchschnitt. Da die Prognose aber davon ausgeht, dass die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern schnell das bundesdeutsche Niveau erreicht, nehmen diese Länder auch beim Altenquotient „80“ bald die Spitzenpositionen ein. Im Jahre 2050 rangiert Brandenburg mit 41,85 vor Thüringen mit 35,75 und Sachsen-Anhalt mit 35,57 an der Spitze. Der Altenquotient „80“ in Brandenburg übertrifft damit die bundesdeutsche Benchmark um 48,0 %. Die letzten Plätze in dieser Skala nehmen Bremen und Hamburg mit den vergleichsweise niedrigen Altenquotienten von 21,40 bzw. 22,94 ein.

Tabelle 18: Altenquotient „80“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	7,15	9,29	12,64	20,16	28,16
Bayern	7,29	9,11	12,25	19,33	26,94
Berlin	5,96	7,76	12,71	17,79	25,53
Brandenburg	5,92	10,27	16,98	29,59	41,85
Bremen	8,60	9,93	12,86	16,81	21,40
Hamburg	7,43	8,10	10,84	14,99	22,94
Hessen	7,52	9,42	12,81	20,67	28,83
Mecklenburg-Vorpommern	5,64	10,53	16,29	27,30	33,87
Niedersachsen	7,87	10,03	13,65	21,16	28,95
Nordrhein-Westfalen	7,39	9,59	12,32	19,14	26,13
Rheinland-Pfalz	7,93	9,86	12,55	21,09	28,10
Saarland	8,02	10,38	13,25	21,74	26,90
Sachsen	8,32	12,70	19,20	26,59	33,72
Sachsen-Anhalt	7,32	11,74	18,28	27,97	35,57
Schleswig-Holstein	7,99	9,89	14,62	21,09	30,13
Thüringen	6,97	10,98	17,20	27,97	35,75
Deutschland	7,35	9,73	13,37	20,73	28,27

80-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006d), eigene Darstellung.

Tabelle 19: Altenquotient „85“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	3,02	4,49	6,94	10,13	15,92
Bayern	2,95	4,41	6,60	9,58	14,94
Berlin	2,91	3,52	6,34	9,24	14,53
Brandenburg	2,45	4,37	9,13	14,53	24,86
Bremen	3,82	5,05	7,09	8,89	12,19
Hamburg	3,35	4,09	5,76	7,62	12,42
Hessen	3,12	4,61	6,90	10,46	16,11
Mecklenburg-Vorpommern	2,23	4,39	9,15	13,48	20,88
Niedersachsen	3,29	4,81	7,43	10,55	16,05
Nordrhein-Westfalen	2,99	4,54	6,72	9,37	14,38
Rheinland-Pfalz	3,22	4,72	6,95	10,30	15,75
Saarland	3,01	4,80	7,35	10,43	15,28
Sachsen	3,43	6,10	10,48	14,40	20,39
Sachsen-Anhalt	2,87	5,33	9,87	14,38	21,20
Schleswig-Holstein	3,49	4,67	7,73	10,74	16,34
Thüringen	2,65	5,05	9,35	14,29	21,35
Deutschland	3,04	4,62	7,25	10,38	15,92

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren, gerundete Daten als Ausgangsbasis

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006d), eigene Darstellung.

Die Übersicht über den jeweiligen Altenquotienten „85“ in Tabelle 19 vermittelt ein ähnliches Bild. Im Jahr 2005 bilden Mecklenburg-Vorpommern mit 2,23, Brandenburg mit 2,45 und Thüringen mit 2,65 die Schlusslichter gefolgt von Sachsen-Anhalt mit 2,87 und Berlin mit 2,91, die hier ebenfalls noch den bundesdeutschen Durchschnitt unterschreiten. Diese vergleichsweise günstige Ausgangsposition büßen die neuen Bundesländer aber spätestens bis zum Jahre 2025 ein und erreichen im Jahre 2050 auch beim Altenquotienten „85“ Spitzenpositionen. Die Reihenfolge reicht von Brandenburg mit 24,86 über Thüringen mit 21,35 und Sachsen-Anhalt mit 21,20 bis Mecklenburg-Vorpommern mit 20,88 und Sachsen mit 20,39. Den höchsten Altenquotienten „85“ in den alten Bundesländern verzeichnet Schleswig-Hol-

stein mit 16,34. Während der Altenquotient „85“ von 2005 bis 2050 im Bundesdurchschnitt hier auf das 5,2fache ansteigt, wächst er in Brandenburg auf das 10,1fache und in Mecklenburg-Vorpommern auf das 9,4fache an. Schon bis zum Jahre 2025 nimmt der Altenquotient „85“ in Mecklenburg-Vorpommern auf das 4,1fache, in Brandenburg auf das 3,7fache und Thüringen auf das 3,5fache zu.

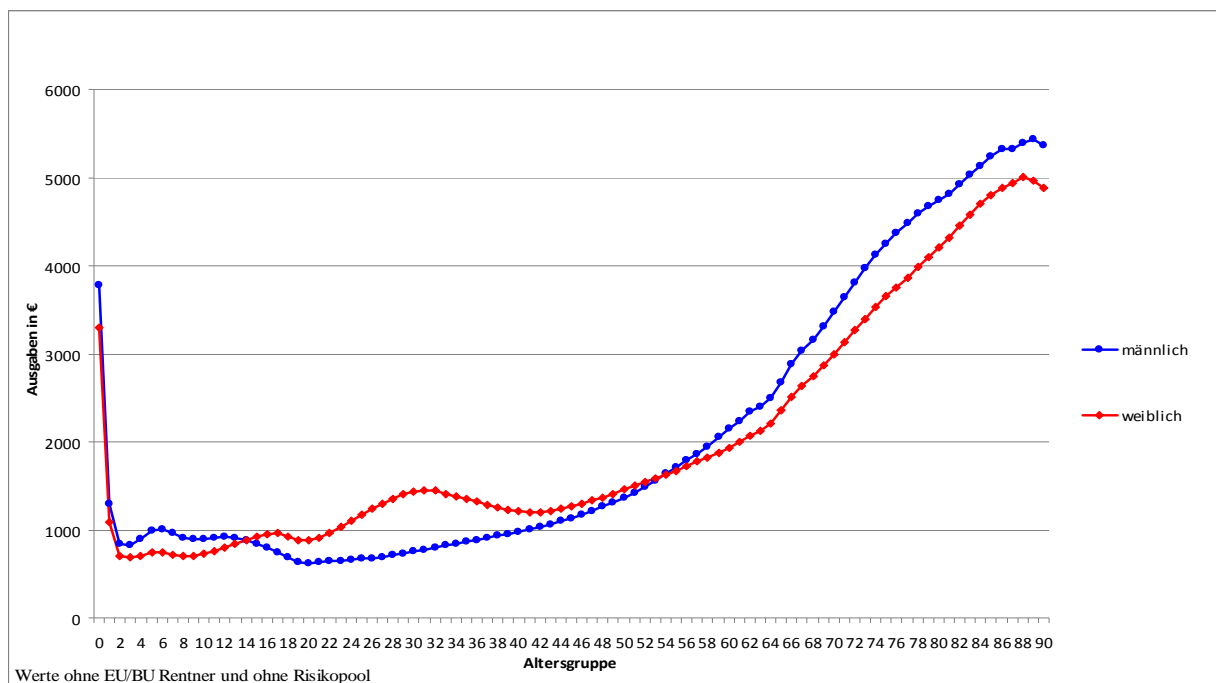
Die Betrachtung der Altenquotienten nach Bundesländern verschärft die bereits für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Problematik, künftig in Deutschland flächendeckend eine nachhaltige sowie effiziente und effektive Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Diese Feststellung gilt unbeschadet der Unsicherheiten, die längerfristigen Prognosen über Umfang und Struktur der Bevölkerung anhaften. Die für die einzelnen Bundesländer abgeleiteten Altenquotienten bauen auf der Basisannahme einer „mittleren“ Bevölkerung mit der Untergrenze des Wanderungssaldos auf, d. h. die prognostische Variante einer „relativ alten“ Bevölkerung würde zu etwa 10 % höheren Werten führen. Da die hier angewandte Perioden-Betrachtung die Lebenserwartung noch unterschätzt, erscheint z. B. für Brandenburg ein Szenario nicht unrealistisch, nach dem im Jahre 2050 auf 100 Menschen im Alter von 20 bis 64 Jahren 25 Hochbetagte bzw. 85-Jährige und Ältere kommen. Die flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, vor allem in strukturschwachen ländlichen Räumen, bildet künftig eine der zentralen Herausforderungen der Gesundheitspolitik. In diesem Kontext gilt es auch zu beachten, dass der Anteil der Ärztinnen zwischen 1991 und 2008 von 33,6 % auf 41,5 % anstieg (vgl. Bundesärztekammer 2009, S. 10) und beim Medizinstudium inzwischen die Studentinnen dominieren. Von diesen dürfte später zumindest ein Teil nicht ohne Unterbrechungen einer ganztägigen Beschäftigung nachgehen. Erschwerend tritt hinzu, dass die Bundesländer, die künftig den höchsten Versorgungsbedarf aufweisen, derzeit nicht über die im Bundesländervergleich attraktivsten Standortbedingungen für die (potentiellen) Anbieter stationärer und ambulanter Gesundheitsleistungen verfügen.

5.2.3 Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile

Vor dem Hintergrund der absehbaren demographischen Entwicklung und der in diesem Kontext aufgezeigten stärkeren Besetzung der höheren Altersgruppen interessieren hinsichtlich

der künftig zu erwartenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen vor allem die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, Ziffer 67ff.). Diese können sowohl für die GKV insgesamt als auch für die einzelnen Behandlungsarten in Verbindung mit dem Wandel der Alterskohorten zumindest approximativ einen Einblick in die Erfordernisse der künftigen Gesundheitsversorgung geben. Wie in Abbildung 22 veranschaulicht, steigen die Ausgaben der GKV für beide Geschlechter ab einem Alter von 50 Jahren stark an. Dabei liegt die stärkste Zunahme im Altersbereich zwischen 65 und 80 Jahren und eine Trendumkehr findet - auf einem hohen Niveau - erst mit einem Alter von ca. 88 Jahren statt. In einem Alter zwischen 15 und 53 Jahren überschreiten die Ausgabenprofile für Frauen jene für Männer, während es sich in den anderen Altersabschnitten umgekehrt verhält. Schon ab einem Alter von 67 (Männer) bzw. 71 (Frauen) Jahren liegen die jeweiligen Ausgabenprofile über der 3.000,- Euro - Grenze.

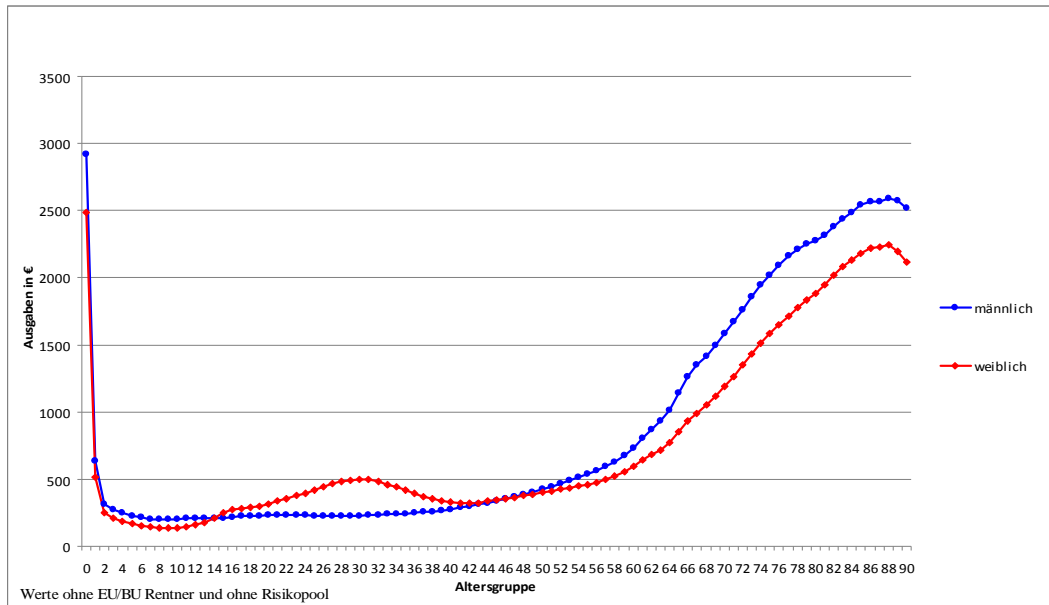
Abbildung 22: Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV



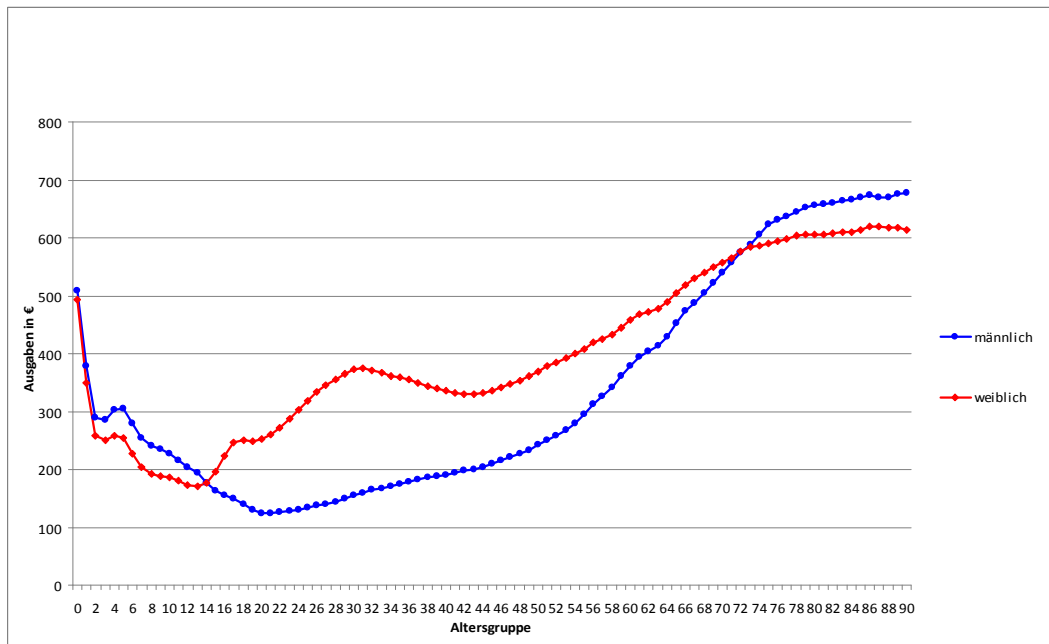
Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Einen sehr ähnlichen Verlauf wie die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile in der GKV weisen die entsprechenden durchschnittlichen Aufwendungen im Krankenhaus auf. Der starke Anstieg der Ausgabenprofile beginnt hier, wie Abbildung 23 illustriert, bereits ab einem Alter von 60 Jahren, schwächt sich dann aber bei den Männern bereits bei einem Alter von 80 Jahren etwas ab. Eine Trendumkehr dieses Anstiegs lässt sich im Krankenhaus ebenfalls erst ab einem Alter von 88 Jahren beobachten. Im Vergleich mit dem Ausgabenprofilen der gesamten GKV-Ausgaben verkürzt sich die Altersspanne, in der die Ausgabenprofile der Frauen jene der Männer überschreiten, auf ca. 15 bis 42 Jahre und diese Differenz fällt auch etwas niedriger aus. Die durchschnittlichen Krankenausgaben übersteigen die 1.500,- Euro - Grenze bei den Männern bei ca. 69 und bei den Frauen bei ca. 74 Jahren. In der Spitze erreichen die Ausgabenprofile im Krankenhaus bei Männern mit einem Alter von 87 Jahren Werte über 2.500,- Euro, was fast 50 % der entsprechenden durchschnittlichen Gesamtausgaben in der GKV entspricht. Bei den Frauen, bei denen die durchschnittlichen Gesamtausgaben ebenfalls im Alter von 87 Jahren bei 5.000,- Euro kulminieren, liegt der entsprechende Anteil der Aufwendungen im Krankenhaus mit ca. 2.250,- Euro etwas niedriger.

Verglichen mit den Gesamt- und den Krankenhausausgaben weisen die durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Aufwendungen im Rahmen der ambulanten Behandlung für Versicherte der GKV in Verlauf und Niveau deutliche Unterschiede auf. Der starke Anstieg der Ausgabenprofile findet hier, wie Abbildung 24 zeigt, bei den Männern zwischen ca. 53 und 73 Jahren und bei den Frauen in spürbar abgeschwächter Form zwischen ca. 44 und ebenfalls 73 Jahren statt. Ab diesem Alter nehmen die durchschnittlichen altersspezifischen Ausgaben bei den Frauen kaum noch zu und bei den Männern nur noch sehr moderat. Eine Trendumkehr, z.B. ab 87 Jahren, lässt sich allerdings bei den Männern nicht und bei den Frauen nur minimal erkennen. Die Zeitspanne, in der die altersspezifischen Ausgaben der Frauen über jenen der Männer liegen, erstreckt sich im Rahmen der ambulanten Behandlung von ca. 15 bis 73 Jahren und damit etwa 30 Jahre weiter als bei den Ausgabenprofilen im Krankenhaus. Zudem weisen die Ausgabenprofile für Frauen und Männer in dieser Zeitspanne weit größere Differenzen auf.

Abbildung 23: Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile im Krankenhaus

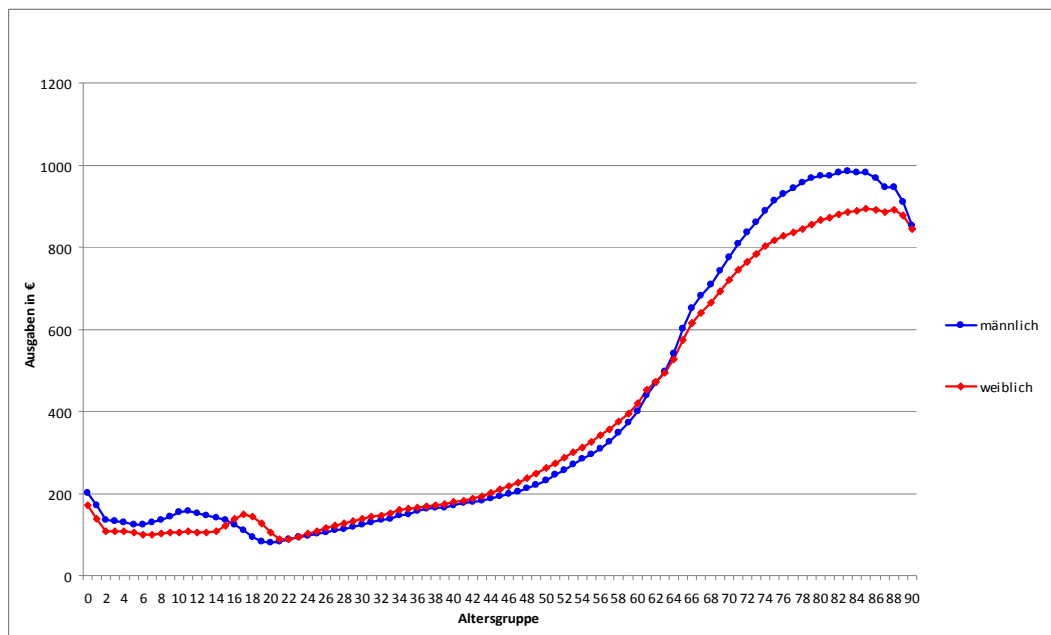
Quelle: Siehe Abbildung 21.

Abbildung 24: Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile im Rahmen der ambulanten Behandlung

Quelle: Siehe Abbildung 21.

Vom Niveau her erreichen die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile im Rahmen der ambulanten Behandlung bei Männern und Frauen in der Spitze nur ca. 12 bis 13 % der entsprechenden gesamten Ausgaben in der GKV und etwa 27 % der jeweiligen Ausgaben im Krankenhaus. Dieser geringe Anteil an den Gesamtausgaben in der GKV sowie die niedrige Relation zu den Krankenhausausgaben gehen auch auf die oben unter 3.2 dargestellte vergleichsweise moderate Entwicklung der Ausgaben für Arztpraxen bzw. ambulante Behandlung zurück. Ein Vergleich der Ausgabenprofile zwischen der Krankenhaus- und der ambulanten Behandlung verdeutlicht, insbesondere vor dem Hintergrund der absehbaren demographischen Entwicklung, die Notwendigkeit, künftig weit möglichst stationäre durch ambulante Leistungen zu substituieren.

Der Verlauf der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Arzneimitteln, den Abbildung 25 veranschaulicht, gleicht in der Tendenz jenem für Krankenhausleistungen, wobei die Arzneimittelausgaben eine noch stärkere Altersabhängigkeit aufweisen. Das Wachstum der Ausgabenprofile von Arzneimitteln schwächt sich allerdings schon ab einem Alter von 75 Jahren bei Männern sowie Frauen ab und die Trendumkehr fällt bei den Männern ab 85 Jahren noch etwas deutlicher aus. Im Unterschied zu den Ausgabenprofilen der anderen Behandlungsarten besteht im Alterszeitraum zwischen 20 und 65 Jahren zwischen den Aufwendungen für Frauen und jenen für Männer nur ein geringer Unterschied. Die durchschnittlichen Arzneimittelausgaben für Männer tangieren im Alter von 85 Jahren die 1.000,- Euro-Grenze und liegen damit um ca. 300,- Euro bzw. 43 % über den entsprechenden Aufwendungen für ambulante Behandlung. Bei einem Alter von 65 Jahren ergibt sich für Männer eine ähnliche Relation, während dieser Unterschied bei den Frauen hier mit ca. 100,- Euro bzw. 20 % deutlich niedriger ausfällt. Die signifikanten Unterschiede zwischen den alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofilen von Arzneimitteln und ambulanter Behandlung verdienen insofern ein besonderes Interesse, als es sich hier überwiegend um komplementäre Behandlungsarten handelt.

Abbildung 25: Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile von Arzneimitteln

Quelle: Siehe Abbildung 21.

