

# Wachstumsmarkt Gesundheit

## Chancen und Herausforderungen

Gastbeitrag von Helmut Laschet

Die Bedingungen für das Angebot medizinischer Güter und Dienstleistungen werden sich bis zum Jahr 2020 deutlich verändern. Stand in den vergangenen 20 bis 30 Jahren die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens im Vordergrund der zu lösenden Probleme, so wird schon in diesem Jahrzehnt der demographische Wandel spürbar: einerseits ein – noch moderat – wachsender Anteil der älteren Generation, andererseits eine Verknappung des Arbeitskräfteangebots. Das wird die Akteure im Gesundheitswesen vor erhebliche Herausforderungen stellen, die aber auch eine Chance sein können: zu lernen für die Zeit ab der Mitte der 20er Jahre, wenn die Babyboomer der 60er

Jahre des vergangenen Jahrhunderts alt geworden sind.

Trotz der zurückliegenden Finanzreformen – die Schaffung des Gesundheitsfonds mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, mit einer zusätzlichen Steuerfinanzierung und den zuletzt 2010 modifizierten Zusatzprämien – bleibt die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung fragil. In diesem und dem nächsten Jahr können die aktuellen Ausgaben zwar gedeckt werden, weil die GKV – mit Zeitverzug wie auch der Arbeitsmarkt – von einem unerwartet starken Konjunkturimpuls im Jahr 2010 profitiert. Sollte die immer noch nicht bewältigte

Finanzkrise jedoch erneut in die Güterwirtschaft durchschlagen, ist ab 2013 mit Finanzierungsrisiken für die GKV zu rechnen: die Einnahmenbasis – und das sind nach wie vor Löhne und Lohnersatzleistungen – könnte schwächer werden. Ungewiss ist, ob ad hoc ersatzweise Steuermittel mobilisiert werden können, wie dies im Jahr 2009 der Fall war. Dagegen sprechen verfassungsrechtlich festgelegte Konsolidierungsziele, die den Staat darauf verpflichten, die Nettoneuverschuldung auf Null zurückzufahren.

Längerfristige Prognosen sind in der Ökonomie schwierig und erfordern mehr oder weniger diskussionswürdige



Annahmen. Gleichwohl können sie erhellend sein. So hat beispielsweise der Ludwigshafener Gesundheitsökonom Professor Michael Schlander ausgerechnet, dass es – solange die Wirtschaft wächst – möglich ist, auch überproportional steigende Gesundheitsausgaben zu finanzieren, freilich auf Kosten des Wachstums anderer Einkommensverwendungsmöglichkeiten.

Schlander unterstellt in seiner Prognose, dass die demographische Alterung der Gesellschaft jährlich zu einem Ausgabenwachstum für Gesundheit von real 0,35 Prozent führt. Wesentlich wichtiger als Wachstumsfaktor ist der medizinisch-technische Fortschritt. Er

bewirkt, dass der jährliche Gesamtanstieg der Gesundheitsausgaben real um zwei Prozentpunkte über dem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts liegt.

Da das Bruttoinlandsprodukt nach den Daten des Statistischen Bundesamtes etwa neunmal so groß ist wie die Ausgaben für Gesundheit, lassen sich über einen längeren Zeitraum auch überproportional wachsende Gesundheitsausgaben finanzieren. Das schränkt dann allerdings das Wachstumspotenzial für andere Güter und Dienstleistungen ein. Nach Schlanders Berechnungen würden die absoluten Zuwächse beim BIP bis zum Jahre 2040 ausreichen, um überdurchschnittlich steigende Gesund-

heitsausgaben zu finanzieren, und zwar auch dann, wenn das BIP jährlich real nur zwischen 0,4 und 0,9 Prozent wächst. Wird stärkeres Wirtschaftswachstum unterstellt, dann reicht der Spielraum deutlich länger.

Diese Simulation gründet allerdings auf einigen nicht ganz realistischen Annahmen. Denn die Finanzierungsbasis für die Gesundheitsausgaben ist nicht das Bruttoinlandsprodukt und auch nicht das BIP abzüglich Abschreibungen. Maßgeblich sind vielmehr die sozialversicherungspflichtigen Einkommen. Diese sind in einem langen Zeitraum seit Anfang der 1990er Jahre mit 22 Prozent weniger stark gestiegen als das ▶

▷ Volkseinkommen (34 Prozent). Hinzu kommt: Die Verteilung der Arbeitseinkommen und vor allem das Wachstum sind unterschiedlich ausgeprägt. Für die gesetzliche Krankenversicherung sind Einkommenszuwächse oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze irrelevant. Wenn Besserverdienende mehr verdienen, profitiert die Sozialversicherung nicht. Relevant sind hingegen alle Einkommenssteigerungen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und dabei insbesondere das Wachstum niedrigerer Einkommen.

