

Kathrin Damm / Alexander Kuhlmann  
J.-Matthias Graf von der Schulenburg

# DER GESUNDHEITSMARKT 2015

## Trends und Entwicklungen



Cuvillier Verlag Göttingen  
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag



# **Der Gesundheitsmarkt 2015**

## **Trends und Entwicklungen**

**Kathrin Damm, Alexander Kuhlmann, Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg**

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2010

978-3-86955-575-1

Abbildung auf dem Umschlag: © [www.colourbox.com](http://www.colourbox.com)

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2010

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

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

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2010

Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86955-575-1

## Vorwort

In kaum einem anderen Bereich regt das Problem der Ressourcenknappheit zu ähnlich kontroversen intra- und interdisziplinär geführten Diskussionen an, wie im Fall der Gesundheitsversorgung. Der permanente Bedarf an zusätzlichen finanziellen Mitteln zwingt immer während zu Reformen, die zwar nahezu regelmäßig – im Abstand von nur wenigen Jahren - durchgeführt werden, dabei jedoch insbesondere die Kostendämpfung zum Ziel haben und weniger die nachhaltige Umstrukturierung des Systems.

Die bestehende Lücke aus bewusstem Reformbedarf und politischer Unentschlossenheit, die zu einer grundsätzlichen Planungsunsicherheit bei den Akteuren des Gesundheitssystems führen, motivierte uns, Experten des Gesundheitswesens über ihre Einschätzungen kommender Veränderungen in eben diesem Bereich zu befragen. Ohne sich zu weit von den heute relevanten Problemen des Gesundheitssystems zu entfernen und in rein visionäre Ideen zu verfallen, soll die hier vorliegende qualitative Studie eine Brücke schlagen zwischen den aktuellen Fragestellungen der gesundheitlichen Versorgung und den bereits durchgeführten Zukunftsstudien mit häufig sehr langfristiger Ausrichtung. Der gewählte Zeithorizont von fünf Jahren ermöglichte uns sowie unseren Gesprächspartnern, kommende Entwicklungen losgelöst von aktuellen Detailfragen abzuschätzen und Erwartungen über zukünftige Umstrukturierungen zu äußern. Dabei bezogen sich unsere Fragen nicht allein auf die klassischen, von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung getragenen, Leistungen und ihrer Finanzierung sondern zielten darüber hinaus auch darauf ab, Veränderungen der individuellen Nachfrage abzuschätzen und Trends zu identifizieren.

Entsprechend gilt unser Dank den 34 von uns befragten Experten aus den Bereichen der Krankenkassen, der Krankenhäuser, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Wissenschaft, des Consulting, der Pharmabranche und Patientenvertretung sowie der Technologie-, Tourismus- oder Nahrungsmittelbranche. Darüber hinaus bedanken wir uns bei allen, die an der Transkription und Auswertung der Interviews beteiligt waren, ebenso wie bei denen, die durch kritische Kommentare weitere Impulse und Denkanstöße lieferten. Eine weitere Danksagung gilt der Celesio Health Care Group für die finanzielle Unterstützung dieses Buchdrucks.

Wir hoffen, mit der vorliegenden Studie Ideen und Diskussionen über die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitswesens anregen zu können.

Hannover, im Oktober 2010

Kathrin Damm

Alexander Kuhlmann

J.-Matthias Graf von der Schulenburg

# Inhaltsverzeichnis

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Abbildungsverzeichnis .....</b>  | <b>VI</b>   |
| <b>Tabellenverzeichnis .....</b>  | <b>VIII</b> |
| <b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>  | <b>IX</b>   |
| <br>  |             |
| <b>1 Einleitung: Erster und zweiter Gesundheitsmarkt .....</b>  | <b>1</b>    |
| <b>2 Vorgehensweise bei der vorliegenden Arbeit .....</b>   | <b>4</b>    |
| 2.1 Methodik der Untersuchung.....  | 4           |
| 2.2 Aufbau der Arbeit.....  | 9           |
| 2.3 Ergebnisse der Voruntersuchungen .....  | 12          |
| <b>3 Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems .....</b>   | <b>22</b>   |
| <b>4 Zukunft der Krankenversicherungen .....</b>  | <b>31</b>   |
| 4.1 Daten zum aktuellen GKV- und PKV-Versicherungsmarkt .....   | 31          |
| 4.2 Herausforderungen in der GKV und PKV .....  | 34          |
| 4.3 Trends in der Krankenversicherung.....  | 47          |
| <b>5 Der Patient der Zukunft .....</b>  | <b>50</b>   |
| <b>6 Die Versorgungsstrukturen im Wandel.....</b>   | <b>58</b>   |
| <b>7 Technologie und Medizintechnik.....</b>  | <b>68</b>   |
| 7.1 Marktentwicklung.....   | 68          |
| 7.2 Fortschrittsdimensionen.....  | 69          |
| 7.3 Trends.....   | 71          |
| 7.4 (Medizin-)Technik als Trendsetter .....   | 82          |
| <b>8 Entwicklung der pharmazeutischen Industrie .....</b>   | <b>86</b>   |
| 8.1 Der deutsche Pharmamarkt: Struktur, Umsatz und Beschäftigung.....                                 | 86          |
| 8.2 Aktuelle Herausforderungen .....  | 92          |
| 8.3 Trends.....   | 100         |
| <b>9 Die Potenziale des Gesundheitstourismus.....</b>   | <b>106</b>  |
| <b>10 Das Thema „Gesundheit“ im Lebensmittelbereich.....</b>  | <b>114</b>  |
| <b>11 Qualität im Gesundheitswesen.....</b>   | <b>123</b>  |
| <b>12 Fazit und Ausblick: Übergreifende Trends und die künftige<br/>    Versorgungsstruktur .....</b> | <b>129</b>  |
| <br>  |             |
| <b>Anhang .....</b>   | <b>133</b>  |

## Abbildungsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Der erste und zweite Gesundheitsmarkt .....  | 1  |
| Abbildung 2: Beispiel für einen Fragebogen (Patientenvertretung) .....  | 7  |
| Abbildung 3: Aufbau der Arbeit .....  | 11 |
| Abbildung 4: Wandel des deutschen Gesundheitssystems.....   | 22 |
| Abbildung 5: Maßgebliche Einflussfaktoren auf die künftige Entwicklung des<br>deutschen Gesundheitssystems.....   | 24 |
| Abbildung 6: Altersaufbau in Deutschland in den Jahren 2009 und 2015 .....  | 25 |
| Abbildung 7: Entwicklung der Gesundheitsausgaben gesamt und für die drei<br>bedeutendsten Ausgabenträger .....  | 26 |
| Abbildung 8: Reduzierung von GKV-Leistungen / Mehr Eigenleistung .....  | 28 |
| Abbildung 9: Entwicklung der Gesundheitsausgaben gesamt und für die drei<br>bedeutendsten Ausgabenträger bezogen auf das Basisj. 1992<br>(=100 Punkte)..... | 29 |
| Abbildung 10: Verteilung der Versicherten nach Kassenarten .....  | 32 |
| Abbildung 11: Saldo der Gesamteinnahmen und –ausgaben in der GKV.....   | 33 |
| Abbildung 12: Entwicklung der durchschnittlichen Beitragssätze in der<br>gesetzlichen Krankenversicherung.....  | 37 |
| Abbildung 13: Das Konzept des Gesundheitsfonds .....  | 38 |
| Abbildung 14: Zuweisungen für Pflichtleistungen der Krankenkasse: .....   |    |
| Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierten.....  |    |
| Zu- und Abschlägen .....  | 40 |
| Abbildung 15: Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf .....  | 48 |
| Abbildung 16: Entwicklung der Bettenauslastung .....  | 62 |
| Abbildung 17: Entwicklungen der Trägerschaft .....  | 63 |
| Abbildung 18: Umsatzentwicklung der produzierenden deutschen .....  |    |
| MedTech-Unternehmen .....   | 68 |
| Abbildung 19: Das Verhältnis der Schlüsseltechnologien zur Medizintechnik.....  | 70 |
| Abbildung 20: Anwendungsgebiete der Telemedizin .....   | 76 |
| Abbildung 21: Pflichtdaten und freiwillige Daten der elektronischen .....   |    |
| Gesundheitskarte .....  | 77 |
| Abbildung 22: Die Entwicklungsstufen der elektronischen Patientenakte .....   | 78 |

|  |     |
|--|-----|
| Abbildung 23: Patientenzentriertes Gesundheitssystem auf Basis<br>einer umfassenden Telematikinfrastruktur ..... | 80  |
| Abbildung 24: Marktvolumen des eHealth-Sektors in Deutschland.....   | 81  |
| Abbildung 25: Zurückhaltende vs. euphorische Statements zur Zukunft<br>des eHealth .....                         | 81  |
| Abbildung 26: Künftige Entwicklung des eHealth .....   | 82  |
| Abbildung 27: Produktion pharmazeutischer Erzeugnisse weltweit .....   | 87  |
| Abbildung 28: Beschäftigtenanzahl in der pharmazeutischen Industrie .....  | 89  |
| Abbildung 29: Pharmazeutische Unternehmen nach Größenklassen in 2007 .....                                       | 90  |
| Abbildung 30: Umsatz der deutschen Arzneimittelunternehmen.....  | 90  |
| Abbildung 31: Anzahl neuer chemischer und biologischer Wirkstoffe (1990-2009)..                                  | 93  |
| Abbildung 32: Umsatzanteil patentgeschützter Wirkstoffe 1993 bis 2008<br>am GKV-Gesamtmarkt .....                | 94  |
| Abbildung 33: Lineare Verbindung der effizienten Interventionen .....  | 97  |
| Abbildung 34: Implementierung der Handlungsempfehlung durch Extrapolation<br>der Effizienzgrenze.....            | 99  |
| Abbildung 35: Bereiche des Gesundheitstourismus im weiten Sinne.....   | 107 |
| Abbildung 36: Abgrenzung gesundheitsbezogener Produkte.....  | 115 |
| Abbildung 37: Qualitätsmanagement-(QM)-Systeme .....   | 126 |
| Abbildung 38: Übergreifende Trends und die künftige Versorgungsstruktur .....                                    | 129 |

## Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Interviewpartner .....  | 8  |
| Tabelle 2: Wichtige Zahlen der PKV auf einen Blick .....   | 32 |
| Tabelle 3: Anteil ausgewählter Leistungsarten an den Leistungsaufwendungen<br>in der GKV .....   | 33 |
| Tabelle 4: Strategische Alternativen für gesetzliche Krankenkassen .....   | 45 |
| Tabelle 5: Auswahl an konkreten Handlungsoptionen für die gesetzl.<br>Krankenkassen .....  | 46 |
| Tabelle 6: Informationsaustausch, Behandlungsabwägungen und –entschei-<br>dungen im Paternalistischen und Partizipativen Entscheidungsmodell . | 51 |
| Tabelle 7: Die 10 umsatzstärksten Pharmamärkte.....  | 86 |
| Tabelle 8: Die weltweit größten pharmazeutischen Hersteller im Jahr 2009 .....   | 88 |
| Tabelle 9: Die 25 umsatzstärksten Pharmaunternehmen im<br>GKV-Arzneimittelmarkt .....  | 91 |
| Tabelle 10: Umsatz und Patentablauf der bedeutendsten Blockbuster .....  | 93 |

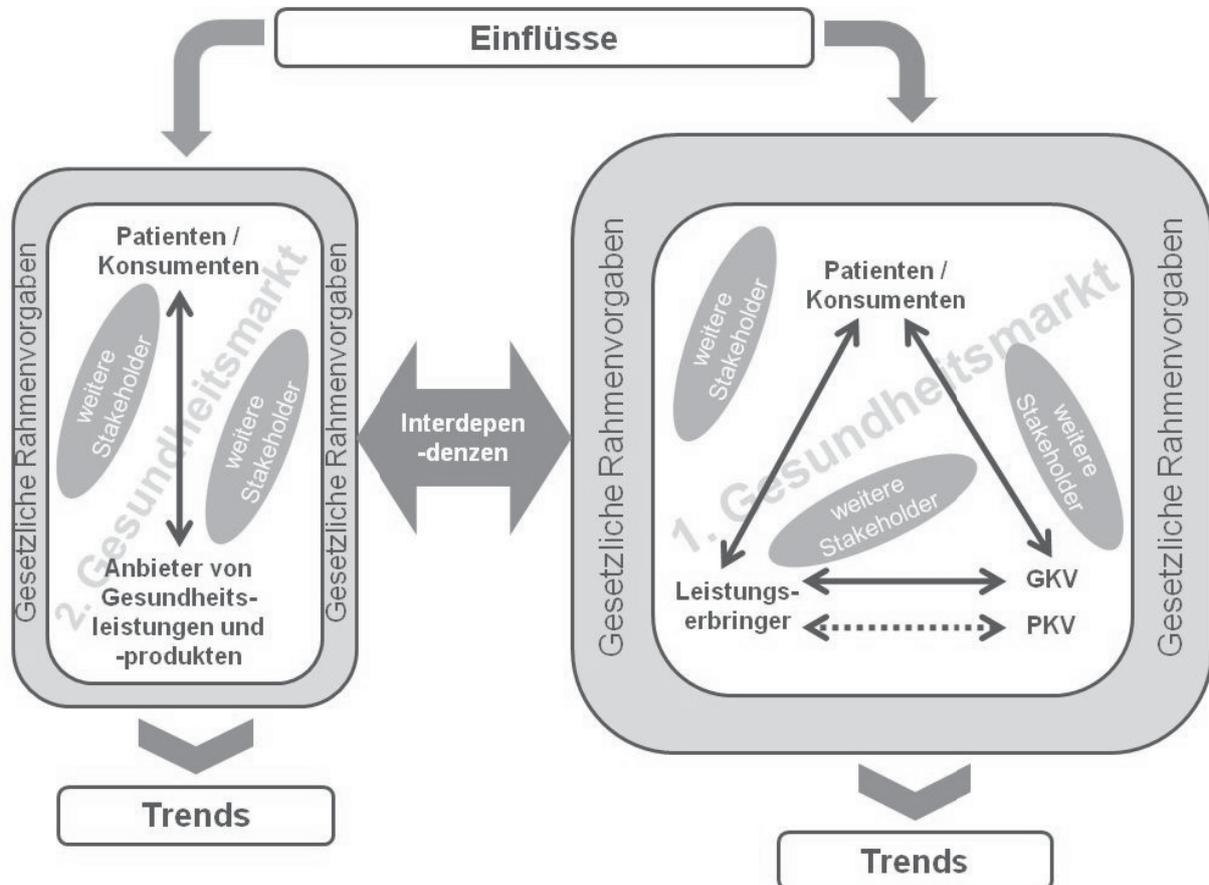
## Abkürzungsverzeichnis

|          |  |
|----------|--|
| €        | Euro   |
| ALL      | „Ambient Assisted Living“  |
| AOK      | Allgemeine Ortskrankenkasse                                      |
| BKK      | Betriebskrankenkasse   |
| BMG      | Bundesministerium für Gesundheit                                 |
| Bspw.    | Beispielsweise   |
| ca.      | circa  |
| CDU      | Christlich demokratische Union                                   |
| CSU      | Christlich Soziale Union   |
| d. h.    | das heißt  |
| DL       | Dienstleistung   |
| DMP      | Disease-Management-Programm                                      |
| DRG      | Diagnosis Related Groups   |
| e. V.    | eingetragener Verein   |
| EFQM     | European Foundation for Quality Management                       |
| eGK      | elektronische Gesundheitskarte                                   |
| ePA      | Elektronische Patientenakte                                      |
| EPA      | Europäisches Praxisassessment                                    |
| etc.     | et cetera  |
| EU       | Europäische Union  |
| FDP      | Freie demokratische Partei                                       |
| GBA      | Gemeinsamer Bundesausschuss                                      |
| GKV      | Gesetzliche Krankenversicherung                                  |
| GMG      | GKV-Modernisierungsgesetz  |
| GSG      | Risikostrukturgesetz   |
| i. d. R. | In der Regel   |
| IKK      | Innungskrankenkasse  |
| IKT      | Informations- und Kommunikationstechnik                          |
| IQWiG    | Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen |
| IT       | Informationstechnologie  |
| IV       | Integrierte Versorgung   |

|           |  |
|-----------|--|
| KH        | Krankenhaus  |
| KK        | Krankenkasse   |
| KPQ       | Praxis-Qualitätsmanagementsystem                             |
| KTQ       | Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen |
| LE        | Leistungserbringer   |
| LKK       | Landwirtschaftliche Krankenkasse                             |
| Mio.      | Millionen  |
| Morbi-RSA | morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich               |
| Mrd.      | Milliarden   |
| MVZ       | Medizinische Versorgungszentren                              |
| o. g.     | oben genannt   |
| OCT       | over-the-counter   |
| OP        | Operation  |
| PKV       | Private Krankenversicherung                                  |
| PPP       | Public Private Partnership                                   |
| PR        | Public Relations   |
| PVZ       | Primärversorgungszentrum                                     |
| QEP       | Qualität und Entwicklung in Praxen                           |
| QM        | Qualitätsmanagement  |
| RSA       | Risikostrukturausgleich                                      |
| sog.      | sogenannte   |
| SPD       | Sozialdemokratische Partei Deutschlands                      |
| u. a.     | unter anderem  |
| u. a. m.  | und andere mehr  |
| vdek      | Verband der Ersatzkassen e. V.                               |
| WSG       | Wettbewerbsstärkungs-Gesetz                                  |

# 1 Einleitung: Erster und zweiter Gesundheitsmarkt

Abbildung 1: Der erste und zweite Gesundheitsmarkt



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Markt für Gesundheitsleistungen wird von Forschern und Unternehmen im Allgemeinen als *die* Wachstumsbranche der Zukunft betrachtet, mit einem hierzulande aktuell bereits bei über 10 % liegendem Anteil am Bruttoinlandsprodukt und einer Beschäftigtenzahl von etwa 4,3 Mio. Menschen. Trotz Unsicherheiten über die zukünftige Finanzierung und Ausgestaltung des deutschen Gesundheitssystems sprechen laut Literatur eine ganze Reihe von Faktoren für diese Entwicklung; mehr noch: einige Forscher sehen im Bereich „ganzheitliche Gesundheit“ das Potenzial, den sechsten Kondratieff-Zyklus zu dominieren. Ein wirtschaftlicher Aufschwung könnte demnach also durch medizinische Innovationen und gesundheitsbezogene Präferenzen ausgelöst werden. Natürlich stehen dieser Meinung auch kritische Stimmen entgegen; ein Großteil der Literatur spricht der Gesundheitswirtschaft jedoch weiterhin steigende Wachstumszahlen zu.

Ziel dieser Studie ist es deshalb, die *künftigen Entwicklungen* im deutschen Gesundheitswesen zu prognostizieren und potentielle *Trends*, die die Gesundheitsbranche in den kommenden Jahren bestimmen werden, zu identifizieren. Dabei sind sowohl die klassischen Leistungen und Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens, finanziert von privaten oder gesetzlichen Krankenkassen, von Interesse, also des sogenannten *ersten Gesundheitsmarktes*, wie auch die darüber hinaus gehenden Angebote des *zweiten Gesundheitsmarktes* von Interesse. Letzterer schließt einen Bereich von gesundheitsrelevanten Leistungen ein, die nicht von den Krankenkassen oder öffentlichen Einrichtungen übernommen werden. Insbesondere zählen zu dieser Gruppe Angebote des Nahrungsmittelbereichs, beispielsweise als gesundheitsfördernd angereicherte Ernährungsprodukte oder biologische Lebensmittel sowie touristische Leistungen unter dem Thema „Gesundheit“ bzw. „Medizin“. Auch der Fitness und Wellness-Bereich zählt überwiegend zum zweiten Gesundheitsmarkt wie auch die sogenannten OTC-(over-the-counter-)Arzneimittel in Apotheken. Eine generelle Zurechnung dieser Produktarten ist natürlich nicht möglich. So könnten z. B. Fitnessangebote für Herzpatienten dem ersten Markt zugerechnet werden, während privat finanzierte ebenfalls präventive Maßnahmen eher dem zweiten Markt zugeordnet würden. Gleiche Beispiele ließen sich unter anderem auch für gesundheitsunterstützende Produkte aus dem technischen Sektor finden. Ebenfalls unscharf aber dennoch zumindest mit Einschränkungen als Abgrenzungshilfe der beiden Märkte kann auch auf die Bezeichnung der jeweiligen „Kunden“ verwiesen werden. Während ein erster Gesundheitsmarkt noch überwiegend von Patienten, also Erkrankten oder in Behandlung stehenden Personen, in Anspruch genommen wird, sind viele Bereiche des zweiten Gesundheitsmarktes eher konsumentenbezogen. Allerdings können auch bei dieser Unterscheidung Schnittstellen gefunden werden, die nicht klar zuzuordnen sind. So nehmen auch nicht-Patienten an präventiven Leistungen der GKV teil und zahlen selbst für nicht erstattete Medikamente.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen nach den kommenden Trends und Entwicklungen beider Gesundheitsmärkte wurden sowohl Experten aus dem „klassischen“ Gesundheitswesen als auch angrenzenden Wirtschaftsbranchen im Rahmen von Interviews um ihre Meinung gebeten. Zu den Befragten zählen Vertreter der Krankenkassen, der Krankenhäuser sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen. Darüber hinaus wurden Gespräche mit Wissenschaftlern, Experten der Pharmabranche und

Patientenvertretern geführt. Weitere Interviewpartner gehören Unternehmensberatungen mit dem Schwerpunkt Health Care an, wie auch der Technologie-, Tourismus- oder Nahrungsmittelbranche.

## **2 Vorgehensweise bei der vorliegenden Arbeit**

### **2.1 Methodik der Untersuchung**

Mit dem Ziel, einen Blick auf das Gesundheitswesen der nahen Zukunft zu werfen und dabei möglichst konkrete Eindrücke zu sammeln und darzustellen, wurden im Vorfeld dieser Arbeit zunächst die bereits vorhandenen Studien und Untersuchungen herangezogen und ausgewertet. Hierzu zählen sowohl Arbeiten von Forschungsinstituten als auch Veröffentlichungen von Marktanalysten. Untersucht wurde insbesondere, welche Trends und Entwicklungen in der Zukunft erwartet werden und welche Faktoren diese bedingen. Je nach Betrachtungshorizont und angewandter Methode zeigte sich hier ein mehr oder weniger visionär skizziertes Bild mit unterschiedlich gesetzten Schwerpunkten. Dennoch sind vor allem der demographische Wandel, der technische Fortschritt sowie die finanziellen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen Faktoren, welche kommende Entwicklungen stark beeinflussen werden. Als Trends sehen die Experten die Prävention und Gesunderhaltung, Senioren spezifische Angebote und die Vernetzung von Leistungserbringern.

Die Analyse der bereits vorliegenden Studien führte in Verbindung mit Diskussionen aktueller Entwicklungen zu den folgenden als besonders relevant eingestuften Fragestellungen, welche das sehr breite Thema „Gesundheitsmarkt 2015“ handhabbar machen sollten:

- Welche Trends und Einflüsse werden sich in den kommenden 5 Jahren auf das Gesundheitswesen auswirken?
- Welche Akteure des Gesundheitswesens werden in naher Zukunft an Bedeutung gewinnen, welche verlieren?
- Welche strukturellen und sonstigen Veränderungen könnten sich im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen und der Versorgungsangebote ergeben?
- Wie entwickelt sich die Private Krankenversicherung weiter?
- Inwieweit verändern sich Präferenzen und das Verhalten von Patienten bzw. Konsumenten?