5.3 Der medizinische Fortschritt als Ursache von Verlagerungen zwischen den Leistungssektoren

Das 20. Jahrhundert lässt sich als Jahrhundert der Medizin kennzeichnen. Der naturwissenschaftlich-technische Fortschritt explodierte in nahezu allen Bereichen der modernen Medizin und brachte bahnbrechende Errungenschaften mit sich. Viele Menschen profitieren von diesen Entwicklungen der modernen Medizin. Es entstehen beispielsweise immer subtilere Körperdarstellungen in der Diagnostik. Auch die Eingriffe erfolgen präziser und sanfter. Es handelt sich um die Zeitspanne, die sich mit den Worten vom Handauflegen zur Computertomographie umschreiben lässt (vgl. Montgomery 2004, S. 1). Vor etwa 25 Jahren begann zudem die Ära der In-vitro-Fertilisation. In naher Zukunft stehen die Telematik oder die Nanotechnologie bereit, um mit Hilfe modernster Computer vor Ort Gefäßstenosen zu beseitigen oder Tumorzellen zu zerstören. Transplantationsmedizin, Präimplantationsdiagnostik, Embryonenforschung, Keimbahntherapien, reproduktives und therapeutisches Klonen – sehr vieles erscheint möglich, wenn auch nicht alles unter ethischen Gesichtspunkten vertretbar erscheint.

Es fällt zwar schwer, im Einzelfall die exakte Bedeutung des medizinisch-technischen Fortschritts gegenüber den Lebensstil-, Umwelt- und Arbeitsplatzvariablen aufzuschlüsseln und abzugrenzen, gleichwohl erzeugt er ohne Zweifel positive Effekte auf die Lebenslänge und die -qualität. Die Lebenserwartung neugeborener Kinder hat sich seit Anfang des 20. Jahrhunderts um etwa 30 Jahre erhöht. In Deutschland weisen Frauen inzwischen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 82 Jahren, Männer von 76 Jahren auf; um 1900 lagen die entsprechenden Zahlen noch bei 50 bzw. 40 Jahren. Auch für die älteren Menschen hat sich die zu erwartende fernere Lebenserwartung erhöht. Heute kann ein 60-jähriger Mann im Durchschnitt damit rechnen, noch etwa 21 Jahre zu leben. Eine Frau, die heute 60 Jahre alt ist, kann 25 weitere Lebensjahre erwarten. Mit Blick auf die bisherige Entwicklung in Deutschland und in den anderen entwickelten Staaten der Welt dürfte es auch künftig zu einem Anstieg der Lebenserwartung kommen. Die möglichen Ausprägungen des medizinisch-technischen Fortschritts zeigt Tabelle 20. Lediglich Neuerungen des Typs A, B und D lassen sich uneingeschränkt positiv bewerten. Typ E vermehrt dagegen nur die Zahl der Möglichkeiten, ohne dabei Einfluss auf Nutzen und Kosten zu nehmen, was sicherlich einen Grenzfall darstellt. Typ C und F erfordern eine differenzierte Analyse, da Veränderungen des Mitteleinsatzes und des Ergebnisses gegeneinander abgewogen werden müssen. Im Unterschied zu anderen Sektoren der Volkswirtschaft fiel der technische Fortschritt im Gesundheitswesen bisher vornehmlich in Kategorie C, d. h. er bewirkte zwar eine Ergebnisverbesserung, ging aber auch mit einem höheren Mitteleinsatz einher.

Tabelle 20: Ausprägungen des medizinisch-technischen Fortschritts

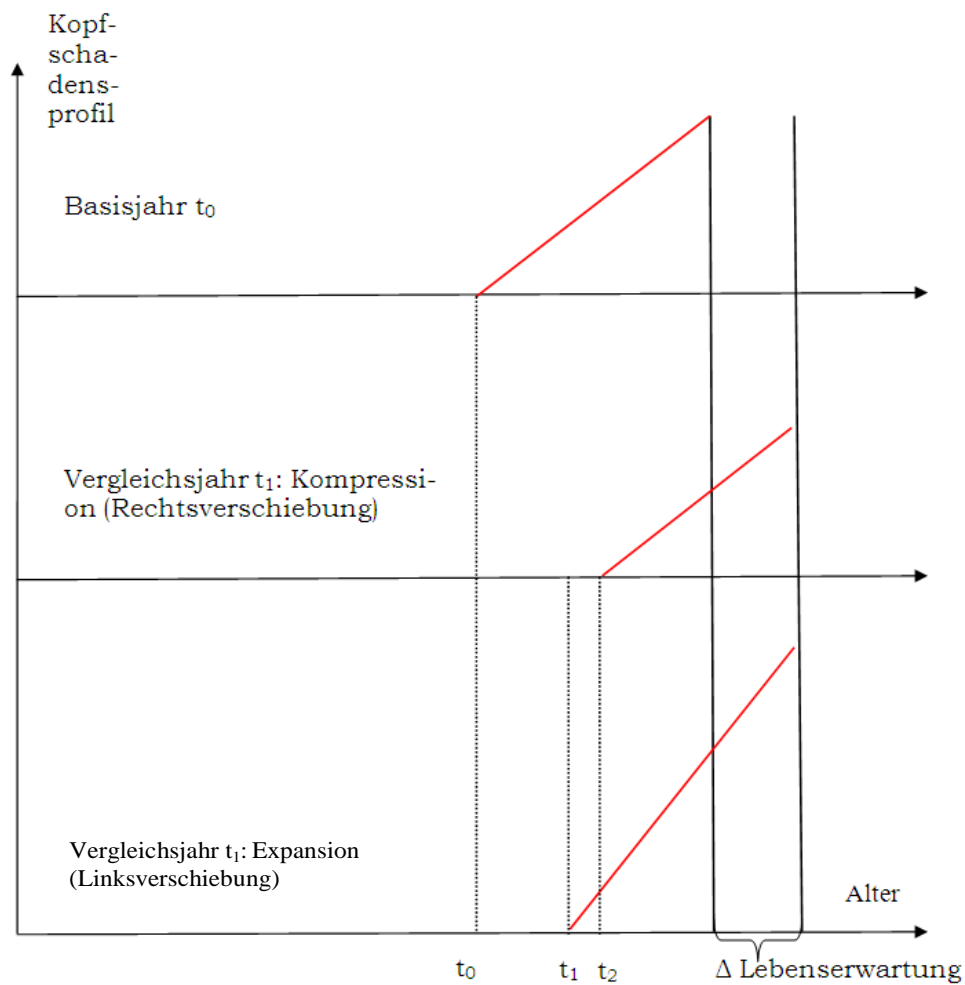
Mitteleinsatz \ Ergebnis	verkleinert	unverändert	vergrößert
verbessert	A	B	C
unverändert	D	E	-
verschlechtert	F	-	-

Quelle: Zusammengestellt aus Gäfgen 1984, S.155.

Zu den Wechselwirkungen zwischen Alterung und medizinisch-technischem Fortschritt gibt es hinsichtlich der Ausgabenentwicklung gegenläufige Tendenzaussagen (vgl. Breyer und Felder 2006, S. 178f, Ulrich und Schneider 2007, S.784.). Hierzu konkurrieren zwei Hypothesen, die Morbiditätsexpansions- und die Morbiditätskompressionsthese. Die Menschen erhoffen sich von der Medizin, zukünftig die meisten Leiden beseitigen, zumindest aber abmildern zu können. Es scheint jedoch ein Paradoxon der modernen Medizin zu sein, dass die Hochleistungsmedizin den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtert, da sie die Überlebensschwelle absenkt und damit auch ein Überleben derjenigen ermöglicht, die zu den so genannten „schlechten Risiken“ gehören und die ohne die Hochleistungsmedizin sterben würden (vgl. Krämer 1997, S. 7 f.). Unter diesem Aspekt unterstellt die Morbiditätsexpansions- bzw. die so genannte Medikalisationsthese, dass die Gesamtmorbidität und die altersspezifische Morbidität im demographischen Wandel weiter ansteigen und langfristig einen überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben hervorrufen. Vertreter dieser These erwarten, dass die durch höhere Lebenserwartung gewonnenen Jahre in immer größerem Maße in Krankheit oder Behinderung verbracht werden (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, S. 100 f.; Buchner/Wasem 2006, S. 581 f.; Buchner 2002, S. 165 f.). Steigende Lebenserwartung verursacht damit höhere Gesundheitsausgaben. Im Extremfall kann sich der Krankheitsbeginn sogar auf frühere Lebensjahre verschieben, wenn neue medizinische Erkenntnisse (Frühdiagnostik, frühe Therapie) bewirken, dass Menschen durch rechtzeitige Interventionen, eventuell mit der Folge lebenslanger Behandlungsbedürftigkeit, vor dem vorzeitigen Tod bewahrt werden. Die längere Lebenserwartung, auch als Folge medizinischen Fortschritts, führt dann zu einer größeren Krankheitslast, zu mehr medizinischen Interventionen und insgesamt zu steigenden Gesundheitsausgaben in allen Altersklassen.

Der Morbiditätsexpansionsthese steht die so genannte Morbiditätskompressionsthese gegenüber. Nach der Kompressionsthese nimmt die Morbidität im Alter dank einer immer leistungsfähigeren Medizin nur geringfügig zu (vgl. Fries 1980 und 2000). Protagonisten dieser These gehen davon, dass Menschen mit steigender Lebenserwartung bis ins hohe Alter weitgehend gesund bleiben und es zu schweren Krankheiten mit hohen Kosten erst kurz vor dem Tode kommt (vgl. Zweifel et al. 2004, S. 652). Bessere medizinische Diagnostik und Be-

handlung sollen dazu führen, dass durch höhere Lebenserwartung gewonnene Lebensjahre überwiegend in guter Gesundheit verbracht werden. Prävention, Krankheitsfrüherkennung, Vorsorge und gesundheitsbewusstes Verhalten können ebenfalls dazu beitragen, Krankheiten zu vermeiden oder den Eintritt von Krankheiten auf das Ende des Lebens hin können zu komprimieren. Damit geht die Erwartung einher, dass im Idealfall – selbst bei steigender Lebenserwartung – die Ausgaben für medizinische Behandlungen sinken. Ein Anstieg der Lebenserwartung um vier Jahre impliziert, dass der dann 84jährige die gleichen Ausgaben verursacht wie ein heute 80jähriger. Die gleichen oder sogar sinkende Ausgaben finden später im Lebenszyklus statt (vgl. Kruse 2003, S. 83; Knappe 2003, S. 10; Henke und Reimers 2006, S. 9). Abbildung 26 stellt diese Zusammenhänge grafisch dar. Bei Gültigkeit der Kompressionsthese fallen die gleichen Pro-Kopf-Ausgaben erst später im Lebenszyklus an. Bei Gültigkeit der Expansionsthese liegt die Kurve des Kopfschadenprofils im Berichtsjahr oberhalb der Kurve des Kopfschadenprofils des Basisjahrs.

Abbildung 26: Morbiditäts- versus Kompressionsthese

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Fries 1980 und 2000.

Bisher steht einer empirischen Überprüfung der beiden Thesen vor allem der Mangel an geeigneten kohortenspezifischen Längsschnittdaten entgegen. Empirische Evidenz gibt es für beide Hypothesen. Die Morbiditätsexpansionsthese findet sich insbesondere in empirischen Untersuchungen über einzelne Sektoren des Gesundheitswesens (insbesondere für stationäre Leistungen und für Arzneimittel; vgl. Hof 2001; Niehaus 2007). Das Ausmaß der Expansion dürfte in der GKV zudem eher unter- als überschätzt werden. Die gesetzlich fixierten sektoralen Budgets bremsen die Ausgabenentwicklung auf eine eher künstliche Art und Weise. Eine Abschwächung der Expansionseffekte könnte eintreten, wenn medizinisch-technische Innovationen arbeitssparende Effekte erzeugen. Neue preiswertere Leistungen

müssten dann ältere teurere bei gleichem medizinischen Outcome ersetzen oder es müsste gelingen, mit Prozessinnovationen Einsparungen zu erzielen.

Erst wenn der medizinisch-technische Fortschritt stärker als bisher mit der Diskussion um prioritäre Versorgungsprobleme verbunden werden kann, dürfte deutlich werden, dass medizinische Versorgung wohl kaum eine Sättigungsgrenze aufweist. Die Debatte um den optimalen Ressourceneinsatz sollte aber gerade deshalb besonnen bzw. ausgewogen geführt werden. Eine grundlegende Auseinandersetzung um die Verteilung der knappen Güter im Gesundheitswesen fand in Deutschland bisher noch nicht statt. Das Ziel einer solchen Debatte sollte darin bestehen, den medizinischen Fortschritt in einer alternden Bevölkerung in eine ausgewogene Balance mit den psychosozialen Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Altern zu bringen (vgl. Schmacke 2007, S. 7).

Die Reformen im gegenwärtigen GKV-System zielen demgegenüber vor allem darauf ab, kurzfristig Kosten zu sparen, längerfristig werden damit aber zwei Chancen vergeben: Einmal die Erhöhung von Lebenserwartung und die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und zum anderen die Realisierung von Einsparungen im Vergleich zu älteren Therapieverfahren. Längerfristige Kostenwirkungen von Folgeerkrankungen bleiben in vielen Fällen bisher außer Betracht. Für die meisten neuen Verfahren gilt, dass sie einen zusätzlichen Nutzen für die betroffenen Patienten im Vergleich zu Vorgänger-Methoden stiften, dennoch verursachen sie zu Beginn der Behandlung höhere Kosten als die konventionelle Therapie. In der Folgezeit kann es gleichwohl zu beachtlichen Einsparungen kommen. Der Zeithorizont der Akteure im Gesundheitswesen greift dabei regelmäßig zu kurz; im Extremfall beträgt er im ambulanten Bereich ein Quartal, etwa für den Vertragsarzt und sein auf das Quartal bezogene Honorar oder die quartalsbezogene Malus-Regelung für bestimmte Arzneimittelverordnungen. Ein weiteres Problem stellt die Finanzierung der meisten Leistungen innerhalb sektoraler Budgets dar. Innovationen werden im stationären Bereich bislang dual finanziert bzw. gegenwärtig eher zögerlich in Fallpauschalen abgebildet. Im ambulanten Bereich hingegen sehen sich die Praxen mit der Aufgabe konfrontiert, die Investitionskosten zu amortisieren.

Die hohen Kosten von Innovationen begünstigen zudem die Entstehung von Clustern für neue Untersuchungsmethoden. Reichte früher beispielsweise eine einfache Magen-Darm-Kontrastmittel-Passage, um eine Stenose im Dünndarm zu sichern, wird heute die Sellinck-Technik im Doppelkontrast angewendet mit einem deutlich höheren Aufwand und mit einer erhöhten Strahlenexposition. Bestimmte Techniken können aber nur bei entsprechender Auslastung betriebswirtschaftlich rentabel eingesetzt werden mit der Tendenz zur Clusterbildung. Der technische Fortschritt dürfte daher zu weiteren Strukturverlagerungen in der Versorgungslandschaft beitragen, da immer mehr Leistungen, auch dank leistungsfähiger, moderner Geräte ambulant durchgeführt werden können und dadurch insbesondere die strukturiert arbeitenden ambulanten Ärzte an Bedeutung gewinnen.

Häufig bestimmt nicht mehr das einzelne Krankheitsbild die Prognose oder die Therapie, sondern die Summe der Erkrankungen. Patienten mit chronischer Herzschwäche besitzen beispielsweise nach einem Jahr eine Überlebenswahrscheinlichkeit von 80 Prozent, wenn keine zusätzlichen Erkrankungen vorliegen. Mit jeder weiteren Erkrankung sinkt die Überlebenswahrscheinlichkeit sukzessive auf 20 Prozent bei drei Begleiterkrankungen ab. Dieser Sachverhalt betont die ärztliche Aufgabe, schnell und zuverlässig mit Hilfe moderner Technik eine Einschätzung der Gesamtsituation des Patienten vorzunehmen zu können. Die zunehmende Technisierung der niedergelassenen Praxen steht auch nicht in einem grundsätzlichen Konflikt mit dem gesellschaftlichen Interesse an einer frühzeitigen Verhaltensprävention. In einer alternden Gesellschaft dürften weiterhin Entwicklungspotenziale für die Medizintechnik auch bei einer stärkeren präventiven Ausrichtung bestehen.

Die Bedeutung der inneren Medizin bei dieser Entwicklung wird bereits bei einem Blick auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) deutlich. Von den über 80 Erkrankungen sind 50 internistische Erkrankungen, für die entsprechende Zuschläge gezahlt werden (vgl. van den Bergh 2009). Eine Tendenz dürfte daher insbesondere in der Verlagerung ausgewählter RSA-Krankheiten in den ambulanten Bereich bestehen (z.B. Dialyseeinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren und für minimal invasive Verfahren). In den Arztpraxen kommen zudem auch immer mehr Großgeräte zum Einsatz, deren Zahl schneller ansteigt als in den Krankenhäusern (vgl. Statistische Bundesamt 1998 und Bruckenberg 1995.)

Die in Tabelle 21 anhand der Indizes (Wert für 1995=100) ersichtlichen Schwankungen der Nachfrage nach Produkten der Medizintechnik sind besonders ausgeprägt bei langlebigen Investitionsgütern (Elektrodiagnosegeräte, Therapiesysteme), die längere Austauschzyklen aufweisen. Bei anderen Produkten (Zahnprothetik, Sehhilfen) dominieren Gesetzesänderungen die Nachfrageschwankungen. Zum anderen scheinen sich demographische Veränderungen auf einigen Produktmärkten niederzuschlagen, etwa bei orthopädischen Geräten. Die zunehmende Anwendung verbesserter Behandlungsmethoden durch den Einsatz neuer Produkte im Inland besitzt auch Bedeutung für die internationale Wettbewerbsfähigkeit der jeweiligen Hersteller auf den internationalen Märkten.

Tabelle 21: Entwicklung der Nachfrage in den Produktgruppen der Medizintechnik von 1995 bis 2002 (Nachfrageindex 1995 = 100)

Produktgruppen	1995	1997	1999	2001	2002
Röntgen- und Strahlentherapiegeräte	100	99	140	180	227
Audiologische Geräte und Systeme	100	158	190	197	224
Implantate und Prothesen	100	136	146	196	217
Orthopädische Hilfen, Geräte, Vorrichtungen und Fahrzeuge für Gehbehinderte	100	120	126	154	175
Therapiesysteme	100	94	122	182	161
Sonstige medizintechnische Geräte und Vorrichtungen	100	124	136	145	140
Chirurgische Geräte und Systeme	100	98	103	111	132
Diagnostika und Reagenzien	100	86	120	109	112
Andere Elektrodiagnosesysteme	100	99	203	79	112
Verbandmaterialien	100	107	107	105	111
Zahnärztliche Materialien, Geräte und Systeme	100	132	103	105	111
Textilien und Produkte aus Kautschuk für den med. Bedarf	100	102	89	99	101
Ophthalmologische Geräte und Systeme	100	98	114	132	91
Medizintechnische Güter	100	110	124	130	136

Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung 2005, S.32.

Bis Juli 1997 mussten medizinische Großgeräte in der stationären und ambulanten Versorgung durch die Großgeräte-Ausschüsse der Länder zugelassen werden. Danach wurden das

Zulassungsverfahren und damit auch die Großgeräteplanung jedoch aufgehoben. Orientierungswerte für den Gerätebedarf ergeben sich u.a. aus einer sinnvollen Anwendungsbreite, der Morbidität der Bevölkerung und der Kapazität des einzelnen Gerätes. Die Großgeräte-Richtlinien verpflichten den Vertragsarzt beispielsweise dazu, die beabsichtigte Anschaffung oder Nutzung eines technischen Großgeräts wie eines Computer-Tomographen seiner KV anzuzeigen. Gleichzeitig besteht die Verpflichtung, an einer Beratung über den wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Einsatz des Geräts teilzunehmen. Erkennt die KV das Gerät nicht als bedarfsgerecht an, schließt dies die vertragsärztliche Vergütung der mit diesem Gerät erbrachten Leistungen aus. Insgesamt dürfte der Zuwachs an Großgeräten im ambulanten Bereich somit davon abhängen, wie groß die Verlagerungen bzw. Kooperationen bei fachärztlichen Leistungen zwischen den einzelnen Praxen, den neuen Versorgungsstrukturen und dem stationären Bereich ausfallen.

6. Handlungsoptionen an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor

6.1 Die besonderen Versorgungsformen im Überblick

Die besonderen Versorgungsformen, über die Tabelle 22 einen synoptischen Überblick gibt, zielen nach den Intensionen des Gesetzgebers darauf ab, die Grenzen zwischen den Leistungssektoren zu überwinden und über die Möglichkeit, selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu schließen, den Wettbewerb zu stimulieren. Die besonderen Versorgungsformen unterscheiden sich jeweils durch ein oder mehrere Element(e) von der kollektivvertraglich organisierten „herkömmlichen Versorgung“.

Erste Ansätze zur Überwindung der Grenzen zwischen den medizinischen und ökonomisch zuvor abgeschotteten Leistungsbereichen und damit auch zur Implementierung von wettbewerblichen Elementen boten die durch das 2. GKV- Neuordnungsgesetz vom 23.06.1997 eingeführten Strukturverträge und Modellvorhaben. Strukturverträge können aber nach § 73a SGB V nur die KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen vereinbaren (siehe ausführlich Wille, E. 1999, S. 138ff.) Dies schließt sowohl selektives Kontrahieren zwischen einzelnen Krankenkassen und Gruppen ausgewählter Leistungserbringer auf Mikroebene als auch die Mitwirkung der Krankenhäuser aus. Im Unterschied dazu können bei den Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V die Krankenkassen und ihre Verbände mit den in der GKV zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von ihnen Vereinbarungen schließen. Die Modellvorhaben erlauben somit dezentrale Vertragsverhandlungen und auch dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen sowie einzelnen Vertragsärzten und Krankenhäusern. Sie bilden allerdings keinen Bestandteil der Regelversorgung, sondern unterliegen prinzipiell einer Befreiung auf maximal 8 Jahre.

Die besonderen Versorgungsformen umfassen nach § 53 Abs. 3 SGB V auch die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b, obgleich diese wegen fehlender fach- und sektorenübergreifender Orientierung als solche in keinem Fall zur integrierten Versorgung gehört (siehe auch unten unter 7.1). Die hausarztzentrierte Versorgung kann aber im Rahmen einiger spezieller Organisationsformen integrierter Versorgung, z. B. bei den integrierten

Tabelle 22: Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen Elemente	herkömmliche Versorgung	Strukturverträge	Modellvorhaben	hausarztzentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungsformen	strukturierte Behandlungsprogramme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63 - 65	§ 73b	§ 73c	§ 140a - d	§ 137f - g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	X ³⁾
Kollektivverträge möglich	X	X	X	(X) ¹⁾	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation		X	X	(X) ²⁾	(X) ²⁾	X	

¹⁾ Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

²⁾ Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.

³⁾ Im Prinzip möglich, aber kaum relevant.

Quelle: Siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, Ziffer 380.