Der Effekt einer ungleichen Einkommensverteilung und einer ungleichen Verteilung des Wachstums hat frappierende Effekte auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, und zwar gerade dann, wenn diese Gesundheitsleistungen als superiores Gut definiert sind (superior ist ein Gut dann, wenn es bei steigendem Einkommen überproportional nachgefragt wird). In der gängigen Debatte über den Wachstumsmarkt Gesundheit (vor allem auch über den sogenannten zweiten – privaten – Gesundheitsmarkt) wird häufig vernachlässigt, was passiert, wenn die reale Kaufkraft rückläufig ist. Dann sinkt nämlich die Nachfrage nach superioren Gesundheitsleistungen überproportional.

Eines ist nämlich mit Sicherheit falsch: die pauschale These, dass Gesundheit das höchste Gut sei. Die ausgeprägte Wechselbereitschaft von GKV-Versicherten in jenen Kassen, die einen (auch nur geringfügigen) Zusatzbeitrag erheben, zu Kassen ohne Zusatzbeitrag belegt dies. Ähnlich hochelastische Reaktionen waren 2004 im Arzneimittelmarkt zu beobachten, als der Gesetzgeber rezeptfreie Arzneimittel von der Leistungspflicht ausgeschlossen hat. Der Markt der OTC-Präparate brach 2004

um mehr als 1,5 Milliarden Euro ein und hat sich nie wieder davon erholt.

Auch die private Krankenversicherung ist keine Alternative. Den meisten Bürgern ist der Weg in die PKV ohnehin versperrt, weil ihre Einkommen die Pflichtversicherungsgrenze nicht übersteigen. Außerdem hat die PKV problematische Selektionseffekte zugunsten von jüngeren und gesunden Mitgliedern, um die ein harter Wettbewerb stattfindet. Das führt dazu, dass ältere Tarife „vergreisen“ und mangels gesunden Nachwuchses teuer werden – wobei Versicherte innerhalb dieser Tarife dann nur die Möglichkeit haben, in Spartarife mit abgespecktem Leistungsvolumen und erhöhten Zuzahlungen zu wechseln. Das beschränkt die Spielräume für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen.

Ein weiterer nicht minder problematischer Effekt der privaten Krankenversicherung ist die sogenannte Quersubventionierung der GKV-Medizin durch teilweise erheblich höhere Gebührensätze der GOÄ im Vergleich zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der GKV. Im Zuge der anstehenden GOÄ-Reform dürften diese Unterschiede weitgehend egalisiert werden. In diesem Zusammenhang ist eine Regelung im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes von Bedeutung, mit der Krankenhausträgern der Betrieb von ausgelagerten Privatkliniken zu höheren Preisen als den Fallpauschalen verboten wird.

So ist als Zwischenfazit festzuhalten: Die Finanzierung des Gesundheitswesens bleibt auf der Agenda und sie wird auch in mittlerer Zukunft fragil sein. Fehlendes Wirtschaftswachstum schlägt mittelfristig auch im Gesundheitssektor durch – entgegen dem in

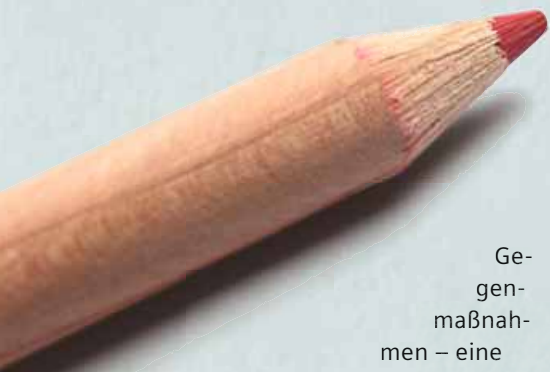
einer alternden Gesellschaft steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen.

Ein noch relativ neues Phänomen im Gesundheitswesen ist der sich abzeichnende Mangel an Ärzten und auch in Pflegeberufen. Auch wenn vor allem die Krankenkassen Ärztemangel einstweilen hartnäckig bestreiten und das Problem primär in einer Ungleichverteilung der personellen Ressourcen sehen, so erhalten die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung für ihre Prognosen inzwischen auch von unabhängigen Wissenschaftlern eine Bestätigung.