- Welches Potenzial liegt im zweiten Gesundheitsmarkt, welche Erwartungen hegen Unternehmen, die nicht dem klassischen Gesundheitswesen zugeordnet werden?
- Wie entwickelt sich der Bereich des E-Health weiter?
- Welche spezifischen Veränderungen ergeben sich auf Seiten der verschiedenen Leistungserbringer (inklusive zweitem Gesundheitsmarkt)
- Welche Bedeutung wird die Qualität von Gesundheitsleistungen zukünftig spielen?

Zur Generierung möglichst vielfältiger, gegebenenfalls auch divergierender Meinungen sollten Interviewpartner aus den folgenden Bereichen gewonnen werden:

- dem Bereich der Krankenkassen als Leistungsträger
- dem Krankenhausbereich als exemplarischer Leistungserbringer
- Patientenvertretern beispielsweise aus kirchlichen Verbänden
- aus Wissenschaft und Forschung
- dem Medizintechnikbereich
- der Touristikbranche
- der Nahrungsmittelbranche
- dem Consulting
- der Politik
- der Pharmabranche

Zur Konzeption von Gesprächsfäden wurden im Weiteren Verlauf entsprechende Module gebildet, um je nach Gesprächspartner einen spezifischen aber dennoch standardisierten Fragebogen zusammenstellen zu können. Bezogen auf das Tätigkeitsfeld und die Expertise der zu befragenden Person wurde ein Gesprächsleitfaden aus folgenden Modulen konzipiert:

- I.** Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt (obligatorisch)
  - I a.** Finanzierung und Ausgestaltung des Systems
- II.** Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten
  - II a.** Spezifische Möglichkeiten zur Kostendämpfung und Versorgungsoptimierung
- III.** Strategische Positionierung und spezifische Entwicklungen im Gesundheitsmarkt aus der Sicht von Krankenhäusern/Konsumgüterunternehmen/ der Pharmaindustrie/der Nahrungsmittelindustrie/der Tourismusbranche
- IV.** Kooperationen und Vernetzung
- V.** Entwicklungen im Kommunikations- und Informationsbereich
- VI.** Qualität von Gesundheitsleistungen
- VII.** Das Thema Gesundheit im eigenen Unternehmen

Als Beispiel eines strukturierten Gesprächsfadens zeigt Abbildung 2 einen Fragebogen, welcher für Interviewpartner aus dem Bereich der Patientenvertretung entwickelt wurde. Die weiteren Fragebögen finden sich im Anhang dieser Arbeit.

**Abbildung 2: Beispiel für einen Fragebogen (Patientenvertretung)**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <p><b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b></p> <p>Trends und Entwicklungen</p>  |  |    | <p>Forschungsstelle für<br/>Gesundheitsökonomie</p> |
| <p><b>Themenkomplex I:</b><br/>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt</p>   |  | <p>Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?</p> <p>Welche Einflüsse und Trends werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?</p> <p>Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem?</p> <p>Welche Akteure gewinnen Ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?</p>  |   |
| <p><b>Themenkomplex II:</b><br/>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten</p>  |  | <p>Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?</p> <p>Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?</p> <p>Beschreiben Sie die Struktur der Kostenträger von Morgen. In welche Richtung wird sich die Organisation der Krankenversicherungen entwickeln? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus?</p>  |   |
| <p><b>Themenkomplex V:</b><br/>Entwicklungen im Kommunikations- und Informationsbereich<br/>(vor dem Hintergrund unattraktiver Märkte)</p> |  | <p>Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zur weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health. Sehen Sie hier einen Zukunftsmarkt oder eine Entwicklung, die sich nicht durchsetzen wird? Welche Probleme ergeben sich für den Verbraucherschutz?</p> <p>Welchen Stellenwert werden Gesundheitsinformationen zukünftig besitzen und welche Herausforderungen sind mit dem Thema Gesundheitsinformationen verbunden?</p> <p>Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene zukünftig entwickeln und in welcher Weise könnte die Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten mit den neuen elektronischen Möglichkeiten und Versorgungskonzepten künftig sichergestellt oder sogar verbessert werden?</p> |   |
| <p><b>Themenkomplex VI:</b><br/>Qualität von Gesundheitsleistungen</p>   |  | <p>Was verstehen Sie unter Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?</p> <p>Welche Qualitätseigenschaften müssen Leistungen in Zukunft erfüllen, um sich erfolgreich durchzusetzen?</p>  |   |

Quelle: Eigene Darstellung.

Insgesamt konnten 35 Interviewpartner gewonnen werden, denen unser Dank gilt:

**Tabelle 1: Interviewpartner**

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>AC Nielsen</b>   | <b>Herr Wilhelm</b>                 |
| <b>Bayer Schering Pharma AG</b>                                       | <b>Frau Dr. Kubin</b>               |
| <b>BKK 24</b>   | <b>Herr Schütte</b>                 |
| <b>Bristol-Myers Sqibb GmbH &amp; Co. KGaA</b>                        | <b>Herr Dr. Neubauer</b>            |
| <b>Bundesverband Medizintechnologie</b>                               | <b>Herr Winkler</b>                 |
| <b>CDU</b>  | <b>Herr Dr. Koschorrek</b>          |
| <b>Celgene GmbH</b>   | <b>Herr Völkl</b>                   |
| <b>Charité Berlin</b>   | <b>Frau Prof. Dr. Schäfer</b>       |
| <b>Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V.</b>      | <b>Herr Candidus</b>                |
| <b>Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.</b>                         | <b>Herr Heins</b>                   |
| <b>Deutscher Caritasverband e.V.</b>                                  | <b>Frau Dr. Fix</b>                 |
| <b>Deutsches Reisebüro GmbH</b>                                       | <b>Herr Pahl</b>                    |
| <b>Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschland</b>         | <b>Herr Dr. Bartmann</b>            |
| <b>Fraunhofer-Institut für Toxikologie und Experimentelle Medizin</b> | <b>Herr Dr. Kroggel</b>             |
| <b>Fraunhofer-Institut für Verfahrenstechnik und Verpackung</b>       | <b>Frau Dr. Hasenkopf</b>           |
| <b>Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)</b>                             | <b>Herr Dr. Jan Geldmacher</b>      |
| <b>gesundheit und reisen</b>  | <b>Herr Schönwetter</b>             |
| <b>herescon GmbH</b>  | <b>Herr Dr. Mittendorf</b>          |
| <b>Kassenärztliche Vereinigung Hessen</b>                             | <b>Herr Dr. Bausch</b>              |
| <b>KKH-Allianz</b>  | <b>Herr Kailuweit</b>               |
| <b>Klinikum Region Hannover GmbH</b>                                  | <b>Herr Dr. von Kries</b>           |
| <b>Lebensmittelzeitung</b>  | <b>Frau Sulzmann</b>                |
| <b>März Internetwork Services AG</b>                                  | <b>Herr Dr. Meier</b>               |
| <b>Oberender &amp; Partner</b>  | <b>Herr Hacker</b>                  |
| <b>Paracelsus Kliniken Deutschland GmbH &amp; Co. KGaA</b>            | <b>Herr Dr. Rieger</b>              |
| <b>Pfizer Deutschland GmbH</b>  | <b>Herr Marx</b>                    |
| <b>Philips GmbH – Unternehmenbereich Healthcare</b>                   | <b>Herr Weigel</b>                  |
| <b>Schönermark.Kielhorn+Kollegen</b>                                  | <b>Herr Prof. Dr. Schönermark</b>   |
| <b>SPD</b>  | <b>Frau Dr. Reimann</b>             |
| <b>Techniker Krankenkasse</b>   | <b>Herr Prof. Dr. Klusen</b>        |
| <b>TUI Vital – TUI Deutschland GmbH</b>                               | <b>Frau Dr. Sydow</b>               |
| <b>Universität Bielefeld</b>  | <b>Herr Prof. Dr. Greiner</b>       |
| <b>Universität Freiburg</b>   | <b>Herr Prof. Dr. Raffelhüschen</b> |
| <b>Vincentz Network - Berlin</b>                                      | <b>Herr Grünert</b>                 |
| <b>Wyeth Pharma GmbH</b>  | <b>Herr Dr. Runge</b>               |

Quelle: Eigene Darstellung.

Anhand der im Vorhinein ausgehändigten Fragebögen wurden überwiegend telefonische Interviews geführt, welche zu einem großen Teil elektronisch aufgezeichnet werden konnten und durften.

Die Auswertung der gegebenen Antworten erfolgte durch zwei unabhängige Wissenschaftler, welche diese insbesondere nach dem Kern der Aussage komprimierten, clusterten und konträre Meinungen gegenüberstellten. Anschließend wurden die Kernthesen zusammengetragen und als Diskussionsgrundlage aufbereitet.

Im Rahmen von anschließend durchgeführten Diskussionsrunden konnten die so gewonnenen Eindrücke auf ihre Relevanz überprüft und für einen schriftlichen Ergebnisbericht verknüpft werden. Hinzugezogen wurden hierfür Wissenschaftler aus den Bereichen der Finanz- und Gesundheitswissenschaften, der Versicherungs- und Gesundheitsökonomie sowie der Sozialpolitik.

## **2.2 Aufbau der Arbeit**

Für die vorliegende schriftliche Arbeit wurden die Ergebnisse der geführten Interviews aufbereitet und mit Hilfe aktueller Literatur ergänzt. In *Kapitel 2.3* können zunächst die Ergebnisse der Voruntersuchungen als Basis der Arbeit nachvollzogen werden.

In *Kapitel 3* findet sich eine Ausarbeitung zur Zukunft des Gesundheitssystems im Allgemeinen. Hier werden vor allem die Fragen nach der kommenden Bedeutung des Gesundheitssystems und den wichtigen Einflussfaktoren betrachtet.

Das *Kapitel 4* betrachtet die erwarteten Entwicklungen im Bereich der Krankenversicherungen, sowohl der Gesetzlichen als auch der Privaten. Nach einer Einführung in die aktuelle Situation der Kassen als Kostenträger des Systems, werden mögliche Trends, Perspektiven, strategische und konkrete Handlungsoptionen beschrieben.

*Kapitel 5* geht auf den „Patient der Zukunft“ ein. Zunächst werden die bisherigen Entwicklungen beschrieben, welche eine stärkere Einbindung des Leistungsempfängers in den Behandlungsprozess zum Ziel hatten. Anschließend wird unter anderem

betrachtet, wie sich die Befragten den künftigen Patienten vorstellen und wie stark dieser Informationen nutzen wird.

Die Strukturen der Versorgung sind Thema des *6. Kapitels*. Wiederum wird hier von der aktuellen Situation auf die künftigen Entwicklungen geschlossen. Eingegangen wird beispielsweise auf die Zukunft der Integrierten Versorgungsverträge oder der Medizinischen Versorgungszentren. Als konkretes Beispiel eines Leistungserbringers wird zudem die Zukunft des Krankenhaussektors untersucht.

Im *7. Kapitel* wird mit dem Thema Medizintechnik eine Branche betrachtet, die eine Schnittstellenfunktion einnimmt und auf Grund ihrer engen Angrenzung und Innovationsleistung gerade für eine Zukunftsbetrachtung nicht unberücksichtigt bleiben darf. Betrachtet werden hier die Entwicklung der letzten Jahre, erwartete Fortschritte und insbesondere auch die Bereiche „E-Health“ und „Telemedizin“.

Als weiterer Akteur des Gesundheitssystems wird in *Kapitel 8* die pharmazeutische Industrie thematisiert. Aufgezeigt werden hier unter anderem die aktuelle Marktentwicklung und Herausforderungen dieser Branche sowie strategische und organisatorische Trends.

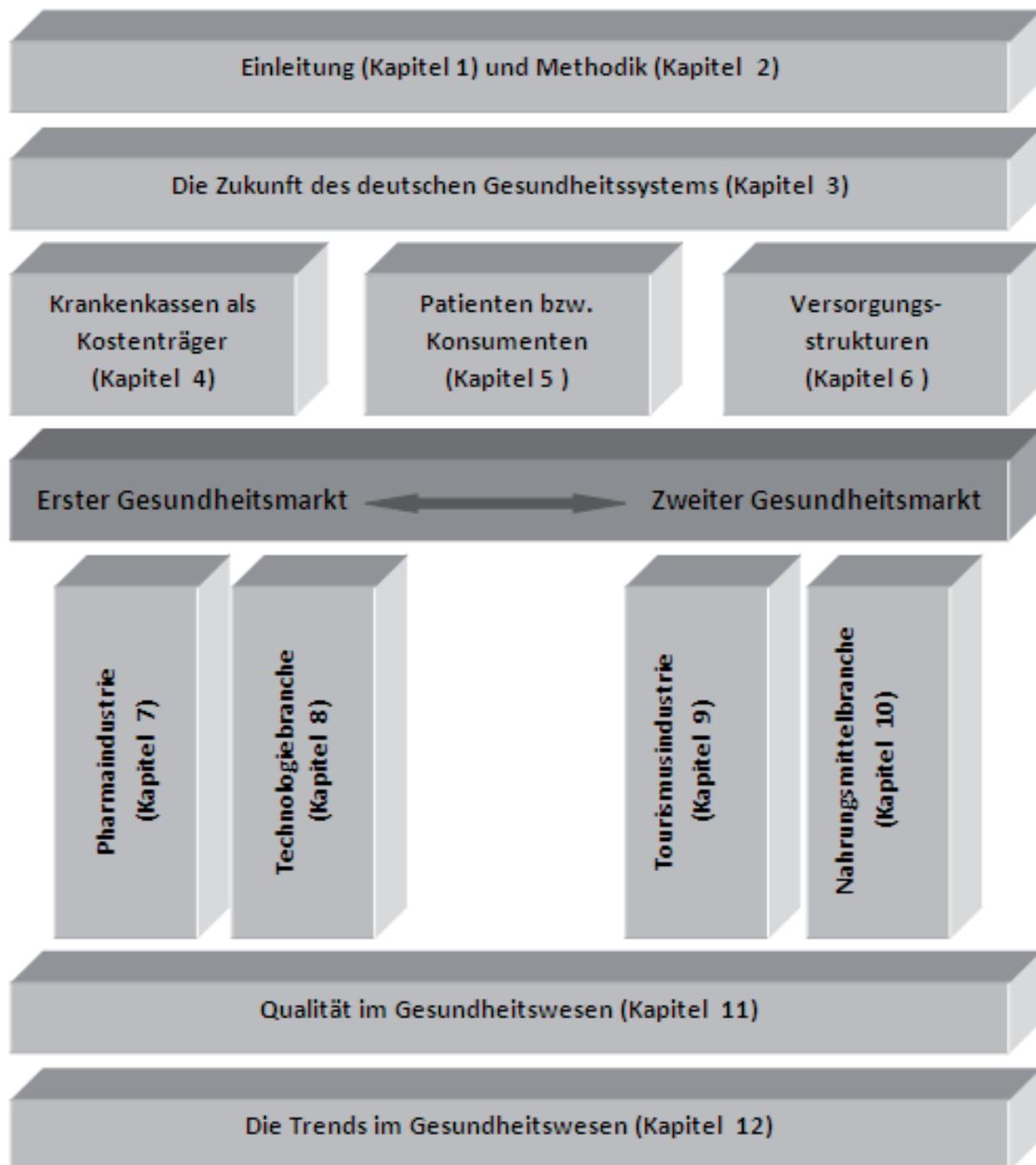
Die gesundheitsbezogenen Angebote der Tourismusindustrie werden überwiegend dem Zweiten Gesundheitsmarkt zugeordnet. Das *Kapitel 9* betrachtet die erwarteten Entwicklungen des Gesundheits- und Medizintourismus und die strategischen Überlegungen der zugehörigen Industrie.

Dem zweiten Gesundheitsmarkt werden ebenfalls weitgehend die „gesunden Lebensmittel“ der Nahrungsmittelbranche zugerechnet. Nach einem Blick auf den aktuellen Status des Functional Food oder der Nahrungsergänzungsmittel, wird in Kapitel 10 unter anderem ihr zukünftiges Potenzial abgeschätzt.

Bezogen auf den gesamten Bereich des Gesundheitswesens wurde im *11. Kapitel* versucht, den Fragen nachzugehen, was „Qualität von Gesundheitsleistungen“ bedeutet und welche Qualitätseigenschaften in Zukunft wichtig sein werden.

Abschließend fasst *Kapitel 12* noch einmal die übergreifenden Trends zusammen, welche sich im Rahmen der Auswertungen insgesamt herauskristallisierten und als grundsätzliche Entwicklungen mit Bedeutung für alle Branchen und Anbieter des Gesundheitswesens angenommen werden.

**Abbildung 3: Aufbau der Arbeit**



Quelle: Eigene Darstellung

## 2.3 Ergebnisse der Voruntersuchungen

Im Folgenden sollen die Inhalte einiger Veröffentlichungen wiedergegeben werden, welche im Vorfeld, der dieser Arbeit zugrunde liegenden Befragung, ausgewertet wurden. Im Fokus der Analyse standen dabei die von den Autoren erwarteten Kräfte und Faktoren, welche zu den angenommenen Veränderungen führen werden, sowie die hieraus folgenden zukünftigen Trends. Dabei betrachten die Studien verschiedene Entwicklungszeiträume, sowohl bis in das Jahr 2010 als auch 2020 und sind demnach in unterschiedlichem Maß von visionären Ideen geprägt. Hierauf muss bei der folgenden Übersicht geachtet werden.

**Studie:** **Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts – Kostenfaktor und Wachstumschance**, Autor: Sigrist, S., Hrsg: Eidgenössisches Department des Innern; Bern, 2006.

**Anmerkungen:** Die Studie bezieht sich auf den Schweizer Gesundheitsmarkt; die Ergebnisse scheinen jedoch auf den deutschen Markt weitgehend übertragbar zu sein. Der Betrachtungszeitraum wird nicht klar definiert. „Die Ergebnisse der Studie basieren auf einer umfangreichen Recherche der Literatur und einer Vielzahl von Expertengesprächen aus dem Kreis von Industrie, Leistungserbringern, Versicherungen, Gesellschaft, Politik und Technologie.“

### **Faktoren, die neue Trends bedingen:**

„Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht die Heilung von Krankheiten, erhöht aber auch die Erwartungen der Menschen. Neue ethische Fragen.

Die steigende Zahl der älteren Menschen bringt veränderte Nachfragestrukturen und neue Formen des Zusammenlebens.

Der Lebensstil als zentraler Einflussfaktor führt zu einer steigenden Bedeutung der Eigenverantwortung.

Steigende Komplexität und zunehmende Individualisierung in Gesellschaft und Wirtschaft prägen den Umgang mit Gesundheit und die Anforderungen an Leistungserbringer.

Gesundheit wird auch im westlichen Gesundheitsverständnis ganzheitlich definiert und umfasst das physische, das psychische und das soziale Wohlergehen.

Die Logik der Konsumgütermärkte prägt den Gesundheitsmarkt.

Gesundheit wird global.

Fragen der Liberalisierung, der Finanzierung des Gesundheitssystems und der Prävention gelten als zentrale Schaltstellen im Hinblick auf die Zukunft des ... Gesundheitswesens.“

#### **Erwartete Trends/Entwicklungen:**

Neue Therapien werden entwickelt, neue diagnostische Möglichkeiten ergeben sich, Grenzen zwischen Mensch und Maschine verschwimmen.

Die Vernetzung im Gesundheitsmarkt weitet sich aus.

Geriatrisierung des Gesundheitswesens: veränderte Ansprache zukünftiger Generationen von Senioren als wichtigste Konsumentengruppe; veränderte Formen des Zusammenlebens; Pflegemarkt als wichtigster Wachstumssektor.

„Neben dem klassischen Gesundheitsmarkt mit Fokus auf Krankheit entsteht ein neuer Markt, in dem Prävention und Gesundheit im Zentrum stehen.

Die Ausgaben im Gesundheitsmarkt dürften auch in Zukunft steigen: Demografie, technischer Fortschritt und Mengenausweitung sind wichtige Einflussfaktoren.

Der Wunsch nach Einfachheit wächst. Bedürfnis nach Orientierung. Nachfrage nach zeitsparenden Produkten, aber auch Vergleich mit Preis, Qualität, Bedarf.

Der neue Markt für Gesundheit und Prävention leitet einen wachsenden Beitrag zur Wertschöpfung der (...) Volkswirtschaft und könnte einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands (...) leisten.“ Verändertes Verständnis von Krankheit und Gesundheit.

„Globaler Wettbewerb, der Preis spielt eine wichtige Rolle, Notwendigkeit der Kooperation zwischen Anbietern.“

**Studie:** **Gesundheitsmarkt im Umbruch: Zwischen Kostendruck, Versorgungsqualität und Kundenorientierung - Trends und Handlungsfelder für Krankenversicherungen und Leistungserbringer;** Hrsg: Accenture; Berlin, 2002.

**Anmerkungen:** Der Betrachtungszeitraum wird nicht klar definiert. Die Studie ist bereits sechs Jahre alt. „Die Ergebnisse stammen aus einer Befragung der Marktteilnehmer aus den Bereichen Krankenversicherung, Krankenhaus, Ärzteschaft, Pharmazeutik, Generika, Biotechnologie, Arzneimittelgroßhandel, Apotheken sowie Patienten.“

#### **Faktoren, die neue Trends bedingen:**

Staatliche Eingriffe lösen einen deutlich gesteigerten Wettbewerb aus.

Wandel als Folge einer Krise der bestehenden Finanzierungssysteme.

Die qualitativ und quantitativ zunehmende Nachfrage nach Dienstleistungen rund um das Thema Gesundheit und der rasante medizinische und technische Fortschritt sind Auslöser und Treiber der Entwicklungen.

#### **Erwartete Trends/Entwicklungen:**

„Die Gesundheitsmärkte in Europa gleichen sich an.

Der Gesundheitsmarkt konsolidiert sich.

Neue staatliche Instrumente drosseln den Anstieg der gesetzlich geregelten Gesundheitsausgaben.

Krankenversicherungen übernehmen mehr Verantwortung für die Ausgabenkontrolle.

Krankenhäuser entwickeln sich zu ergebnisorientierten Unternehmen.

Krankenversicherungen werden zu Gesundheitsmanagern.

Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung nimmt zu.

Informationstechnologie treibt die umfassende Vernetzung voran.“

**Studie:** **Zukunftsmagazin Zwanzig Zwanzig – Gesundheit 2020**, Hrsg: Bertelsmann Stiftung; Gütersloh, 2007.

**Anmerkungen:** Visionärer Text. Mögliche Entwicklungen bis 2020 aufgezeigt.

#### **Faktoren, die neue Trends bedingen:**

„Die Babyboomer-Generation kommt in die Jahre.“

Erkenntnisse über positive Wirkungen von Prävention, Psychologie und Vernetzung der Ärzte.

#### **Trends/Entwicklungen:**

Wachsende Angebote der betrieblichen Gesundheitsvorsorge. Betriebliche Gesundheits-Manager.