Versorgungsformen nach § 140 a-d, einen integralen und zentralen Bestandteil bilden. Mit Ausnahme der hausarztzentrierten Versorgung ermöglichen alle besonderen Versorgungsformen eine interdisziplinär fachübergreifende Ausrichtung, aber nur die Modellvorhaben, integrierten Versorgungsformen und strukturierten Behandlungsprogramme besitzen jeweils eine sektorübergreifende Orientierung. Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen und den integrierten Versorgungsformen setzte der Gesetzgeber spezielle finanzielle Anreize, die diesen beiden Varianten in den letzten Jahren bei Krankenkassen und Leistungserbringern eine besondere Attraktivität verliehen. Diese Anreize liefen allerdings Ende 2008 aus.

Die besonderen Versorgungsformen eröffnen den Vertragspartnern, d. h. Krankenkassen und Leistungserbringern, die Option, abweichend von der herkömmlichen kollektivvertraglichen eine spezifische Versorgung anzubieten. Mit Ausnahme der Strukturverträge erlauben alle besonderen Versorgungsformen ein selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, auch wenn dies bei den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f-g SGB V vom Anreizsystem her bisher kaum eine Relevanz besaß. Die Gesetzeslage ermöglicht somit bei vier Versorgungsformen selektives Kontrahieren ohne Einbezug der KVen, schließt deren Beteiligung als Vertragspartner aber nur im Falle der integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d SGB V grundsätzlich aus. Die KVen können auch im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung als Vertragspartner fungieren, sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer sie hierzu ermächtigen. Insoweit die KVen als Vertragspartner der Krankenkassen an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, geschieht dies allerdings nicht im Rahmen von Kollektivverträgen. Die KVen agieren dann unter den gleichen Bedingungen wie z. B. Gruppen von Leistungserbringern.

Die hausarztzentrierte Versorgung stellt die einzige besondere Versorgungsform dar, bei der für die Krankenkassen eine Verpflichtung zum Angebot besteht. Besondere Beachtung im Rahmen der integrierten Versorgung verdient die durch das GKV-WSG in § 77c SGB V neu gefasste besondere ambulante ärztliche Versorgung. Danach können die Krankenkassen alleine oder in Kooperation mit anderen Kassen Verträge u.a. mit Vertragsärzten, Gemeinschaften von ihnen oder KVen schließen, die sowohl populationsbezogen die gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch indikationsbezogen einzelne Bereiche derselben

umfassen. Der Sicherstellungsauftrag kann bei drei Versorgungsformen eine Einschränkung erfahren, was aber wohl erst bei einem signifikanten Anteil an Versicherten und Patienten, die solche Versorgungsformen wählen, Relevanz erlangen dürfte. Die Frage, wann der Sicherstellungsauftrag von den KVen auf die Krankenkassen übergehen soll, hängt somit vom Anteil der Versicherten ab, die sich in die selektionsvertraglich organisierten Versorgungsmodelle einschreiben (vgl. Cassel, D. et al. 2006, S. 83 und 92).¹⁷ Zur Regelversorgung gehören alle Versorgungsformen mit Ausnahme der zeitlich befristeten Modellvorhaben. Diese und die strukturierten Behandlungsprogramme schreiben als einzige Versorgungsformen eine obligatorische Evaluation der Projekte durch unabhängige Sachverständige vor.

Ferner können die KVen nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen. Diese legen dann für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale fest, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. Die Finanzierung dieser Mehrleistungen erfolgt durch einen entsprechenden Abschlag von den vereinbarten Punktwerten, der bei den nicht an dem Vertrag teilnehmenden Ärzten anfällt. Diese Regelung gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, im Bereich der ambulanten Behandlung einen Qualitätswettbewerb zu implementieren.

6.2 Möglichkeiten ambulanter Versorgung durch Krankenhäuser

Neben den besonderen Versorgungsformen besitzen die Krankenhäuser inzwischen vielfältige Möglichkeiten, um an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, so z. B. im Rahmen

- der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115a),
- von ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen (§ 115b),

¹⁷ Allerdings dürften die Krankenkassen noch erheblich Zeit benötigen, valide Prüfunterlagen bei den bisherigen Richtgrößenprüfungen vorzulegen. Durch die selektiven Verträge fehlt beispielsweise auch noch ein Überblick über die ärztliche Verordnungsweise. Die früheren Vorinformationen entfallen damit weitgehend.

- der ambulanten Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a),
- von Verträgen über ambulante ärztliche Behandlung bei Teilnahme des Krankenhauses an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 (§ 116b, Abs. 1),
- der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen (§ 116b, Abs. 2),
- von Hochschul- und Institutsambulanzen (§§ 117ff.) sowie
- von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Krankenhäusern (siehe hierzu ausführlicher unter 6.3).

Besondere Bedeutung kommt hier der Neufassung des § 116b SGB V zu, der ambulante Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser für hoch spezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und solche mit besonderem Krankheitsverlauf beinhaltet. Um diese Leistungen zu erbringen, bedurfte es zuvor eines Vertrages zwischen dem Krankenhaus und einer oder mehreren Krankenkassen bzw. ihren Landesverbänden. Der neue § 116b SGB V enthält eine Verlagerung der Entscheidung für die Öffnung der Krankenhäuser von den Krankenkassen auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Länder. Dabei kam es nur zu wenigen Vertragsabschlüssen.

Der Gesetzgeber hat nunmehr § 116 b SGB V deutlich zugunsten der Krankenseite geändert. Die bisherige Vertragskompetenz der Krankenkassen entfällt und wird durch das Antragsrecht des Krankenhausträgers ersetzt. Den Krankenhäusern, die einen Antrag zur Erbringung entsprechender Leistungen stellen können, bietet sich hiermit die Möglichkeit, außerhalb des Krankenhausbudgets zu Lasten der GKV weitere Einnahmen zu generieren. Die Leistungen werden auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nach Maßgabe des durchschnittlichen Punktwertes abgerechnet, der sich aus den letzten vorliegenden Quartalsabrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung bezogen auf den Bezirk einer KV ergibt. Ab Beginn des Jahres 2009 werden die ambulanten Leistungen des Krankenhauses mit dem Preis der in seiner Region geltenden Euro-Gebührenordnung vergütet (vgl. Wallhäuser und Robbers 2007, S. 4).

Nach der Gesetzgebung kommt es für die Frage der Bestimmung eines Krankenhauses durch die Planungsbehörde nicht auf den vertragsärztlichen Versorgungsbedarf an. Auch in für weitere onkologische Leistungen durch Vertragsärzte gesperrten Regionen kann das Krankenhaus solche ambulanten Leistungen beantragen. Gerade vor dem Hintergrund des weitreichenden Leistungsspektrums bei onkologischen Erkrankungen steht zu erwarten, dass diese Neufassung den Krankenhäusern die Chance eröffnet, in dem vorgesehenen gesetzlichen Rahmen entweder unmittelbar ambulante Behandlungen anzubieten bzw. mit niedergelassenen Ärzten in diesem Leistungsspektrum zu kooperieren.

Verglichen mit diesen Optionen der Krankenhäuser, ambulante Leistungen zu erbringen, verfügen die niedergelassenen Ärzte und ihre Verbände über geringere Möglichkeiten, sich an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aussichtsreich zu positionieren (vgl. Wille 2009, S. 99). Die dreiseitigen Verträge nach § 115, Abs. 1, die „eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten gewährleisten“ sollen, schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die KVen mit der Landeskrankenhausesgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Lande. Abgesehen von den speziellen Organisationsformen integrierter Versorgung, die aber mit Ausnahme der Strukturverträge auch den Krankenhäusern offen stehen, beschränken sich die Möglichkeiten der Vertragsärzte und KVen auf:

- die Gründung von Dienstleistungsgesellschaften durch KVen (§ 77a) und
- die Flexibilisierung der Zulassungsordnung für Vertragsärzte (§ 95, Abs. 3 und 9).

Die Gründung von Dienstleistungsgesellschaften ermöglicht es den KVen, die Vertragsärzte beim Abschluss von selektiven Verträgen mit den Krankenkassen gegen Kostenersatz zu beraten und bei der Vertragsabwicklung zu unterstützen. Die Dienstleistungsgesellschaften dürfen solche Aufgaben allerdings nur gegen Kostenersatz übernehmen, d.h. nicht aus Mitteln der KVen finanzieren. Die Flexibilisierung der Zulassungsordnung für die Vertragsärzte durch das VÄndG sieht u. a. folgende Neuerungen vor:

- Anstellung von Ärzten ohne zahlenmäßige Begrenzung, auch fachgebietsübergreifend¹⁸ und in Teilzeit, im Rahmen der Bedarfsplanung,
- Tätigkeit in Zweigpraxen, auch im Bezirk anderer KVen,
- Tätigkeiten in oder Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sowie
- Gründung von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, auch über die Grenzen von KVen hinweg, zur Erbringung aller oder einzelner Leistungen.

Diese Flexibilisierungen bieten den niedergelassenen Ärzten die Chance, in Eigenregie leistungsfähige Behandlungsnetze zu bilden, ohne auf MVZ zurückzugreifen. Insbesondere Fach- bzw. Gebietsärzte erhalten damit die Möglichkeit, durch Bildung größerer Einheiten langfristig im Wettbewerb mit den Krankenhäusern bestehen zu können (vgl. Dierks, C. und Hildebrandt, R. 2007, S. 11). Diese ambulanten Versorgungseinheiten bieten ähnlich wie MVZ auch Vorzüge für Berufsanfänger, die den Investitionsaufwand bei Übernahme einer ärztlichen Praxis scheuen, und für junge Familien, die flexible Arbeitszeitmodelle bevorzugen. Schließlich schlagen diese Regelungen auch eine Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. So können Vertragsärzte sowohl in MVZ als auch im Krankenhaus arbeiten.¹⁹

6.3 Medizinische Versorgungszentren

Seit dem 1. Januar 2004, dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, können so genannte Medizinischen Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, um den Patienten eine Versorgung „aus einer Hand“ zu ermöglichen (vgl. BT-Drucks. 15/1170, S. 82). Bei ihnen handelt es sich um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen im Arztregister eingetragene Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Als fachübergreifend gelten dabei Einrichtungen mit mindestens zwei Ärzten

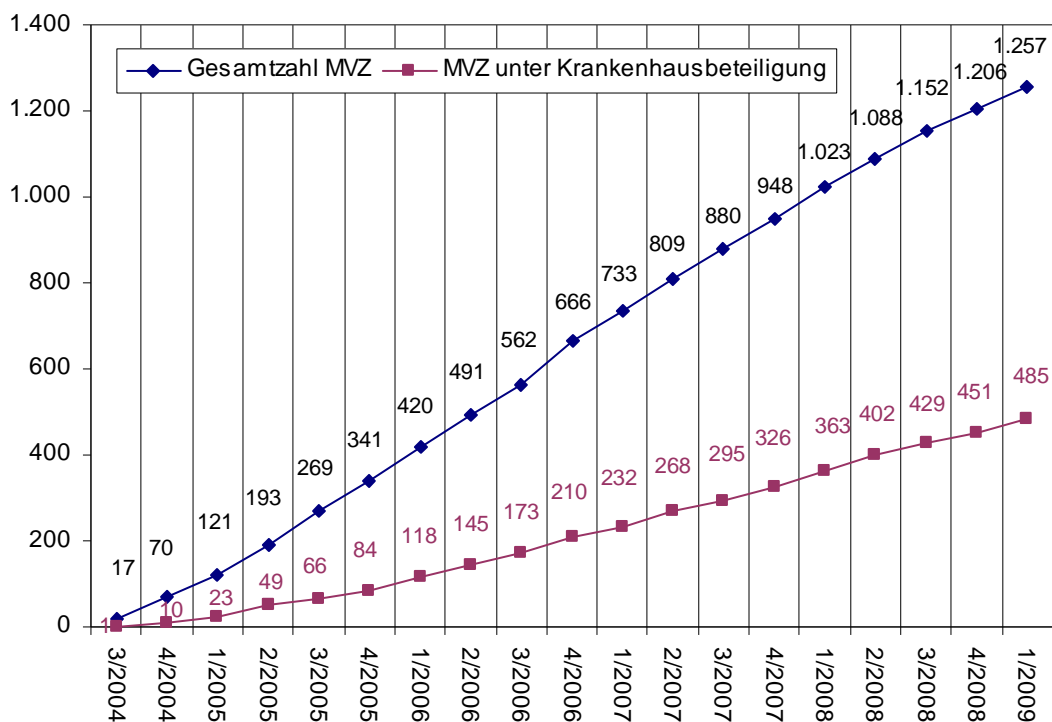
¹⁸ Die Möglichkeit einer fachgebietsübergreifenden Anstellung besteht allerdings nicht bei Ärzten, die Patienten nur auf Überweisung in Anspruch nehmen können, wie z. B. Pathologen, Laborärzte, Radiologen und Mikrobiologen.

¹⁹ Offen bleibt, ob sich ambulante Versorgungseinheiten auch dort durchsetzen können, wo bereits Versorgungsdefizite bestehen oder zu erwarten sind.

unterschiedlicher Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen – wobei diesbezüglich die Unterscheidung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung gemäß § 73 SGB V unter Berücksichtigung des § 101 Abs. 4f. zu beachten ist (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 2 f. SGB V).

Die Gesamtzahl der MVZ steigt stetig. Mit 325 Neugründungen war 2006 das Jahr mit dem höchsten absoluten Zuwachs (2005: 271 Neugründungen, 2007: 282 Neugründungen, 2008: 258 Neugründungen) (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27: Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008a, S. 3; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009a, S.3.

Als Gründer eines MVZ – das sich jeder zulässigen Organisationsform bedienen kann – kommen all jene Leistungserbringer in Frage, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 6). Der Kreis der Gründungsberechtigten ist dementsprechend groß und besteht sowohl aus ärztlichen als auch aus nichtärztlichen Leistungserbringern. Neben Vertragsärzten,

ermächtigten Krankenhausärzten und zugelassenen Krankenhäusern sind z. B. auch Vertragszahnärzte, Vorsorge- und Rehabilitationsreinrichtungen, Apotheken sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer zur Gründung eines MVZ berechtigt (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006a, S. 5). Seit ihrer Einführung befindet sich die Mehrheit der MVZ in der Trägerschaft von Vertragsärzten. Allerdings ist Abbildung 27 zu entnehmen, dass der Anteil der MVZ, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, stetig steigt. Im 1. Quartal 2009 befanden sich 52,3 % der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten, 38,6 % in Krankenhausträgerschaft und lediglich 9,1 % in sonstiger Trägerschaft (vgl. KBV 2009b, S. 3). Der Anteil der MVZ in Krankenhausträgerschaft nahm damit zwischen dem 1. Quartal 2005 und dem ersten Quartal 2009 von 19,0 % auf 38,6 % zu.

Die Motivation zur Gründung eines MVZ ist abhängig von persönlichen Präferenzen und der Ausgangssituation des jeweiligen Leistungserbringers. Aus vertragsärztlicher Sicht gibt es z.B. folgende Beweggründe (vgl. KBV 2006a, S. 5; KBV 2006b, S. 16; Häussler, B. und Klein, S. 2009, S. 4f.):

- Steigerung der Effizienz durch Realisierung von Kostendegressionspotenzialen und Synergieeffekten,
- Stärkung bzw. Erweiterung der eigenen Position am Markt und dadurch verbesserte Marketingmöglichkeiten sowie verbesserte Startposition für Selektivverträge, insbesondere für Verträge zur integrierten Versorgung (vgl. auch Armbruster, S. et al. 2006, S. 495),
- verringertes Investitionsrisiko bei gleichzeitiger Wertsteigerung der Praxis,
- Entlastung von Verwaltungsaufgaben,
- flexiblere Arbeitszeiten.

Krankenhäuser sehen in der mit einem MVZ einhergehenden verstärkten Kooperation mit dem ambulanten Sektor eine Möglichkeit zur Verbesserung der eigenen Wettbewerbssituation im stationären Bereich. Die Beteiligung an einem MVZ ermöglicht die (vgl. KBV 2006a, S. 5; Flintrop 2006, S. A12):

- Verlagerung vor- und nachstationäre Leistungen ans MVZ. Dies senkt die Kosten im Krankenhaus und erhöht somit die mit der jeweiligen DRG erzielten Deckungsbeiträge,
- Erzielung zusätzlicher Einnahmen außerhalb des Krankenhausbudgets sowie

- Generierung von Patientenströmen, wenn das MVZ bei entsprechendem stationären Behandlungsbedarf als Einweiser fungiert.

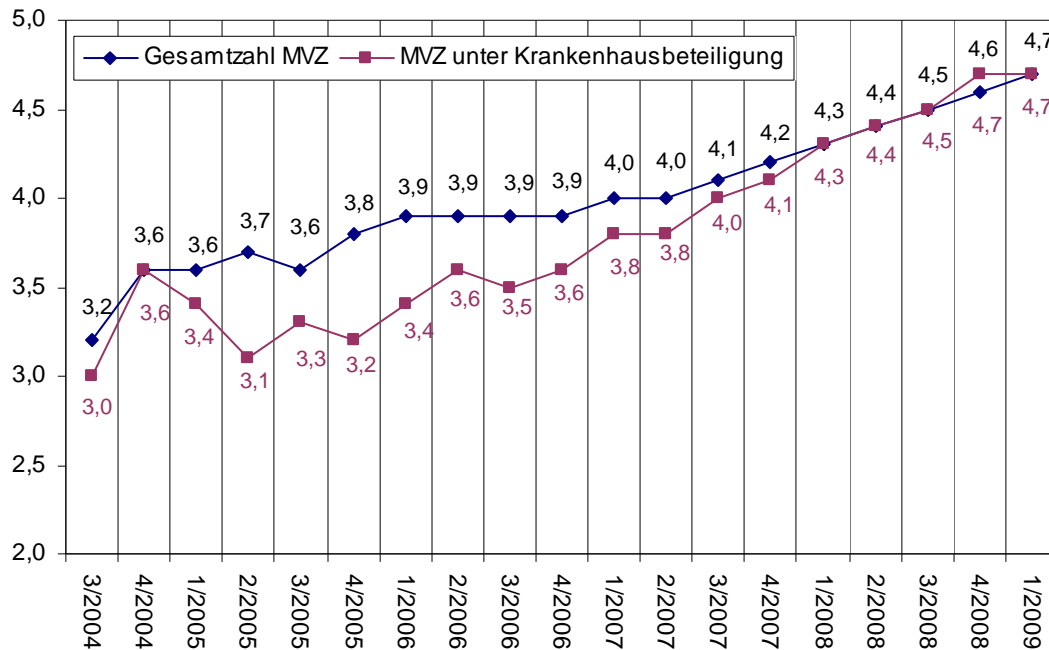
Dass Klinikbetreiber MVZ große Bedeutung im Konkurrenzkampf der Krankenhäuser beimessen, zeigt sich zum einen am stetigen Anstieg der Krankenhausbeteiligungen an MVZ und zum anderen an den geäußerten strategischen Zielen bzw. getätigten Investitionen. In einem in 2006 geführten Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt äußerte Wolfgang Köhler, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, die Klinikette plane, an jedem Klinikstandort ein MVZ einzurichten (vgl. Flintrop 2006, S. A12). Auf der Internetseite des Konzerns ist von einem neuen Versorgungsmodell die Rede, bei dem einfache Krankheitsfälle einer ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung zugeordnet würden. Bei dieser handle es sich um eine Verbundversorgung aus so genannten Portalkliniken und MVZ, bei der MVZ-Ärzte die komplette ärztliche Versorgung übernehmen. Dadurch würden „die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor faktisch aufgehoben“ (Rhön-Klinikum AG 2008).

Während sich die Gründung von MVZ für Krankenhäuser betriebswirtschaftlich zu lohnen scheint, reduzierten sich aus vertragsärztlicher Sicht die Vorteile eines MVZ gegenüber klassischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VändG) im Januar 2007. Seither dürfen auch Vertragsärzte in Einzel- und Gemeinschaftspraxen Ärzte anstellen, sofern für die entsprechende Arztgruppe keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Zudem gilt das Niederlassungsprivileg nach fünfjähriger Tätigkeit im MVZ nur noch für Ärzte, die ihre Tätigkeit vor dem 1. Januar 2007 aufnahmen. Ärzte, die erst seit dem 1. Januar 2007 in einem MVZ tätig sind, bleibt eine spätere Niederlassung im Planungsbereich des MVZ verwehrt, wenn für diesen zum entsprechenden Zeitpunkt Zulassungsbeschränkungen gelten (vgl. Bausch 2007, S. A621; §103 Abs. 4a Satz 4).

Im 1. Quartal 2009 waren insgesamt 5.852 Ärzte in MVZ tätig, was bei einer Gesamtzahl von 1.257 MVZ eine durchschnittliche Arbeitsgröße von 4,7 Ärzten je MVZ impliziert. Im 3. Quartal 2004 arbeiteten in einem MVZ durchschnittlich 3,2 Ärzte (vgl. Abbildung 28). Vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber intendierten Versorgung „aus einer Hand“ ist die durchschnittliche Arbeitsgröße durchaus kritisch zu sehen, dürfte das Spektrum ärztlicher

Leistungen bei der Mehrheit der MVZ kaum breiter gefächert sein als das Angebot fachübergreifender Gemeinschaftspraxen (vgl. Spieth 2007, S.24).