So hat das Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR unter der Leitung von Professor Bert Rürup eine Studie zum „Fachkräftemangel – stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“ erstellt. Untersucht werden darin

- die morbiditätsbedingte Änderung der Nachfrage nach Arztleistungen,
- die Entwicklung des nichtärztlichen Personals,
- die berufsspezifische Gegenüberstellung von Angebot und Nachfrage,
- Personalengpässe und Entwicklungen im stationären Sektor und
- einrichtungsspezifische Personalengpässe.

Die Ausgangslage 2010 ist charakterisiert durch ein einigermaßen austariertes Verhältnis von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt in der ambulanten Medizin (vertragsärztliche Versorgung) und einem schon existierenden Nachfrageüberhang von 14.000 offenen Stellen (9 Prozent) in Kliniken. Bis zum Jahr 2020 ändern sich die Verhältnisse allmählich. In der ambulanten Versorgung wird die Zahl der Ärzte auf 107.000 zurückgehen, 140.000 würden aber gebraucht. Es entsteht – ohne



Gegenmaßnahmen – eine beachtliche Lücke von 33.000 Medizinern.

Nicht ganz so dramatisch wird sich die Situation im Krankenhaus entwickeln. Dort steigt die Zahl der Ärzte leicht auf 159.000, während der Bedarf bei 183.000 liegt. In der ambulanten Versorgung gibt es weiterhin einen leichten Angebotsüberhang bei den nichtärztlichen Fachberufen. In der Pflege sinkt jedoch die Zahl der Mitarbeiter auf 601.000, während der Bedarf auf 769.000 steigt.

Das heißt: Bis 2020 ist es lediglich in der ambulanten Medizin möglich, ärztliche Arbeitskraft durch nichtärztliche zu ersetzen – etwa durch Delegation ärztlicher Aufgaben an speziell qualifizierte Medizinische Fachangestellte. Dafür fehlen einstweilen die berufsrechtlichen Voraussetzungen. Dort, wo eine Delegation zumindest in Modellvorhaben nach den neuesten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses möglich werden soll, im Krankenhaus durch Erweiterung der Kompetenz von Pflegekräften, ist die Substitution ärztlicher Leistung deshalb nicht realistisch, weil es an Pflegekräften ebenso wie an Ärzten mangelt. Für beide Sektoren – ambulant wie stationär – verschärft sich die Knappheit der Arbeitsressourcen ab 2020 deutlich. In funktionierenden Märkten führt dies zu steigenden Preisen.

## „Die Herausforderungen für das Klinikmanagement werden in den nächsten Jahren wachsen.“

**Helmut Laschet**, stellvertretender Chefredakteur der Ärzte Zeitung

Am deutlichsten ist dies bei den angestellten Krankenhausärzten zu beobachten. Sie haben seit 2005 ihre eigene Gewerkschaft, den Marburger Bund, mit einem extrem hohen Organisationsgrad (etwa 80 Prozent) etabliert. Der Marburger Bund hat im ersten Schritt als eigenständige Gewerkschaft arzt spezifische Tarife durchgesetzt. Unter allen akademischen Berufen zählen Krankenhausärzte zu den bestdotierten. Würde es gelingen, die nichtmonetären Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern weiter zu verbessern, könnten möglicherweise viele Berufsanfänger in der Medizin dazu bewegt werden, in die Patientenversorgung zu gehen – und nicht in attraktiv erscheinende andere Berufsfelder.

Ob dies gelingt, hängt nicht zuletzt von der wirtschaftlichen Verfassung der Krankenhäuser ab. Aufschluss darüber gibt der Krankenhaus-Rating-Report 2011, der von ADMED, dem Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, und dem Institute for Health Care Business GmbH herausgegeben wird. Danach hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zwischen 2006 und 2009 deutlich verbessert: Die Umsatzrenditen stiegen im Schnitt von 1,4 auf 2,7 Prozent, die Eigenkapitalquote von 22,5 auf 25,5 Prozent. Der Anteil der Kliniken mit Verlust ist von 17,6 auf 12,5 Prozent gesunken.