Wegfall der Trennung von PKV und GKV und neue Versorgungsmodelle der Kassen.

Vernetzung der Ärzte; mehr MVZs als Einzelpraxen, auch virtuelle Vernetzung. In MVZs arbeiten auch studierte Pflege- und Präventionskräfte zur Versorgung chronisch Kranker.

„Gesundheitsversorgung aus einem Guss“, Fachkräfte informieren, beraten, organisieren von OP bis Reha.

Ambulant betreute Wohngruppen für Senioren.

Gesundheitsförderung bereits im Kindergarten.

**Studie:** **Gesundheitstrends 2010**, Autoren: Wenzel, E., Kirig, A., Huesmann, A.; Hrsg: Zukunftsinstitut GmbH; Kelkheim, 2007.

**Anmerkungen:** Es wurde keine Angabe über die Durchführung der Studie gefunden. Der Zeitraum (2010) scheint sehr knapp mit Blick auf den Umfang der beschriebenen Trends.

#### **Faktoren, die neue Trends bedingen:**

„Gesundheit wird „Leitwährung“. Gesundheit wird zu einem allgegenwärtigen Problem – auf den weltweiten Konsummärkten ebenso wie im Privatleben, im Freizeitbereich, in der Arbeitswelt.“

Neue Branchen stürmen den Markt. Technologie ist hier der stärkste Treiber, Unternehmen dieser Branche werden zu integrierten Diagnostikunternehmen oder bieten mobiles Patienten-Monitoring an. Medien und die Lebensmittelindustrie orientieren sich immer stärker am Thema „Gesundheit“.

Gesundheit wird ein Part individueller Identität, während der Gesundheitsmarkt zu einer Ausdehnung der Nachfrage beiträgt.

Neben neuen Technologien wird gerade ein Kult um das „Einfache“ entstehen.

Gesundheit wird zur Schlüsselressource und die Selbstverantwortung steigt.

#### **Trends/Entwicklungen:**

Gesunde Ernährung: die kulinarische Krankheitsprävention wird wichtiger als die reine Sättigung.

Self-Enforcement ersetzt Wellness: Kultur der geistigen, körperlichen und psychischen Selbstvervollkommnung.

Apotheken müssen sich neu aufstellen, da kritische Konsumenten Wohlfühlberatung statt reiner Medikamentenaushändigung wünschen.

Kliniken als Patientenhotels oder als Hightech-Modul.

Alternativmedizin als selbstverständliche Ergänzung bzw. Komplementärmedizin. Spiritualität wird immer dominanter.

Ein neues Bild von und neuer Umgang mit psychischen Krankheiten: Emotional-Management.

Computertechnologie gibt neue Hilfestellung für behinderte Menschen.

Volkskrankheit Schmerz: Neue Therapien

## **Szenario-Studie: Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. Gesundheitsversorgung**

**2020**, Autoren: Böhlke, R., Söhnle, N., Viering, S.; Hrsg: Ernst & Young; Eschborn, 2005.

**Anmerkungen:** Dieses Szenario ist bereits drei Jahre alt. „Die Grundlagen wurden zusammen mit einem Expertengremium aus Krankenhausmanagern, Ärzten, Pflegedienstleitern, Betreibern von Alten- und Pflegeeinrichtungen, Verbandvertretern, Hochschulprofessoren, Vertretern der Pharma- und Medizintechnikindustrie sowie PR- und Marketingfachleuten erarbeitet.“ Dabei ergab sich ein sehr optimistisches Szenario, das bis 2020 einen langen Zeitraum abdeckt.

### **Faktoren, die neue Trends bedingen:**

Umfassende medizinische und technologische Entwicklungen.

Die soziodemografische und gesellschaftliche Entwicklung beeinflusst sehr stark: Leistungsorientierung, Leistungswille, eine steigende Zahl arbeitender Frauen. Senioren sind begehrter und mächtiger als je zuvor. Die Gesellschaft teilt sich in gut und schlecht informierte Bürger.

Wirtschaftliche Rahmenbedingungen: stetige Zunahme der Wirtschaftskraft bei sinkender Abgabenlast durch Entbürokratisierung, zunehmende Anzahl von Doppelverdiener-Haushalten und sinkende Haushaltsgrößen, führen zu steigenden Netto-Haushaltseinkommen.

Entwicklung von Krankheitsbildern: zunehmende Verbreitung von Infektionskrankheiten. Dramatischer Wertewandel in der Gesellschaft...gesund sein heißt leistungsfähig, attraktiv und gut gelaunt zu sein – bis ins hohe Alter.

Gesetzliche und institutionelle Entwicklungen: wettbewerbliche Ausgestaltung des Gesundheitssystems nach umfassenden Reformen des gesamten Sozialsystems.

Internationale Entwicklungen: die EU wächst weiter, Fachkräfte des Gesundheitswesens wandern innereuropäisch, Versorgungslücken in Osteuropa, regionales Ausbluten durch Unattraktivität. Kleine Versicherungsunternehmen sind vom Markt verschwunden.

Entwicklungen in der Versorgungsstruktur: Gesundheitssystem wird zum Markt, Krankenhäuser sind Teil großer Versorgungsnetze, Pflege bleibt großes Problem.

Entwicklung von Wettbewerb und Qualität: nur noch marginale Unterschiede zwischen Gesundheitsmarkt und anderen Branchen in Bezug auf Wettbewerb. Keine staatlich garantierte Rundum-Versorgung mehr – lediglich noch eine Grundversorgung. Leistungen über diesem Maße sind privat zu finanzieren. Die Transparenz des Systems steigt.

### **Trends/Entwicklungen:**

Teleconsulting, Home-Care-Services, Miniaturisierung, Einsatz der Robotertechnik bei

OPs steigt. Nanotechnologie bei Geburten und chronisch Kranken eingesetzt.

Positive Zukunft des Bildungs- und Forschungsstandorts Deutschland.

Wellness/Fitness/Clubreisen für Ältere. Werbung auf Senioren zugeschnitten. Sie benötigen ihr Vermögen, auch geerbtes, für Gesundheitsausgaben.

Es entsteht ein n-Klassen-Versorgungssystem.

Vielfältige Präventionsangebote, Anti-Stress-Programme, Medical Beauty, Professional Health Holidays. Körperkult und Gesundheitswahn.

Neben preiswerten Generika auch teure Lifestyle-Produkte wie auch gruppenspezifische Nahrungsmittel (für Sportler, Manager, Schwangere...)

Gesundheitstourismus auch verstärkt durch die horizontale Integration von Reiseindustrie und Gesundheitswesen.

„Health Consultants“ und „Wohlfühl-Coaches“ entwickeln individuelle Entspannungskonzepte. Dazu kommen Ernährungsberater in Supermärkten, Anbieter von „Personal Male Health“ und „Simple Medicine“ sowie „24/7 Services“.

Anbieter bilden Profile und umfassende Netzwerke, Online-Beratung durch Krankenkassen-Ärzte in Zusammenarbeit mit Versandapotheken. Kleine Teleportalkliniken schalten bei Bedarf Spezialisten aus großen Krankenhäusern zu.

Medizinische Leistungen werden über die Grenzen hinweg vergleichbar.

**Studie:** **Gesundheitsmarkt 2013**, Autor: Heigl, A.; Hrsg: HVB Corporates & Markets, München, 2003.

**Anmerkungen:** Die Studie ist bereits fünf Jahre alt. Sie „geht aus einem Workshop mit Experten aus der HVB Group hervor, die sich in der Bank in ihrem Tagesgeschäft mit dem Gesundheitswesen und/oder den Gesundheitsmärkten beschäftigen. Grundlage des Workshops war die zentrale Fragestellung: „Welche Chancen bietet der Gesundheitsmarkt in den Industrieländern bis 2013?““ Es wurden vier denkbare Zukunftsszenarien entwickelt, welche von der regulativen Struktur und den zukünftigen Präferenzen der Individuen abhängen.

#### **Faktoren, die neue Trends bedingen:**

Überdurchschnittliche Wachstumsraten im Gesundheitsmarkt auf Grund von soziodemografischen Veränderungen (Alterung der Gesellschaft, Geriatriisierung des Gesundheitswesens), medizinisch-technologischen Innovationen sowie neuen Angeboten (Lifestyle-Medizin: Wellness, Anti-Aging, ganzheitliche Medizin, E-Health)

## Trends/Entwicklungen:

Szenario 1: „Mehr Markt auf der Angebotsseite und Konsumorientierung bei den Individuen führen zum so genannten >>**Ich-Patienten**<<. Er zeichnet sich durch hohe private Gesundheitsausgaben aus.“

Szenario 2: „Der >>**Pauschalpatient**<< ist dagegen eher versorgungsorientiert und achtet auf einen möglichst günstigen Leistungskatalog.“

Szenario 3: „Die >>**Gesundheitsplanwirtschaft**<< ist gekennzeichnet durch Budgetierung, Regulierung und Rationierung. Die bürokratischen Strukturen machen das System ineffizient.“

Szenario 4: „Im >>**Gesundheitsschwarzmarkt**<< reagieren die konsumorientierten Individuen mit einer Flucht aus dem hochregulierten System ins Ausland (Gesundheitstourismus) oder mit privaten Mehrausgaben >>**unter der Hand**<<.“

„Die Studie räumt dem Szenario des >>**Ich-Patienten**<< die größte Eintrittswahrscheinlichkeit ein.

Investitionsentscheidungen ergeben sich folgende strategische Ableitungen:

In Zukunft zahlen sich vor allem Spezialisierung, Forschung und Entwicklung sowie innovative Bereiche aus, die sich am schnellsten auf die veränderte Nachfragestruktur (Geriatrisierung, Selbstmedikation, Kundenpatient statt Hilfeempfänger) einstellen.

Pharmaindustrie und Leistungserbringer, insbesondere Krankenhäuser, werden eine Phase der Konsolidierung durchlaufen.

Krankenkassen und Versicherer dürften im harten Wettbewerb unter den geringeren Gewinnmargen leiden.“

**Studie:** **Delphi V: Perspektive 2020 - Gesundheit als Chance**, Hrsg: IGES Institut, Berlin 2008.

**Anmerkungen:** Diese neueste Szenarien-Studie zur Patientenversorgung wurde durch das IGES Institut in Zusammenarbeit mit einem Thinktank von 14 Experten entwickelt, darunter Rhön-Klinikum-Gründer Eugen Münch, Hans Jürgen Ahrens als AOK-Bundesbankchef sowie der Vizechef der TK. Des Weiteren gaben etwa 60 Vertreter von Ärzten, Kliniken, GKVen und PKVen ihre Meinung ab. Zudem wurden repräsentative Umfragen unter Patienten durchgeführt. Es entwickelten sich drei Szenarien. Die Studie deckt bis 2020 einen langen Betrachtungszeitraum ab, beschränkt sich jedoch auf den Bereich „Versorgung und Versicherung der Individuen“.

## Trends/Entwicklungen:

**Szenario A:** Primärversorgungszentren (PVZ) sind für die Versichertenversorgung zuständig, sofern sich diese in den „ausgedehnten Hausarztmodellen“ eingeschrieben haben. Die Krankenkassen stellen den PVZs ein festes Budget zur Verfügung. Die Zentren sind selbstständig für die Wirtschaftlichkeit ihrer Häuser verantwortlich, während Patienten statt eine Krankenkasse ein PVZ wählen und sich dementsprechend für eine Kasse entscheiden.

**Szenario B:** Es entsteht eine Gemeinschaftsversicherung in die alle Bürger einzahlen. Finanziert werden daraus nur solche Leistungen, deren Nutzen anerkannt ist. Darüber hinaus gehende Bedürfnisse müssen privat bezahlt bzw. über Zusatzversicherungen abgedeckt werden.

**Szenario C:** Alle Bürger zahlen eine risikounabhängige Kopfpauschale, entscheiden jedoch selbst wie und wo sie sich versichern. Bspw. können Angestellte einer Firma als Gruppe ein Versicherungspaket nach ihren Wünschen zusammenstellen, also bspw. ein Bestehen auf Originalpräparate festlegen. Der Staat garantiert nur noch, dass dem Bürger wichtige Leistungen nicht verweigert werden.

**Studie:** **Innovation und Wachstum im Gesundheitswesen** (2005) in Verbindung mit der Studie **Der Zweite Gesundheitsmarkt – Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen** (2007); Autoren: Kartte, J., Neumann, K., Kainzinger, F., Henke, K.-D.; Hrsg: Roland Berger View.

**Anmerkungen:** Die Studien beruhen auf Gesprächen mit Experten aus Politik, und Industrie sowie von Leistungsträger- und Erbringerseite. Dazu kommen Befragungen der Konsumenten als Grundlage der zweitgenannten Studie.

## Faktoren, die neue Trends bedingen:

Großes Wachstumspotenzial des Gesundheitsmarkts bei hoher Zahlungsbereitschaft der Individuen für Gesundheitsleistungen. Dabei wird eine Konsumfreudigkeit über alle Einkommensklassen angenommen.

Zunehmendes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung.

Wachstum durch medizinisch-technische Innovationen.

Die demografische Veränderung wird eine erhöhte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit sich bringen. Dieser Faktor entfaltet sich in voller Dynamik jedoch erst mit dem Jahr 2020.

Der zunehmende Konsum von Gesundheitsleistungen zieht sich durch alle Einkommensklassen. Bspw. bieten Flatrate-Sportcenter oder Bio-Discounter Angebote für Geringverdiener.

### **Trends/Entwicklungen/Ideen**

Bio-Lebensmittel, Functional-Food, Nahrungsergänzungsmittel  
Naturkosmetik, Anti-Aging, Nutrikosmetik  
Wellness und Gesundheitstourismus  
Betriebliches Präventionsmanagement  
Ausbau heutiger Urlaubsclubs und Wellnesshotels zu Gesundheitsressorts  
Körperlich eingeschränkten Menschen das Reisen erleichtern  
Persönliche Gesundheitsberater  
Intermediäre Beratungsleistungen zur Vermittlung optimaler Krankenhäuser etc.

**Studie:** **Die Gesundheitsgesellschaft – Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft;** Autorin: Kickbusch, I., Gamburg, 2006.

**Anmerkungen:** Umfangreicher Themeneinbezug, Buchform.

### **Faktoren, die neue Trends bedingen:**

Die Menschen leben länger und sind länger gesund.  
Ein signifikant verschobenes Krankheitsspektrum hin zu den chronischen, zum Teil vermeidbaren Krankheiten.  
Das Krankenversorgungssystem nimmt einen wachsenden Anteil am BIP ein.  
Der Gesundheitsmarkt ist der wichtigste Faktor des Wirtschaftswachstums, die Gesundheitsindustrie fördert dies.  
Rapide Fortschritte in der Medizin, Bio- und Informationstechnologie.  
Neue Gesundheitsrisiken durch die Globalisierung.  
Ein wachsendes öffentliches und persönliches Interesse an der Gesundheit mit selbstbewussteren Konsumenten.

### **Trends/Entwicklungen/Ideen**

„Die alternden „Babyboomer“ werden das Gesicht des „Gesundheitswesens und des Gesundheitsmarktes der nächsten zehn Jahre bestimmen. Ihr zunehmendes Interesse an Wellness, Prävention, Genetik u. a. m. und ganz schlicht ihre Anzahl, wird die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen, Pharmaka, dem Mana-

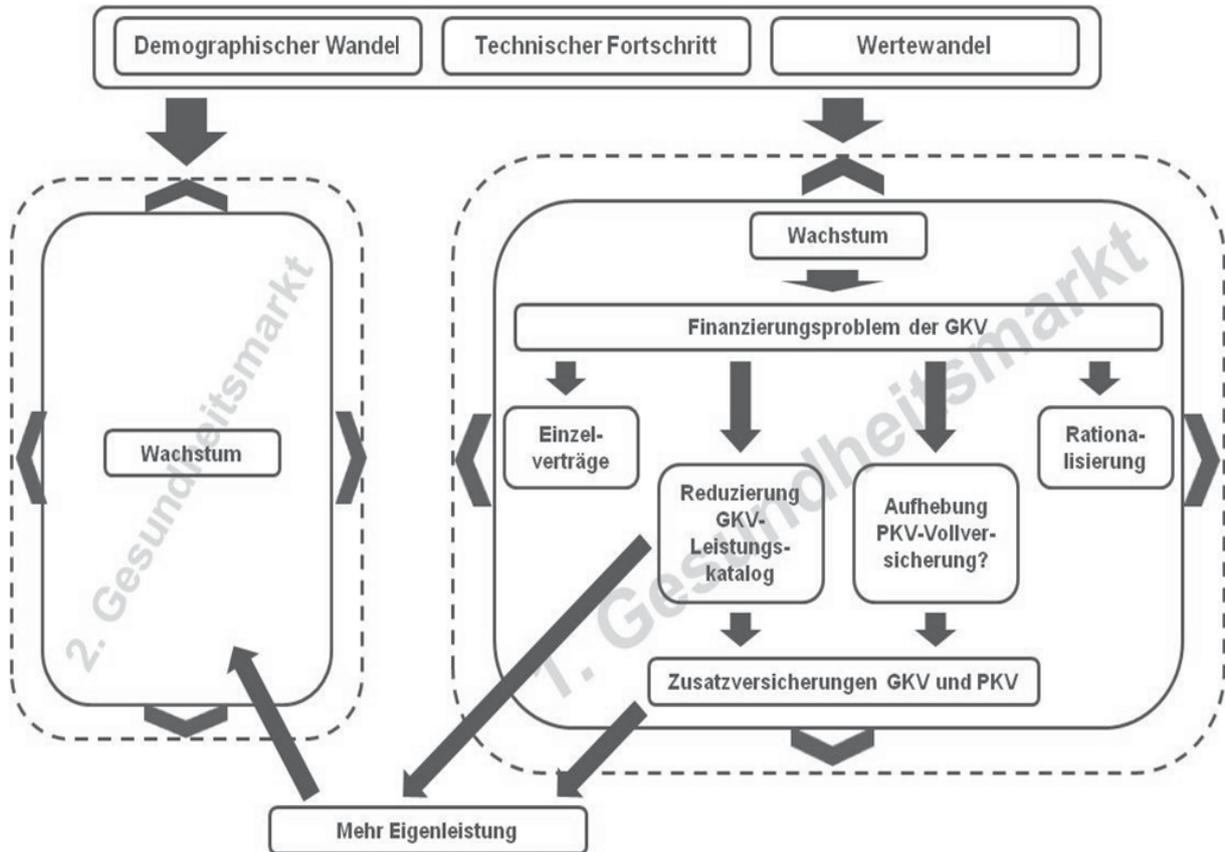
gument von Krankheit („disease management“) und personalisierten medizinischen Dienstleistungen („personalized medicine“) explodieren lassen. Die „Babyboomer“ erwarten ein langes und gutes Leben und stellen entsprechende Anforderungen.“ Unterschiede zwischen medizinisch notwendigen Interventionen und Medikamenten und solchen, die eher auf Wohlbefinden und Lebensqualität gerichtet sind, werden schwieriger zu erkennen sein.

IT: Der gesamte Bereich „Gesundheitsinformation“ wird wachsen. Hierzu gehören Tele-Health Angebote, Medienberichte, Internetforen...

Freiwillige Ausgaben werden zunehmen: Laserstrahl OPs, Vaterschaftstests, Komplementärmedizin, Alternativmedizin.

### 3 Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems

Abbildung 4: Wandel des deutschen Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Auswertungsergebnisse der Experteninterviews deuten auf eine bestimmte Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems hin. Sowohl der erste als auch der zweite Gesundheitsmarkt werden an Bedeutung gewinnen. Darin waren sich praktisch alle Experten einig. Dabei wird das Marktvolumen gegenüber anderen bedeutenden Branchen überdurchschnittlich anwachsen, so dass der Gesamtmarkt für Gesundheitsleistungen in naher Zukunft mit großer Wahrscheinlichkeit der bedeutendste Markt überhaupt in Deutschland sein wird.

#### Statements

*„Gesundheit ist nun einmal etwas, das im Alter abnimmt, und Krankheit nimmt im fortschreitenden Lebenszyklus zu. Wenn man sich dann den Alterungsprozess, der auf uns zukommt, vor Augen führt, wird klar, dass der Gesundheitsmarkt der Boommarkt Nummer 1 in Deutschland ist.“*

*„Also aktuell ist der Gesundheitsmarkt mit einem Umsatz 250 Mrd. € und 4,2 Mio. Beschäftigten einer der größten Branchen, die wir haben. In Zukunft wird der*

***Gesundheitsmarkt der Wachstumsmarkt für Deutschland und für alle OECD Staaten.“***

***„Also, die Bedeutung des Gesundheitsmarktes ist ja aktuell schon sehr groß. ... Im Zeitraum bis 2015 sehe ich den Gesundheitsmarkt wenn nicht als Nummer eins, dann zumindest auf dem Weg dorthin. Die Bedeutung wird also weiter deutlich stark ansteigen.“***

***„Die Bedeutung des Gesundheitsmarktes wird stark steigen. Wahrscheinlich wird er der wichtigste Markt der Zukunft.“***

***„Es bedarf keiner hellseherischen Fähigkeiten, um ein Anwachsen der Bedeutung des Gesundheitsmarktes vorherzusehen.“***

Allerdings verursacht das überdurchschnittliche Wachstum des ersten Gesundheitsmarktes Ausgabensteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, die alleine durch Einnahmeerhöhungen künftig nicht mehr in den Griff zu bekommen sind. Folglich wird es zu Reformen auf der Ausgabenseite der GKV kommen, die eine effizientere Versorgung bewirken, aber auch den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung reduzieren und den Versicherten damit mehr Eigenleistung abverlangen werden. Dies wird wiederum dem zweiten Gesundheitsmarkt einen zusätzlichen Wachstumsimpuls versetzen, so dass in diesem Bereich wahrscheinlich mit größeren Wachstumsraten als im ersten Gesundheitsmarkt zu rechnen ist.