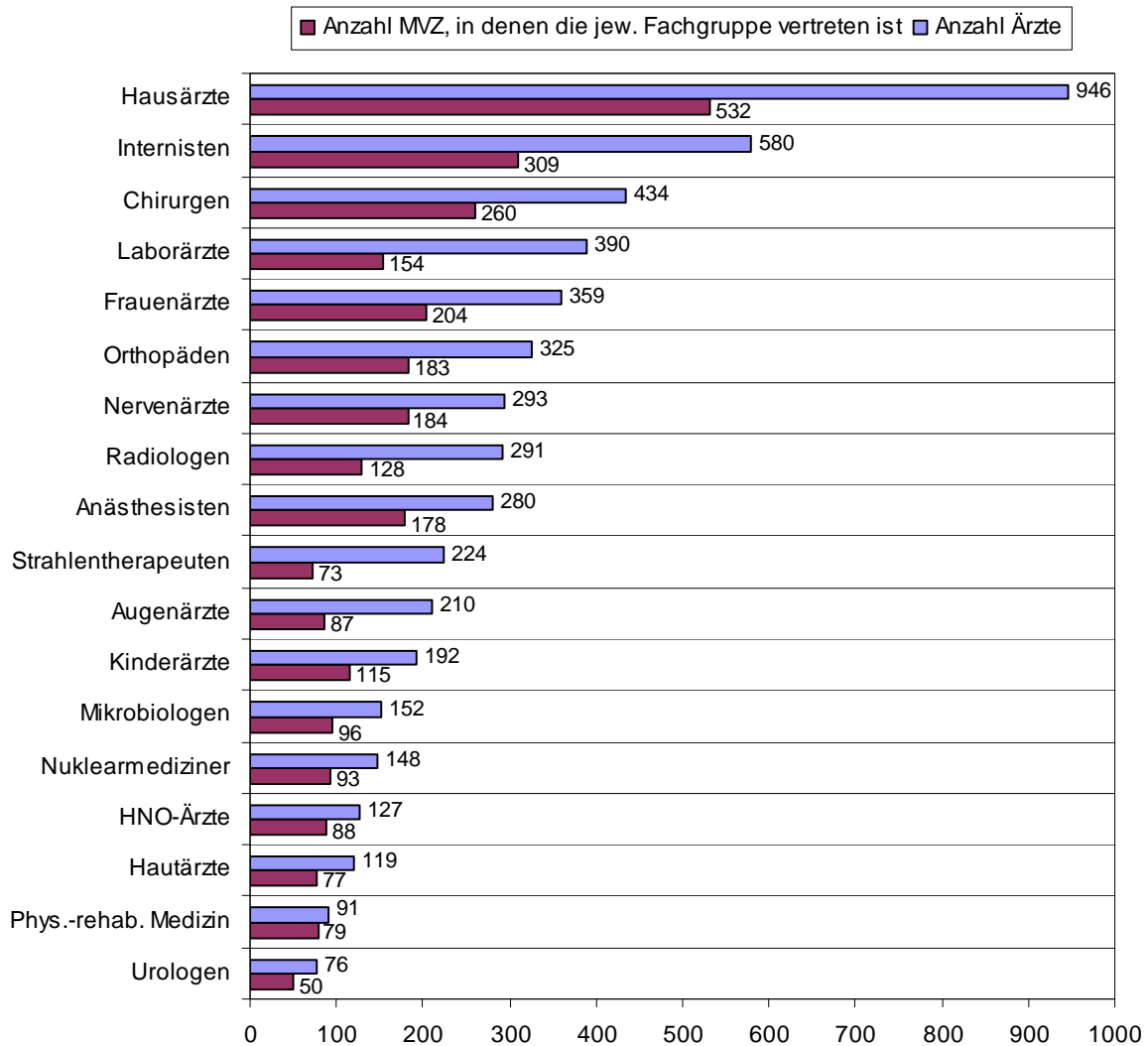
Abbildung 28: Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitsgröße



Quelle: Siehe Abbildung 27, jeweils S. 9.

Erste Hinweise auf das Leistungsangebot der MVZ liefert eine Übersicht über die am häufigsten in MVZ vertretenen Arztgruppen (vgl. Abb. 29). Aus ihr kann allerdings nicht geschlossen werden, welche Fächergruppen in den einzelnen MVZ kooperieren. Da eine derartige Auflistung nicht zur Verfügung steht, kann demzufolge keine Aussage über das tatsächlich vorzufindende Leistungsspektrum der MVZ getroffen werden.

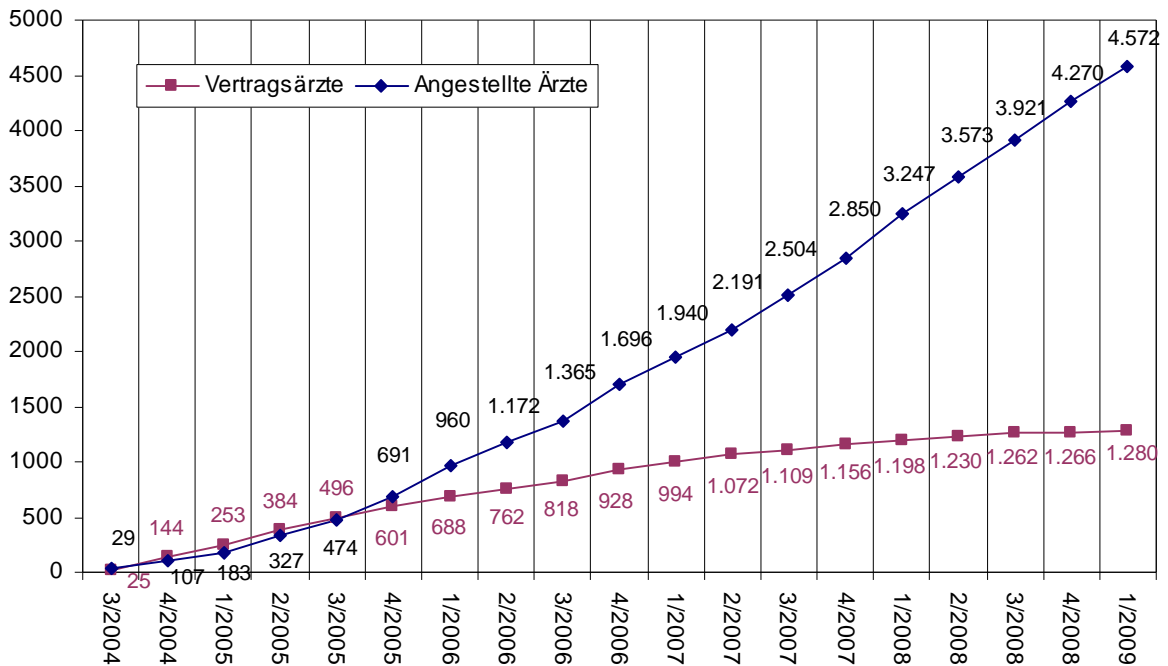
Im 1. Quartal 2009 waren Hausärzte, Internisten und Chirurgen die am häufigsten vertretenen Facharztgruppen – und zwar sowohl hinsichtlich der Anzahl der Ärzte als auch hinsichtlich der Anzahl der MVZ, in denen die jeweilige Arztgruppe vertreten ist (vgl. Abbildung 29). Gemäß Abbildung 29 sind in 24,58 % aller zugelassenen MVZ Internisten tätig. Dabei beträgt der Anteil der Internisten an der Gesamtzahl der in MVZ tätigen Ärzte 9,91 %.

Abbildung 29: Verteilung der Fachgruppen

Quelle: KBV 2009b, S. 7, eigene Darstellung.

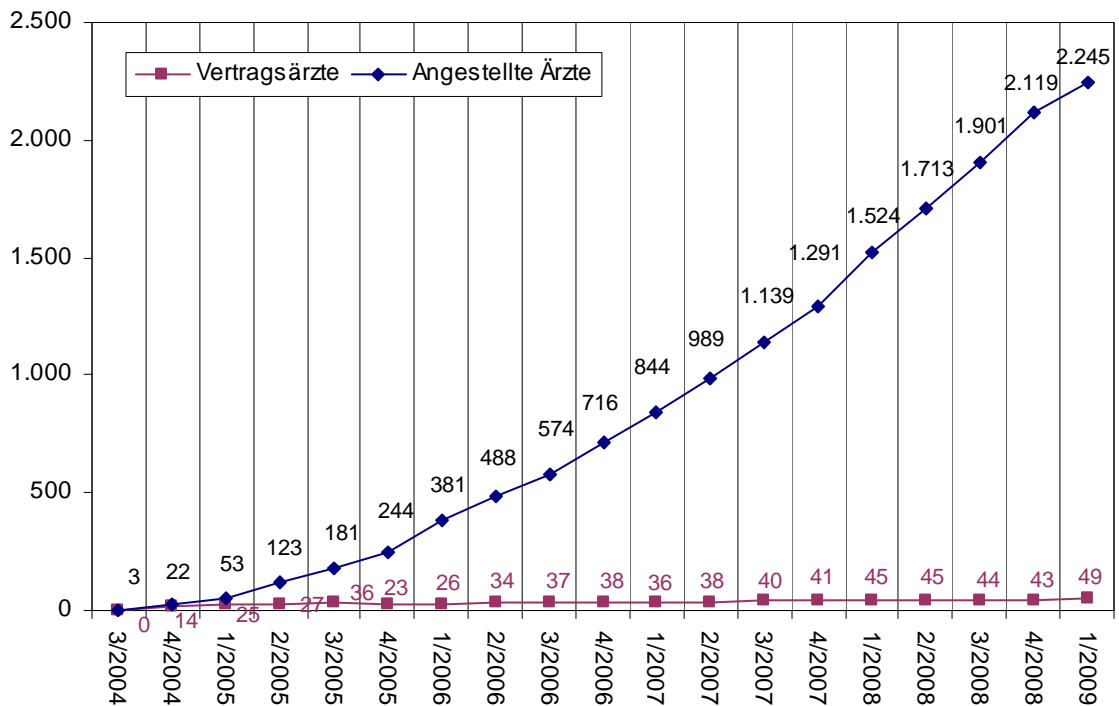
Abbildung 30 gibt Aufschluss über die Art der Berufsausübung in den MVZ. Bis zum 4. Quartal 2005 war das zahlenmäßige Verhältnis von Vertrags- und angestellten Ärzten nahezu ausgeglichen. Seither veränderte sich die Zusammensetzung zugunsten der Ärzte im Anstellungsverhältnis. Im 1. Quartal 2009 betrug ihr Anteil 78,1 %. Zu dieser Entwicklung trug der bereits erwähnte stetig steigende Anteil der Krankenhausbeteiligungen bei, da MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses nahezu ausschließlich mit angestellten Ärzten arbeiten, wie Abbildung 31 zeigt.

Abbildung 30: Art der ärztlichen Berufsausübung, Gesamtzahl MVZ



Quelle: Siehe Abbildung 27, jeweils S. 5.

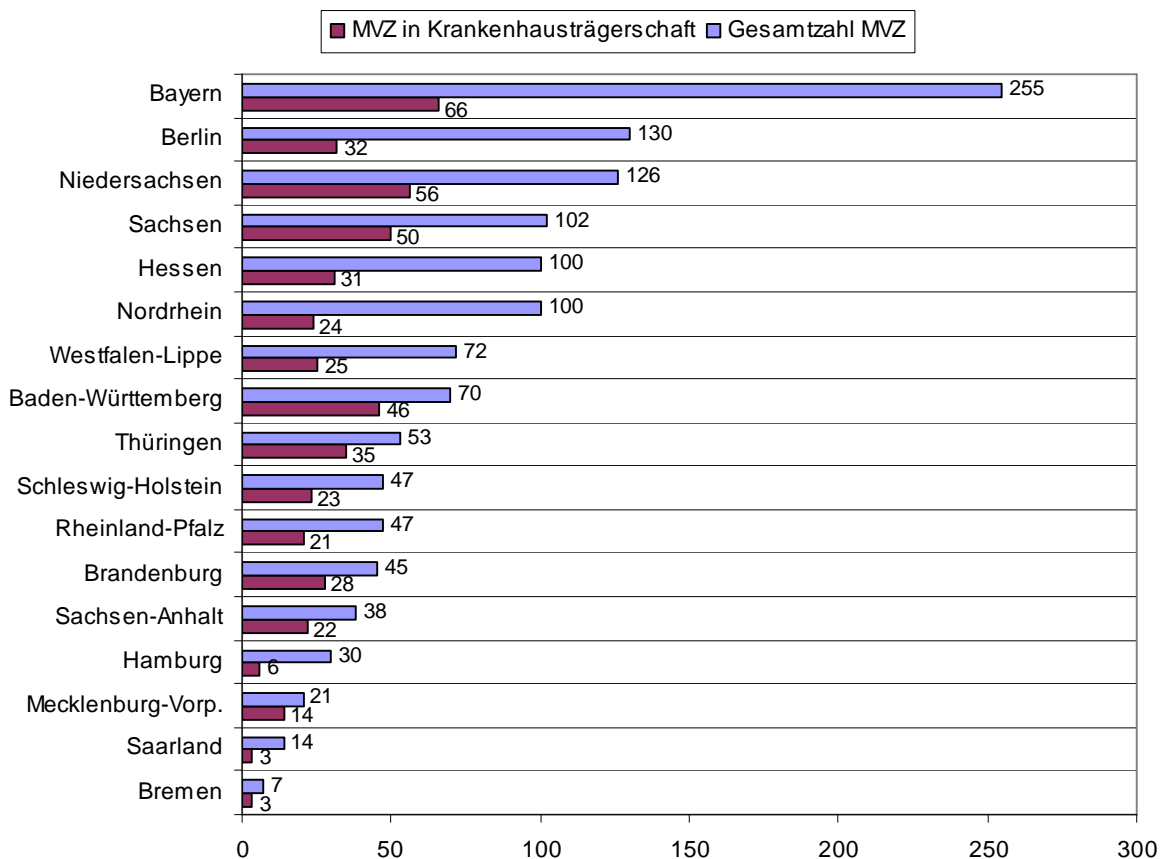
Abbildung 31: Art der ärztlichen Berufsausübung, MVZ unter Krankenhausbeteiligung



Quelle: Siehe Abbildung 27, jeweils S. 6.

Mit Blick auf die innerdeutsche Versorgungssituation interessieren vor allem die regionale und die räumliche Verteilung der MVZ. Abbildung 32 ordnet die KV-Regionen nach der Anzahl der MVZ-Zulassungen. Im regionalen Vergleich liegt Bayern an der Spitze, gefolgt von Berlin und Niedersachsen. Hinsichtlich der Trägerstruktur unterscheiden sich alte und neue Bundesländer: Der Anteil der MVZ unter Krankenhausbeteiligung ist in den neuen Bundesländern mit 57,5 % deutlich höher als in den alten Bundesländern²⁰ (33,7 %). Eine Analyse der Zulassungen nach räumlichen Gesichtspunkten offenbart, dass sich 55 % aller MVZ in städtischen, 42 % in ländlichen und 3 % in halbstädtischen Regionen befinden (vgl. Tabelle 23).

Abbildung 32: Regionale Verteilung



Quelle: Siehe Abbildung 29, S. 6.

²⁰ Die KV Berlin wird zu den alten Bundesländern gezählt.

Tabelle 23: Räumliche Ansiedlung

Regionaltyp	Einwohnerzahl	Einwohnerdichte in Einw./km ²	Anteil an MVZ-Gesamtzahl
ländlich	unter 50.000	unter 100	42%
halbstädtisch	mindestens 50.000	100 - 500	3%
städtisch	über 50.000	über 500	55%

Quelle: Siehe Abbildung 29, S. 4.

6.4 Zwischenfazit

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen und den Leistungserbringern mit den besonderen Versorgungsformen vielfältige Möglichkeiten zu einer integrierten sektorübergreifenden Versorgung und in diesem Kontext auch zum Abschluss selektiver Verträge gegeben. Unbeschadet der zahlreichen laufenden Projekte erlaubt der bisher vorliegende Informationsstand noch keine fundierte Zwischenbilanz unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten. Eine der Ursachen für dieses Informationsdefizit besteht darin, dass im Rahmen der integrierten Versorgungsformen die meisten Projekte erst in den Jahren 2005 bis 2007 starteten und sich ihre Effekte insofern noch nicht in einem hinreichenden Umfang erfassen und valide messen lassen. Zudem sieht der Gesetzgeber bei den integrierten Versorgungsformen keine obligatorische Evaluation durch unabhängige Sachverständige vor, sodass es sich bei den bisher publizierten Ergebnissen zwangsläufig um eine selektive Auswahl handelt. Obgleich bei den strukturierten Behandlungsprogrammen § 137f Abs. 4 SGB V den Krankenkassen eine solche externe Evaluation vorschreibt, gibt es bisher auf breiter Basis keine repräsentativen Studien über die Effekte dieser Programme.

Die bisherigen Projekte im Rahmen der besonderen Versorgungsformen besitzen teilweise, wie z. B. die hausarztzentrierte Versorgung und die besondere ambulante Versorgung, schon von ihrer Konzeption her keinen sektorübergreifenden Bezug. Zudem weisen die integrierten Versorgungsformen und die hausarztzentrierte Versorgung, wie eine repräsentative Umfrage des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Versorgung im Gesundheitswesen (2009, Ziffer 874ff.) unter den Krankenkassen belegt, kaum einen populationsorientierten Versichertenbezug auf. Da die finanziellen Anreize bei den integrierten Versorgungsformen

(Anschubfinanzierung) und den strukturierten Behandlungsprogrammen (spezielle Anbindung an den RSA) Ende 2008 ausliefen, herrscht derzeit Unklarheit über die Fortführung zahlreicher Projekte. Dies gilt umso mehr, als die Krankenkassen aus Furcht vor wettbewerbsschädigenden Zusatzbeiträgen derzeit umfangreiche Investitionen scheuen. Schließlich steht die hausarztzentrierte Versorgung vor allem insofern in der Kritik, als sie das Vertragsmonopol der KV durch ein solches des Hausärzteverbandes ersetzt (vgl. Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung e.V. 2008). Die Abkehr von der kollektivvertraglich organisierten Versorgung führt zu einer Alternative, die den Hausärzten einen Anspruch auf einen Vertragsabschluss mit den Krankenkassen gewährt, was auch der wettbewerbsorientierten Idee von selektiven Verträgen widerspricht.

Der Gesetzgeber erlaubte in den letzten Jahren den Krankenhäusern zunehmend, ihre Leistungen im Bereich der ambulanten Versorgung anzubieten und damit mit den niedergelassenen (Fach-)Ärzten in Konkurrenz zu treten. Der Wettbewerb vermag zwar grundsätzlich auch im Gesundheitswesen Effizienz- und Effektivitätssteigerungen auszulösen (vgl. Porter, M. E., Olmsted Teisberg, E. 2007), dies setzt jedoch eine adäquate Rahmenordnung voraus. Da der Gesetzgeber diesen erweiterten Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser die entsprechende Wettbewerbsordnung aber nicht anpasste, erzeugt die Konkurrenz an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor im Sinne einer zielorientierten Versorgung derzeit vielfach unerwünschte Effekte. Bei einer nicht funktionsgerechten Wettbewerbsordnung befinden sich die niedergelassenen Fachärzte zwischen der politisch geförderten hausarztzentrierten Versorgung und den Expansionsmöglichkeiten der Krankenhäuser. Dieser Aspekt betrifft auch die MVZ, denn die Krankenhäuser besitzen im geltenden Wettbewerbssystem die Möglichkeit, über ein angeschlossenes MVZ Leistungen im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung in den ambulanten Bereich zu verlagern und auf diese Weise ihre Kosten zu senken. Dabei entsprechen die MVZ - wie auch andere Praxisgemeinschaften von ambulanten Ärzten - im Prinzip durchaus den Präferenzen vieler Versicherter und Patienten. So bezeichneten in einer Bevölkerungsumfrage der Forschungsgruppe Wahlen 56 % der Befragten es als wichtig oder sehr wichtig, „mehrere Ärzte unter einem Dach zu erreichen“ (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009c, S. 16); das Schwergewicht lag dabei auf den neuen Bundesländern. Gleichzeitig halten 87 % aller Befragten eine Behandlung „immer durch denselben Arzt“ für ein wichtiges oder sehr wichtiges Merkmal (ebenda, S. 14).

7. Künftige Herausforderungen und Chancen der ambulanten fachärztlichen Versorgung

7.1 Rahmenbedingungen für einen zielorientierten Wettbewerb in der ambulanten Versorgung

Der Wettbewerb bildet, wie bereits mehrfach angedeutet, auch im Gesundheitswesen kein Ziel an sich, sondern ein Instrument zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung. Um seine positiven Wirkungen zu entfalten, bedarf der Wettbewerb einer funktionsgerechten Rahmenordnung. Der Gesetzgeber hat mit den Reformen der letzten 10 Jahre den Krankenkassen und den Leistungserbringern vornehmlich im Rahmen der besonderen Versorgungsformen eine hinreichende Anzahl an im Prinzip geeigneten Wettbewerbsparametern gegeben, die Schaffung einer entsprechenden Rahmenordnung aber bisher versäumt. Es existiert daher derzeit weniger hinsichtlich des Umfangs der Wettbewerbsparameter, die Krankenkassen und Leistungserbringern für selektive Verträge zur Verfügung stehen, ein Handlungsbedarf als vielmehr hinsichtlich einer funktionsgerechten Wettbewerbsordnung.

Um an den Schnittstellen der Leistungssektoren und hier insbesondere an den Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu realisieren, ergibt sich insbesondere folgender ordnungspolitischer Handlungsbedarf (vgl. Wille, E. 2009, S. 115ff., Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, Ziffer 900ff., Rürup, B., IGES, DIW/DIWecon, Wille, E., S. 141ff.):

- Infolge der mangelnden Outcomeorientierung der Gesundheitsversorgung dominieren Ressourcen- und instrumentale Gesichtspunkte, denen unter normativen bzw. Zielaspekten nur eine nachrangige Bedeutung zukommt. Die nationalen Berichtssysteme informieren ausführlich über die monetären und physischen Inputs, die in die Gesundheitsversorgung eingehen, aber noch zu wenig über Entwicklung und Stand der gesundheitlichen Outcomes.
- Um gezielte Wahlentscheidungen, z. B. hinsichtlich haus- oder fachärztlicher Versorgung sowie ambulanter oder stationärer Behandlung treffen zu können, besitzen die Versicherten eine zu geringe Transparenz über Behandlungsalternativen und allfällige Leistungsqualitäten. Ein valides System von Patientensicherheits- und

Qualitätsindikatoren könnte im Falle einer Offenlegung dieser Daten den Patienten als Informationsgrundlage für ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen dienen.

- Eine sektorenübergreifende Optimierung der Versorgung erfordert an den Schnittstellen der Leistungssektoren einheitliche Leistungsdefinitionen, gleiche (Mindest-) Qualitätsstandards und eine einheitliche Vergütung für gleiche Leistungen.
- Im Sinne eines fairen Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern und ambulanten (Fach-) Ärzten bedarf die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden einer sektorübergreifenden einheitlichen Ausgestaltung. Die Geltung des Erlaubnisvorbehaltes im ambulanten (§ 135 Abs. 1 SGB V) und des Verbotsvorbehaltes im stationären Sektor (§ 137c SGB V) entspricht nicht mehr den heutigen Gegebenheiten der gesundheitlichen Leistungserstellung in diesen Bereichen. Größere MVZ und ähnliche ambulante Einheiten verfügen zunehmend über die notwendigen Voraussetzungen, um moderne Behandlungsmethoden ebenso qualifiziert anzuwenden wie Krankenhäuser.
- Gleiche Wettbewerbschancen zwischen den Krankenhäusern sowie zwischen diesen und den Vertragsärzten implizieren die monistische Finanzierung im stationären Sektor. Andernfalls erleiden vor allem die Vertragsärzte, die ihre Investitionen in vollem Umfange selbst finanzieren, an den Schnittstellen wettbewerbliche Nachteile.
- Schon vor Änderung durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Org WG) verpflichtete der § 73b SGB V die Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Diese Regelung widersprach bereits damals sowohl ordnungspolitischen Vorstellungen vom Wettbewerb der Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorübergreifenden Versorgung. Es existiert derzeit keine in jeder Hinsicht überlegene Variante einer integrierten Versorgung, so dass auch keine Notwendigkeit für das obligatorische Angebot einer bestimmten besonderen Versorgungsform vorliegt (ähnlich Oberender, P. und Linke, C. 2008, S. 140). Die Schweizer Erfahrungen mit Managed Care-Modellen sprechen ebenfalls dagegen, die Krankenkassen zu verpflichten, bestimmte Versorgungskonzepte anzubieten. Der Wettbewerb als Suchprozess führte hier dazu, dass die Krankenkassen einige Versorgungsmodelle, die nicht zu den erwarteten Einsparungen führten, wieder vom Markt nahmen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, Ziffer 343).