Doch dieser Trend ist nicht stabil: Mit den Kostendämpfungsschnitten aufgrund des GKV-Finanzierungsgesetzes, das Anfang 2011 in Kraft getreten ist,

haben sich die Refinanzierungsgrundlagen der Krankenhäuser deutlich verschlechtert. Schon im laufenden Jahr dürfen die Erlöse der Kliniken im Schnitt nur um 1,3 Prozent wachsen, die Kosten steigen jedoch um 3,2 Prozent. Ähnlich ist die Entwicklung in 2012. Nach einer Hochrechnung der Institute wird dies dazu führen, dass 2020 nur noch 73 Prozent der Krankenhäuser im grünen Bereich sind und 22 Prozent der Kliniken in den roten Bereich kommen. Es sei denn, es gelingt den Krankenhäusern, Produktivitätsfortschritte zu erzielen. Alternativ oder ergänzend kann es zu einer weiteren Marktberreinigung kommen.

Überdurchschnittlich gefährdet sind dabei kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen im Westen, die einen überdurchschnittlichen Basisfallwert haben, wenig spezialisiert sind und nach den BQS-Daten mit Qualitätsproblemen kämpfen. Signifikanten Einfluss hat auch die Trägerschaft: Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sind am ehesten betroffen.

Die Herausforderungen für das Klinikmanagement werden in den nächsten Jahren wachsen. Die Gründe sind vielfältig:

- Kostenloses öffentliches Kapital wird angesichts der Konsolidierungsziele für Bund, Länder und Gemeinden knapper; der Investitionsstau wird wahrscheinlich noch größer. Das heißt: Die derzeit noch niedrigen Kapitalkosten der Krankenhäuser lassen sich nicht halten. ▶

- ▷ • Mit Kosten verbundenes Eigen- und Fremdkapital muss immer stärker ausfallende öffentliche Fördermittel ersetzen.
  - Kapital für Investitionen ist jedoch dringend erforderlich, um wettbewerbsfähig zu bleiben oder dies wieder zu werden.
  - Derzeit erwirtschaften nur 56 Prozent der Krankenhäuser ihre Kapitalkosten. Die Tendenz ist fallend. Der Anteil der öffentlich-rechtlichen Kliniken, die dies schaffen, liegt nur bei 43 Prozent.
  - Nur 29 Prozent der Krankenhäuser sind in hohem Maße investitionsfähig (gemessen am EBITDA); mit 54 Prozent haben Private die besten Werte.
  - Zahlreiche Krankenhäuser müssen daher den Ertrag aus ihrem operativen Geschäft spürbar erhöhen – und das spricht für eine konsequente Marktberreinigung.
- Folglich operieren Unternehmen der Medizintechnik, aber auch der pharma-



## „Das Anforderungsprofil für innovative Medizintechnik und Dienstleistungen ist zu entwickeln.“

**Helmut Laschet**, stellvertretender Chefredakteur der Ärzte Zeitung

zeutischen Industrie, in den kommenden Jahren in einem schwierigen, komplexen Marktumfeld mit erheblichen Risiken. Dies gilt insbesondere auch für Innovationen. Für die pharmazeutische Industrie ist 2011 die frühe Nutzenbewertung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen in Kraft getreten, und die ersten Erfahrungen deuten darauf hin, dass damit eine echte Innovationshürde entstanden ist. Im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes werden neue Regeln für die Implementation von innovativen Verfahren im stationären Sektor etabliert, die darauf hinauslaufen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine frühzeitige Evaluierung diagnostischer und therapeutischer Verfahren einfordern kann.

Aufgrund der beschriebenen Tendenzen in der medizinischen Versorgung und ihrer Finanzierung lässt sich ein Anforderungsprofil für innovative Medizintechnik und Dienstleistungen entwickeln:

- Die zunehmende Knappheit an Arbeitsressourcen erfordert arbeitssparenden technischen Fortschritt. Gesucht sind vor allem Prozessinnovationen, die zu Effizienzsteigerungen führen. Telemedizinische Verfahren werden – vor allem angesichts notwendiger Konzentrationsprozesse – an Bedeutung gewinnen.
- Grundbedingung für die Implementation von Innovationen wird der Nachweis eines patientenrelevanten

Zusatznutzens oder der Nachweis eines ökonomischen Vorteils werden. Zugleich dürfte aber auch die Frage nach obsoleten Verfahren und Techniken auf die Tagesordnung kommen. Gerade der letzte Punkt wird in Zukunft von entscheidender Bedeutung dafür sein, ob die Diskriminierung von Innovationen in der ambulanten und der stationären Medizin beseitigt werden kann. Nach dem gegenwärtig geltenden Rechtsrahmen stehen eine neue Leistung oder eine neue Technik unter dem Erlaubnisvorbehalt des Gemeinsamen Bundesausschusses (Paragraf 135 SGB V). Danach müssen für die Innovation ihr diagnostischer oder therapeutischer Nutzen und ihre Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu bestehenden Alternativen belegt werden, bevor sie als Leistung der GKV anerkannt wird. In der stationären Versorgung gilt genau das umgekehrte Prinzip: Der Gemeinsame Bundesausschuss kann auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Leistung ausschließen, wenn sich