#### **Statements**

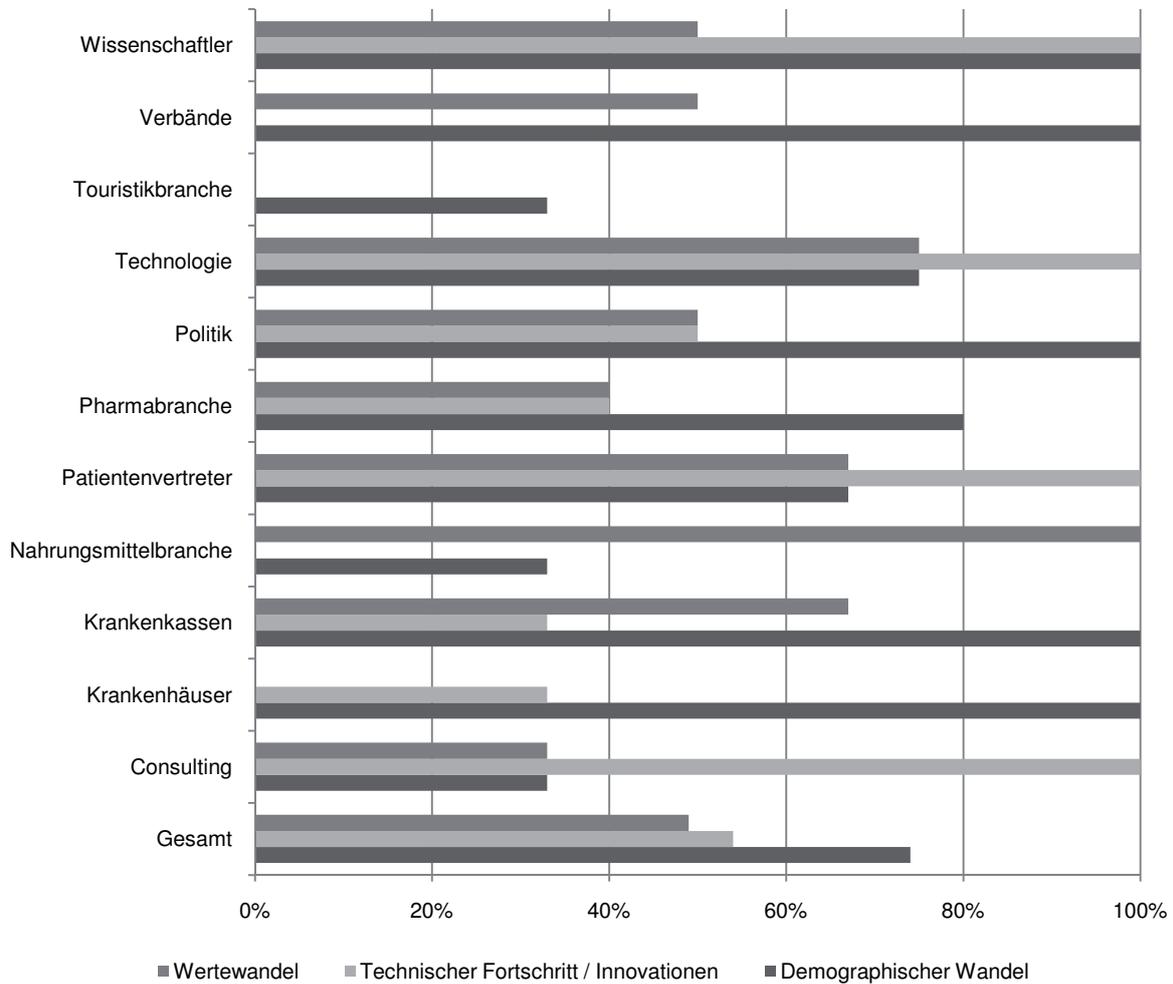
***„Der 2. Gesundheitsmarkt wird wachsen, da Regelleistungen zurückgeschraubt werden. Es wird mehr private Angebote geben.“***

***„Die Finanzierungsfrage ist nicht mehr aufschiebbar. Es müssen Rationierungen kommen. ... In diesem Zuge wird die Eigenfinanzierung steigen.“***

***„Der privatfinanzierte Gesundheitsmarkt bietet ein unglaubliches Entwicklungspotential.“***

Auf die Frage, welche Faktoren die Entwicklung des ersten bzw. zweiten Gesundheitsmarktes wesentlich prägen werden, wurden insbesondere drei Faktoren genannt: der demographische Wandel, der technologische Fortschritt und ein Wertewandel, der zu einem sich verändernden Gesundheitsbewusstsein führen wird. Der demographische Wandel wurde von etwa drei Viertel aller befragten Experten als wesentlicher Einflussfaktor angesehen, der technologische Fortschritt von ca. 55 % der Befragten und der Wertewandel von knapp der Hälfte aller interviewten Personen.

**Abbildung 5: Maßgebliche Einflussfaktoren auf die künftige Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems**



**Quelle: Eigene Darstellung.**

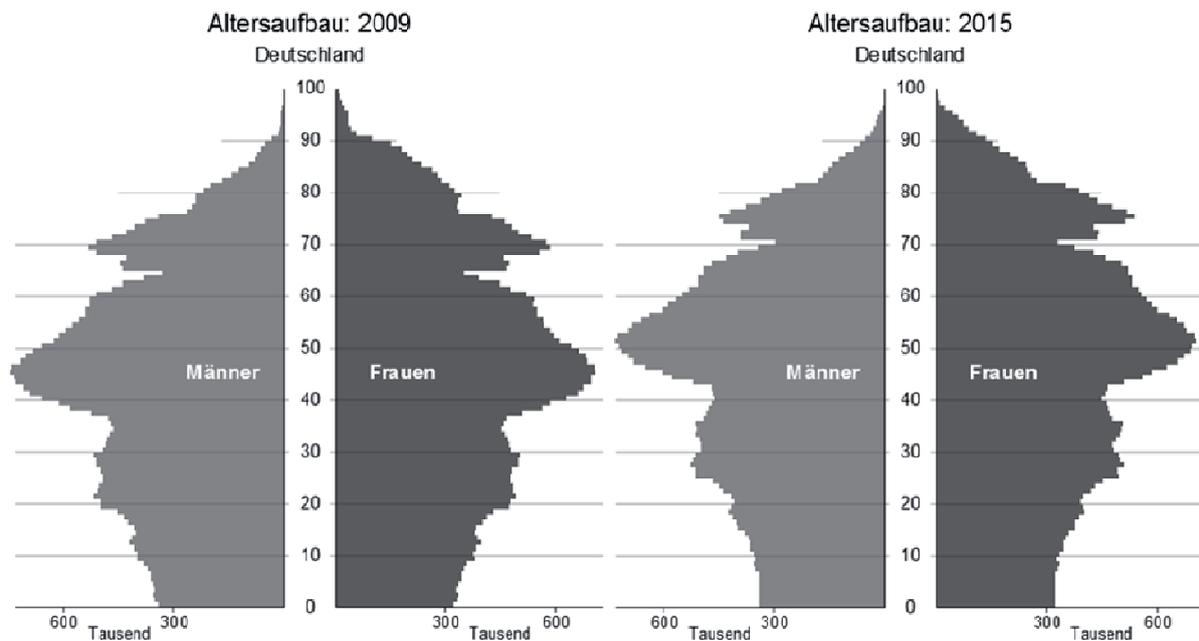
Bei der Frage nach den bedeutendsten Einflüssen wurde der demographische Wandel nicht nur am häufigsten benannt sondern zumeist auch an erster Stelle. Nach den Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes<sup>1</sup> werden im Jahr 2015 über eine halbe Mio. mehr über 65 Jährige leben als im Jahr 2009. Gleichzeitig sinkt die Zahl der 20-64 Jährigen um 400.000. Aufgrund des Umlageverfahrens in der GKV bedeutet dies, dass immer weniger Beitragszahler mehr Mitglieder finanzieren müssen. Zudem wurde in einer Analyse der Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) Niedersachsen für die Jahre 1998 und 1999 ermittelt, dass die 10 % Versicherten mit den höchsten Kosten 80 % aller Ausgaben in Anspruch genommen haben.<sup>2</sup> Dabei handelt es sich vornehmlich um chronisch Kranke. Chronische Er-

<sup>1</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2009a).

<sup>2</sup> Vgl. Winkelhake, O./ Miegel, U./ Thormeier, K. (2002), S. 58-59.

krankungen treten vor allen Dingen im Alter auf, so dass ein Anstieg der Zahl älterer Menschen und eine höhere Lebenserwartung auch zu höheren Kosten führen werden.

**Abbildung 6: Altersaufbau in Deutschland in den Jahren 2009 und 2015**



**Quelle: Statistisches Bundesamt (2009a).**

Demgegenüber sind die Wirkungen des technischen Fortschritts schwerer abzusehen. Zwar ist damit zu rechnen, dass die neuen technischen Instrumente preisintensiver sein werden, allerdings versprechen sie auch eine bessere Wirtschaftlichkeit. Die Vergangenheit zeigt jedoch, dass mit Ausgabensteigerungen zu rechnen sein wird, da bspw. bei der Einführung neuer diagnostischer Verfahren die herkömmlichen Instrumente weiter eingesetzt werden. Die neuen Techniken verdrängen die alten nicht, sondern ergänzen sie lediglich.<sup>3</sup> Neben medizinischen Gründen wird die technische Ausstattung auch zum Wettbewerbsfaktor bei Medizinern und Industrie.

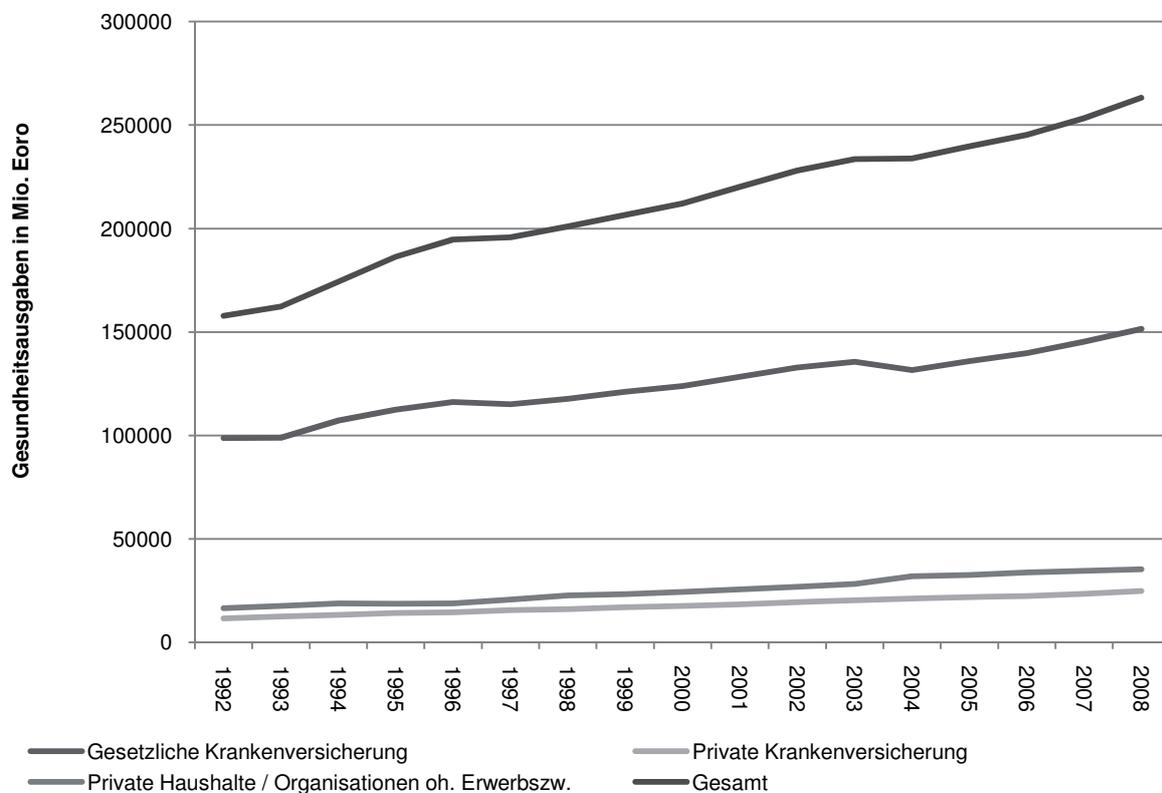
Als dritter essenzieller Einflussfaktor wird ein Wertewandel die Entwicklung der Gesundheitsmärkte prägen. Es konnte beobachtet werden, dass die Nachfrage nach Gesundheitsprodukten mit steigendem Wohlstand überproportional zunimmt. In der Wohlstandsgesellschaft heißt die Devise nicht mehr „Hauptsache gesund“ sondern

<sup>3</sup> Vgl. Zdrawomyslaw, N. / Düring, W. (1997), S. 70.

„fit bis ins hohe Alter“. Demzufolge werden die Menschen künftig einen größeren Teil der Konsumausgaben für die Gesundheit verwenden.<sup>4</sup>

| Statements   |
|--|
| <b>„Die maßgeblichen Einflüsse auf die Entwicklung sind der Demographische Wandel, das Gesundheitsbewusstsein und die Bildung im Gesundheitsbereich sowie der medizinisch technische Fortschritt.“</b> |
| <b>„Als bedeutende Einflüsse sind der demographische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt zu sehen, der Nachfrage bei finanzstarken Patienten erzeugen wird.“</b>                         |
| <b>„Innovationen, die eher zu steigenden Kosten denn zu sinkenden führen und die Demographie werden die Entwicklung des Gesundheitsmarktes im Besonderen beeinflussen.“</b>                            |
| <b>„Morbidity, getrieben durch soziodemographische Parameter, Innovationen und psychographische Faktoren werden den Gesundheitsmarkt primär beeinflussen.“</b>   |

**Abbildung 7: Entwicklung der Gesundheitsausgaben gesamt und für die drei bedeutendsten Ausgabenträger**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2010).

<sup>4</sup> Vgl. v. d. Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 29.

Wie bereits erwähnt wird der überdurchschnittliche Wachstum des ersten Gesundheitsmarktes und die damit verbundenen Ausgabensteigerungen insgesamt zu einem Finanzierungsproblem in der GKV führen, das alleine mit einnahmeseitigen Maßnahmen nicht zu lösen sein wird. Die Ergebnisse der Experteninterviews weisen insbesondere auf drei Instrumentenbündel hin, mit denen die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gedämpft werden sollen. Hierzu zählen die Hebung von Rationalisierungsreserven, die Intensivierung des Wettbewerbs durch die Ausweitung des selektiven Kontrahierens sowie die Reduzierung von GKV-Leistungen verbunden mit einer steigenden Eigenleistung.

#### Statements

**„Um den steigenden Kosten entgegenzuwirken muss das System flexibler und wettbewerbsoffener werden. Maßnahmen sind bspw. selektiver Vertragswettbewerb, Wahltarife, Aufhebung der Sektorengrenzen.“**

**„Sowohl in der GKV als auch in den Tarifen der PKV wird nicht mehr alles über das System finanzierbar sein. Das bedingt das wir innerhalb des Systems, insbesondere der GKV, auf Basis wirtschaftlicher Entscheidungen das Notwendige nicht überschreiten. Diesbezüglich wird über Leistungsinhalte und die Aufnahme von neuen Leistungen in den GKV-Katalog zu diskutieren sein. ... Es wird ein erheblicher Druck auf die Leistungskataloge entstehen, auch auf die Privaten. Dies resultiert in einem verstärkten Wettbewerbsdruck auch auf Seiten der Leistungserbringer, Zulieferer und der Industrie.“**

**„Die Kosten der gesundheitlichen Betreuung werden weiterhin überdurchschnittlich steigen. Die Rationalisierungsreserven sind bisher nur theoretisch, nicht aber praktisch ausgeschöpft. Ihre wirksame Erschließung wäre aber nur unter den Bedingungen einer sektorübergreifenden Betreuung möglich, für die aber völlig andere Honorierungssysteme entwickelt und umgesetzt werden müssten als dies heute der Fall ist. Zudem wächst der Druck, Priorisierungsverfahren zu entwickeln und das Procedere, die Ergebnisse und die Konsequenzen öffentlich zu diskutieren.“**

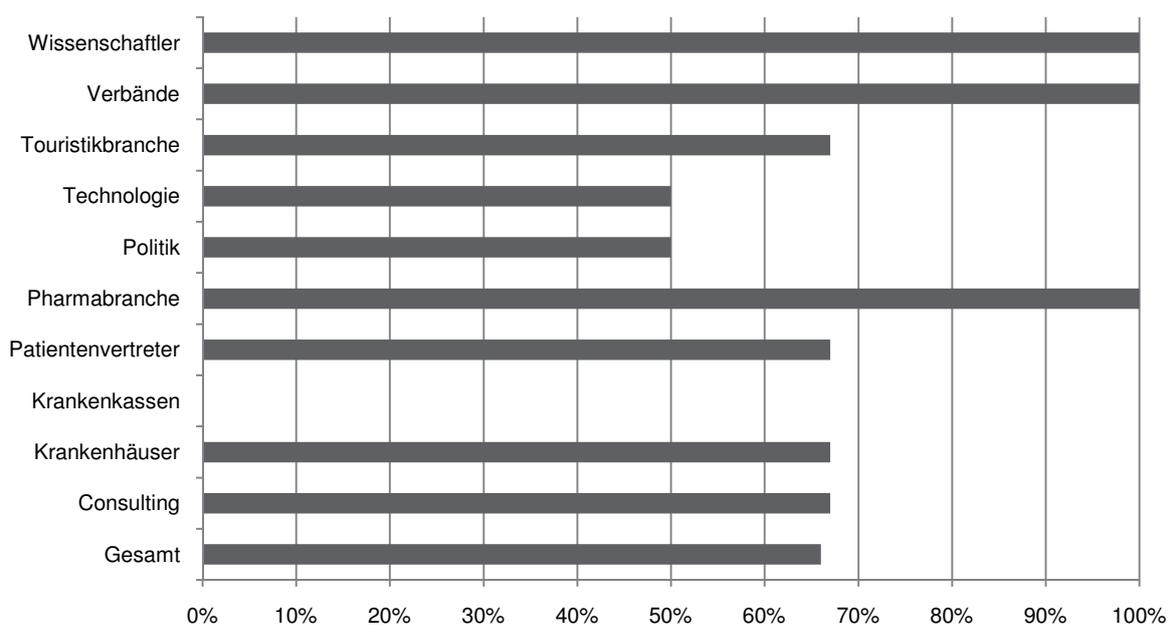
Effizienzsteigerungen können im Gesundheitswesen vor allen Dingen durch folgende Maßnahmen erzielt werden:

- Schaffung von Anreizsystemen
  - die Personen zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten und Patienten zu einer rationaleren Nachfrage von Gesundheitsleistungen veranlassen
  - die Leistungserbringer und andere Akteure des Gesundheitswesens zu einer rationaleren Verwendung der vorhandenen Mittel und Ressourcen anhalten
  - die die Bildung von effizienteren Versorgungsstrukturen begünstigen

- Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung für Arzneimittel, Medizintechnologien etc. (vgl. hierzu Kap. 8) und die Ausweitung gesundheitsökonomischer Evaluationen, um ineffiziente Produkte von der Erstattung auszuschließen
- Ausweitung des selektiven Kontrahierens
  - zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, um den Wettbewerb auf Seiten letzterer zu intensivieren und neue, effizientere Versorgungsstrukturen zu fördern (vgl. hierzu Kap. 4, 6)
  - zwischen Krankenkassen und anderen Akteuren des Gesundheitswesens, insbesondere der pharmazeutischen Industrie, um den Wettbewerb in diesem Bereich zu stimulieren
- Realisierung und Steuerung von neuen optimierten Versorgungsstrukturen (vgl. Kap. 6)

Die Reduzierung von GKV-Leistungen in Form von Rationierungen bzw. Priorisierungen oder gar durch die Einführung einer Grund- bzw. Basisversicherung, die nur die notwendigen Leistungen abdeckt, verbunden mit einer Ausweitung der privaten Zusatzversicherungen werden etwa von zwei Drittel der befragten Experten als zukünftiges Szenario beschrieben.

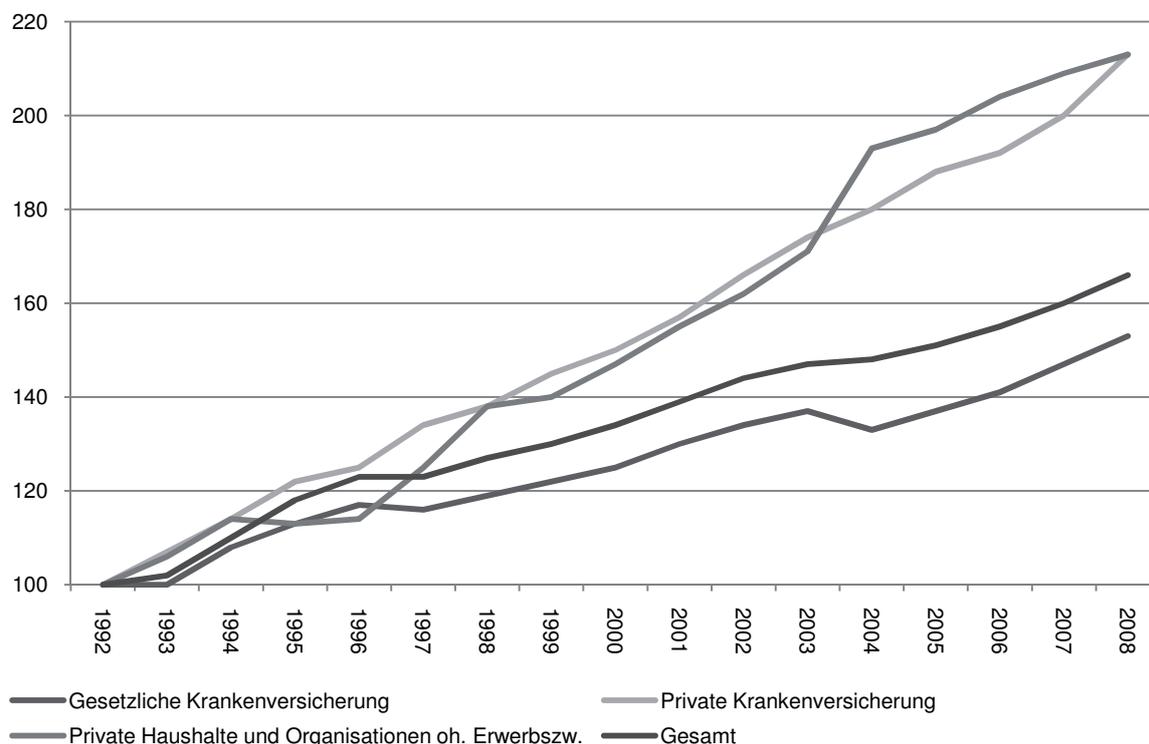
**Abbildung 8: Reduzierung von GKV-Leistungen / Mehr Eigenleistung**



Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Kürzung der GKV-Leistungen bei gleichzeitig steigender Eigenleistung der Versicherten kann bis zum Jahr 2015 als relativ sicher angenommen werden. Betrachtet man die Entwicklung der Gesundheitsausgaben der bedeutendsten Ausgabenträger, bezogen auf das Basisjahr 1992, kann man feststellen, dass die Ausgaben der privaten Haushalte im Vergleich zum Basisjahr erheblich stärker angestiegen sind als jene der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Grund hierfür liegt darin, dass bereits in der Vergangenheit immer wieder Leistungen aus dem GKV-Regelleistungskatalog ausgeschlossen wurden und folglich durch die Privathaushalte direkt finanziert werden mussten. Bspw. wurde der steile Anstieg der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte aus dem Jahr 2004 bei gleichzeitiger Ausgabenreduzierung der GKV (vgl. Abb. 9) in erster Linie dadurch bewirkt, dass die Kosten für OTC-Arzneimittel mit der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wurden.

**Abbildung 9: Entwicklung der Gesundheitsausgaben gesamt und für die drei bedeutendsten Ausgabenträger bezogen auf das Basisj. 1992 (=100 Punkte)**



**Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt 2010.**

Ob die Reduzierung des GKV-Leistungskatalogs letztlich zu einer Art Grundversicherung führt, die nur noch die notwendigen Leistungen enthält, und darüberhinausgehende Leistungen dann durch private Zusatzversicherungen abgedeckt bzw. direkt

finanziert werden müssen, bleibt abzuwarten. Allerdings wird dieses Szenario von einer nicht unbedeutenden Anzahl befragter Experten erwartet.