- Das GKV-OrgWG hat diese Problematik noch erheblich verschärft, denn es zwingt nun die Krankenkassen gemäß § 73b Abs. 4, "Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten". Kommt eine Einigung zwischen den Vertragsparteien nicht zustande, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen versetzt diese Regelung die Hausarztverbände de facto in eine monopolistische Position und gewährt ihnen einen Anspruch auf Vertragsabschluss, den sie bei Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen missbrauchen können. Es besteht die Gefahr, dass diese Privilegierung einer bestimmten Berufsgruppe der Segmentierung der Gesundheitsversorgung Vorschub leistet. Die Tatsache, dass nun ein privater (Interessen-)Verband als obligatorischer Vertragspartner an die Stelle einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes tritt, verschärft diese Problematik. Insgesamt besitzt diese Regelung sowohl gegenüber Kollektivverträgen mit KVen als auch im Vergleich mit selektiven Verträgen deutliche Nachteile und bedarf daher dringend einer Korrektur. Diese Forderung nach einer Umgestaltung der geltenden hausarztzentrierten Versorgung stellt nur segmentierte Hausarztmodelle, aber nicht die grundsätzliche Bedeutung, die Hausärzte im Rahmen einer sektorübergreifenden Versorgung einnehmen können, in Frage.
- Bei den besonderen Versorgungsformen kann es unter ordnungspolitischen wie unter Versorgungsaspekten nicht darum gehen, kollektive Vertragsformen "um jeden Preis" durch selektive zu ersetzen. Es kommt vielmehr auf die jeweilige komparative Leistungsfähigkeit dieser beiden konkurrierenden Vertragsformen an. Eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit der selektiven Vertragsgestaltung im Vergleich zur kollektiven sieht sich u. a. mit dem Problem konfrontiert, dass es hierzu bisher weder für Deutschland noch international eine belastbare empirische Informationsbasis gibt. Was die Wahl der Vertragspartner bei selektiven Verträgen betrifft, so erfordert ein ergebnisoffener und fairer Wettbewerb Chancengleichheit sowohl hinsichtlich der verschiedenen Versorgungskonzepte als auch bezüglich der Kollektive bzw. Gruppen von Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen entsprechende Verträge schließen möchten. In diesem Sinne sollten auch unterschiedliche Gruppen von Leistungsanbietern, d. h. KVen, Hausarztverbände oder bestimmte Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern, die gleichen Möglichkeiten zum Vertragsabschluss mit den Krankenkassen besitzen. Dies gilt sowohl für die hausarztzentrierte Versorgung als auch für die integrierten Versorgungsformen, die im geltenden System eine Mitwirkung der KVen ausschließen. Dabei darf allerdings keine Gruppe von Leistungserbringern, wie die

KVen vor dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), über die Rahmenordnung dieser selektiven Verträge mitbestimmen.

- Dezentrale Wettbewerbsprozesse können grundsätzlich auch in einer kollektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung stattfinden. So besitzen KVen und Kammern schon heute die Möglichkeit, mit Hilfe von (Mindest-) Qualitätsstandards, obligatorischen Zertifizierungen und ergebnisorientierten Vergütungen einen Qualitätswettbewerb unter ihren Mitgliedern auszulösen. In einigen KVen existieren bereits entsprechende Ansätze. Die bisherigen Erfahrungen sprechen insofern weniger dafür, die KVen in ihrer monopolistischen Position durch Hausärzterverbände zu ersetzen, sondern die komparativen Vorzüge der kollektiven Vertragsgestaltung zu erhalten. Ein Übergang zu selektiven Vertragsformen verursacht mit hoher Wahrscheinlichkeit steigende Transaktionskosten (vgl. Rebscher, H. 2005, S.9). Zudem drohen bei einem weitgehenden oder gar totalen Übergang zu selektivvertraglichen Regelungen in stärkerem Maße relevante, insbesondere regionale Differenzen hinsichtlich des Qualitätsniveaus der medizinischen Versorgung. Andererseits gilt es über eine stärkere Gewichtung dezentraler Wettbewerbsprozesse zu vermeiden, dass die immanenten Schwächen der kollektiven Vertragsgestaltung effizienz- und qualitätssteigernde Prozesse be- oder verhindern.
- Die erweiterten Möglichkeiten selektiven Kontrahierens dürften die bereits vorhandenen Konzentrationsprozesse sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringern intensivieren. Unter dem Aspekt der Funktionsfähigkeit eines zielorientierten Vertrags- und Versorgungswettbewerbs stellt sich damit die Frage nach der Notwendigkeit bzw. der Anwendung wettbewerbsrechtlicher Normen in der GKV. § 69 SGB V schloss in der Vergangenheit nach herrschender Meinung die Anwendung der Gesetze gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und gegen Unlauteren Wettbewerb (UWG) aus. Das GKV-WSG nahm nun die §§ 19 bis 21 des GWB in den § 69 auf, wobei diese Regelungen in die Zuständigkeit der Sozialgerichte fallen. Vor dem Hintergrund der künftigen Entwicklungen im Bereich von Krankenkassen und Leistungserbringern gilt es zum Schutze eines funktionsfähigen Wettbewerbs zu beobachten und kritisch zu hinterfragen, ob diese für die GKV neuen wettbewerbsrechtlichen Regelungen ausreichen oder gegebenenfalls einer Erweiterung bedürfen

7.2 Zukünftige Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich

Die Trennung zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Fachärzten ist in Deutschland weitgehend historisch gewachsen und bildet ein Strukturmerkmal des Gesundheitswesens. Im 19. Jahrhundert drängten die Ärzte aus den wenigen Universitätskliniken in die ambulante Versorgung (vgl. Tesic, D. 2003, S. 8). Die Entwicklung von niedergelassenen Fachärzten ging nicht zuletzt darauf zurück, dass die Gesamtvergütung für Vertragsärzte schon 1931 mit der Errichtung der KVen gedeckelt wurde. Es lag daher auch im Interesse der Krankenkassen, einen möglichst großen Teil hausärztlicher und fachärztlicher Behandlungen unter diesem ambulanten Deckel zu finanzieren anstelle von zusätzlichen Ausgaben für die stationäre Facharztbehandlung.

Der hohe Anteil von niedergelassenen Fachärzten an der ambulanten Versorgung wird heute zunehmend kritisiert. Fachärztliche Versorgung findet sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich statt, die aufgrund der vorherrschenden Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen noch immer eine zu geringe Koordination und Integration aufweisen (siehe oben unter 7.1). Als Basis zukünftiger Reformüberlegungen gilt es zu beachten, dass das Gesundheitswesen einer post-industrialisierten Gesellschaft durch die Wechselwirkungen zwischen demographischen Veränderungen sowie den Möglichkeiten medizinisch-technologischer Entwicklungen einerseits und den Präferenzveränderungen der Bevölkerung andererseits in Zukunft vor einem Zuwachs der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steht. Der „Möglichkeitenraum“, d. h. die Angebotsseite als auch die damit korrespondierende Zahlungsbereitschaft²¹ auf der Nachfrageseite, vergrößert sich und macht eine Neuausrichtung der solidarischen Absicherung erforderlich.

Die Gesundheitspolitik nahm im Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung lange Zeit eine offene Haltung ein (vgl. Schwartz, F. W. et al. 2002, S. 281). Eine Tendenz bestand in der Verlagerung spezieller Versorgungsformen in den ambulanten Bereich (z. B. Dialyseeinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren), dem Ausbau der ambulanten Krankenpflege sowie der guten technischen Infrastruktur der ambulanten Fachärzte. Die Zahl

²¹ Vgl. an dieser Stelle die Ergebnisse der vierten Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens (Nolte, H.-D. et. al. 2006).

der Krankenhäuser ging parallel von 1991 bis 2007 um 14 % zurück. Beschleunigt wurde diese Entwicklung durch die seit dem Jahr 2000 schrittweise eingeführte diagnosebezogene Fallpauschalenvergütung (G-DRG) in Krankenhäusern. Die Verschiebung der Anteile an der Versorgung aller Krankenhauspatienten von öffentlicher und freigemeinnütziger hin zu Krankenhäusern in privater Trägerschaft ist Ausdruck des sich verändernden Marktes (vgl. Augurzky, B. et al. 2009, S. 7). Die Zahl der öffentlichen (allgemeinen) Krankenhäuser sank von 1996 bis 2007 um 31,3 % und die der freigemeinnützigen um 18,8 %, während die Zahl der gewinnorientierten Krankenhäuser in privater Trägerschaft um 40,6 % anstieg (vgl. Statistisches Bundesamt 2008).

Die Verlagerung fachärztlicher Leistungen aus dem Krankenhaus setzt einen personell und technisch vorbereiteten niedergelassenen Facharztsektor voraus. Dies ist in Deutschland durchweg gegeben. Aktuell gibt es rund 118.858 Vertragsärzte, davon rund 51 % Fachärzte. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass zu den Hausärzten viele Fachinternisten ohne Schwerpunkt gestoßen sind. Es gibt zudem Diabetes- sowie AIDS-Schwerpunktpraxen und ambulante Operationen werden ebenfalls von niedergelassenen Ärzten erbracht, die Koloskopie wird überwiegend von niedergelassenen Fachärzten durchgeführt und die onkologische Behandlung von Patienten erfolgt schwerpunktmäßig durch Vertragsärzte. In Vernetzung mit so genannten Home-Care-Ärzten und einem entsprechenden Pflegedienst wird sterbenskranken Patienten eine möglichst lange ärztliche Betreuung im häuslichen Bereich ermöglicht. Weitere Spezialitäten im niedergelassenen fachärztlichen Bereich tragen dazu bei, dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung durch Fachärzte eine hohe Wertschätzung bei den Patienten genießt und eine wichtige Säule der mittelständischen Wirtschaftspolitik bildet.

Betriebswirtschaftlicher Erfolg setzt voraus, dass der Praxisumsatz bei möglichst geringen Kosten erzielt wird, wobei sich viele Leistungen vor dem Hintergrund älterer, multimorbider Patienten nicht normieren oder standardisieren lassen. Zu den Kosten zählen die Gehälter des angestellten Personals, die Miete für Praxisräume, die Abschreibungen für Investitionen, Zinsaufwendungen für Praxiskredite, Umlagen für die Mitgliedschaft in einer Laborgemeinschaft, Aufwendungen für Versicherungen, Beiträge an die Ärztekammer und die KV und allgemeine Bürokosten. Im Jahr 2003 machten diese steuerlich abzugsfähigen

Betriebsausgaben durchschnittlich 53,6 % des Praxisumsatzes aus (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S. 1154).²²

Insgesamt fanden rund 1,85 Mill. Beschäftigte in den ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens im Jahr 2007 eine Anstellung. Das entspricht 42,3 % des Gesundheitspersonals (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009). Die in Arztpraxen beschäftigten Assistenzkräfte setzen sich neben mithelfenden Familienangehörigen aus technischen Assistenten bzw. Assistentinnen und Arzthelfer bzw. Arzthelferinnen, Auszubildenden und sonstigen Beschäftigten zusammen. Das mittlere Finanzierungsvolumen einer Arztpraxis variiert je nach Arztgruppe. Es reichte 2003 von 121.808 € (Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie und Psychotherapie) bis 1.142652 € (Radiologie und Nuklearmedizin) je Praxis (vgl. Hauschild, W. und Klose, A. 2006, S. 1156). Der ambulante Sektor ist über den eigenen Beitrag zur Wertschöpfung in Höhe von 38,4 Mrd. € (2007) und Beschäftigung hinaus durch seine Vorleistungsverflechtung mit den übrigen Wirtschaftsbereichen an der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung beteiligt. Es liegen bisher zwar keine Verflechtungsanalysen für den ambulanten Sektor vor, es gehen aber offensichtlich vom ambulanten Sektor signifikante indirekte Produktionseffekte auf andere Wirtschaftsbereiche aus, insbesondere auf die Medizintechnik und die Arzneimittelindustrie.

Auch auf dem amerikanischen Markt gibt es Tendenzen zu Verlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Die US-amerikanische Johns Hopkins Universität entwickelte beispielsweise ein Versorgungsmodell, das eine Akutversorgung in den eigenen vier Wänden ermöglicht. Das „Hospital at Home“ zielt darauf ab, die für manche Patienten belastenden Krankenhausaufenthalte zu vermeiden (vgl. Holzer, J. und Anderson, G. 2008). Die Möglichkeiten einer stationären Versorgung soll mit den Vorteilen der dem Patienten vertrauten häuslichen Umgebung kombiniert werden. Das Programm richtet sich an ältere Patienten mit bestimmten Erkrankungen, wie Lungenentzündung, chronischer Bronchitis oder Herzinsuffizienz, die eine Krankenhausbehandlung benötigen, diese jedoch ablehnen. Voraussetzungen für die Behandlung zu Hause sind eine gesicherte Diagnose, die bestimmte Begleiterkrankungen ausschließt, und das Einverständnis des Patienten. Formell wird der Patient in ein Krankenhaus eingewiesen, tatsächlich erfolgt die Betreuung durch Ärzte und

²² Vgl. auch Abschnitt 8.3.

Pflegekräfte jedoch zu Hause. Dort erhalten Patienten erforderliche diagnostische Tests, wie Elektrokardiogramme und weitere therapeutische Behandlungen, etwa in Form von qualifizierter Pflege und medikamentöser Behandlung. Leistungen wie Endoskopien und Kernspintomographien werden dagegen weiterhin ambulant durchgeführt. Der behandelnde Arzt besucht den Patienten mindestens einmal täglich zu Hause und ist in Notfällen rund um die Uhr erreichbar.

Das Programm wurde von einem Team aus geriatrisch vorgebildeten Ärzten, Pflegekräften, Ökonomen und Wissenschaftlern der Johns Hopkins Universität im US-Bundesstaat Maryland entwickelt. Im Jahr 2000 begann ein Pilotprojekt in Kooperation mit drei Krankenhäusern. Erste Evaluationen liefern positive Ergebnisse (vgl. Leff, B. et al. 2005, S. 798ff.): Die medizinische Komplikationsrate lag bei der Regelversorgung im Krankenhaus um 16 Prozentpunkte höher. Gleichzeitig sind zu Hause betreute Patienten zufriedener, zudem zeigt sich ein positiver Effekt bei den Kosten. „Hospital at Home“-Patienten konnten im Durchschnitt günstiger versorgt werden als Patienten im Krankenhaus (5.081 \$ zu 7.480 \$). Neue patientenorientierte Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor gewinnen auch in Deutschland gerade für ältere und behinderte Menschen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung an Bedeutung. Im Zuge der Neudefinition des stationären Sektors können Modelle wie „Hospital at Home“ zur Vielfalt in der Versorgungslandschaft beitragen.

7.3 Die ambulanten Fachärzte zwischen hausärztlicher - und Krankenhausversorgung

Die niedergelassenen Fachärzte stellen im Rahmen einer flächendeckenden Versorgung ein wichtiges Bindeglied zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung dar (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, Ziffer 6). Bedingt durch die absehbare demographische Entwicklung, die Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts und den erfreulichen Befund, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter in einem guten gesundheitlichen Zustand erreichen, gewinnt die ambulante Behandlung an den heutigen Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zunehmend an Bedeutung. Was die von den Krankenkassen bei selektiven Verträgen präferierten

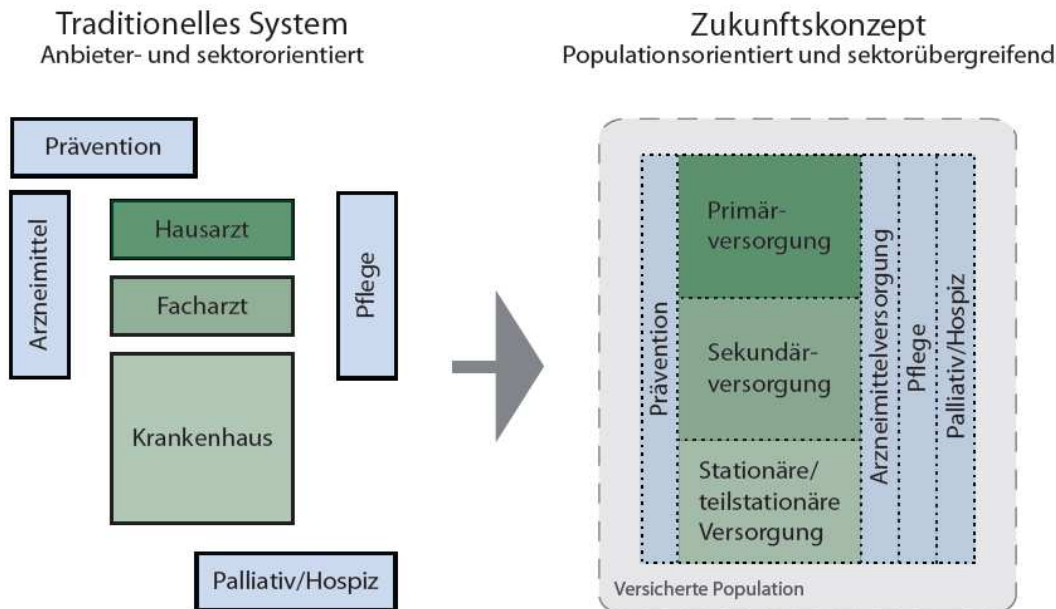
Leistungserbringer betrifft, liegen die ambulanten Fachärzte nicht hinter den Hausärzten und spürbar vor den Krankenhäusern (vgl. Ulrich, V. und Wille, E. 2008, S. 29). Die Krankenkassen versprechen sich offensichtlich von selektiven Verträgen mit Gruppen von hochqualifizierten Fachärzten eine effizientere und effektivere Versorgung und in diesem Kontext wohl auch die Substitution bisher stationär erbrachter Leistungen.

Die zukünftige Gesundheitsversorgung geht somit auch im Sinne von effizienter und effektiver Behandlung mit einer spürbaren Ausweitung des Primärversorgungsbereiches und des Bereiches der sekundären fachärztlichen Versorgung einher. Dabei verliert, wie Abbildung 33 illustriert, die heutige sektorale Abgrenzung an Bedeutung und die regionalen Gegebenheiten und Strukturen entscheiden über den Ort der gesundheitlichen Leistungserstellung. Die Krankenhäuser können sich im relativ schrumpfenden stationären Sektor auf die Akutbehandlung von schweren Krankheitsfällen und auf die temporäre Behandlung von bestimmten chronischen Erkrankungen konzentrieren. Es steht den Krankenhäusern darüber hinaus offen, im Bereich der sekundären fachärztlichen Versorgung ihre Leistungen anzubieten und bei einem einheitlichen Vergütungssystem mit den niedergelassenen (Fach-)Ärzten in Wettbewerb zu treten. Derzeit erhalten die Krankenhäuser für die gleichen Leistungen bei stationärer Erbringung vielfach höhere Entgelte als niedergelassene Fachärzte (vgl. Jaumann, M.P. 2006, S. 5, Munte, A. 2006).

Niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser stehen aber nicht nur in substitutiven (Konkurrenz-)Beziehungen, sondern vielfach besteht auch ein komplementärer Zusammenhang. Analysen von Angebotskapazitäten im ambulanten und stationären Sektor zeigen ein signifikant positives Verhältnis, d. h. eine gute stationäre Angebotssituation geht in der Regel mit einer entsprechenden ambulanten einher (vgl. Kopetsch, T. 2007, S. 60ff.). Niedergelassene (Fach-)Ärzte präferieren bei ihren Standortentscheidungen häufig die Nähe eines Krankenhauses. Das kooperative Belegarztsystem stellt ein schon lange praktiziertes Modell sektorübergreifender Versorgung dar. Daneben bieten sich für die niedergelassenen Fachärzte in Abhängigkeit vom Versorgungsbereich Kooperationen mit Krankenhäusern auf regionaler Ebene oder mit Krankenhausträgern bundesweit in verschiedener Ausgestaltung, Intensität und Rechtsform an. Dabei kann es sich u. a. um die Ansiedlung spezialisierter Fachärzte in der Nähe von Krankenhäusern oder auf deren Gelände handeln mit der Option,

Teile der Infrastruktur des Krankenhauses zu nutzen (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2007, S. 2f.).

Abbildung 33: Traditionelle Versorgung versus Zukunftskonzept



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, Ziffer 1179.

Auf der anderen Seite des Leistungsspektrums knüpft die Behandlung niedergelassener Fachärzte an die Primärversorgung durch Hausärzte an. Wie bereits unter ordnungspolitischen Aspekten problematisiert (siehe unter 7.1), verpflichtet § 73 b SGB V die Krankenkassen, ihren Versicherten eine „besondere hausärztliche“ bzw. hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Versicherte, die sich dort einschreiben, können dafür die anfallenden Praxisgebühren zumindest teilweise einsparen. Im Gegenzug müssen sie sich verpflichten, bei Gesundheitsbeschwerden zunächst immer einen Hausarzt ihrer Wahl aufzusuchen und nicht direkt zum Facharzt zu gehen. Ausgenommen hiervon sind Besuche beim Augen- oder Frauenarzt. Der Arzt befindet sich hier in einer komplizierten Doppelrolle, indem er einerseits als Sachwalter des Patienten und andererseits als Verwalter knapper Ressourcen im Dienste der Solidargemeinschaft agiert. Beide Rollen finden sich mit besonderer Betonung in seiner Hausarztfunktion als Gatekeeper wieder, der als Lotse dem Patienten beistehen soll, einen optimalen Weg durch die Versorgungslandschaft zu finden. Da das Gatekeeper-System die

freie Arztwahl einschränkt, hängt der Patient, sofern er eine zusätzliche fachärztliche Leistung wünscht, von der entsprechenden Einschätzung des Hausarztes ab.