Das Siemens-Ideenforum für Entscheider aus der Gesundheitswirtschaft stand in diesem Jahr unter dem Motto: „Wachstumsmarkt mit sinkenden Erträgen – welche Geschäftsmodelle braucht das Gesundheitssystem der Zukunft?“

Von links: Prof. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen; Prof. Hermann Requardt, CEO Siemens Healthcare; Moderatorin Ursula Heller; Helmut Laschet, Ärzte Zeitung; Prof. Dr. med. Helmut Brand, Universität Maastricht und Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin

Dieser neue Rechtsrahmen für Innovationen wird auch von Institutionen wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (IQWiG) als Meilenstein bewertet. Damit entstehen für die Beteiligten, nicht zuletzt für die Medizintechnik-Industrie, auch neue Herausforderungen: Es erscheint sinnvoll, gemeinsam mit Ärzten, Krankenhausmanagement, aber auch Kostenträgern und relevanten Patientengruppen eine Verständigung darüber herbeizuführen, welche Nutzenaspekte aus medizinischer und aus Patientensicht in einer Evaluation relevant sein sollen. Dies erfordert, schon in relativ frühen Entwicklungsphasen in einen Austausch mit späteren Anwendern und Nutzern einzutreten.

Fazit: Die Tatsache einer alternden Gesellschaft, in der aller Wahrscheinlichkeit nach die Morbidität und damit der objektive Bedarf nach mehr Medizin und Pflege wachsen wird, ist noch keine Garantie für eine prosperierende Gesundheitswirtschaft. Limitierend sind nicht nur die schwierigen Finanzierungsbedingungen, sondern auch begrenzte Arbeitsressourcen. Die Arbeit von Ärzten und Pflegern zu erleichtern, effektiver und effizienter zu machen, ist die eigentliche Aufgabe. Dabei sind die vor uns liegenden Jahre erst eine propädeutische Übung – die großen Herausforderungen kommen ab 2020. Dann wird es ernst.

erweist, dass sie nicht für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung notwendig ist (Paragraf 137c SGB V). Diese konträren Prinzipien benachteiligen die Innovationsfähigkeit der ambulanten Medizin. Sie führen zu ineffizienter und medizinisch unnötiger Hospitalisierung und sind daher auch nicht patientenfreundlich.

Einen wichtigen Fortschritt zur Beseitigung dieser Widersprüche leistet das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das sich gegenwärtig in den abschließenden parlamentarischen Beratungen befindet. Das Gesetz schafft einen neuen wettbewerbspolitisch neutralen Ordnungsrahmen für den neuen ambulanten spezialärztlichen Sektor, in dem niedergelassene (Vertrags-)Ärzte wie auch Krankenhäuser gleichermaßen Leistungserbringer sein können. Für die Implementation von Innovationen gelten die modifizierten Regeln des neugefassten Paragraphen 137c. Danach sind Innovationen grundsätzlich nicht mehr nur im Krankenhaus (stationär),

sondern auch ambulant eine Kassenleistung – und daher auch honorarpflichtig. Paragraf 137c sieht nun einen differenzierten Umgang mit Innovationen vor: wie bislang schon möglich den Ausschluss einer Leistung bei erwiesener Unzweckmäßigkeit oder Unwirtschaftlichkeit. Von großer Bedeutung ist aber, dass Innovationen, deren diagnostischer oder therapeutischer Wert noch offen ist, eine Kassenleistung bleiben – unter der Bedingung, dass sie evaluiert werden. Der neu geschaffene Paragraf 137f regelt die Modalitäten im einzelnen. Wesentlich dabei ist, dass Innovationen zum Zwecke der Evaluation auch für die vertragsärztliche Versorgung und die ambulante spezialärztliche Versorgung zugänglich und vergütet werden. Handelt es sich um ein medizintechnisches Produkt, so wird der Hersteller nur die Kosten der wissenschaftlichen Evaluation übernehmen, nicht jedoch die Kosten des Einsatzes seiner technischen Innovation in der medizinischen Versorgung tragen müssen.