#### Statements

**„Die Leistungen des solidarischen Systems werden begrenzt. Neben einer Basisversorgung bildet sich dann ein neuer Markt privater oder staatlich alimentierter Zusatzleistungen oder Selbstzahlerangebote.“**

**„Die Vollversicherung ist ein Auslaufmodell. Der Markt für Zusatzversicherungen wird wachsen.“**

**„Es ist davon auszugehen, dass das duale Krankenversicherungssystem auf längere Sicht bestehen bleibt. Allerdings ist zu vermuten, dass die Gesetzliche Krankenversicherung über kurz oder lang nur noch eine Grundversorgung gewährleistet und weitergehende Risiken privat abgesichert werden müssen. Dies ist eine Herausforderung an die Politik, da den Versicherten Entscheidungen unter Unsicherheit zugemutet werden, wobei auch die Konsequenzen für den einzelnen nicht absehbar sind.“**

**„... Zweitens muss ein gesellschaftlicher Konsens über Fragen der Rationierung gefunden werden. Es wird eindeutig zur Einschränkung des solidarisch finanzierten Leistungskatalogs kommen. Und drittens wird ein erheblicher Teil eigenfinanziert werden müssen. Damit stellt sich auch die Frage nach der Selbstbeteiligung der einzelnen Individuen und auch der privaten Vorsorge.“**

## 4 Zukunft der Krankenversicherungen

### 4.1 Daten zum aktuellen GKV- und PKV-Versicherungsmarkt

Derzeit sind in Deutschland in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zusammen ca. 78,6 Mio. Menschen vollversichert. Dies entspricht etwa einem Anteil von 95,85 % der deutschen Bevölkerung.<sup>5</sup> Mit 24.621.566 Versicherten (32 % der Vollversicherten) stellt der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) das größte Kontingent, gefolgt von den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) mit 23.696.615 Versicherten (30 %) und den Betriebskrankenkassen (BKK) mit 13.559.215 Versicherten (17 %). Die private Krankenversicherung (PKV) vereint ca. 11 % der Vollversicherten auf sich.<sup>6</sup>

Am 01.01.2009 umfasste die GKV 202 Krankenkassen: 15 AOKs, 155 BKKs, 14 Innungskrankenkassen (IKK), 9 Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK), die Knappschaft-Bahn-See und 8 Ersatzkassen.<sup>7</sup> Ende 2008 gehörten dem PKV-Verband 46 Unternehmen als ordentliche und ein Unternehmen (betreibt Krankenversicherung und einen anderen Versicherungszweig) als außerordentliches Mitglied an. Zudem sind mit der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Postbeamtenkrankenkasse noch zwei Einrichtungen mit dem PKV-Verband verbunden.<sup>8</sup> Zusammen decken diese 49 Unternehmen über 99 % des privaten Voll- und Zusatzversicherungsmarktes ab. Der übrige Beitragsanteil entfällt auf private Klein- und Kleinstkrankenkassen mit regionaler bzw. berufsständischer Orientierung.<sup>9</sup>

Die Leistungsausgaben der GKV betragen im Jahr 2008 150,9 Mrd. €. Dabei stellten die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung mit einem Anteil von 34,9 % den größten Posten dar, gefolgt von den Arzneimitteln mit einem Anteil 19,3 % und der ärztlichen Behandlung mit einem Anteil von 17,2 %. Insgesamt veranschlagten die sechs bedeutendsten Ausgabeposten (neben den Netto-Verwaltungskosten) 89 % der Gesamtleistungsausgaben in 2008. Im vergangenen Jahr konnte die GKV einen

---

<sup>5</sup> Vgl. PKV (2009); BMG (2009), Nr. 8.5; Statistisches Bundesamt (2009b).

<sup>6</sup> Vgl. PKV (2009); BMG (2009), Nr. 8.5.

<sup>7</sup> Vgl. BMG (2009), Nr. 8.4.

<sup>8</sup> Vgl. PKV (2009).

<sup>9</sup> Vgl. Schöffski, O. (2008), S. 17.

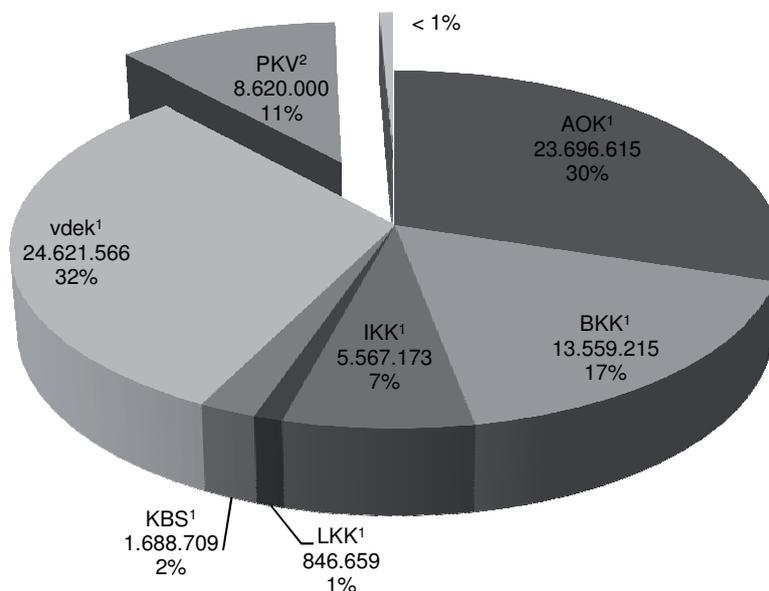
Überschuss von rund 1,4 Mrd. € ausweisen.<sup>10</sup> Die PKV konnte im abgelaufenen Geschäftsjahr 2008 Einnahmen in Höhe von 21,81 Mrd. € aus der Krankenvollversicherung und 3,93 Mrd. € aus Zusatzversicherungen zur GKV verbuchen. Demgegenüber stehen Leistungsausgaben von 19,53 Mrd. bei der Krankenvollversicherung.<sup>11</sup>

**Tabelle 2: Wichtige Zahlen der PKV auf einen Blick**

|   | Volumen    | Einnahmen<br>(in Mrd. €) | Leistungen<br>(in Mrd. €) |
|---|------------|--------------------------|---------------------------|
| Krankenvollversicherung                               | 8.620.000  | 21,81                    | 19,53                     |
| private Pflegeversicherung                            | 9.350.000  | 1,97                     | 0,61                      |
| Zusatzversicherungen<br>(davon Zusatz zur GKV)        | 20.950.000 | 5,88<br>(3,93)           |                           |
| Besondere Versicherungsformen                         |            | 0,44                     |                           |
| <b>Beiträge / Ausgezählte Versicherungsleistungen</b> |            | <b>30,30</b>             | <b>20,14</b>              |
| <b>Alterungsrückstellungen Bestand</b>                |            | <b>130,00</b>            |                           |

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an PKV (2009).

**Abbildung 10: Verteilung der Versicherten nach Kassenarten**



<sup>1</sup> Gesetzliche Krankenkassen (Stand: 01.04.2009); <sup>2</sup> PKV-Verband (vorläufige Werte für das Geschäftsjahr 2008, Stand: 25.03.2009); <sup>3</sup> Private Klein- und Kleinstkrankenkassen.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2009), Nr. 8.5; PKV (2009).

<sup>10</sup> Vgl. BMG (2009), Nr. 9,5a, 9,6 und 9,6a.

<sup>11</sup> Vgl. PKV (2009).

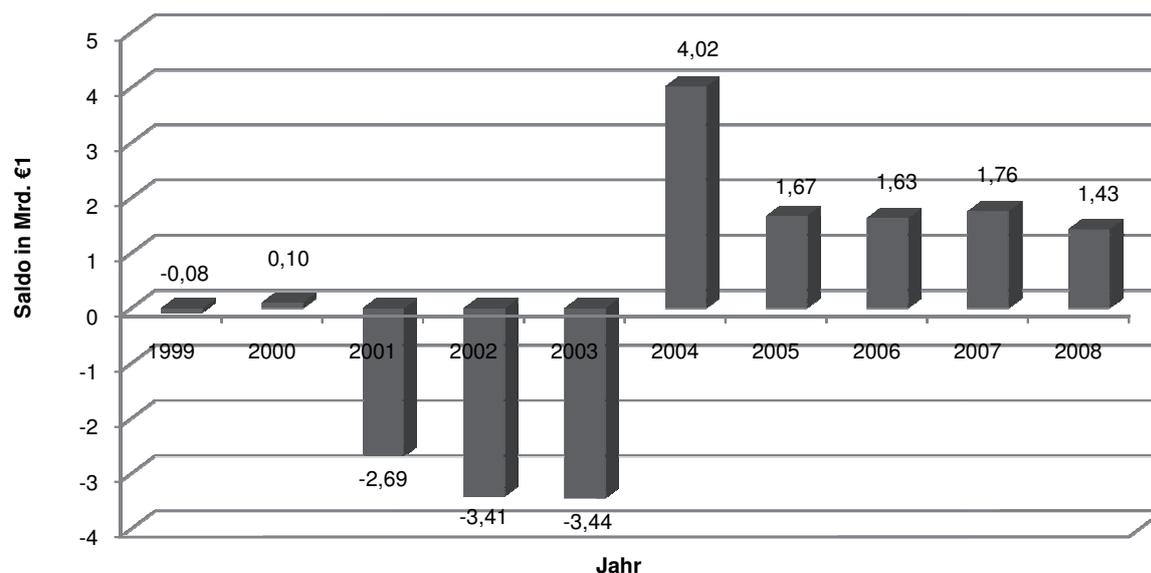
**Tabelle 3: Anteil ausgewählter Leistungsarten an den Leistungsaufwendungen in der GKV**

| Leistungsart  | Anteil der Leistungsausgaben der Jahresergebnisse |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|   | 1999  | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|   | in %  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Leistungsausgaben der größten Ausgabeposten insgesamt | 90,4  | 90,5 | 90,6 | 90,5 | 90,7 | 90,3 | 90,1 | 89,7 | 89,2 | 89,0 |
| Ärztliche Behandlung <sup>1</sup>                     | 17,2  | 17,1 | 16,8 | 17,4 | 17,8 | 17,5 | 17,1 | 17,2 | 17,2 | 17,2 |
| Zahnärztl. Behandl.                                   | 8,9   | 8,9  | 8,9  | 8,6  | 8,7  | 8,6  | 7,4  | 7,5  | 7,3  | 7,2  |
| Arzneimittel  | 15,6  | 16,0 | 17,1 | 17,5 | 17,8 | 16,6 | 18,8 | 18,6 | 19,3 | 19,3 |
| Heil- und Hilfsm. o. Dialyse                          | 7,4   | 7,5  | 7,5  | 6,9  | 6,9  | 6,3  | 6,1  | 6,0  | 6,0  | 6,0  |
| Krankenhausbehandlung                                 | 35,5  | 35,4 | 34,4 | 34,5 | 34,4 | 36,3 | 36,3 | 36,3 | 35,2 | 34,9 |
| Krankengeld   | 5,8   | 5,6  | 5,9  | 5,6  | 5,1  | 4,9  | 4,4  | 4,1  | 4,2  | 4,4  |

<sup>1</sup> Ohne Zuzahlungen, Soziotherapie, Prävention, und Früherkennung, ab 2002 einschl. Dialysesachkosten.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2009), Nr.9.6a.

**Abbildung 11: Saldo der Gesamteinnahmen und –ausgaben in der GKV**



<sup>1</sup> Ab 2003 korrigiert um RSA-Salden inkl. DMP-Verwaltungspauschale.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2006), Nr. 9.6.

## 4.2 Herausforderungen in der GKV und PKV

### *Der Wandel der GKV*

In den vergangenen Jahren vollzog die GKV einen massiven Wandel, ausgelöst durch Gesundheitsreformen, Gesetzesänderungen bzw. -einführungen und Verordnungen die praktisch im Jahrestakt verabschiedet wurden.<sup>12</sup> Im Zuge der sich hieraus ergebenden Veränderungen sahen sich die gesetzlichen Krankenkassen mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert, die in der Intensität stetig zunahmen und in der Summe nun zu einschneidenden Konsequenzen für die Kassen führen. Bis Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrtausends war das Verwalten der Versichertengelder die wesentliche Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Die Beiträge der Mitglieder wurden eingezogen und dann an die Leistungserbringer verteilt. Den Versicherten war wiederum klar vorgeschrieben bei welcher Kasse sie sich zu versichern hatten, so dass gelegentliche Beitragserhöhungen keine Auswirkungen hatten und ein Ausgabenmangel i. d. R. nicht entstehen konnte.<sup>13</sup> Dieser Behördencharakter der Krankenkassen wird jedoch immer stärker durch unternehmerische Elemente verdrängt.<sup>14</sup>

Den Grundstein für den Wandel in der GKV legte das am 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostrukturgesetz, GSG). Ziel des GSG war es, die finanzielle Grundlage der GKV zu sichern und die Beiträge stabil zu halten.<sup>15</sup> Das Gesetz sah vor, im Jahr 1994 einen Risikostrukturausgleich (RSA) einzuführen, der sich auf das Alter, Geschlecht und Einkommen bezog. Der RSA bereitete damit den Weg für die im Jahr 1996 geplante Einführung einer weitgehenden Kassenwahlfreiheit. Durch den Ausgleich sollte eine Negativselektion der schlechten Risiken verhindert und Krankenkassen mit einer schlechten Versichertenstruktur geschützt werden.<sup>16</sup> Die Kassen mussten sich in der Folge zum ersten Mal mit der Analyse ihrer Versichertenstruktur auseinandersetzen. Zudem waren die Kassen gefordert eine Leistungs-

---

<sup>12</sup> Ein großer Wurf, der ein vorläufiges Ende der Reformbestrebungen seitens des Gesetzgebers bedeuten würde, ist hierbei jedoch nicht zu erkennen.

<sup>13</sup> Vgl. Zalten, H. (2008), S. 13-14.

<sup>14</sup> Vgl. Rittner, A. M. et al. (2008), S. 273.

<sup>15</sup> Vgl. Moeck, M. (1995), S. 55.

<sup>16</sup> Vgl. Samwer, M. (2008), S. 18.

kostensteuerung einzuführen, da die Beitragshöhe im Kampf um gute Risiken nun eine entscheidende Rolle spielte.<sup>17</sup>

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden strukturierte Behandlungsprogramme, sogenannte Disease-Management-Programme (DMPs) zum ersten Mal in die GKV eingeführt. Die Kosten, die den Krankenkassen durch diese Programme entstanden, sollten im erweiterten RSA berücksichtigt werden. Zusätzlich wurde vereinbart, dass sich der RSA ab 2007 neben den mittelbaren Größen wie Alter und Geschlecht unmittelbar auf die Morbidität beziehen sollte. Mit der Reform des Risikostrukturausgleichs ergab sich aber noch eine weitere Herausforderung. Die Kassen wurden angehalten sich mit der Morbidität der Versicherten auseinanderzusetzen. Schließlich galt es, Personen, die für die DMPs in Frage kamen, zu identifizieren, um sie für eine Einschreibung zu motivieren.<sup>18</sup> Des Weiteren sollten die DMP-Teilnehmer in den Programmen dauerhaft gehalten werden, so dass eine Art Kundenbeziehungsmanagement erforderlich wurde.<sup>19</sup>

Die passive Rolle der gesetzlichen Krankenkassen bei der Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme wurde mit der Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) aufgebrochen und eine aktivere Rolle der Kassen verlangt. Ziel war es, den eingeführten Wettbewerb auf Seiten der Kostenträger durch einen Wettbewerb auf Seiten der Leistungserbringer zu ergänzen und kassenindividuelle Gestaltungsmöglichkeiten für die Versorgung zu ermöglichen.<sup>20</sup> Die Krankenkassen mussten nun Kompetenzen hinsichtlich eines zielgerichteten Vertragsmanagements entwickeln und auf die Versicherten abgestimmte, integrierte Versorgungsverläufe konzipieren, die die Schnittstellenproblematik zwischen den Sektoren überwindet. Schließlich ist mit der lohnenden Anschubfinanzierung der Nachweis der Überlegenheit der Integrierten Versorgung (IV) gegenüber der Standardversorgung verbunden. Folglich müssen sich die Krankenkassen nun auch mit Evaluationsmethoden beschäftigen.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Vgl. Zalten, H. (2008), S. 14-15.

<sup>18</sup> Es bestanden allerdings auch Anreize Versicherte in DMPs zu ziehen, die dafür eigentlich nicht in Frage kamen. Vgl. Samwer, M. (2008), S. 18.

<sup>19</sup> Vgl. Zalten, H. (2008), S. 15.

<sup>20</sup> Vgl. Paquet, R. (2009), S. 121.

<sup>21</sup> Vgl. Zalten, H. (2008), S. 16.

Seit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz, WSG) ist es den Krankenkassen ausdrücklich erlaubt, bzw. besteht partiell die Verpflichtung, den Versicherten Wahltarife anzubieten. Die gesetzlichen Krankenkassen standen nun vor der Aufgabe die Kundenwünsche des jeweiligen Versichertenportfolios in Erfahrung zu bringen und Analysemodelle für die finanziellen Wirkungen der Tarifmodelle zu entwickeln. Schließlich ist eine Tarifbindungsfrist von drei Jahren vorgesehen, so dass hier ein interessantes Kundenbindungsinstrument zur Verfügung steht. Auch die Vermarktung dieser neuen „Produkte“ setzt neue Strukturen voraus, die in der „klassischen Krankenkasse“ nicht vorkamen.<sup>22</sup>

Diese „Meilensteine“ zeigen die grundlegenden und tief greifenden Veränderungen der gesetzlichen Krankenkassen von einer verwaltenden Institution zu einem gestalten Unternehmen auf, die noch längst nicht abgeschlossen sind, sondern mit der Einführung des Gesundheitsfonds am 01. Januar 2009 respektive morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eine Fortsetzung findet.

### ***Exkurs: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung***

Den steigenden Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung kann auf zwei Arten begegnet werden, um eine Finanzierungslücke zu vermeiden. Einerseits können die Kosten durch Maßnahmen auf der Ausgabenseite (Effizienzsteigerungen in der Versorgung, Leistungskürzungen etc.) reduziert werden und andererseits durch eine Erhöhung der Einnahmen kompensiert werden.

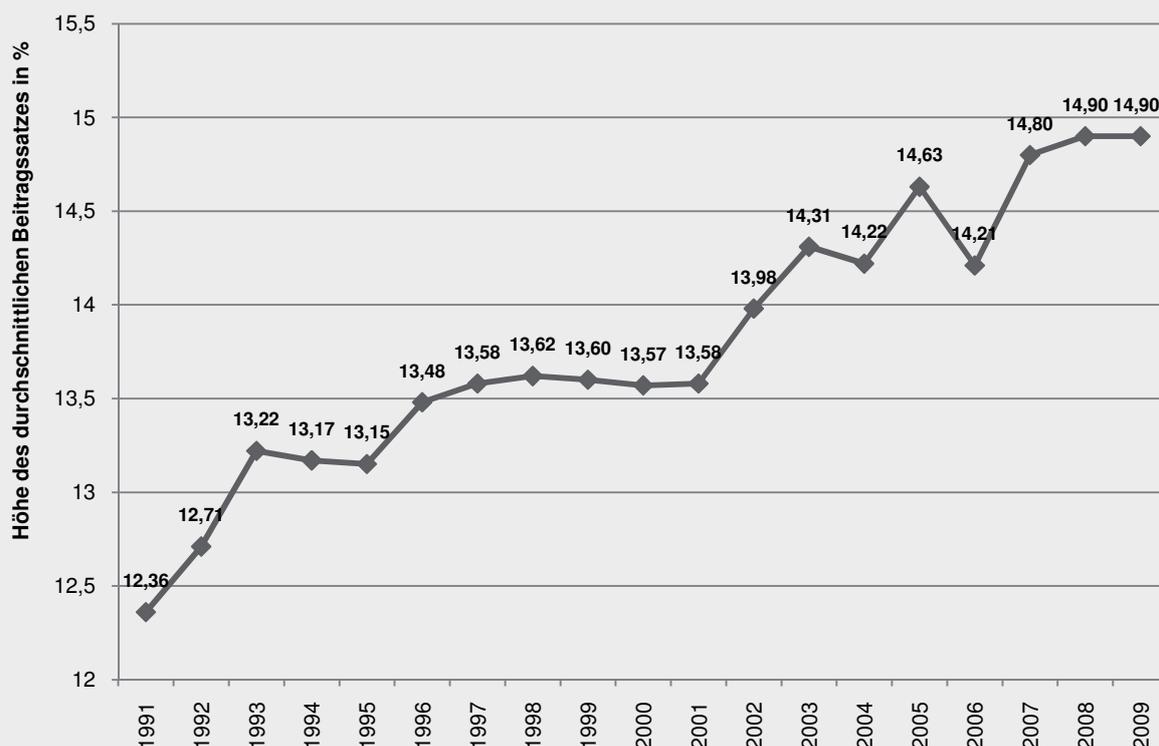
Trotz vielfältiger Kostendämpfungsmaßnahmen ist es in den vergangenen Jahrzehnten nicht gelungen, die Ausgabensteigerungen in der GKV nachhaltig zu stoppen. Folglich sind die durchschnittlichen Beitragsätze kontinuierlich gestiegen. Aufgrund der Kopplung der Beiträge an die Bruttolöhne (und Renten) wirkt sich ein dauerhafter Anstieg der Beitragssätze negativ auf den Arbeitsmarkt aus. Dabei besteht die Gefahr, dass zu hohe Beitragsätze zum Abbau von Arbeitsplätzen führen. Eine Verringerung der Zahl sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmer, bewirkt dann wiederum zwangsläufig weitere Beitragserhöhungen.<sup>23</sup> Aus diesem Grund

<sup>22</sup> Vgl. Zalten, H. (2008), S. 16-17..

<sup>23</sup> Vgl. Knappe, E. (2006), S. 263.

wurde im Jahr 2002 eine Kommission einberufen, die Vorschläge zur Dämpfung der Lohnzusatzkosten sowie zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierung des Sozialversicherungssystems unterbreiten sollte. Dabei wurden von der Kommission mit der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich zwei alternative Konzepte zur Finanzierung der GKV erarbeitet.<sup>24</sup> Allerdings konnte sich die Große Koalition, bestehend aus CDU und SPD, auf keines der beiden Konzepte einigen, so dass schließlich der Gesundheitsfonds als Kompromiss entwickelt wurde, der sowohl Elemente der Gesundheitsprämie als auch der Bürgerversicherung enthält.<sup>25</sup> Bei einer Änderung der Mehrheitsverhältnisse im Bundestag könnte dieses Modell dann von einer neuen Regierung in das zuvor präferierte Konzept umgewandelt werden.