Die bisherigen Evaluationen von Hausarztmodellen in Deutschland vermögen die vom Gesetzgeber erhofften medizinischen und ökonomischen Vorteile überwiegend nicht zu bestätigen (siehe Überblicke bei Böcken, J. 2006 und 2008 sowie Staeck, F. 2009). Nach einer Studie von Ehrlinghagen und Pihl (2004) kam es im Rahmen der Hausarztverträge bei den eingeschriebenen Patienten zu einer Erhöhung der Arztkonsultationen und damit einhergehend zu Ausgabensteigerungen. Eine Evaluation der DAK gelangte ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Ausgaben pro Versicherten innerhalb des Hausarztmodells höher lagen als bei Patienten ohne primärärztliche Bindung (vgl. Stoschek, J. 2009). Die Versorgung in Hausarztmodellen zeigte zumeist auch keine qualitativen Verbesserungen weder in erhobenen Ergebnisparametern noch in der Wahrnehmung der Patienten. In einer repräsentativen Umfrage konnten im Frühjahr 2009 69 % der Befragten durch die Hausarztmodelle keine Änderung ihrer Versorgung feststellen, 13 % äußerten sich in dieser Hinsicht positiv, aber 14 % (2008: 9 %) negativ (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009c, S. 23). Etwas positiver fällt lediglich ein Zwischenbericht zum Modellvorhaben der AOK Baden-Württemberg aus, der die hohe Akzeptanz des Hausarztmodells bei den Versicherten betont (vgl. Steiner, M. et al. 2005).

Die Idee vom Gatekeeper bzw. Lotsen, der den Patienten durch die diversen Stadien und Institutionen der Gesundheitsversorgung führt, wurde bereits in den 80er Jahren in den USA im Zusammenhang mit Managed-Care-Konzepten entwickelt (vgl. Cutler, D. und Zeckhauser, P. 2000, Bauer, R., Heimer, A. und Wieseler, S. 2001, Amelung, V. 2007). Ein umfangreicher, systematischer Review über die „Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte“, den der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009, Ziffer 1059ff.) über die entsprechenden internationalen Erfahrungen in Auftrag gab, liefert allerdings nur Ergebnisse, die unter dem Vorbehalt einer schwachen Evidenzgrundlage stehen. Danach gibt es Hinweise, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme der ambulanten fachspezialisierten Versorgung und die Gesundheitsausgaben pro Kopf senkt. Die reduzierte Inanspruchnahme verstärkt sich, wenn Gatekeeping mit finanziellen Steuerungskomponenten für Ärzte und/oder Patienten sowie einer Registrierungspflicht kombiniert wird. Diesen

Effekten steht jedoch eine geringere Zufriedenheit der Patienten im Vergleich zu Versorgungsmodellen mit freiem Zugang entgegen.

Da die Evaluationen keinerlei Aussagen über die gesundheitlichen Outcomes erlauben, bleibt die Nutzen-Kosten-Relation von Gatekeeping durch Hausärzte im Vergleich zu alternativen Versorgungs-konzepten letztlich offen. Die Entwicklung von Managed Care-Modellen in den USA zeigt, dass jene Varianten relativ expandieren, die den Versicherten bei ihrer Arztwahl Optionen einräumen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, Ziffer 345). Die bisherigen empirischen Erfahrungen legen somit ebenso wie ordnungspolitische Überlegungen nahe, den Krankenkassen und den Leistungsanbietern ein Spektrum von Vertragsoptionen zu eröffnen und ihnen sowie den Versicherten und Patienten die Auswahl der präferierten Varianten im Zuge eines ergebnisoffenen Suchprozesses zu überlassen. Dieser wettbewerbliche Suchprozess verspricht am ehesten eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung, die sich unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten und Strukturen an den Präferenzen der Versicherten und den Bedürfnissen der Patienten orientiert.

8. Niedergelassene fachärztlich tätige Internisten nach dem GKV-WSG

8.1 Die Honorarreform

Einen Schwerpunkt der Gesundheitsreform 2007 bildet die Reform des ambulanten Vergütungssystems. Das bisherige Vergütungssystem geht in weiten Teilen auf Entscheidungen aus dem Jahr 1993 zurück: Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) liegt eine gesetzliche Budgetierung vor und die Gesamtvergütung auf der Aufbringungsseite besteht aus quartalsbezogenen Kopfpauschalen pro beitragszahlendem Mitglied. Je nach Kasse lagen sie zwischen 240 € (BKK Thüringer Energie) und 600 € (Deutsche Angestellten Krankenkasse) pro Jahr. Im Jahr 2004 scheiterte der Versuch, mit dem GMG eine Neugestaltung der ambulanten Vergütung vorzunehmen. Seitdem bemängelten die Beteiligten die bestehenden dysfunktionalen Steuerungswirkungen.

Als einen Kernpunkt sieht das GKV-WSG zwar einen verstärkten Wettbewerb im Selektivvertragssystem vor, während im Kollektivvertragssystem eher eine weitere Vereinheitlichung angestrebt wird (vgl. Wasem, J. und Walendzik, A. 2008, S. 642). Im Januar 2009 erfolgte die Einführung des neuen Honorarsystems mit folgenden Strukturelementen: der bundesweit einheitliche Orientierungspunktwert, die Umsetzung in Euro-Gebührenordnungen auf regionaler Ebene, die Bestimmung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Morbiditätsveränderungen in der Bevölkerung sowie die Regelleistungsvolumina zu Festpreisen. Die Leistungen der Vertragsärzte werden innerhalb der Regelleistungsvolumen in Euro-Preisen bezahlt, die in großen Teilen für das gesamte Bundesgebiet einheitlich sind.

Zudem geht das Morbiditätsrisiko stärker auf die Krankenkassen über. Das politische Ziel, die Honorare der Ärzte in den östlichen Bundesländern an das West-Niveau anzugleichen, wurde zwar erreicht, Qualitätsunterschiede und auch Unterschiede in der Personalintensität bestehen aber nach wie vor, ohne dass dies bei der Vergütung angemessen berücksichtigt wird. In den alten Bundesländern sind beispielsweise im Schnitt 50 % mehr Personal in den Arztpraxen beschäftigt.

Die Einnahmesituation und wirtschaftliche Betroffenheit sind selbst in den ärztlichen Fachgruppen äußerst inhomogen. Die neue Honorarordnung führt tendenziell aufgrund der Abstufung der Fallzahlen bei den großen Landarztpraxen und aufgrund des niedrigen Punktwertes auch bei den hoch spezialisierten niedergelassenen Fachärzten zu finanziellen Einbußen. Die Auswirkung auf das Honorar der Arztgruppen ist in den Kassenärztlichen Vereinigungen sehr unterschiedlich. Bundesweit kommt es bei 66 % der niedergelassenen Fachärzte zu Honorarzuwächsen (vgl. zu den folgenden Zahlenangaben Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009d, S. 15ff.). Allerdings ist die Spanne bei der Honorarentwicklung groß. Mit einem Anteil von 66 % zählen insbesondere die Fachinternisten ohne Schwerpunkt zu den Gewinnern. Auch die Kardiologen (82 %), die Nervenärzte (80 %) und die Urologen (77 %) vermochten Zuwächse zu verbuchen. Dagegen kommt es bei 35 % aller Ärzte zu Verlusten. Mit einem 60 %-Anteil in ihrer Fachgruppe trifft es die Orthopäden besonders stark. 44 % der Anästhesisten und 42 % der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte rechnen ebenfalls zu den Verlierern. Aber auch die bundesweiten „Verlierer“ Orthopäden legen im Honorar in 5 der 12 Kassenärztlichen Vereinigungen zu.

In der Gesamtschau steht man allerdings vor der paradoxen Situation, dass statt Freude über die zusätzlichen 3,5 bis 3,9 Mrd. Euro, allerdings für den Zeitraum 2007 bis 2009, bei niedergelassenen Fachärzten eher Sorge und Enttäuschung vorherrschen. Statt eines Zuwachses sehen inzwischen in manchen Regionen zahlreiche Ärzte einen erheblichen Umsatzrückgang auf ihre Praxis zukommen. In der Region Nordrhein beispielsweise ist der neue Fallwert der Orthopäden, verglichen mit dem des zweiten Quartals 2008, von 52 Euro auf 30 Euro gesunken. Für den Urologen sieht das RLV eine Zuweisung in Höhe von 26 Euro pro Patient und Quartal vor (vgl. Korzilikus, H. und Rieser, S. 2009, S. 55).

Eine Konvergenzphase soll nun mögliche Nachteile für bestimmte Ärztegruppen begrenzen. Allerdings bedeutet die zeitlich befristete Konvergenz auch, dass ab Ende 2010 keine Ausnahmeregelungen für Arztpraxen mit erheblichen Verlusten mehr stattfinden. Dabei gilt es auch zu beachten, dass Regelleistungsvolumen und GKV-Umsatz nicht identisch sind. Vor der Berechnung der RLV wird aus der Gesamtvergütung jener Betrag abgezogen, der für die Vergütung von Leistungen außerhalb der RLV zur Verfügung steht, zum Beispiel für den Notdienst, Sonografie, Psychosomatik. Dieser Betrag bildet keine Rückstellung, sondern stellt

vielmehr einen Vorwegabzug dar. Gibt es zum Beispiel in einem KV-Bereich viele Ärzte in der hausärztlichen Versorgung, die Sonografie abrechnen können, so fällt der Vorwegabzug dafür höher aus als in einem anderen KV-Bereich, in dem nur sehr wenige Hausärzte Sonografie abrechnen. Die KV behält das Geld zunächst ein, überweist es dem Arzt aber später, wenn die entsprechenden Leistungen abgerechnet wurden.

Ein Problem bildet zudem die konkrete Berechnung der Vergütung, welche die Honorarsteigerung auf das Jahr 2007 bezieht. Mit Steigerungsraten gegenüber 2007 von 6,5 % und 6,3 % sind Nordrhein und Schleswig-Holstein gemeinsam mit Bayern (6,3 %) und Baden-Württemberg (2,5 %) die Schlusslichter bei den durchschnittlichen Honorarsteigerungen. Bestimmte Leistungen wie beispielsweise die Akupunktur bilden nun einen Teil der Gesamtvergütung, wurden vorher aber im Rahmen von Strukturverträgen extrabudgetär vergütet. Auch die so genannten Sonderverträge wurden in den meisten Fällen gekündigt, die in Bayern und Baden-Württemberg eine überdurchschnittliche extrabudgetäre Vergütung ermöglichten.

Als problematisch erweisen sich im neuen Vergütungssystem insbesondere die bundesweit einheitlichen Durchschnittswerte zur Berechnung des Honorars. Diese begrenzen den Preis ärztlicher Leistungen und lassen regionale Besonderheiten weitgehend unberücksichtigt. Hinzu kommt, dass der von der KBV ursprünglich betriebswirtschaftlich kalkulierte Punktwert bei 0,51 Euro liegt, nach dem eine Unterfinanzierung von über 30 % vorliegt, die bislang partiell über die höher vergüteten Strukturverträge kompensiert werden konnte. Insgesamt gesehen haben die Vorgaben der Honorarreform die bisher praktizierte Honorarverteilung im ambulanten Bereich erheblich verändert und viele Praxen in finanzielle Engpässe gebracht. Die neuen Regelleistungsvolumina lassen in vielen Fällen keinen Spielraum mehr für ausdifferenzierte individuelle Versorgungsschwerpunkte einzelner Praxen zu. Zukünftig sollte es wieder zu einer stärkeren Flexibilisierung beim Ausgleich regionaler Versorgungsunterschiede kommen.

8.2 Versorgungsforschung in der internistischen Praxis - erste Auswertungen einer Fragebogenstudie

Die Versorgungsforschung beleuchtet das reale Geschehen in der Krankenversorgung. Die vorliegende Auswertung analysiert die Versorgung des Patienten durch den Facharztinternisten. Versorgungsforschung setzt an den Verhältnissen in der Praxis an, beschreibt die Rahmenbedingungen und entwickelt darauf aufbauend Konzepte, deren Umsetzung begleitend erforscht und unter Alltagsbedingungen evaluiert wird. Um das Spektrum fachärztlicher internistischer Leistungen und seine Determinanten näher untersuchen zu können, wurde gemeinsam mit dem Berufsverband Niedergelassener Fachärztlich Tätiger Internisten e.V. (BNFI) ein Fragebogen entworfen und im Laufe des Jahres 2008 an über 1.000 niedergelassene facharztinternistische Praxen verschickt. Die Rücklaufquote betrug mehr als 20 %, und im Folgenden werden zentrale Resultate dargestellt.

Der Fragebogen enthielt Angaben zu den Praxisstrukturen (Praxisart, Arbeitsspektrum, Honorarspektrum) und zu den Leistungsstrukturen (Behandlungsarten) im niedergelassenen internistischen Bereich. Zudem wurde versucht, die Schnittstelle ambulant/stationär abzufragen. Die Gemeinschaftspraxis (56,4 %, vgl. Tabelle 24) löst bei den niedergelassenen Facharztinternisten die Einzelpraxis (41 %) als häufigste Praxisart ab, gefolgt von der Teilnahme an einem Ärzte-Netz (23,1 %). Hinzu treten Gerätekooperationen (8,9 %), belegärztliche Tätigkeiten (6,4 %) sowie die überwiegend angestellte Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum (3,85 %). Alles in allem zeigt sich bei der Praxisart ein Trend, der bereits zuvor in Kapitel 2.3 festgestellt wurde: die niedergelassene freiberufliche Tätigkeit in einer Einzelpraxis verliert an Bedeutung, eine Entwicklung die durch die entsprechenden Weichenstellungen des Gesetzgebers mitbestimmt und von der Gesundheitspolitik bewusst voran getrieben wird.

Mit Blick auf das Arbeitsspektrum zeigt sich, dass technische Leistungen (Sonographie, Endoskopie, Farbduplex-Echo, Ultraschall-Gefäße, kardiologische und pulmologische Diagnostik) für die internistische Tätigkeit eine große Rolle spielen, dass aber auch über 70 % der antwortenden Praxen Beratungsleistungen und medizinische Gutachten zu ihren

Arbeitsschwerpunkten rechnen. Nennenswerte Schwerpunkte bilden weiterhin radiologische Untersuchungen wie das Stress-Echo sowie das ambulante Operieren.

Bei der Honorarstruktur zeigt sich, dass der Mittelwert, bezogen auf die Gruppen der Praxen mit dem jeweiligen Arbeitsspektrum, bei den endoskopischen Leistungen bei 39 % und bei den nuklearmedizinischen Ultraschalluntersuchungen bei 26 % liegt. Endokrinologische Leistungen belaufen sich auf rund 20 % der Honorarsumme. Dem Farbduplex-Echo kommt ein Mittelwert von 19 % der Honorarsumme zu, den ambulanten Operationen 15 %, der kardiologischen und pulmologischen Diagnostik 14 %, der Ergospirometrie 14 %, den Gefäßuntersuchungen ebenfalls 14 % und dem Stress-Echo 12 %. Das übrige Arbeitsspektrum besitzt Mittelwerte unter 5 %.

Tabelle 24: Fragebogenauswertung Internisten: Praxisart und Arbeitsspektrum

Praxisart¹⁾	Häufigkeiten	%-Anteil	
Einzelpraxis	32	41,03	
Gemeinschaftspraxis	44	56,41	
Medizinisches Versorgungszentrum	3	3,85	
Sonst. Geräte-Kooperation	7	8,97	
Belegarztstätigkeit	5	6,41	
Teilnehmer an Ärzte-Netz	18	23,08	
Arbeitsspektrum¹⁾	Häufigkeiten	%-Anteil	
Endoskopie	48	61,54	
Sonographie	64	82,05	
Farbduplex-Echo	59	75,64	
Stress-Echo	19	24,36	
Kardio/Pulmo Diagnostik	55	70,51	
Ergospirometrie	8	10,26	
Farbduplex-US Gefäße	54	69,23	
Endokrin./diabet. Schwerpunkt-Praxis	14	17,95	
Radiologische US	28	35,90	
Nuklearmedizinische US	2	2,56	
Intervent./Invasiv.-Diag./amb. Ops	8	10,26	
Beratung, Gutachten sonst. Leistungen	55	70,51	
Honorarstruktur¹⁾	Minimum	Maximum	Mittelwert²⁾
Endoskopie	3	90	39,31
Sonographie	1	45	8,59
Farbduplex-Echo	1	75	19,29
Stress-Echo	1	40	12
Kardio/Pulmo Diagnostik	1	100	13,93
Ergospirometrie	1	40	13,75
Farbduplex-US Gefäße	1	60	14,13
Endokrin./diabet. Schwerpunkt-Praxis	3	60	20,43
Radiologische US	1	45	5,71
Nuklearmedizinische US	9	43	26
Intervent./Invasiv.-Diag./amb. Ops	1	50	14,75
Beratung, Gutachten sonst. Leistungen	0	85	13,4

1) Mehrfachnennungen möglich; 2) Bezogen auf die Gruppen der Praxen mit dem jeweiligen Arbeitsschwerpunkt.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Etwa ein Drittel der Patienten, die mehrheitlich 40 Jahre und älter sind, nehmen einen Anfahrtsweg von 30 Kilometern und mehr zum Internisten in Kauf (vgl. Tabelle 25 und Tabelle 26). Für zwei Drittel der Patienten sind die Wegstrecken kürzer als 10 Kilometer. Über 70 % der Patienten kommen mit einer Überweisung vom Hausarzt in die internistische Praxis, 18 % mit ihrer Chipkarte ohne Überweisung bzw. als Notfall oder mit einem Vertreterschein. Bei 2 % der Leistungen handelt es sich um eine Weiterversorgung nach Krankenhausaufenthalt und 8 % der Behandlungsleistungen erfolgen durch Überweisung von anderen Fachärzten. Diese Zahlen liefern keine Hinweise darauf, dass die niedergelassenen Fachinternisten eine Form von „Rosinenpicken“ in Bezug auf die Auswahl ihrer Patienten bzw. das Leistungsspektrum betreiben. Weiterhin beurteilen nur 47 % der Internisten die mitgebrachten Unterlagen als ausreichend, so dass die internistischen Leistungen u.a. auch der weiteren, medizinisch erforderlichen Abklärung des Behandlungsfalls dienen.

Mit Blick auf das konkrete Leistungsspektrum entfallen 30 % der Leistungen auf die so genannte reguläre Behandlung (Beratung, Untersuchung, Diagnostik, Vorsorge, IGEL). 20 % auf die Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen (Hypertonie, postoperative Betreuung, Rhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, Infarkt, Herzvitium), 17 % auf Behandlungen im Gastrointestinaltrakt (GIT: Ulcus, Gastritis, Pankreatitis, Colitis, Polypen, Hepatitis), 9 % auf die die Behandlung der Gefäße und 8 % auf die Versorgung des endokrinen Systems (insb. Diabetes). 4 % des Leistungsspektrums beinhalten die Behandlung von Lungenerkrankungen, 3 % Tumorerkrankungen, 3 % die Behandlung und Versorgung von Nierenerkrankungen und 2 % die Behandlung von Infektionserkrankungen (vgl. Tabelle 27). Dieses Leistungsspektrum harmoniert in wesentlichen Teilen mit Ergebnissen, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland jährlich veröffentlicht (vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2007). Alles in allem zeigt die Auswertung bestehende bzw. sich neu formierenden Kooperationsmöglichkeiten im niedergelassenen internistischen Bereich und das breite Leistungsspektrum in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.

Tabelle 25: Patientenmerkmale internistischer Fälle

Geburtsdatum/Alter	Gesamt	unter 20 J.	20 bis 40 J.	40 bis 60 J.	60 bis 75 J.	älter als 75 J.
Beide Geschlechter	7369	172	866	2339	2732	1260
Prozentanteile	100,00	2,33	11,75	31,74	37,07	17,10
männlich	3496	85	358	1148	1344	561
Anteil an allen Patrienten	47,44	1,15	4,86	15,58	18,24	7,61
Anteil an den männl. Patienten	100,00	2,43	10,24	32,84	38,44	16,05
weiblich	3873	87	508	1191	1388	699
Anteil an allen Patrienten	52,56	1,18	6,89	16,16	18,84	9,49
Anteil an den weibl. Patrienten	100,00	2,25	13,12	30,75	35,84	18,05

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 26: Praxisstrukturen niedergelassener Internisten

Wegstrecken zur Praxis	Häufigkeiten	%-Anteil	Ø-Wegstrecke 9,63
bis 10 km zur Praxis	4836	65,63	
bis 30 km zur Praxis	2160	29,31	
mehr als 30 km zur Praxis	373	5,06	
Überweisungsverhalten¹⁾			
ÜW vom Hausarzt	5575	72,0	} 100%
ÜW vom Facharzt	660	8,0	
Chipkarte oÜW_NF_VS	1473	18,0	
Weiterversorgung stationär	138	2,0	
Unterlagen ausreichend	3491	47,0	eigene Kategorie
Akut_Notfall	719	10,0	eigene Kategorie
versorgungsbedürftige Angehörige	199	2,7	eigene Kategorie

1) Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Weiterversorgung des Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt, die Überweisung durch andere Fachärzte sowie die zur weiteren Abklärungen des Behandlungsfalls durchgeführten Maßnahmen verdeutlichen, dass der niedergelassene Facharzt in der Versorgungsrealität bei bestimmten Krankheitsbildern de facto den Primärarzt des Patienten darstellt und dabei auch die Koordination der Versorgung wahrnimmt.

Tabelle 27: Leistungsspektrum Internist

Behandlung	Gesamt- Anteil	Anteil innerhalb der Kategorie
Reguläre Behandlung	29,9	
Herz	20,5	
Herz_KHK_Infarkt_Ko		23,1
Herz_Hypertonie		36,4
Herz_PM_ICD		4,1
Herz_Rhythmusstörung_Synkope		18,2
Herz_Vitium		9,8
Herz_CMP		5,5
Herz_postop_Betreuung_transplant		3,0
Gefäße	8,7	
Gefäße_cer_vask_dbs		30,3
Gefäße_Thrombose		31,6
Gefäße_PAVK		19,3
Gefäße_abd_Gef		5,8
Gefäße_cvi		13,0
Niere	3,2	
Niere_Diab_Neph		15,0
Niere_sek_hyp		9,6
Niere_GN_und_inerst		13,5
Niere_Elektrolytst		8,1
Niere_NI13		22,4
Niere_NI15		11,0
Niere_Dialyse		10,6
Niere_TPL		9,8
Lunge	4,2	
Lunge_COPD		49,0
Lunge_PHT_Embolie		17,2
Lunge_Asthma		33,8

Fortsetzung Tabelle 27: Leistungsspektrum Internist

GIT	17,3	Anteil innerhalb der Kategorie
GIT_Ulc_v_d		7,8
GIT_Gastritis_Gerd		29,6
GIT_Pankreatitis		3,6
GIT_Cholelithiasis		6,1
GIT_Hepatitis		3,0
GIT_Hepatose		7,4
GIT_Divertikel		12,0
GIT_Colitis		8,2
GIT_Polypen		16,3
GIT_Blutung		6,0
Infektionen	1,6	
Infektion_Pneumonie		29,1
Infektion_Borreliose		13,4
Infektion_virale_EK		26,8
Infektion_sonstige		30,7
Endokrines System	7,9	
Endokrines System_Diabetes_mell		47,9
Endokrines System_sonst_EEK		11,4
Endokrines System_Thyreopathie		30,6
Endokrines System_Hpara		10,1
Tumor Erkrankungen	2,7	
Tumor_GIT_Lunge		39,3
Tumor_System_EK_Metastasierung		32,1
Tumor_Betreuung_Chemotherapie		28,6
Allgemein_Sonstige	4,1	
Allgemein_Antikoagulation		43,0
Allgemein_Immunol_rheumat_EK		33,8
Allgemein_Präoperat_Diagnostik		23,2

Quelle: Eigene Berechnungen.