**Abbildung 12: Entwicklung der durchschnittlichen Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (2009), 9.10; BMG (2008), S.1

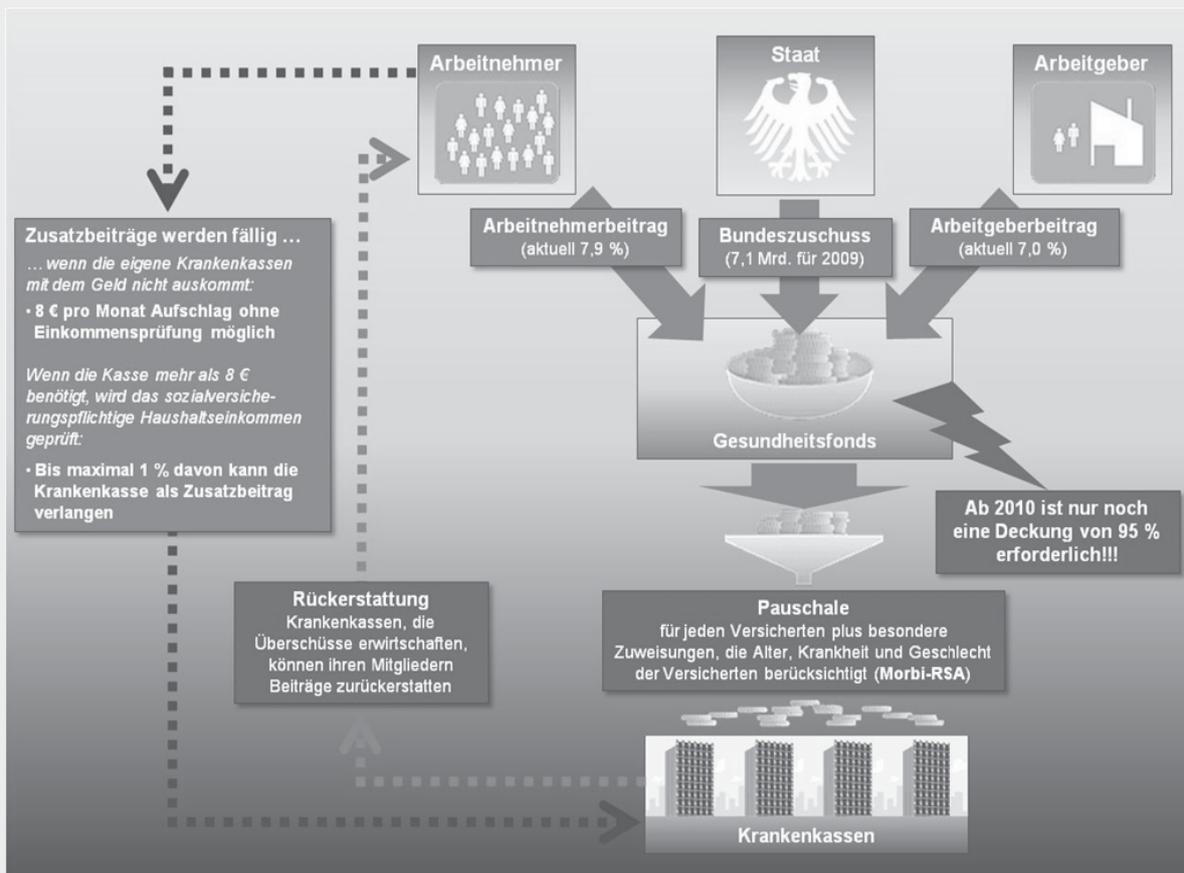
<sup>24</sup> Vgl. Rürup-Kommission (2003).

<sup>25</sup> Während die CDU (wie auch die FDP) die Gesundheitsprämie bevorzugte, präferierte die SPD (sowie die Grünen) die Bürgerversicherung.

## Der Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds am 01. Januar 2009 zahlen alle Mitglieder der GKV den gleichen Beitragssatz. Für das Jahr 2009 war ein Beitragssatz von 15,5 % vorgesehen (7,3 % Arbeitgeberanteil + 7,3 % Versichertenanteil + 0,9 % Versichertenbeitrag). Am 1. Juli wurden der Arbeitgeber- und der Versichertenanteil um jeweils 0,3 Prozentpunkte gesenkt, so dass der Beitragssatz derzeit bei 14,9 % liegt. Zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen leistet der Bund einen Zuschuss aus Steuermitteln. Dieser sollte im Jahr 2009 vier Mrd. €<sup>26</sup> betragen und wird dann sukzessive um 1,5 Mrd. € jährlich bis zu einer Gesamtsumme von 14 Mrd. € erhöht.

Abbildung 13: Das Konzept des Gesundheitsfonds



Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>26</sup> Der Schätzerkreis der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet allerdings eine Beteiligung des Bundes von 7,1 Mrd. € für 2009. Vgl. Schätzerkreis (2009), S. 3.

Aus dem Fonds erhält jede gesetzliche Krankenkasse eine Pauschale pro Versicherten sowie Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Morbidität ihrer Versicherten (Morbi-RSA). Eine Krankenkasse, die weniger finanzielle Mittel benötigt, als ihr zugewiesen werden, kann ihren Versicherten monetäre Vergünstigungen oder eine Prämienzahlung gewähren. Demgegenüber müssen Kassen, deren Zuweisung zur Deckung ihrer Ausgaben nicht ausreicht, einen Zusatzbeitrag erheben. Dieser darf 1 % des sozialversicherungspflichtigen Haushaltseinkommens nicht überschreiten, es sei denn er beträgt maximal 8 € pro Monat. Im Startjahr ist die Deckung des Gesundheitsfonds auf 100 % festgesetzt. Ab 2010 werden die Beitragssätze solange eingefroren, bis die Abdeckungsquote von 95 % über zwei Jahre hinweg unterschritten wird. Die Finanzierungslücke müssen die Kassen über die Erhebung von Zusatzbeiträgen schließen. Für 2010 errechnet der Schätzerkreis bspw. eine Deckungsquote der Fondszuweisungen von 95,5 %.<sup>27</sup> Dies bedeutet, dass die Kassen die restlichen 4,5 % über die Erhebung von Zusatzbeiträgen finanzieren müssen.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds kam es auch zu einer Weiterentwicklung des 1994 eingeführten Risikostrukturausgleichs, die bereits 2007 erfolgen sollte. Neben den bisherigen Faktoren des Risikostrukturausgleichs (z. B. Alter, Geschlecht) wird nun auch die Krankheitslast der gesetzlichen Krankenkassen anhand von 80 ausgewählten Krankheiten gemessen. Dabei erhält eine Kasse für jeden Versicherten eine Grundpauschale, die über alters- und geschlechtsabhängige Zu- bzw. Abschläge auf denjenigen Betrag angepasst wird, den ein gesunder – d. h. an keiner der 80 ausgewählten Krankheiten leidender – Versicherter gleichen Alters und Geschlechts durchschnittlich benötigt.<sup>28</sup> Für Versicherte, die von einer der entsprechenden Krankheiten betroffen sind, erhalten die Krankenkassen jeweils Morbiditätszuschläge, die den erhöhten Ausgaben, die im Durchschnitt von dieser Erkrankung verursacht werden, entsprechen sollen.<sup>29</sup> Dieser Zusammenhang wird in Abb. 14 beispielhaft anhand von vier fiktiven Personen dargestellt.

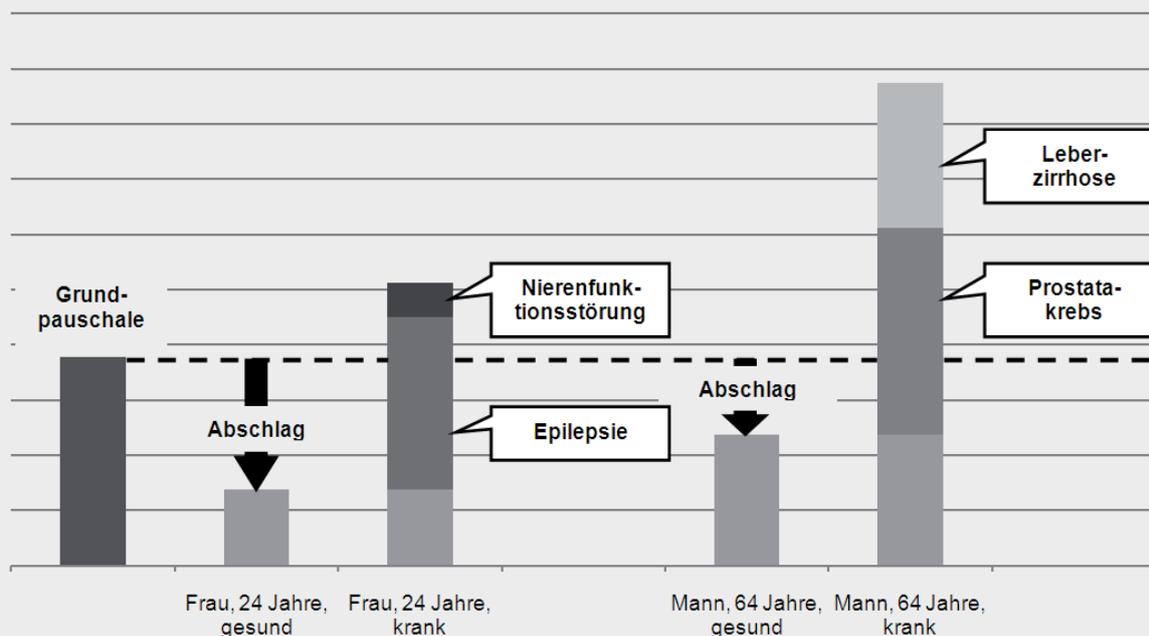
---

<sup>27</sup> Vgl. Schätzerkreis (2009), S.3.

<sup>28</sup> Vgl. Bundesversicherungsamt (2008), S. 4. Außer bei Neugeborenen und sehr alten Menschen liegt der nach Alter und Geschlecht angepasste Betrag unterhalb der Grundpauschale.

<sup>29</sup> Vgl. Bundesversicherungsamt (2008), S. 4.

**Abbildung 14: Zuweisungen für Pflichtleistungen der Krankenkasse: Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen**



**Quelle: Bundesversicherungsamt (2008), S. 5.**

Des Weiteren existieren Zuschläge für Versicherte, die Erwerbsminderungsrente beziehen, sofern bei dem Versicherten eine schwere Erkrankung vorliegt, die ärztlich bestätigt wurde und die Krankenkassen über die Morbiditätszuschläge hinaus belasten. Insgesamt besteht der Risikostrukturausgleich damit aus drei Säulen (Zu- und Abschläge für Alter und Geschlecht, Zuschläge bei Erwerbsminderung und Krankheitszuschläge), die 152 Risikogruppen berücksichtigen (40 alters- und geschlechtsbezogene Gruppen, 6 Erwerbsminderungsgruppen und 106 hierarchisierte Morbiditätsgruppen).<sup>30</sup>

Die Zuordnung der krankheitsbezogenen Risikozuschläge erfolgt anhand einer festgelegten Systematik durch das Bundesversicherungsamt. Dazu werden die Diagnosen der Versicherten aus dem Vorjahr einer eingehenden Analyse unterzogen. Werden die Kriterien erfüllt (z. B. definierte stationäre Diagnose, ambulante Diagnose in zwei Quartalen), dann erhält die Kasse für den Versicherten einen Zuschlag, sofern dieser im Zuweisungsjahr weiterhin bei der Kasse versichert ist. Dabei besteht auch die Möglichkeit, dass bei einem Versicherten für mehrere Erkrankungen ein Zuschlag fällig wird. Allerdings sind einige Diagnosen bei der Zusam-

<sup>30</sup> Vgl. Bundesversicherungsamt (2008), S. 5,6.

menführung zu Morbiditätsgruppen im Zuge der Hierarchisierung einer höherwertigen Gruppe untergeordnet. In diesen Fällen wird nur ein Zuschlag für die Morbiditätsgruppe mit der höchsten Priorität gewährt.<sup>31</sup>

Der Zuschlag wird prospektiv ermittelt, so dass nicht die Kosten im Codierungsjahr, sondern die Folgekosten im nächsten Jahr berücksichtigt werden. Dadurch werden anstelle der akuten Krankheitskosten die laufenden Behandlungskosten der Folgeperiode ausgeglichen. Von zentraler Bedeutung ist die korrekte Codierung der Diagnosen durch die Ärzte. Damit eine ambulante Diagnose einer Morbiditätsgruppe zugeordnet wird, muss diese in mind. zwei Quartalen pro Kalenderjahr gestellt worden sein. Dabei werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt, die im ICD-10 Format mit der erforderlichen Lokalisation verschlüsselt sind.<sup>32</sup>

### ***Gesundheitsprämie vs. Bürgerversicherung***

Die Bürgerversicherung wurde bereits in diversen Varianten diskutiert. Allen Vorschlägen<sup>33</sup> sind jedoch zwei grundlegende Kernpunkte gemein:<sup>34</sup>

#### Vereinheitlichung des Versichertenkreises:

- Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Versicherungspflicht auf gleicher Tarifbasis
- Regelungen zur Vollabsicherung in der privaten Krankenversicherung entfallen
- Nur noch ein Tarif, dessen Beitragshöhe sich am Einkommen bemisst, Familienangehörige ohne eigenes Einkommen beitragsfrei mitversichert, die weitgehend paritätische Finanzierung beibehält und von allen privaten und gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden kann
- Kontrahierungszwang bei Kassenwahlfreiheit; auch für private Krankenkassen, gesundheitliche Vorprüfungen entfallen
- Bereits bestehende Verträge der privaten Absicherung können weiter bestehen bleiben

<sup>31</sup> Vgl. AOK Bundesverband (o. A.), S. 2.

<sup>32</sup> Vgl. AOK Bundesverband (o. A.), S. 2.

<sup>33</sup> Vgl. bspw. Rürup-Kommission (2003); Lauterbach, K. W. (2004), S. 48-63.

<sup>34</sup> Vgl. Lauterbach, K. W. / Lungen, M. / Passon, A. (2010), S. 207.

### Erweiterung der Beitragsgrundlage:

- Alle Einkunftsarten werden einbezogen (z. B. auch Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung sowie Kapitaleinkünfte)

Für die Gesundheitsprämie existieren ebenfalls vielfältige Modellvorschläge.<sup>35</sup> I. d. R. umfassen sämtliche Varianten jedoch folgende Kernpunkte.<sup>36</sup>

- Krankenkassen erhalten für jeden erwachsenen Versicherten eine kostendeckende Gesundheitsprämie, bestehend aus einer persönlichen Versicherungsprämie, die unabhängig vom Einkommen, Familienstatus und Gesundheitszustand ist und einer dauerhaft festgeschriebenen Prämie der Arbeitgeber (bei Rentnern wird dieser Anteil vom Rentenversicherungsträger übernommen)
- Kassenindividuelle Gestaltung der Prämienhöhe
- Überforderungsklausel: Bei Nachweis eines nicht ausreichenden Einkommens greift ein sozialer Ausgleich
- Finanzierung des sozialen Ausgleichs über das Steuersystem
- Beitragsfreie Versicherung von Kindern; Finanzierung über das Steuersystem

Sowohl das Modell der Bürgerversicherung als auch die Gesundheitsprämie wurden u. a. entwickelt, um die Lohnzusatzkosten zu entlasten. Während bei der Bürgerversicherung die Erweiterung der beitragspflichtigen Einkommen zu einer Absenkung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung führen sollen, werden der Arbeitnehmeranteil der Krankenversicherungszahlungen bei der Gesundheitsprämie formal von den Löhnen entkoppelt. Zudem werden die Arbeitgeberbeiträge durch die dauerhafte Begrenzung von der Entwicklung der Krankheitskosten abgekoppelt.<sup>37</sup> Des Weiteren verspricht man sich von der Einführung einer Gesundheitsprämie eine Intensivierung des Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen, da die Prämienhöhe individuell kalkuliert werden kann.

<sup>35</sup> Vgl. bspw. Rürup-Kommission (2003); Herzog-Kommission (2003).

<sup>36</sup> Vgl. Lauterbach, K. W. / Lungen, M. / Passon, A. (2010), S. 207-208; Preusker, U. (2010), S. 193.

<sup>37</sup> Vgl. Lauterbach, K. W. / Lungen, M. / Passon, A. (2010), S. 208; Preusker, U. (2010), S. 193.

## **Zukünftige Finanzierung der GKV**

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, der am 26.10.2009 beschlossen wurde, ist die Einführung einer pauschalen Gesundheitsprämie beschlossen worden.<sup>38</sup> Eine Umsetzung der Vorgaben ist bislang allerdings nicht erfolgt. Zum einen verweigert die CSU derzeit ihre Zustimmung und zum anderen wird der steuerbasierte Sozialausgleich in der öffentlichen Meinung derzeit als nicht finanzierbar erachtet, insbesondere vor dem Hintergrund der anhaltenden Finanz- und Wirtschaftskrise.<sup>39</sup>

Im Rahmen der Experteninterviews sind vor allen Dingen die teilnehmenden Politiker zu zukünftigen Finanzierungsmodellen der gesetzlichen Krankenversicherung befragt worden. Dabei waren sich die Befragten einig, dass das aktuelle Finanzierungskonzept über den Gesundheitsfonds einer Reform bedarf, die bis zum Jahr 2015 auch durchgeführt wird. Allerdings gingen die Meinungen der Experten bei der Frage, ob sich letztlich ein Konzept in Richtung Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung durchsetzen wird, auseinander.

### **Statements**

***„Ich denke das System wird sich in Richtung pauschalierte Finanzierung mit steuerbasiertem Sozialausgleich bewegen. Ein beitragsfinanziertes System, das sich nur auf die Arbeitslöhne fokussiert, wird künftig nicht mehr tragbar sein.“***

***„Ich gehe davon aus, dass künftig neben dem Arbeitseinkommen auch weitere Einkommensarten stärker bei der Erhebung der Krankenversicherungsbeiträgen berücksichtigt werden.“***

## **Strategische Alternativen der gesetzlichen Krankenkassen**

Das Modell der generischen Wettbewerbsstrategien nach Porter ist einer der Klassiker im Rahmen der Strategieentwicklung. Demnach bieten sich dem Unternehmen zwei strategische Möglichkeiten an, im Wettbewerb zu konkurrieren. Die erste Alternative wäre, die Kostenführerschaft anzustreben. Dabei wird versucht, einen Kostenvorteil im Vergleich zu den Konkurrenten zu erzielen. Hierdurch wäre das Unterneh-

<sup>38</sup> Vgl. CDU, CSU und FDP (2009), S. 86.

<sup>39</sup> Hierzu ist allerdings anzumerken, dass etwaige Steuererhöhungen durch sinkende Sozialversicherungsbeiträge kompensiert werden.

men in der Lage, Produkte und Leistungen billiger anzubieten als die anderen Wettbewerber, ohne dabei in die Verlustzone zu geraten. Die zweite Möglichkeit wäre, sich in den Augen der Verbraucher durch besondere Qualitäten von den konkurrierenden Anbietern abzugrenzen. Hierzu müssen die Unterscheidungsmerkmale für die Kunden relevant sein und einen Mehrwert bieten. In diesem Fall wären die angesprochenen Kunden dann bereit einen Preisaufschlag zu zahlen, da ihnen der Konsum des Produktes einen einzigartigen (und höherwertigeren) Nutzen stiftet.<sup>40</sup>

Um diesen klassischen Ansatz sinnvoll in der GKV anzuwenden sind einige Anpassungen erforderlich. Die reine Kostenführerschaft scheidet derzeit als Strategie aus. Da 95 % der Leistungen als Pflichtleistungen vorgeschrieben sind und der Einfluss auf die Produktion der Krankenhäuser, Ärzte etc. noch zu gering ist, sind die Optimierungspotentiale sehr begrenzt. Kosteneinsparungen können vor allen Dingen durch eine günstige Morbiditätsstruktur erzielt werden. Dies erfordert ein vielschichtiges Kundenbeziehungsmanagement, um die Kunden mit hohem Deckungsbeitrag in die Krankenkasse zu ziehen und langfristig zu binden. Bei der Differenzierungsstrategie verhält es sich ähnlich. Durch die weitgehende Festlegung des Leistungsportfolios ist ein Exklusivstatus kaum möglich. Zudem müssen sich die Leistungserbringer i. d. R. auch für andere Kostenträger öffnen und innovative Leistungen können durch den geringen Spielraum in absehbarer Zeit kopiert werden. Im Rahmen der Differenzierungsstrategie ist der Erfolg ebenfalls nur über ein ausgeprägtes Kundenbeziehungsmanagement möglich. Schließlich liegt der Erfolg in der Art und Weise, wie die Gesamtheit der vorgegebenen Leistungen in der Vielfalt der Situationen gegenüber Gesunden, akut sowie chronisch Kranken erbracht und kommuniziert wird.<sup>41</sup>

Als mögliche Wettbewerbsstrategien des Kundenmanagements bieten sich nun die Alternativen einer nationalen oder segmentspezifischen Vorgehensweise an. Auf nationaler Ebene kann eine Kasse versuchen als „nationaler Champion“ oder bei fehlender Größe in einer Kooperation („star alliance“) zu agieren. Ist eine Kasse hierzu nicht gewillt oder nicht in der Lage, dann bieten sich unterschiedliche segmentspezifische Lösungen an (z. B. regional oder für eine bestimmte Zielgruppe).<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Vgl. Porter, M. E. (1980).

<sup>41</sup> Vgl. Sander, M. (2008), S. 31-33.

<sup>42</sup> Vgl. Sander, M. (2008), S. 34-35.

**Tabelle 4: Strategische Alternativen für gesetzliche Krankenkassen**

| Strategisches Zielobjekt<br>Ort / Umfang des Wettbewerbs |                      | Strategischer Vorteil        |   |     |  |
|--|----------------------|------------------------------|---|-----|--|
|  |                      | branchenweit                 | Größe („nationaler Champion“, „star alliance“)  |     |  |
| segmentspezifisch  | Regional-<br>fürsten | Zielgruppen-<br>spezialisten | Themen-<br>experten   | ... |  |
|  |                      | Junge<br>Familie<br>50+      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävention / Wellness</li> <li>• Ernährung</li> <li>• Sport</li> </ul> |     |  |

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sander, M. (2008), S. 34.

### **Konkrete Handlungsoptionen der gesetzlichen Krankenkassen**

Um die strategischen Ziele zu erreichen, stehen den Krankenkassen unterschiedliche Handlungsoptionen zur Verfügung:<sup>43</sup>

- Reduktion von Leistungs- und Verwaltungskosten durch **interne Optimierung**, um Kostennachteile zu vermeiden.
- **Ausbau des Vertragsgeschäfts**, um die Versorgung langfristig effizienter zu gestalten und im Rahmen des Kundenbeziehungsmanagements zusätzliche Kunden zu gewinnen.
- **Kein Zusatzbeitrag**, um Versicherte nicht zu verlieren. Da in der GKV eine Kostenführerschaft kaum möglich ist, sind Zusatzbeiträge auf lange Sicht, aufgrund der Auslegung des Gesundheitsfonds, unverzichtbar, so dass sich langfristig keine Wirkung ergibt.
- **Spez. Image/Segment**, um im Rahmen des Kundenbeziehungsmanagements bestimmte Kundengruppen anzuwerben bzw. langfristig zu binden.
- **Fusionen/Kooperationen**, um als „nationaler Champion“ oder in einer „star alliance“ eine besondere Stellung auf nationaler Ebene zu erreichen.