8.3 Kostenstrukturen fachärztlich tätiger Internisten

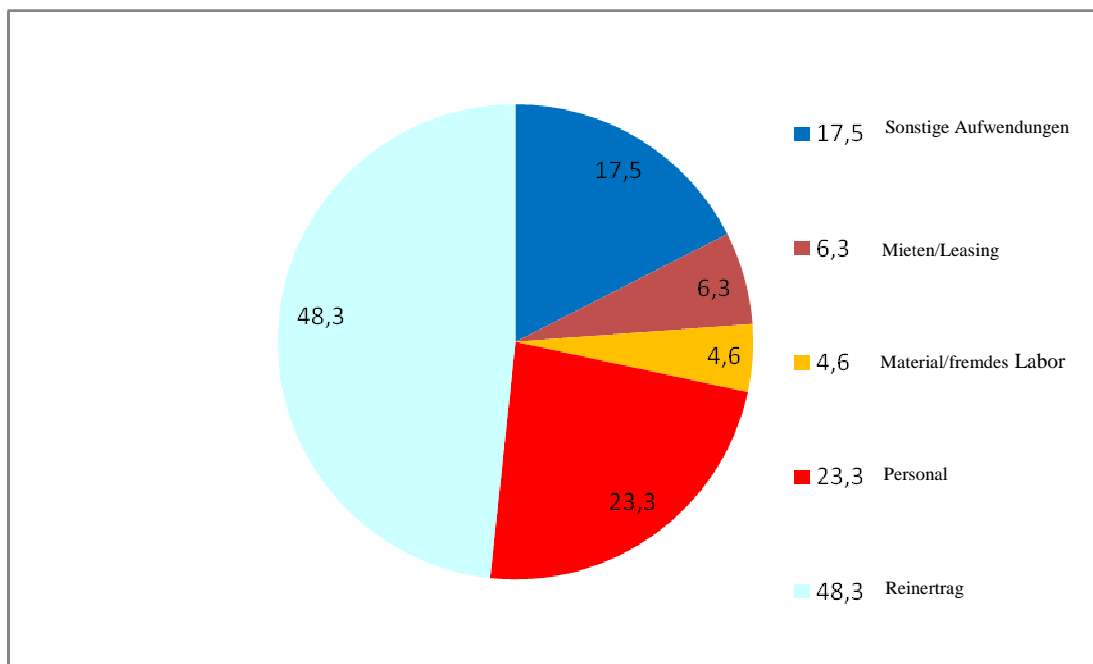
Das Statistische Bundesamt und das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung veröffentlichen in regelmäßigen Abständen so genannte Kostenstrukturerhebungen für den ärztlichen und zahnärztlichen Bereich. Diese erfassen die Struktur und die Veränderung der Praxiskosten von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten im Verhältnis zum Umsatz. Die Publikationen des Statistischen Bundesamts erscheinen in der Fachserie 2, Reihe 1.6.1 vierjährlich, die des Zentralinstituts dagegen jährlich. Das Statistische Bundesamt hat aktuell die Auswertungen für das Jahr 2007 publiziert. Das Zentralinstitut stellt seine Ergebnisse intern innerhalb der KVen zur Verfügung. Die letzte verfügbare Analyse bezieht sich hier auf das Jahr 2001.

Unter den Erhebungsmerkmalen nehmen die Aufwendungen den größten Raum ein. Erfasst werden die anfallenden Aufwendungen nach Aufwandsarten, wie z. B. Personalaufwand, Materialaufwand, Mieten, Fremdkapitalzinsen und Abschreibungen. Die Einnahmen dienen als Bezugsgrundlage für die Aufwendungen und unterscheiden sich nach der Art der selbstständigen ärztlichen Tätigkeit. Bei allen Bereichen wird nach der Kennzeichnung der Praxis (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft) und bei den Arztpraxen zusätzlich nach der Fachrichtung der Praxisinhaber/-innen gefragt. Zieht man die Summe der Aufwendungen von der Summe der Einnahmen ab, so erhält man den Reinertrag. Diesen weisen die Statistiken jeweils je Praxis und je Praxisinhaber aus.

Insgesamt ergaben sich im Jahr 2007 durchschnittliche Einnahmen von 399.000 Euro je Praxis (ohne Medizinische Versorgungszentren) und von 294.000 Euro je Praxisinhaber. Der Anteil der Einnahmen aus ambulanter und stationärer Kassenpraxis belief sich auf 71,0 % im Jahr 2007 gegenüber 75 % im Jahr 2003. Der entsprechende Anteil der Einnahmen aus ambulanter und stationärer Privatpraxis stieg dagegen von 22,2 % (2003) auf 25,9 % (2007) und die Einnahmen aus sonstiger selbstständiger ärztlicher Tätigkeit auf von 2,7 % (2003) auf 3,1 % (2007) an. Die Finanzierung der Arztpraxen erfolgt somit inzwischen zu fast einem Drittel über Nicht-GKV-Ausgabenträger, während sich der Finanzierungsanteil der Arztpraxen über die GKV in den vergangenen Jahren kontinuierlich verringert hat. Bei den

Versichertenzahlen ergibt sich demgegenüber folgendes Bild: Der Bevölkerungsanteil mit privater Vollversicherung belief sich im Jahr 2007 auf 10,3 % (gegenüber 9,7 % im Jahr 2003), während 85,4 % der Bevölkerung in der GKV versichert sind (im Vergleich zu 87,8 % in 2003) (vgl. Statistisches Bundesamt 2009).

Abbildung 34: Kostenstruktur in Arztpraxen 2007 (Aufwendungen und Reinertrag in % der Einnahmen)

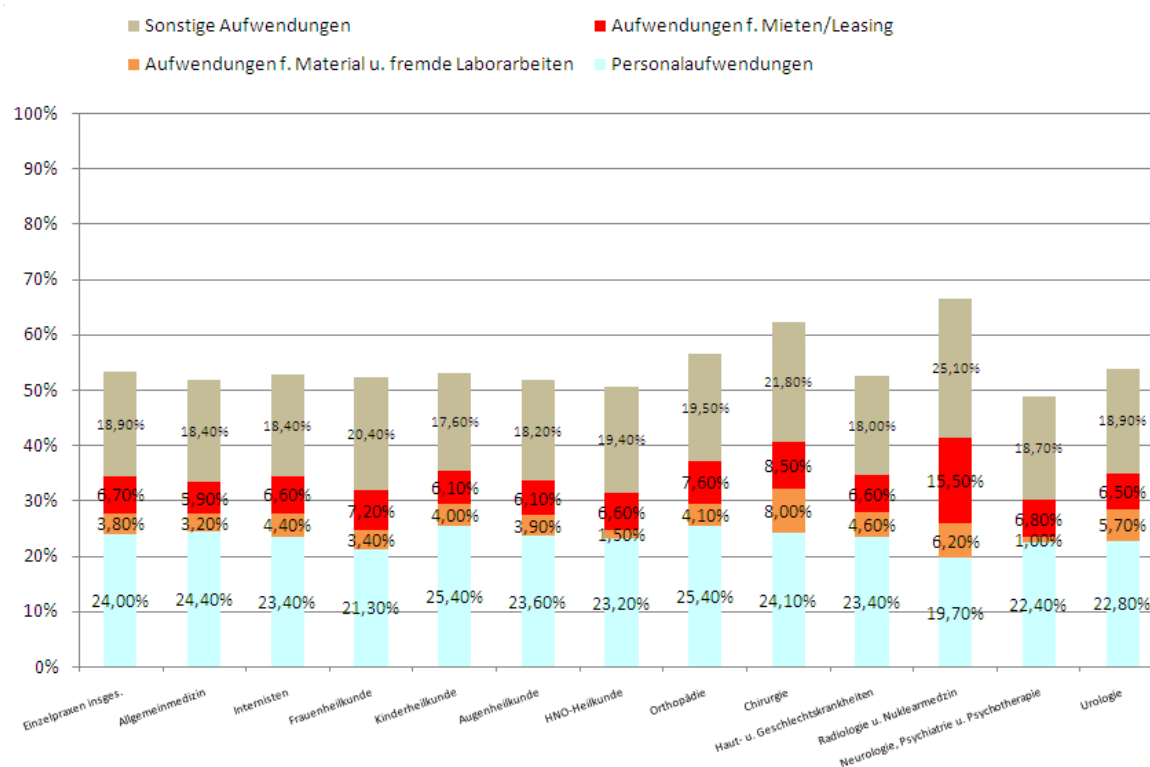


Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2009, S. 13.

Die Aufwendungen der Arztpraxen betragen im Jahr 2007 durchschnittlich 51,7 % der Einnahmen (vgl. Abbildung 34). Den größten Teil der Aufwendungen stellten in einer Arztpraxis die Personalaufwendungen mit durchschnittlich 23,3 % der Einnahmen dar. Hohe Kosten fielen weiterhin bei den Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten mit durchschnittlich 4,6 % der Einnahmen und bei den Aufwendungen für Mieten/Leasing mit durchschnittlich 6,3 % der Einnahmen an. Stellt man die Aufwendungen nach Fachrichtungen der Ärzte dar, so hatten bei den Einzelpraxen die Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin mit insgesamt 66,5 % der Einnahmen die höchsten Aufwendungen, gefolgt von den Fachärzten für Chirurgie mit 62,4 % und den Orthopäden mit 56,6 %. Bei den

niedergelassenen Fachinternisten beliefen sich die Aufwendungen in Relation zu den Einnahmen auf 52,8 % (vgl. Abbildung 35). Die geringsten Aufwendungen hatten mit insgesamt 48,9 % der Einnahmen die Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie und Psychotherapie. Der Anteil der Personalaufwendungen betrug bei den Einzelpraxen zwischen 19,7 % der Einnahmen bei den Fachärzten für Radiologie und Nuklearmedizin und 25,4 % der Einnahmen bei den Fachärzten für Kinderheilkunde und den Orthopäden. Die Internisten verzeichneten einen Personalausgabenanteil von 23,4 %.

Abbildung 35: Kostenstruktur in Arztpraxen nach Fachrichtung 2007 (in % der Einnahmen)



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2009, S. 13.

Die höchsten Materialaufwendungen hatten ebenfalls die Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin mit 6,2 % der Einnahmen. Bei den Internisten belief sich dieser Anteil auf 4,4 %. Die niedrigsten Materialaufwendungen fielen bei den Fachärzten für Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie und Psychotherapie mit 1,0 % der Einnahmen an. Auch bei den Aufwendungen für Mieten/Leasing lagen die Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin

mit 15,5 % der Einnahmen an der Spitze. Die Internisten wendeten hierfür einen Anteil von 6,6 % auf. Die geringsten Aufwendungen für Mieten/ Leasing wiesen die Allgemeinmediziner mit 5,9 % der Einnahmen auf.

Der durchschnittliche Reinertrag je Praxis beläuft sich auf 193 000 Euro (+17,7% gegenüber 2003). Je Praxisinhaber liegt der Reinertrag mit 142 000 Euro um 12,7% über dem von 2003. Diese Durchschnittswerte lassen sich aber keinesfalls auf den einzelnen Kassenarzt herunter rechnen. Gerade die Durchschnittsbetrachtung ist anfällig für so genannte Ausreißer. Da sich der Reinertrag aus der Summe der Einnahmen abzüglich der Summe der Aufwendungen errechnet, ergibt sich durch die unterschiedlichen Strukturen der Praxen allerdings eine starke Ungleichverteilung. 35 % der Arztpraxen mit Einnahmen zwischen 125.000 und 250.000 Euro weisen beispielsweise einen durchschnittlichen Reinertrag in Höhe von 84.000 Euro auf und schneiden im Vergleich mit einem ärztlichen Angestelltenverhältnis eher ungünstig ab. (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 15).

Ein wichtiger Bestimmungsfaktor des ärztlichen Einkommens besteht in der mehr oder weniger begrenzten Möglichkeit zur Steigerung des Privathonoraranteils. Einfluss auf das Einkommen hat auch die Praxisorganisation: Trotz niedrigeren Umsatzes je Arzt kommen Hausärzte in Gemeinschaftspraxen auf einen Gewinn von 125.000 Euro pro Kopf - 15 000 Euro mehr als ein Hausarzt in einer Einzelpraxis.

Bei der aktuellen Diskussion über das Einkommen freiberuflich selbständig tätiger Ärzte wird häufiger vernachlässigt, dass sich das ärztliche Einkommen nur sehr approximativ aus solchen Strukturhebungen ermitteln lässt. Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit werden meist nach der Einnahmen-Überschuss-Rechnung (§4 Abs. 3 EStG) ermittelt. Diese Ermittlung ist ökonomisch durchaus problematisch, da sie die reale Situation einer Arztpraxis nicht aktuell darstellen kann. Die Bewertungen der ärztlichen Einkommensposition aus den Strukturhebungen basieren dennoch fast ausschließlich auf den Daten aus den Einnahmen-Überschuss-Rechnungen. Letztlich werden in dieser Rechnung Einnahmen und Ausgaben gegenübergestellt, nicht aber Erlöse (Umsätze) und Kosten: bei stagnierenden oder gar rückläufigen Einnahmen wird die wirtschaftliche Situation positiv überzeichnet. Ein zentraler Nachteil liegt darin, dass nicht alle relevanten Kostenarten erfasst werden, etwa die Kosten

des Arztes selbst, seine Arbeitszeit und andere kalkulatorische Kosten, beispielsweise für die Risikoversicherung. Der Werteverzehr an Geräten, Einrichtungen und sonstigen Sachanlagen wird ebenfalls nicht verursachungsgerecht erfasst. Viele Praxen haben beispielsweise in der Vergangenheit wegen der wirtschaftlich unsicheren Lage kaum investiert. Ein solcher schleichender Substanzverlust bleibt bei dieser Art der Einkunftsermittlung unberücksichtigt, obwohl dies langfristig ein erhebliches wirtschaftliches Risiko für die Praxis birgt.

Ein genaueres Bild könnte eine betriebswirtschaftliche Kosten- und Leistungsrechnung vermitteln. Mit solchen fachspezifischen Rechnungen wurden auch Unterdeckungen für einige Facharztgruppen nachgewiesen. Die ermittelte betriebswirtschaftliche Umsatzrendite lag zwischen minus fünf Prozent und plus zehn Prozent (vgl. Henker, O. 2009). Bei einigen GKV-Leistungen waren somit die betriebswirtschaftlichen die Kosten nicht mehr gedeckt. Es erscheint daher erforderlich, die Datenbasis zu aktualisieren, auszuweiten und so eine nachvollziehbare, empirische Grundlage aufzubauen.

Fallstudie: Kosten und Vergütungen der endoskopischen Untersuchungen Gastroskopie und Koloskopie

Die im Rahmen der Fallstudie untersuchte Praxis für internistische Leistungen weist einen Schwerpunkt der erbrachten Leistungen im Bereich der endoskopischen Untersuchungen auf. Für GKV-Versicherte können im Bereich der endoskopischen Untersuchungen bei einem Punktwert von 3,5 Cent die folgenden Preise für eine Behandlung verrechnet werden (Stand Juni 2009 in Bayern):

- Koloskopie: 174,83 Euro
- Gastroskopie: 48,00 Euro.

Die Fallstudie zielte darauf ab, ausgehend von dieser Einnahmensituation die Ist-Kosten endoskopischer Leistungen zu ermitteln und diese den Einnahmen gegenüberzustellen. Die Daten entstammen der betriebswirtschaftlichen Auswertung des Jahres 2007. Ergänzend wurde das Anlagevermögen der Praxis ermittelt, wobei nur die Geräte erfasst wurden, die für das Angebot einer koloskopischen oder gastroskopischen Behandlung von Relevanz sind. Die

Analyse wurde auf Basis der Vollkosten vorgenommen. Die Aussagen hinsichtlich der Ist-Kosten lassen sich daher nicht ohne Weiteres auf andere Praxen übertragen.

In einem ersten Schritt wurden sämtliche Kosten der Praxis erfasst, im zweiten Schritt erfolgte dann eine Aufgliederung nach Kostenarten (Personalkosten, Kosten der Praxis- und Laboreinrichtung, Kosten der medizinischen Geräte, Raumkosten, Beiträge und Versicherungen, Fahrzeugkosten und weitere Kosten). Im dritten Schritt wurden im Rahmen einer Kostenstellenrechnung diese Kosten den beiden Behandlungen Koloskopie und Gastroskopie zugerechnet. Hierbei wurde zwischen Einzelkosten und Gemeinkosten unterschieden. Eine abschließenden Kostenträgerrechnung in Schritt vier ermittelte die Kosten einer gastroskopischen bzw. koloskopischen Behandlung. Tabelle 28 gibt die Behandlungskosten für eine gastroskopische bzw. koloskopische Untersuchung wieder. Die beiden Berechnungsvarianten unterscheiden sich darin, dass einmal die Berechnung unter Einschluss und zum anderen unter Ausschluss eines fiktiven Arztlohns (in Höhe der anteiligen Personalkosten) vorgenommen wurde.

Tabelle 28: Kostenträgerrechnung Koloskopie und Gastroskopie

	Gastro	Colo
Materialkosten	8,60	9,12
Fertigungskosten	26,72	24,35
Personalkosten (ohne Arztlohn)	38,09	49,77
Verwaltung + weitere Gemeinkosten	27,75	36,27
Gesamtkosten pro Behandlung:	101,17 €	119,52 €
Einnahmen:	48,00 €	174,83 €
Unter- / Überdeckung:	-53,17 €	55,31 €

	Gastro	Colo
Materialkosten	8,60	9,12
Fertigungskosten	26,72	24,35
Personalkosten (incl. Arztlohn)	92,16	92,32
Verwaltung + weitere Gemeinkosten	27,75	36,27
Gesamtkosten pro Behandlung:	155,24 €	162,06 €
Einnahmen:	48,00 €	174,83 €
Unter- / Überdeckung:	-107,24 €	12,77 €

Quelle: Eigene Darstellung.

Es zeigt sich, dass bei Ausblendung des fiktiven Arztlohns mit den Leistungen im Bereich der Koloskopie eine Überdeckung von 55,31 Euro pro Untersuchung erwirtschaftet wird. Dem

steht eine Unterdeckung im Bereich der Gastroskopie in Höhe von 53,17 Euro pro Untersuchung gegenüber. Unter Versorgungsaspekten läuft das neue Honorarsystem Gefahr für den Arzt Anreize zu setzen, den Umfang bestimmter Leistungen aus rein betriebswirtschaftlichen Gründen einzuschränken (hier Gastroskopien) bzw. den Umfang anderer Leistungen auszudehnen (hier Koloskopien), ohne dass hierfür medizinische Gründe vorliegen. Unter Einschluss eines fiktiven Arztlohns ergibt sich für die Gastroskopie eine Unterdeckung in Höhe von 107,24 Euro, während die koloskopischen Leistungen knapp kostendeckend bleiben (12,77 Euro). Diese Ergebnisse erweisen sich im Hinblick auf verschiedenen Sensitivitätsanalysen (insb. variierende Fallzahlen) als robust.

Für den Bereich der Gastroskopie liegt vom Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng) eine aktuelle Kostenkalkulation vor, die zu vergleichbaren Ergebnissen kommt. Tabelle 29 zeigt, dass sich die Gesamtkosten (ohne Arzthonorar) auf etwa 112,50 Euro belaufen, woraus im Vergleich mit den tatsächlichen Einnahmen auch hier eine Unterdeckung resultiert. Das fiktive Arzthonorar wurde gemäß EBM 2008 mit etwa 40 Euro pro Gastroskopie veranschlagt und käme in einer Alternativrechnung inklusive Arztlohn zu den Gesamtkosten noch hinzu, wodurch sich nach diesen Berechnungen die Unterdeckung noch verschärft.

Tabelle 29: Kostenkalkulation Gastroskopie des Berufsverbands Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands

Geräte	20 €	Gastroskop, Endoskopieeinheit, Untersuchungsliegen; Notfallausstattung; kalkulatorische Zinsen
Reparaturen	12,50 €	(incl. Versicherung)
Raumkosten	7,50 €	(incl. Raumreinigung und Gemeinkostenanteil)
Geräteaufbereitung	12.50 €	(incl. Abschreibung für Desinfektionsautomaten)
Verbrauchsmaterial	10 €	Biopsiezange, Reinigungsbürste, Spülkatheter, ect.
Personalkosten	40 €	Endoskopieassistenz, Geräteaufbereitung, Fortbildung
Sonstige Kosten	10 €	anteilig Praxiseinrichtung, Personal Anmeldung, Büro, Telefon, Miete, Reinigung, Praxiswäsche, Rauminstandhaltung

Quelle: Vgl. Berufsverbands Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng) 2009, S.2.

9. Zusammenfassung in Thesen

- (1) Die Zahl der Vertragsärzte nahm zwischen 1993 und 2006 deutlich schwächer zu als jene der Krankenhausärzte. Innerhalb der Vertragsärzte stieg der Anteil der Fach- gegenüber den Hausärzten an, wobei die krankenhausnahen Spezialisten die höchsten Wachstumsraten verzeichneten. Diese Entwicklung erlaubt per se noch keine Aussagen über die Effizienz und Effektivität der Versorgung. So kann z. B. das überdurchschnittliche Wachstum der krankenhausnahen Fachärzte auch auf eine durchaus erwünschte Substitution stationär durch ambulante Behandlungen zurückgehen.
- (2) In der GKV stiegen seit Beginn der 90er Jahre die Ausgaben für ambulante Behandlung bzw. Arztpraxen unter den Behandlungsarten bzw. Einrichtungen am schwächsten an. Dieser Befund sowie ein Vergleich mit der Ausgabenentwicklung im der PKV legen den Schluss nahe, dass sich - unabhängig von allokativen und/oder distributiven Zielen der Gesundheitsversorgung - das Ausgabenwachstum im vertragsärztlichen Bereich mit Hilfe der korporativen Koordination wirksamer begrenzen ließ als in den übrigen Leistungssektoren.
- (3) Bei internationalen Vergleichen, die nicht auf die absolute Lebenserwartung und die Gesundheitsquote, sondern auf die relativ valideren Indikatoren Wachstum der Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben pro Kopf abstellen, schneidet das deutsche Gesundheitswesen überdurchschnittlich gut ab. Frankreich, Österreich und die Schweiz, in denen es ebenfalls niedergelassene Fachärzte gibt, nehmen hier ebenso vordere Plätze ein. Da die nationalen Gesundheitsausgaben nur einen begrenzten Einfluss auf die Lebenserwartung ausüben, erlauben diese Ergebnisse zwar noch keine Schlüsse über die relative Effizienz der jeweiligen Gesundheitssysteme, sie weisen aber auf keinen Fall auf eine unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen mit niedergelassenen Fachärzten hin.
- (4) Die absehbare demographische Entwicklung mit einem stark steigenden Anteil älterer und hochbetagter Menschen stellt die Gesundheitspolitik künftig insofern vor

erhebliche Herausforderungen, als einerseits der Behandlungsbedarf zunimmt und andererseits jener Bevölkerungsanteil schrumpft, der diese Versorgung zu übernehmen vermag. Diese Problematik, eine wohnortnahe Versorgung auf hohem Niveau nachhaltig sicherzustellen, tritt dann verschärft in strukturschwachen ländlichen Regionen auf. In diesem Kontext verdeutlicht ein Vergleich der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgangsprofile in der GKV die Notwendigkeit, künftig stationäre Behandlungen weitmöglichst durch ambulante zu ersetzen.