<sup>43</sup> Vgl. Schumacher, N. / Baldeweg R. (2009), S. 2-3.

**Tabelle 5: Auswahl an konkreten Handlungsoptionen für die gesetzl. Krankenkassen**

|                                 | Finanzielle Effekte |  |   |  |
|---------------------------------|---------------------|--|---|--|
|                                 | kurzfristig         | mittel- bis langfristig  |   |  |
| <b>Operative Optimierungen</b>  | +                   | Unmittelbare Wirksamkeit z. B. bei verstärkten Leistungsmanagement   | ○ | Maßnahmeabhängig: z. B. Einsparungen bei gleichzeitig negativen Auswirkungen auf Vertrieb    |
| <b>Verträge</b>                 | -                   | Verhandlungskosten<br>Aufbau von Kompetenz   | + | Bei ausreichender Marktmacht: effizienter Versorgung möglich<br>eventuell zusätzliche Kunden |
| <b>Kein Zusatzbeitrag</b>       | -<br>(+)            | keine zusätzlichen Einnahmen<br>Versichertenzugang, falls viele andere Kassen gleichzeitig einen Zusatzbeitrag erheben | ○ | Zusatzbeitrag kaum verzichtbar, Positionierung der Kasse entscheidend                        |
| <b>Spez. Image / Segment</b>    | -                   | Werbekosten etc.<br>Aufbau von Kompetenz   | + | Bindung von Kunden (eher für kleine Kassen)  |
| <b>Fusionen / Kooperationen</b> | +<br>(-)            | Zunächst Fusions- / Kooperationskosten<br>Positive Effekte in Ausnahmekonstellationen                                  | + | Abhängig von Fusion / Kooperation: Vorteile im Vertragsgeschäft                              |

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schumacher, N. / Baldeweg R. (2009), S. 2.

### **Perspektiven der PKV**

Der PKV wurde seit jeher ein Wettbewerbsvorteil gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen zugeschrieben. Da für die privaten Kassen grundsätzlich kein Kontrahierungszwang besteht und sie einkommensunabhängige Versicherungsprämien erheben können, verfügen private Krankenversicherungen über wesentlich weitreichendere Mittel als gesetzliche Krankenkassen, um Risikoselektion zu betreiben. Mit der Umsetzung verschiedener Punkte des GKV-WSG zum 1. April 2007 bzw. 1. Januar 2009 ist das Geschäftsmodell der PKV jedoch vielfältigen Einschränkungen unterworfen.<sup>44</sup>

- Einführung eines **Basistarifs**, der im Wesentlichen die Leistungen der GKV umfasst.
- **Kontrahierungszwang** bezüglich des Basistarifs.
- **Versicherungspflicht**: Alle Personen die in der GKV nicht pflicht-, freiwillig oder mitversichert sind, müssen sich in der PKV versichern.

<sup>44</sup> Vgl. Schramm, P. (2007), S. 181-182.

- **Übertragung von Altersrückstellungen**, die sich auf Leistungen des Basistarifs beziehen, beim Wechsel des Versicherten.
- Einführung von **Wahltarifen** für die GKV, die mit dem Prämienmodell der PKV konkurrieren.

Allerdings besitzt die PKV auch weiterhin noch einige Vorteile, die es im Wettbewerb mit den gesetzlichen Krankenkassen einzusetzen gilt:<sup>45</sup>

- **Unkündbarer Leistungskatalog**, dessen Umfang durch die Politik nicht eingeschränkt werden kann und jederzeit erweiterbar ist.
- **Keine Reglementierung** hinsichtlich der **Wahl von Arzneien und Behandlungsmethoden**.
- Die PKV ist **keinen Budgets** ausgesetzt.
- Die PKV besitzt **weitreichendere Gestaltungsmöglichkeiten und Kompetenzen** im Bereich der **Wahltarife** und **Zusatzversicherungen**.

### 4.3 Trends in der Krankenversicherung

Basierend auf den dargestellten Entwicklungen im GKV- und PKV-Bereich zeichnen sich verschiedene Trends ab, die in den Experteninterviews bestätigt wurden.

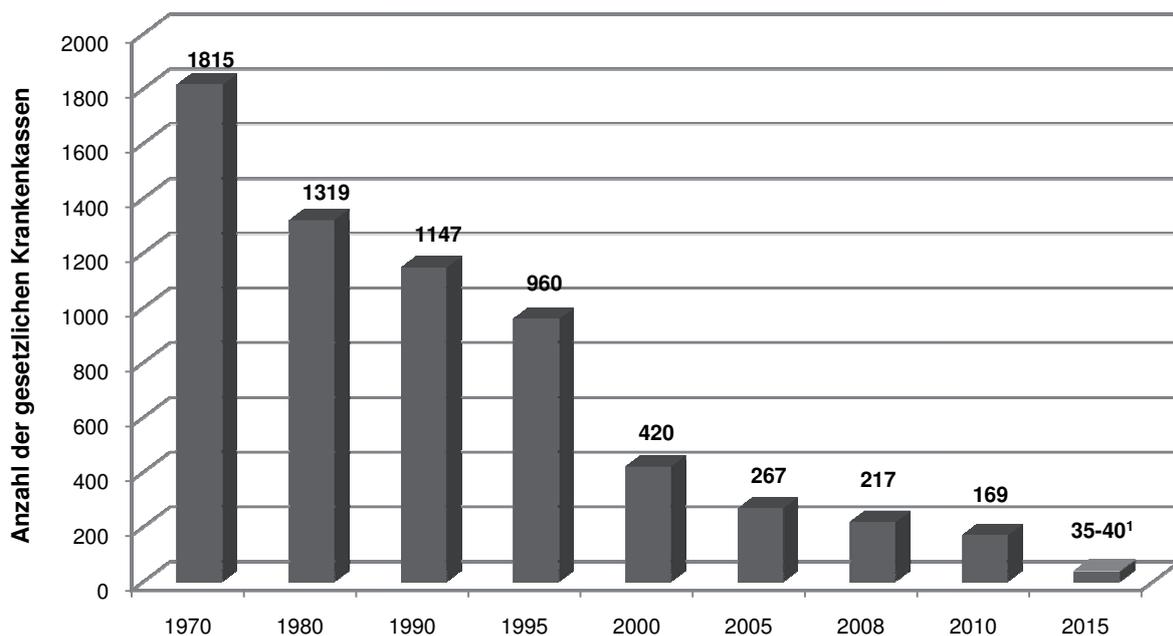
#### 1. **Andauernde Konsolidierung auf dem GKV-Markt:**

Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds inkl. Morbi-RSA wird es entscheidend sein, wie man die Versorgung organisiert und hinsichtlich der Kosten optimiert. In diesem Zusammenhang spielt die Größe eine entscheidende Rolle, da für das selektive Kontrahieren große Kompetenzteams und Investitionen erforderlich sind. In 18 Experteninterviews wurde die zukünftige Struktur der Kostenträger thematisiert. Dabei sahen zehn Experten eine erhebliche Konsolidierung im GKV-Markt bis 2015. Eine gegenteilige Ansicht wurde von keinem Experten vertreten. Eine Einheitskasse wird es nur nach der Einschätzung eines Experten geben.

---

<sup>45</sup> Vgl. Genett, T. (2007), S. 145.

Abbildung 15: Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf



<sup>1</sup> Eigene Berechnung auf Basis der Angaben in den Experteninterviews.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an GKV-Spitzenverband (2010).

#### Statements

*„Zur effektiven Gestaltung von Einzelverträgen werden große Teams und Investitionen benötigt. Dies kann nur bei einer entsprechenden Größe der Krankenkasse gewährleistet werden.“*

*„Ohne Fusionen und Kooperationen zur Erlangung einer bestimmten Marktgröße ist ein Überleben nicht möglich.“*

*„Die Konsolidierung wird sich beschleunigen. Am Ende werden nur 30-40 Kassen übrig bleiben.“*

## 2. Individualisierung der Versorgungsangebote und Steuerung des Versorgungsmanagements:

Die großen Krankenkassen werden nicht mehr einheitlich agieren sondern im Rahmen eines Kundenbeziehungsmanagements individuelle Versorgungsangebote für die unterschiedlichen Kundengruppen entwickeln. In diesem Zusammenhang werden Leistungserbringer und die Industrie (z. B. Risk-Sharing) stärker einbezogen. Mit der wachsenden Marktmacht werden die gesetzlichen Krankenkassen einen größeren Einfluss auf die Versorgung nehmen.

### Statements

***„Bei entsprechender Größe werden die Krankenkassen nicht mehr einheitlich und gemeinsam agieren, sondern werden individuelle auf ihre Versicherten ausgerichtete Versorgungsangebote erarbeiten und unterbreiten.“***

***„Bei der Erstellung und Ausgestaltung intelligenter Versorgungsprodukte werden wir die Leistungserbringer und die Industrie stärker einbeziehen.“***

***„Zukünftig wird es weniger Krankenkassen mit mehr Marktmacht geben. Dadurch werden wir sicherlich mehr Einfluss auf die Versorgung nehmen als dies heute der Fall ist.“***

### 3. Private Krankenkassen als Experten für Zusatzversicherungen:

Die gesetzlichen Krankenkassen werden ihre Freiheiten im Bereich der Wahltarife künftig verstärkt nutzen und neben einem Standardpaket individuelle Pakete platzieren. Aufgrund weiterer Einschränkungen des GKV-Leistungskatalogs werden auch die privaten Krankenkassen ihr Augenmerk verstärkt auf den wachsenden Markt für Zusatzversicherungen werfen. Da die gesetzlichen Kassen keine Risikoprüfungen durchführen dürfen und sie das für Zusatzversicherungen erforderliche Know-How erst noch aufbauen müssen, verfügen die privaten Kassen über entscheidende Vorteile und werden sich als Spezialist für Zusatzversicherungen im Wettbewerb mit der GKV etablieren. Möglicherweise werden die privaten Krankenkassen jedoch ihren Status als Vollversicherer verlieren. Eine Auflösung der PKV wird von keinem Experten erwartet. Demgegenüber erwarten allerdings einige Experten, dass die gesetzlichen Krankenkassen in eine privatwirtschaftliche Form überführt werden.

### Statements

***„Wahltarife werden künftig vor dem Hintergrund eines reduzierten GKV-Katalogs eine hohe Attraktivität besitzen. ... Allerdings sind Wahltarife wie in der privaten Krankenversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich, da weiterhin Kontrahierungszwang in der GKV herrschen wird.“***

***„Möglicherweise wird die private Vollversicherung scheitern. Trotzdem wird die PKV im Markt für Zusatzversicherungen weiter existieren.“***

***„Aller Wahrscheinlichkeit nach werden die Privaten ein niederländisches Modell scheuen und sich auf die Zusatzversicherungen konzentrieren.“***

## 5 Der Patient der Zukunft

*„Historisch gesehen ist die älteste Beziehungsdefinition zwischen Patienten und Professionellen im Gesundheitswesen, und hier vor allem zwischen Arzt und Patient, im „benevolenten Paternalismus“ zu sehen, der durch eine deutlich ausgeprägte Asymmetrie gekennzeichnet ist.“<sup>46</sup>*

Diese oben beschriebene Beziehung dominierte bis in die 60er Jahre hinein das gesellschaftliche Bild des Verhältnisses zwischen Akteuren des Gesundheitswesens. Sowohl das hohe Standesbewusstsein der Ärzte als auch ihre hohe gesellschaftliche Anerkennung führte zu diesem Autoritätsgefälle, welches in den 70er Jahren langsam in Richtung eines „partnerschaftlichen Leitbildes“ abgelöst wurde.<sup>47</sup> Eine Rollenveränderung des bis dato eher passiv auftretenden Leistungsempfängers hin zum informierten Koproduzenten und eigenständigen Nutzenbewerter wird jedoch erst seit einigen Jahren diskutiert. Einen wichtigen Einfluss hatte hier insbesondere das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit der Forderung einer stärkeren Beteiligung der Patienten am Gesundheitswesen und einer erhöhten Orientierung der Gesundheitspolitik an den Bedürfnissen der Bürger. Neben diesen Forderungen gibt es eine Reihe weiterer Faktoren, die einen Trend hin zu einer stärkeren Patientenbeteiligung und -mündigkeit unterstützen. Angeführt werden hier zunächst die Entwicklungen im Informations- und Kommunikationsbereich; sowohl allgemeine als auch Fachinformationen sind im Internet zugänglich und nicht länger allein Berufsgruppen des medizinischen Bereichs einsehbar. Zudem wird häufig auf einen bewussteren Umgang der Bevölkerung mit dem Thema „Gesundheit“ verwiesen, bei einem gleichzeitig kritischeren Verhalten der Patienten gegenüber Leistungserbringern. Bewertungsforen und Plattformen des aktiven Austauschs bilden sich im Internet. Behandlungsfehler werden in stärkerem Maß öffentlich beklagt. Auch der demographische Wandel und die Zunahme chronischer Erkrankungen führen zu einem erhöhten Informations- und Partizipationswunsch.<sup>48</sup> Auf der anderen Seite verändert dies gleichzeitig die Aufgaben des Behandelnden, welcher sich unter Umständen mit einer steigenden Anzahl von Fragen auseinandersetzen muss.

---

<sup>46</sup> Dierks, M.-L. / Schwartz, F. W. (2001).

<sup>47</sup> Vgl. Dierks, M.-L. / Schwartz, F. W. (2001).

<sup>48</sup> Vgl. Nebling, T. / Fließgarten, A. (2009) und Kühn-Mengel, H. (2008).

Von legislativer Seite wurde das Ziel der Bürger- und Patientenorientierung mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahre 2003 (Wirkung 2004) angetastet, indem eine Beteiligung von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 140 f SGB V) und die Ernennung einer Patientenbeauftragten der Regierung festgelegt wurde. Auf Makroebene besteht hierdurch die Möglichkeit auf die Regeln des Versorgungssystems Einfluss zu nehmen.<sup>49</sup> Auf Mikroebene ist das Konzept des Shared Decision Making (Partizipative Entscheidungsfindung) in den letzten Jahren, zumindest aus wissenschaftlicher Sicht, immer populärer geworden. Die Beteiligung des einzelnen Patienten am individuellen Behandlungsprozess verändert die Arzt-Patienten-Beziehung insoweit, als dass im Falle mehrerer Behandlungsmöglichkeiten eine gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient getroffen würde. Während der behandelnde Arzt insbesondere seine Fachkenntnis in den Entscheidungsprozess einbringt, stellt der Patient diesen seine Bedürfnisse, Lebensgewohnheiten und –bedingungen gegenüber.<sup>50</sup> Einen Vergleich von Paternalistischem Modell und dem der Partizipativen Entscheidungsfindung bezogen auf den Informationsaustausch und die Behandlungsentscheidung zeigt Tabelle 6.

**Tabelle 6: Informationsaustausch, Behandlungsabwägungen und -entscheidungen im Paternalistischen und Partizipativen Entscheidungsmodell**

|  |   | <b>Paternalistisches Modell</b>                    | <b>Shared Decision Making/<br/>Partizipative Entscheidungsfindung</b> |
|--|---|--|---|
| <b>Informationsaustausch</b>   | <b>Richtung des Informationsflusses</b> | <b>vom Arzt zum Patienten</b>                      | <b>vom Arzt zum Patienten und vom Patienten zum Arzt</b>              |
|  | <b>Art der Information</b>              | <b>medizinisch</b>                                 | <b>medizinisch und persönlich</b>                                     |
|  | <b>Ausmaß der Informationen</b>         | <b>entsprechend der gesetzlichen Anforderungen</b> | <b>alle zur Entscheidungsfindung Relevanten</b>                       |
| <b>Wer wägt die unterschiedlichen Behandlungen gegeneinander ab?</b> |   | <b>Arzt alleine</b>                                | <b>Arzt und Patient</b>   |
| <b>Wer entscheidet, welche Behandlung durchgeführt wird?</b>         |   | <b>Arzt</b>  | <b>Arzt und Patient</b>   |

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Loh, A. / Simon, D. / Härter, M. (2008), S. 187.

<sup>49</sup> Vgl. Loh, A. / Simon, D. / Bieber, C. / Eich, W. / Härter, M. (2007).

<sup>50</sup> Vgl. Loh, A. / Simon, D. / Härter, M. (2008).

Mit Blick auf die steigende Bedeutung ökonomischer Tatsachen im Gesundheitswesen mit einer Ausweitung von Tarifen, freier Kassenwahl, erhöhten Eigenleistungen und dem Wunsch nach Qualität wäre eine Stärkung der Patientensouveränität, der Fähigkeit selbstbestimmt zu handeln, nur konsequent. Die Korrektur der Informationsasymmetrie im Dreiecksverhältnis von Arzt, Leistungsträger und Patient zugunsten des Letzteren, ermöglicht es dem Patienten, bewusst über ein „Wertebündel“ zu entscheiden.<sup>51</sup> Einher geht hiermit auch der nicht unbedeutende Wandel des Patienten zum Konsumenten von Gesundheitsleistungen. Erste Kostenschätzungen aus den USA und der Schweiz gehen von etwa 3 % der Gesundheitskosten aus, welche sich auf mangelnde Gesundheitskompetenzen zurückführen lassen.<sup>52</sup> So stellten Marstedt/Armhof fest, dass Personen mit geringer vorhandener Gesundheitskompetenz eine niedrigere Zuverlässigkeit haben, bereits verordnet bekommene Medikamente nennen zu können, weniger gut ärztlichen Empfehlungen folgen und eine geringere Beteiligung an der Therapie zeigen.<sup>53</sup>

Voraussetzung für ein selbstbewusstes, mündiges Handeln des Patienten wäre dementsprechend zunächst die Fähigkeit des Patienten, Entscheidungen mitgestalten zu können und die Implementierung eines veränderten Patientenbildes; Ziele, die im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung erwähnt sind<sup>54</sup>. Doch während sich eine ganze Reihe von Studien auf die positiven Aspekte aufgeklärter Leistungsempfänger bezieht, beispielsweise durch die erhöhte Akzeptanz, Compliance und Zufriedenheit mit der Behandlung, steht diesen Vorteilen die Frage entgegen, inwieweit ein solches Bild des kompetenten Patienten zukünftig realistisch ist.<sup>55</sup> So stellt beispielsweise Heigl einen allgemeinen mentalitätswandel innerhalb der Bevölkerung fest, nach wie vor bestünden jedoch hohe Erwartungen an staatliche Leistungen.<sup>56</sup>

Diesbezüglich wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung 35 Experten des Gesundheitswesens und angrenzender Wirtschaftssektoren befragt, wie sie sich den Patienten der Zukunft vorstellten, welche Bedürfnisse erwartet werden und welchen Stellenwert Gesundheitsinformationen zukünftig besitzen werden.

---

<sup>51</sup> Vgl. Landgraf, R. / Huber, F. / Barth, R. (2006).

<sup>52</sup> Vgl. Spycher, S. (2006a) und Spycher, S. (2006b).

<sup>53</sup> Vgl. Marstedt, G. / Armhof, R. (2008).

<sup>54</sup> Vgl. CDU, CSU und FDP (2009).

<sup>55</sup> Vgl. Wang, J. / Schmid, M. (2007).

<sup>56</sup> Vgl. Heigl, A. (2003).

Bezogen auf den *Patienten der Zukunft und sein Nachfrageverhalten* kristallisierten sich vier unterschiedliche Gruppen von Antworten heraus. Die größte von diesen kann unter der Aussage „Es gibt nicht *den* Patienten“ zusammengefasst werden. Unterschieden wurde hier unter anderem in Patienten mit hohem Anspruchsdenken und hoher Zahlungsbereitschaft, auch in Bezug auf Leistungen des zweiten Gesundheitsmarktes, und solchen, die sich mit Minimalleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zufrieden geben (müssen). Neben dem Einkommen wurde ebenfalls nach der Informiertheit der Patienten geclustert. Insgesamt zeigte sich vor allem jedoch, dass die Experten lediglich von einer kleinen Gruppe (bis zu 25%) „souveräner Patienten“ ausgehen.

#### Statements

***„Ich glaube, es gibt eine kleine Gruppe von Trendsetterkonsumenten, die das Gesundheitswesen als einen Bereich wahrnehmen, in dem sie ihre Optionen tatsächlich auch realisieren wollen. Das sind die Leute, die schauen, in welcher Krankenkasse sie versichert sind. Die holen sich beim Arzt eine zweite Meinung ein. Das sind also die souveränen Kunden des Lehrbuchs.“***

Eine Reihe von kritischen Antworten verwies darauf, dass insbesondere die zukünftigen Entwicklungen des Einkommens und erwartete zusätzliche Belastungen im Bereich der Grundversorgung, Ideen der individuellen zusätzlichen Nachfrage, auch im zweiten Gesundheitsmarkt, entgegenstünden.

*Zukünftige Bedürfnisse*, welche das Nachfrageverhalten beeinflussen könnten, sehen die Experten im Bereich der Prävention und Rehabilitation, um ein gesundes Altern zu unterstützen. Auch der möglichst lange Erhalt von Mobilität wird als weiterer Patientenwunsch angegeben. Zusätzliche Leistungen dieser Bereiche würden insbesondere von selbstzahlenden Patienten nachgefragt, die gleichzeitig einen hohen Wert auf Qualitätsnachweise legten oder auch zusätzliche Komfort-Leistungen.

Als *Ideal* wurde von den Befragten die Entwicklung des aktuell eher passiven Leistungsempfängers zu einem aufgeklärten, alle Medien nutzenden Patienten angegeben, mit hohem Anspruchsverhalten und der Bereitschaft, für qualitativ hochwertige Leistungen auch entsprechend mehr zu zahlen. Teilweise überschneiden sich diese Antworten mit den Ergebnissen einer schriftlichen Befragung niedergelassener Haus-

und Fachärzte (3.200 gesamt, 687 Rücklauf) von Schmöller aus dem Jahre 2006.<sup>57</sup> Das Idealbild des Patienten wurde hier aus Sicht der Ärzte in einem informierten Bürger gesehen, der Eigenverantwortung für seinen Gesundheitszustand übernimmt und bereit und fähig ist, sich an Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Allerdings geben Teile der Ärzteschaft auch an, gerade die Bereitschaft zur Therapieeinhaltung und das Vertrauen in die Urteilkraft der Mediziner als Souveränität und Mündigkeit anzusehen.

Ein Annähern an den idealen Patiententyp ist unter anderem von Art und Umfang vorhandener Informationen sowie ihres Zugangs, ihrer Verständlichkeit und Güte abhängig. Dementsprechend wurden die befragten Experten gebeten, den *zukünftigen Stellenwert von Gesundheitsinformationen* einzuschätzen und Herausforderungen zu nennen, welche mit dem Thema verbunden sein könnten. Etwa 60 % der Befragten sehen den Stellenwert von Gesundheitsinformationen weiter steigen.