- (5) Der medizinische Fortschritt bildet eine zentrale Ursache von Leistungsverlagerungen zwischen den Sektoren und hier vor allem zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. In Verbindung mit dem erfreulichen Befund, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter in einem guten gesundheitlichen Zustand erreichen, ermöglicht der medizinische Fortschritt zunehmend die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen.
- (6) Eine bedeutsame Aufgabe der zukünftigen Gestaltung der Versorgung liegt in einer zielorientierten sektorübergreifenden Koordination. Wie bei allen Behandlungsarten bietet sich auch bei der Weiterentwicklung der ambulanten Facharztversorgung ein funktionsgerechter Wettbewerb an den heutigen Schnittstellen der Sektoren an. Dabei schließt ein zielorientierter Wettbewerb die Kooperation anstelle der Konfrontation als Leitbild der zukünftigen Entwicklung keineswegs aus.
- (7) Um effizienz- und effektivitätssteigernde Effekte auszulösen, benötigt der Wettbewerb auch im Gesundheitswesen eine adäquate Rahmenordnung. Da der Gesetzgeber im Rahmen der jüngsten Reformen, z. B. hinsichtlich der erweiterten Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser, die entsprechende Wettbewerbsordnung aber nicht anpasste, erzeugt die Konkurrenz an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor derzeit immer noch vielfach unerwünschte Effekte. Die niedergelassenen Fachärzte befinden sich auf diese Weise zwischen der politisch geförderten hausarztzentrierten Versorgung und den Expansionsmöglichkeiten der Krankenhäuser. So widerspricht die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, sowohl einem

ergebnisoffenen Wettbewerb der verschiedenen Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorübergreifenden Versorgung.

- (8) Ein funktionsfähiger Wettbewerb zur Optimierung einer sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung erfordert an den Schnittstellen der Leistungssektoren einheitliche Leistungsdefinitionen, gleiche (Mindest-)Qualitätsstandards und eine einheitliche Vergütung für gleiche Leistungen. Gleiches gilt für die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden und die (monistische) Finanzierung von Investitionen. Hinsichtlich dieser Desiderata besitzen niedergelassene Fachärzte gegenüber Krankenhäusern derzeit eindeutige wettbewerbliche Nachteile.
- (9) Angesichts der zu erwartenden weiteren Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich gewinnt die ambulante Behandlung an den heutigen Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zunehmend an Bedeutung. Die zukünftige Gesundheitsversorgung geht bei einem relativ schrumpfenden stationären Sektor mit einer spürbaren Ausweitung des Primärversorgungsbereiches und des Bereiches der sekundären fachärztlichen Versorgung einher. Dabei steht es den Krankenhäusern offen, auch im Bereich der sekundären fachärztlichen Versorgung ihre Leistungen anzubieten und mit den niedergelassenen Fachärzten in Wettbewerb zu treten, was vielfältige Kooperationen zwischen diesen Leistungserbringern nicht ausschließt. Von diesen Strukturverschiebungen können vor allem jene niedergelassenen Fachärzte profitieren, die strukturiert arbeiten und, wo es sich im Sinne einer effizienten und effektiven Versorgung anbietet, auch Kooperationen sowohl mit Hausärzten als auch mit Krankenhäusern suchen.
- (10) Empirische Studien und Umfragen weisen auf die Möglichkeiten und die Bedeutung der internistischen fachärztlichen Versorgung als einen elementaren Baustein einer patientenorientierten wohnortnahen Gesundheitsversorgung hin. Bei ausgewählten Krankheitsbildern übernimmt der niedergelassene Facharzt schon heute die Rolle eines Primärarztes, zuweilen auch die eines Gatekeepers. Derzeit stehen die niedergelassenen Fachärzte - zumindest in einigen Bundesländern - unter einem doppelten Druck: Zu primär hausgemachten Problemen im Rahmen der

Honorarreform treten Zentralisierungstendenzen im Kollektivvertragssystem hinzu. Dies mag die Befürchtungen vieler Fachärzte um die wirtschaftliche Existenz ihrer Praxis verständlich erscheinen lassen.

Literaturverzeichnis:

- Albrecht, M., Freytag, A., Gottberg, A. und Storz, P. in Zusammenarbeit mit B. Rürup (2007), Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem, Berlin.
- Amelung, V. (2007), Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 4. Aufl. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Armbruster, S., Lubs, S., Röhrig, N. und Wagner, K. (2006), Auf Expansionskurs, in: Deutsches Ärzteblatt, PP, Nr. 11, S. 494-495.
- Augurzky, B. et al. (2009), Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, RWI-Materialien, 52/2009, Essen.
- Babel, B. (2007), Bevölkerungsvorausrechnungen unter besonderer Berücksichtigung von Unsicherheiten, Lohmar, Köln.
- BASYS (2002), Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung. Kurzfassung des Endberichtes. Diskussionsvorlage zum Workshop am 11./12. April 2002, Bonn, Augsburg.
- Baur, R., Heimer, A. und Wieseler, S. (2001), Health Care Systems and Reform Efforts: An International Comparison. In: Böcken, J., Butzlaff, M. und Esche, A. (Hrsg.), Reforming the Health Sector, Gütersloh, S. 23-136.
- Bausch, Frank (2007), Was ändert sich für das MVZ?; in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 10, 9. März 2007, S. A621.
- Becker, K., Brändle, A. und Zweifel, P. (2007), Das Discrete-Choice-Experiment. In: Böcken, J., Janus, K., Schwenk, U. und Zweifel, P. (Hrsg.), Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 38-151.
- Bedarfsplanungs-Richtlinie (2007), Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, Neufassung vom 15. Februar 2007.
- Böcken, J. (2006), Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordination zum Facharzt, in: Böcken, J. et al. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2006, Gütersloh, S. 247-271.
- Breyer, F. und Felder, S. (2006), Life Expectancy and Health Care Expenditures in the 21st Century: A New Forecast for Germany Using the Costs of Dying, in: Health Policy 75, S. 178-186.

- Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. (2005), Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin, Heidelberg 2005.
- Bruchenberger, E. (1998), Krankenhausplanung und Planungsgrundlagen, in: Arnold, M. und Paffrath, D. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 1998, Stuttgart, S. 93-107.
- Bruckenberger, E. (1996), Statt der Großgeräteabstimmung Steuerung über ergänzende Vereinbarungen?, in: das Krankenhaus, 6/96, S. 281-287.
- Buchner, F. (2002), Versteilerung von Ausgabenprofilen in der Krankenversicherung, Baden-Baden.
- Buchner, F. und Wasem, J. (2006), Steeping of Health Expenditure Profiles, in: The Geneva Papers on Risk and Insurance, Issues and Practice, 31(4), S. 581-599.
- Bundesärztekammer (2009), Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen - ein Widerspruch, der keiner ist, o. O.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005), Medizintechnikstudie 2005, Berlin.
- Bundesverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng) (2009), Bewertungsansatz EBM 2000plus/EBM 2008, Neu-Ulm.
- Buslei, H., Schulz, E. und Steiner V. (2007), Auswirkungen des demographischen Wandels auf die private Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen in Deutschland bis 2050, DIW: Politikberatung kompakt 26, Berlin
- Cassel, D., Epsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S. und Wasem, J. (2006), Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Juli 2006.
- Cutler, D. und Zeckhauser, R. (2000), The Anatomy of Health Insurance, in: Culyer, A. und Newhouse, J. (Hrsg.), Handbook of Health Economics. Amsterdam, New York, Elsevier, S. 564-643.
- Deutscher Bundestag Drucksache 15/1170 (BT-Drucks. 15/1170) (2003), Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)
- Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung (DGbG) e.V.(2008), Stellungnahme zur Gesetzesänderungsinitiative der bayerischen Landesregierung für den §73b SGB V, Berlin 26.08.2008.
- Diehl, M. und Hartz, B. (2007), Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, Fortbildungsheft 4 der KBV.

- Dierks, C. und Hildebrandt, R. (2007), Neue Freiheiten für Vertragsärzte, in IMPLICONplus, 2/2007, Berlin.
- Ehrlinghagen, M. und Pihl, C. (2004), Der Hausarzt als Lotse im System der ambulanten Gesundheitsversorgung? Empirische Analysen zum Einfluss der individuellen Hausarztbindung auf die Zahl der Arztbesuche, Diskussionspapiere aus der Fakultät für Sozialwissenschaft – 04-4 Ruhr-Universität Bochum 2004.
- Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ (2002), Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Schlussbericht, BT-Drucksache 14/8800, Berlin.
- Erbsland, M. und Wille, E. (1995), Bevölkerungsentwicklung und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 4/1995: 661-686.
- Ernst, A.-S. und Sawicki, P.T. (2005), Erfahrungen von Patienten im Sechs-Länder-Vergleich. Deutsche Patienten relativ unzufrieden trotz hohem Versorgungsniveau, in: Die BKK, 93. Jg., 12, S. 532-536.
- Ertl, G. (2008), Individualität in Medizin und Forschung, 114. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 31.03.2008 in Würzburg, online verfügbar, URL: http://www.dgim.de/pdf/Er%C3%B6ffnungsrede_Ertl_IK_08.pdf (Stand Juni 2009).
- Flintrop, Jens (2006), Wolfgang Pföhler. Die Vollversorgung in der Fläche ist das Ziel, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 1-2, 9. Januar 2006, S. A11f.
- Fries, J.F. (1980), Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity, in: New England Journal of Medicine, 303, S. 130-135.
- Fries, J.F. (2000), Compression of Morbidity in the Elderly, in: Vaccine, 18(16), S. 1584-1589.
- Gäfen, G. (1984), Zur Beurteilung medizinischer Fortschritte und Forschungen: Notwendigkeit, Ansatzpunkte und Probleme normativer Aussagen, in: Münnich, F.E. und Oettle, K. (Hrsg.) (1984), Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin, Band 6 der Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Gerlingen, S. 145-191.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2007), Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung, Köln.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008), Zugriff unter: www.gbe-bund.de
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009), Beschäftigte im Gesundheitswesen, Zugriff unter: www.gbe-bund.de

- Hauschild, W. und Klose, A. (2006), Kostenstrukturen bei Arzt- und Zahnarztpraxen 2003, in: *Wirtschaft und Statistik*, 11/2006, S. 1151-1158.
- Häussler, B. und Klein, S. (2009), Kooperationen in der ambulanten Versorgung - Medizinische Versorgungszentren, in: *IMPLICONplus - Gesundheitspolitische Analysen* -, 1/2009, Berlin.
- Henke, K.-D. und Reimers, L. (2007), Zum Einfluss von Demografie und medizinisch-technischen Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, in: Ulrich, V. und Ried, W. (Hrsg.), *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen*, Baden-Baden, S. 735-753.
- Henker, O. (2009), Arzthonorare: Gewinnberechnungen auf Talkshow-Niveau, in: *Ärztezeitung* vom 9.4.2009.
- Hof, B. (2001), Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft, Köln.
- Holzer, J. und Anderson, G. (2008), „Hospital at Home“. *Health Policy Monitor*, Oktober 2008, online verfügbar, URL: www.hpm.org/survey/us/b12/1 (stand Juni 2009).
- Höppner, K. und Maarse, J.A.M. (2003), Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden, in: *GGW* 3/2003, S. 21-31.
- Jaumann, M. P. (2006), Die strukturierte Facharztversorgung in Deutschland. Ein Modell für Europa, in: *Gesellschaftspolitische Kommentare*, 47. Jg., Heft 9, S. 3–6.
- Jonitz, G. (2008), Der Weg zum lernenden System, in: *Gesellschaftspolitische Kommentare*, Nr. 01/08, S. 1-8.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung(2006a), Medizinische Versorgungszentren. Sieben Bausteine für die erfolgreiche Gründung und den Betrieb eines MVZ. Erhältlich unter: <http://www.kbv.de/publikationen/8527.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006b), MVZ-Survey 2005. Eine Analyse der strategischen Positionierung Medizinischer Versorgungszentren. Erhältlich unter: <http://www.kbv.de/publikationen/8732.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007), Versorgung gemeinsam gestalten. KBV: für ein kooperatives Miteinander des ambulanten und des stationären Leistungsbereichs, Berlin 2007.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008a), Grunddaten 2008, Berlin, online verfügbar, URL: <http://www.kbv.de/publikationen/125.html>

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008b), So soll das Versorgungsebenen-Modell der KBV funktionieren, in: Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, KV-Blatt 06/2008, S. 14-15.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009a), Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren. MVZ im 1. Quartal 2009. Erhältlich unter: <http://www.kbv.de/koop/9173.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009b), Medizinische Versorgungszentren aktuell. 1. Quartal 2009. Erhältlich unter: <http://www.kbv.de/koop/9173.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009c), Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2009. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage März 2009, Mannheim Mai 2009.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV (2009d), Informationen für das Pressegespräch zur Erstanalyse der Honorarreform, Berlin. Erhältlich unter: <http://www.kbv.de/presse/14406.html>
- Knappe, E. (2003), Demographische Entwicklung, medizinisch-technischer Fortschritt und Finanzierung der Krankenversicherung, in: Informationsdienst 290, S. 8–16.
- Köber, C. (2008), Wettbewerb im Gesundheitswesen. Veränderungen und Verstöße aus Sicht der Wettbewerbszentrale, in: Die Ersatzkasse, 7/2008, S. 256-259.
- Kopetsch, T. (2003), Die zukünftige Entwicklung des hausärztlichen Versorgungsbereiches im deutschen Gesundheitswesen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 11-12/2003, S. 43-50.
- Kopetsch, T. (2007), Der Zusammenhang zwischen dem Leistungsgeschehen im ambulanten und stationären Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Eine empirische Untersuchung, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 227/1, S. 49-64.
- Korzilikus, H. und Rieser, S. (2009), Honorarreform 2009: Wo ist bloß das Geld geblieben?, in: Ärzteblatt, Februar 2009, S. 55
- Krämer, W. (1997), Hippokrates und Sisyphus. Die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolgs, in: Kirch, W. und Kliemt, H. (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Regensburg, S. 7-19.
- Kruse, A. et al. (2003), Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten?, Expertise erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg, Heidelberg.
- Lahl, J. (2007), Qualität in der Medizin – auch ohne staatliche Preisregulierung finanzierbar, in: Implicon, 7/2007, S. 7-10.

- Leff, B. et al (2005), Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients, in: *Annals of Internal Medicine*: 143 (11), S. 798-808.
- Linden, M., Gothe, H. und Ormel, J. (2004), Ländervergleich Deutschland/Niederlande. Der Hausarzt als Gatekeeper, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, Heft 39, 24. September 2004, S. A2600-A2602.
- Montgomery, F.U. (2004), Warum wir den technischen Fortschritt brauchen, Vortrag auf dem Spectaris Zukunftsforum, online verfügbar, URL: www.spectaris.de/downloads/presse/zukunftforum_04/MontgomeryStatement.doc, S. 1-5.
- Munte, A. (2006), Hohe Leistungsstandards in der fachärztlichen Versorgung. Materialien der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, München.
- Niehaus, F. (2007), Medizinischer Fortschritt – mehr Morbidität?, in: *Implicon*, 4/2007, S. 1-9.
- Nolte, H.-D. et al. (2006), Nutzen, Kosten, Präferenzen – Wissen was der Bürger will! 4. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens, Neuss.
- Oberender, P. und Linke, C. (2008), Die Anschubfinanzierung - der Motor für medizinische Leistungsstrukturinnovationen, in: *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, Bd. 14, Heft 4, S. 129-141.
- OECD (Hrsg.) (2007), *Health at a Glance 2007*, OECD Indicators, Paris.
- OECD (Hrsg.) (2008), *Gesundheitsdaten 2008*, Paris.
- Porter, M. E. und Olmsted Teisberg, E. (2007), How Physicians Can Change the Future of Health Care, in: *Journal of American Medical Association*, Vol. 297, No. 10, S. 1103-1111.
- Postler, A. (2003), Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen von demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt, Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Nr. 298, Duisburg.
- Rebscher, H. (2005), Perspektiven des solidarischen Gesundheitssystems, in *Gesellschaftspolitische Kommentare*, 46. Jg., Heft 12, S. 6-9.
- Rhön-Klinikum AG (2008), Informationen zur Strategie des Konzerns erhältlich unter: http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/27455.html
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Band I, Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen Bd. 1, Stuttgart 2005.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bd. I: Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention, Stuttgart 2006.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, Bonn.
- Sawicki, P.T. (2005), Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht, in: Medizinische Klinik, 100, S. 755-768.
- Schmacke, N. (2007), Fortschritte der Medizin und demographischer Wandel – Plädoyer für einen Perspektivenwechsel, in: Implicon, 8/2007, S. 1-7.
- Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.) (2002), Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, Urban und Fischer, München.
- Simon, M. (2008), Das Gesundheitssystem in Deutschland - Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise.
- Sinn, H.-W. (2005), Das demographische Defizit - Die Fakten, die Folgen, die Ursachen und die Politikimplikationen, in: Birg, H. (Hrsg.), Auswirkungen der demographischen Alterung und der Bevölkerungsschrumpfung auf Wirtschaft, Staat und Gesellschaft, Münster, S. 53-90.
- Spieth, Frank (2007), Medizinische Versorgungszentren. Sie halten nicht was sie versprechen, in: Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 9/07, September 2007, S. 24f.
- Staeck, F. (2009), Flickenteppich statt Flächendeckung bei Hausarztverträgen, in: Ärzte Zeitung , 30.06.2009.
- Statistisches Bundesamt (1998), Ärztliche und zahnärztliche Praxen, Kapitel 6.5, Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden, online verfügbar, URL: <http://www.gbe-bund.de> (Stand: Juni 2009).
- Statistisches Bundesamt (2006), Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006), Unternehmen und Arbeitsstätten Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen, Fachserie 2, reihe 1.6.1, Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2006a), Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Presseexemplar, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006a), Gesundheit, Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006b), Ergebnisse der 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006c), Sterbetafeln für Deutschland 1871/1881 bis 2003/2005, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007a), Periodensterbetafel 2004/2006, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007b), Wanderungen 2006, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008), Krankenhauslandschaft im Umbruch, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008), Gesundheit. Ausgaben. 1996 bis 2006, Wiesbaden.
- Steiner, M. et al. (2005), Wissenschaftliche Begleitung des Qualitäts- und Kooperationsmodells Rhein-Neckar, Hausarztmodell, 1. Zwischenbericht, Prognos, Basel.
- Stoschek, J. (2009), DAK-Chef kritisiert Hausarztverträge, in: Ärzte Zeitung, 08.05.2008.
- Tesic, D. (2003), Die Abschaffung der so genannten doppelten Facharztschiene. Niedergelassene Fachärzte als Auslaufmodell?, in: Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, KV-Blatt extra 6, S. 8-16.
- Thust, W.-D. und Lieschke, L. (1999), Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen 1999, in: Supplement zum Deutschen Ärzteblatt Heft 26/1999, S. 12-15.
- Ulrich, V. und Schneider, U. (2007), Prognosen der Beitragssatzentwicklung in der GKV- Was lässt sich aus langfristigen Szenarien lernen?, in: Ulrich, V. und Ried, W. (Hrsg.), Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, Baden-Baden, S. 776-795.
- Ulrich, V. und Wille E. (2008), Focus Krankenversicherungsmarkt. Herausforderungen der jüngsten Gesundheitsreform, im Auftrag von Accenture, Kronberg im Taunus.
- Van den Bergh, W. (2009), Die Innere Medizin wird immer wichtiger, in: Ärztezeitung, 15.6.2009.
- Wallhäuser, M. und Robbers, J. (2007), Gesundheitsreform 2007,-Änderungen für Krankenhäuser, Köln, online verfügbar, URL: <http://www.leinen-derichs.de/services/mandantenbriefe/dokus/maerz2007.pdf>

- Wasem, J. und Walendzik, A. (2008), Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung: Mehr Rationalität durch stärkere Zentralisierung?, in: Wirtschaftsdienst, 10/2008, S. 640-647.
- Wille, E. und Ulrich, V. (1991), Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.), Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 194/II, 9-115, Berlin.
- Wille, E. (1999), Auswirkungen des Wettbewerb auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden, S.95-156.
- Wille, E. (2007a), Integrierte Versorgung als Instrument zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität des deutschen Gesundheitswesens, in: Bräunig, D. und Greiling, D. (Hrsg.), Stand und Perspektiven der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre II. Festschrift für Prof. Dr. Dr. h.c. mult. P. Eichhorn, Baden-Baden, S. 201-211.
- Wille, E. (2007b), Die integrierte Versorgung: Stand und Entwicklungsperspektiven, in: Oberender, P. und Straub, C. (Hrsg.), Auf der Suche nach der besten Lösung. Festschrift zum 60. Geburtstag von Norbert Klusen, Baden-Baden, S. 81-94.
- Wille, E. (2008), Korporativismus und Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem, in: Consilium der Bundeszahnärztekammer (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wettbewerb und Regulierung, Berlin et al., S. 1-12.
- Wille, E. (2009), Die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur integrierten Versorgung, in: Wille, E.(Hrsg.), Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und Leistungserbringer, Frankfurt et al, S. 91-123.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2000), Vergleichende Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis –Ergebnisse einer Untersuchung des ZI, Berlin.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2008), Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen, Berlin.
- Zweifel, P. (1998), Managed Care in Germany and Switzerland: Two approaches to a common problem, in: Pharmacoeconomics 14 Suppl. 1, S. 1-8.
- Zweifel, P. (2006), Building a Competitive Insurance System: Switzerland's Strategy for Managed-Care, in: Pharmacoeconomics 24 Suppl. 2, S. 109-117.
- Zweifel, P. et al. (2004), Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the Red Herring, in: The Geneva Papers on Risk and Insurance 29 (4), S. 652-666.