#### Statements

***„Patienten werden sich immer stärker über ihren Gesundheitszustand und ihre Heilungsmöglichkeiten informieren – Definitiv!“***

Positiv wird diese Entwicklung angesehen, da hierdurch sowohl die Stellung der Patienten gestärkt werden könne, Krankheitsbilder und Behandlungsmöglichkeiten immer komplexer würden, die Eigenverantwortung wachse und eine Erhöhung der Compliance möglich sei. Allerdings zeigen Untersuchungen, dass die Suche nach zusätzlichen gesundheitsbezogenen Informationen und ihre Nutzung je nach sozialer Schichtzugehörigkeit unterschiedlich stark ausfallen. So konnten Marstedt/Armhof im Rahmen des Bertelsmann Gesundheitsmonitors feststellen, dass eine Informationssuche ergänzend zum Arztbesuch 72 % der Abiturienten nicht überfordert, bei den Hauptschulabsolventen gaben dies dagegen 47 % an.<sup>58</sup> Ein geringerer Anteil der Abiturienten gab zudem an, die Informationssuche rufe Ängste hervor. Auch bemüht sich ein größerer Teil der Abiturienten (66 %) im Vergleich zu den Hauptschülern (52 %), genauere Informationen neben denen des Arztes zu finden.

<sup>57</sup> Vgl. Schmöller, M. (2008).

<sup>58</sup> Vgl. Marstedt G. / Armhof R. (2008).

Bezogen auf den *zukünftigen Stellenwert von Gesundheitsinformationen* äußerten sich die Befragten der hier vorliegenden Studie auch negativ oder kritisch. So sind einige Experten der Meinung, das Thema „Gesundheitsinformationen“ sei kaum ausschlaggebend und insgesamt überschätzt. Darüber hinaus wurde angeführt, dass die Mehrheit der Patienten Entscheidungen gerne einer Autoritätsperson überließe. Als unrealistisch wird auch das Ideal des mitentscheidenden Patienten an sich gesehen.

#### Statements

***„Die Idee, dass sich ein Patient durch das Internet oder sonstige Informationsquellen und Plattformen auf Augenhöhe mit seinem Therapeuten beraten kann und dann mitdiskutiert über seine möglicherweise lebensbedrohliche Erkrankung und dann Ergebnisse amerikanischer Studien abwägt, das ist ja völliger Humbug. Das wird nicht passieren; die meisten Patienten wollen das auch nicht und in dem Moment, in dem man selber oder ein Angehöriger betroffen ist, ist einfach auch die intellektuelle Distanz nicht gegeben. Das ist was anderes, als wenn ich auf meinem Blackberry im Media Markt drei Kühlschränke vor mir habe und mal kurz gucke, welcher im Test besser abgeschnitten hat.“***

Bestätigt wird dies durch Schmöller, welcher feststellen konnte, dass innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft Skepsis gegenüber dem Bild des mündigen Patienten herrscht.<sup>59</sup> Insgesamt wird eine zu große Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient angenommen, als dass eine gemeinsame medizinische Urteilsbildung realistisch sei.

Als weiteren kritischen Punkt sprachen einige Befragte auch die im Internet verfügbaren Informationen an, welche als sehr einseitig eingestuft wurden und somit negative Effekte der asymmetrischen Informationsverteilung noch verstärkten. Zudem fehle die Qualitätssicherung. Ein großer Teil der Befragten sprach sich dementsprechend unter anderem für die Zertifizierung gesundheitsbezogener Internetangebote aus. Verwiesen wurde zudem auf zusätzliche Herausforderung für die Ärzte Fehlinformationen aus dem Internet entgegenzuwirken. Auch würden Berichte über Krankheitsbilder im TV oder in Printmedien einen zusätzlichen Andrang in den Praxen bewirken.

---

<sup>59</sup> Vgl. Schmöller, M. (2008).

Einige der Interviewpartner unterstrichen demgegenüber die wirtschaftliche Bedeutung, welche sich aus einem zukünftigen Informationswunsch der Patienten ergeben könnte. Einerseits wurde hier ein Markt für sogenannte Patientencoaches bzw. Lotsen gesehen, welche insbesondere Bürger informieren könnten, denen entsprechende Kompetenzen fehlten. Andererseits wäre es möglich, dass interessierte Menschen eine gewisse Kaufbereitschaft für gut aufbereitete hochwertige Informationen entwickelten.

#### Statements

***„Ich glaube, dass es zu einer Zersplittung der Gesundheitsinformationen kommt, einmal für die breite Masse, dann für ein Fachpublikum und ich glaube, da gibt es eine Nische in der Mitte, von Menschen, die wirklich tiefere Kenntnisse über irgendetwas haben wollen, das heißt mehr Informationen als drei Bilder. Ich glaube, das ist ein neuer Bereich, der noch nicht richtig adressiert ist. Wenn sich der Konsument hier richtig abgeholt fühlt, dann kann seine Kaufbereitschaft weiter gefördert werden.“***

Insbesondere die begrenzten Möglichkeiten der Ärzte, Patienten wirklich umfangreich zu informieren, sprechen für die Marktchancen entsprechender Angebote.

#### Statements

***„Wenn ich den Versicherten der Zukunft im Auge habe, dann sehe ich jemanden, der alt ist und unter Umständen gleich mehrere Erkrankungen hat, eine Pflegebedürftigkeit dazu. Das ist eine Gruppe, die größer wird und diese Versicherten verstehe ich nicht als wirklich freie Marktteilnehmer, die sich die Leistungen ohne weiteres anschauen können, weil sie einfach eingeschränkt sind in ihren Möglichkeiten. Diese Personen haben sicher ein Bedürfnis nach guter Unterstützung, nach jemandem, der auch Dinge koordiniert.“***

Ausblickend kann festgehalten werden, dass sich eine Reihe von Gründen finden lassen, die den Patienten der Zukunft als souveräner und mündiger als seine Vorgänger skizzieren lassen. Allerdings darf hierbei nicht vergessen werden, dass spätestens mit der medizinischen Beurteilung von Therapien eine Grenze der „Mitsprache“ für den Patienten erreicht ist. Gleichzeitig kann angenommen werden, dass sich ein Teil der Patienten nicht stärker als bisher in Behandlungsprozesse einbringen möchte oder dazu in der Lage ist. Dietrich weist darauf hin, dass sich insbesondere für sozial benachteiligte und damit tendenziell schlechter ausgebildete Personen ein

zusätzliches Risiko ergeben könnte, ins Hintertreffen zu geraten, sobald ihnen von gesundheitspolitischen Akteuren mit dem Verweis auf den souveränen, mündigen Patienten mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zugeschrieben wird.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Vgl. Dietrich A. (2007).

## 6 Die Versorgungsstrukturen im Wandel

Die Gesundheitsreformen der Jahre 2004 und 2007 bewirkten bereits eine Reihe von Veränderungen auf Seiten der Leistungserbringer mit dem Ziel, Kosten zu senken und Qualität sicher zu stellen. So wurden 2004 beispielsweise erstmals Medizinische Versorgungszentren (MVZ) neben Vertrags- und Krankenhausärzten zugelassen (§ 95 SGB V), welche von den verschiedensten Leistungserbringern des Gesundheitswesens gegründet werden dürfen solange eine ärztliche Leitung und fachübergreifende Ausrichtung besteht. Seit 2004 wurden in Deutschland bereits etwa 1.325 solcher Zentren zugelassen mit ca. 6.280 Ärzten, 4.980 davon im hier möglichen Anstellungsverhältnis.<sup>61</sup> Die Mehrzahl der MVZ gründet sich in Gebieten mit hoher Einwohnerzahl und –dichte. Etwa 51% dieser befindet sich in Trägerschaft von Vertragsärzten, etwa 38% in Krankenhausträgerschaft. Letztere konzentrieren sich stärker auf die neuen Bundesländer. Vor allem Hausärzte und Internisten sind in MVZ vertreten.

Ebenfalls seit 2004 ist die Integrierte Versorgung in §140 a SGB V, als sektorenübergreifende Versorgungsform verankert. Durch Versorgungsverträge dieser Art (§140 b SGB V) zwischen Leistungserbringern und –trägern soll insbesondere die fachübergreifende Zusammenarbeit gefördert und Schnittstellen im Behandlungsablauf minimiert werden, vor allem auch zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Die Förderung einer flächendeckenden Versorgung durch die Integrierte Versorgung ist ebenfalls Ziel und im §140 a festgeschrieben. Zwischen 2004 und 2008 wurden etwa 6.400 Verträge geschlossen, mit etwa 4 Mio. geschätzten teilnehmenden Versicherten. Einen „Boom“ an Vertragsabschlüssen verursachte in diesem Zeitraum vor allem die Anschubfinanzierung nach §140 d. Auch im Bereich der Integrierten Versorgung sind niedergelassene Ärzte die am stärksten vertretene Gruppe von Vertragspartnern. Der Anteil der Krankenhäuser ist über die Jahre kontinuierlich gesunken. Zurzeit dominieren indikationsübergreifende Versorgungsangebote und solche des ambulanten Operierens. Beim Vergütungsvolumen liegen allerdings Verträge zur Durchführung kardiologischer und neurochirurgischer Leistungen vorn.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009).

<sup>62</sup> Vgl. Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2009).

Die Reformen aus dem Jahr 2007 veränderten die Versorgungsstrukturen durch die Einführung von Wahlтарifen für Versicherte des GKV-Systems, unter anderem die anzubietende hausarztzentrierte Versorgung.

Insgesamt förderten die erweiterten Möglichkeiten, sogenannte Selektiv- oder Direktverträge zwischen Leistungserbringern und -trägern abschließen zu können, den Einfluss und die Macht der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Auch im Bereich der Apotheken zeigten sich in letzter Zeit strukturelle Veränderungen in Form von Vernetzung und Kooperationen sowie dem Internethandel. Größere Umwälzungen unterblieben jedoch nach den strukturbewahrenden europäischen Rechtsprechungen zum Fremd- und Mehrbesitzverbot.

Im stationären Sektor ergaben sich Veränderungen insbesondere aus reformierten Vergütungssystemen, Einschränkungen in der Finanzierung und die Möglichkeit der MVZ-Gründung, also gezielt in den ambulanten Bereich gehen zu können.

Diese vereinzelt Strukturreformen konnten natürlich lediglich positive Impulse für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbemühungen setzen. Weiterhin steht der aktuellen Versorgungsstruktur das ungelöste Problem steigender Kosten im Gesundheitswesen gegenüber. Bei gleichzeitig nicht einschätzbaren Auswirkungen des demographischen Wandels, Unsicherheiten bezüglich künftiger Patientenpräferenzen und der sich abzeichnenden ärztlichen Unterversorgung einiger ländlicher Regionen Deutschlands, können weitere Reformen der Versorgungsstrukturen erwartet werden. insbesondere die Forcierung eines funktionsfähigen Wettbewerbs auf der Versicherungs-, Nachfrager- und Angebotsseite, wie von der Regierung angekündigt, würde sich direkt auf die Versorgung auswirken. Gleichzeitig wird ein flächendeckendes und bedarfsgerechtes Angebot gefordert.

Diese Unsicherheiten betreffend wurden 28 Experten befragt, welche Veränderungen sie sich innerhalb der Versorgungsstrukturen vorstellen könnten. Vertiefend wurde zudem auf den Krankenhaussektor, als einen Leistungserbringer-Bereich, eingegangen. Bezogen auf die *kommenden Veränderungen* gehen die Befragten insbesondere von einem erhöhten Wettbewerb zwischen den Dienstleistern aus und einer hieraus resultierenden Bewegung hin zu größeren Einheiten, formellen und informellen

Netzwerken, Integration und eines weiteren Einbezugs von Leistungen des Zweiten Gesundheitsmarktes. Gefördert würde dies zusätzlich durch die zunehmende Technologisierung.

#### Statements

***„Ich habe den Eindruck, dass wir im Bereich der Versorgungsstrukturen ähnlich wie im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen eine Bewegung haben, die zu immer größeren Einheiten führt, die damit auch die Versorgung auf dem flachen Land ein Stück weit ausdünnen. Wenn jemand eine hochqualitative Leistung erbringen will, braucht das auch gewisse Volumina an Patienten und entsprechende Rahmenbedingungen, die auf dem Land so nicht immer gegeben sind.“***

Differenzierter stellen sich die Erwartungen der Experten bezüglich der Integrierten Versorgung dar. Überwiegend wurde von einer Weiterverfolgung differenzierterer Verträge und speziell angepasster Versorgungsangebote für Versicherungsnehmer ausgegangen. Erwarten ließen sich hier effektivere Behandlungsabläufe und ein effizienter Mitteleinsatz, sobald sich Programme insbesondere auf Patienten beziehen würden, die eine Gefährdung beziehungsweise ein hohes Risiko einer chronischen Erkrankung tragen.<sup>63</sup> Ein Teil der Befragten sieht diesen Versorgungsbereich jedoch auch als „überbewertet“ an oder vermutet eine künftige Vereinfachung der bestehenden Verträge auf Grund des Kostendrucks.

Eine darüber hinaus gehende Idee sieht vor allem die Koordination und Steuerung als wichtiges Angebot zukünftiger Versorgung an. Insbesondere mit Blick auf den erwarteten Anstieg von Multimorbidität wird angenommen, dass komplexe Leistungen der Organisation von Behandlungswegen nachgefragt und angeboten werden.

#### Statements

***„Ich kann mir auch gut vorstellen, dass viel stärker als bisher nicht einzelne Leistungen angeboten werden, sondern auch die Koordination der Leistungen und die Unterstützung. Mit den Pflegestützpunkten gibt es ja bereits einen ersten Ansatz, aus einer Hand Unterstützung zu erhalten, die Pflegesituation zu klären und zu organisieren und so etwas kann auch bei Erkrankungen helfen, gerade bei Multimorbidität, hohem Alter oder eingeschränkter Mobilität.“***

---

<sup>63</sup> Vgl. Accenture (Hrsg.) (2002).

Als unsicher sehen die Experten die zukünftige Bedeutung der kassenärztlichen Vereinigungen, welche zwar bereits einen Machtverlust durch Selektivverträge erlitten haben, ihre Möglichkeiten und Leistungen jedoch auch weiterhin als wichtig für die Ärzteschaft erkannt werden.

Ein Großteil der Befragten wies im weiteren Gespräch vor allem auf die steigende Bedeutung von Medizinischen Versorgungszentren hin (auch Gesundheitszentren, Arztzentren oder Polikliniken genannt). Die Möglichkeiten der Einzelpraxen sehen die Experten als rückläufig. Lediglich angesehene Spezialisten oder auf dem Land tätige Erstversorger könnten sich zukünftig ohne Zentrenanbindung behaupten.

Dabei kann ein Versorgungsangebot im Gesundheitszentrum sowohl über die gesamte Breite ausgebaut werden, von der Prävention bis zur Nachsorge, oder auch eine Vernetzung in die Tiefe verfolgen und somit hochklassiger Spezialanbieter werden. Ein hoher Einfluss wurde in diesem Zusammenhang auch von Seiten der Krankenhäuser gesehen, welche sich zukünftig über MVZ ein finanziell optimales Angebot aus ambulanten und stationären Leistungen gestalten.

#### Statements

***„Arztzentren werden eine große Rolle spielen, also weg vom Einzelarzt hin zum Erlebniszentrum Arzt, in dem alles geleistet werden kann pro Stockwerk, von der Rehabilitation bis zur Krankengymnastik bis zur Versorgung mit Medikamenten im Erdgeschoss. Das wird meiner Meinung nach den Trend der Zukunft darstellen.“***

Leider nicht einbeziehen konnten die Experten zum Zeitpunkt der Befragung die aktuellen Ankündigungen der Regierung, wonach die Gründungsvoraussetzungen für MVZ erschwert und Mehrheitsanteile bei Ärztinnen und Ärzten liegen sollen.

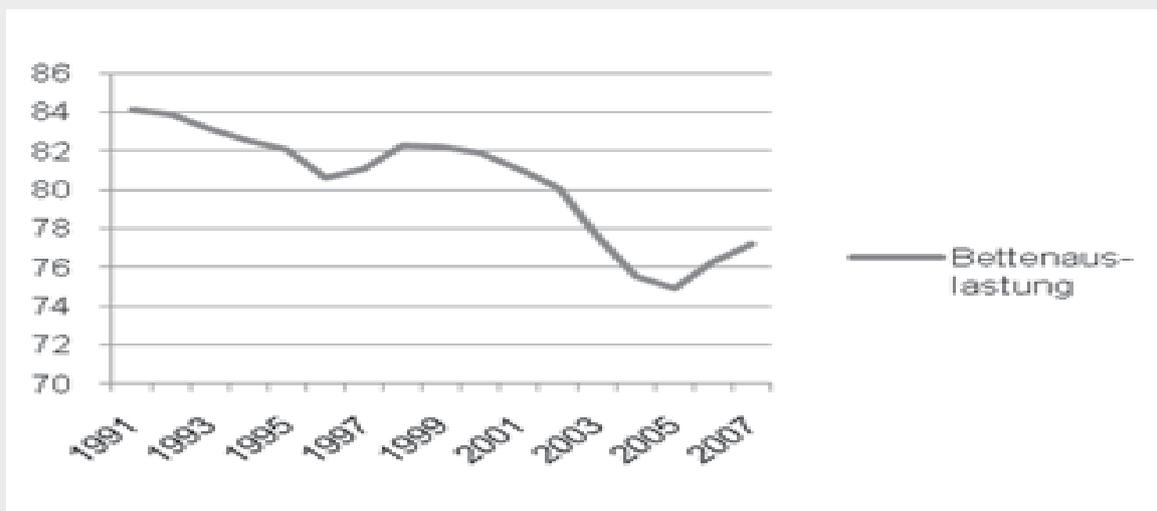
Weitere Einzelaussagen bezüglich kommender Strukturveränderungen wiesen beispielsweise auf eine zunehmende Bedeutung von Versorgungsleitlinien hin, welche in anderen Ländern bereits eine sehr viel höhere Stellung im Behandlungsalltag einnehmen würden, und den vermuteten Ausbau mobiler Arztdienste zur Überwindung der regionalen Unterversorgung.

Zusammenfassend zeigten sich recht unterschiedliche Meinungen bezüglich kom- mender Versorgungsformen und -angebote. Dennoch wurde insbesondere auf das Entstehen größerer Einheiten hingewiesen, auf die Vernetzung in die Breite oder in die Tiefe.

### **Exkurs: Die Zukunft des Krankenhausmarktes.**

Auf dem deutschen Krankenhausmarkt können bereits seit Jahren Veränderungen beobachtet werden, welche sich insbesondere im starken Rückgang der Kliniken zeigen. Von 1991 bis 2007 sank die Zahl der Krankenhäuser um 13 %.<sup>64</sup> Gründe für den Wandel sind vor allem der anhaltende Kostendruck, der auf den Häusern lastet und sich im Zuge der Einführung der sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG) weiter verstärkte. Der medizinische Fortschritt in Form von innovativen Be- handlungsmethoden und technischen Neuerungen wirkt ebenfalls kostentreibend. Steigende Personalausgaben und die Bewertung ärztlicher Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit wirken zusätzlich belastend.<sup>65</sup> Verstärkt wird diese Entwicklung durch die zunehmend zurückhaltende öffentliche Unterstützung der Häuser und entsprechend gedeckelten und gekürzten Budgets. Neuinvestitionen unterbleiben. Es wird von einem Investitionsstau von rund neun Mrd. € ausgegangen.<sup>66</sup>

**Abbildung 16: Entwicklung der Bettenauslastung**



**Quelle: Eigene Darstellung aus Daten des Statistischen Bundesamtes.**

<sup>64</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a), S. 7.

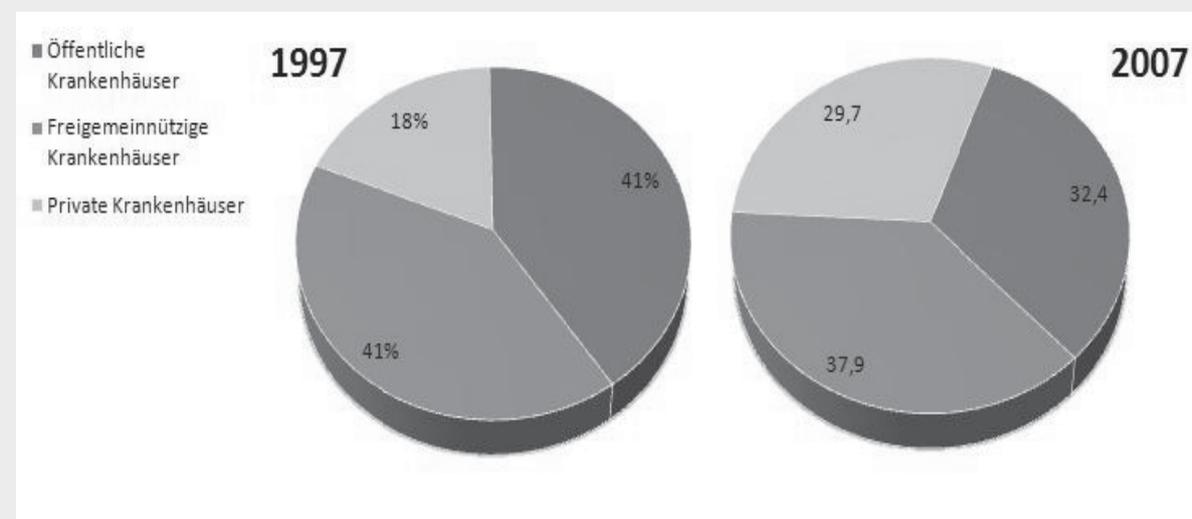
<sup>65</sup> Vgl. Perillieux, R. / Schwarting, D. / Schnitzler, N. et al. (2005), S. 1.

<sup>66</sup> Vgl. Auguzky, B. / Krolop, S. / Gülker, R. (2009).

Im Jahr 1997 gab es in der Bundesrepublik noch 2.258 Krankenhäuser, die zusammen über 580.425 Betten verfügten.<sup>67</sup> In den folgenden zehn Jahren gaben 171 Krankenhäuser dem Druck des erhöhten Wettbewerbs nach. Die Bettenzahl reduzierte sich um 73.471 Betten. Die Betten pro 100.000 Einwohner gingen so von 707 im Jahre 1997 auf 616 im Jahre 2007 zurück. Die durchschnittliche Verweildauer verkürzte sich von 10,4 Tagen auf 8,3 Tage. Bei der Fallzahl je 100.000 Einwohner zeichnete sich im Zeitablauf eine Kurvenbewegung ab. Von 1997 als Basisjahr stieg sie an, erreichte im Jahre 2003 einen Wert von 20.960 und sank dann auf 20.056 im Jahre 2005. In den folgenden zwei Jahren stieg die Fallzahl je 100.000 Einwohner wieder deutlich auf 20.883 im Jahre 2007.<sup>68</sup>

Im Jahre 2007 belief sich die Zahl der deutschen Krankenhäuser schon nur noch auf 2.087, davon 677 (32,4%) in öffentlicher Trägerschaft, 790 (37,9%) unter freigemeinnütziger Trägerschaft und 620 (29,7%), die privatwirtschaftlich betrieben wurden. Zusammen verfügten sie über 506.954 Betten und beschäftigten 1.067.287 Menschen.<sup>69</sup> Als vollstationär behandelt galten etwa 17.079.142 Patienten.<sup>70</sup>

**Abbildung 17: Entwicklungen der Trägerschaft**



Quelle: Eigene Darstellung aus Daten des Statistischen Bundesamtes.

<sup>67</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b), S. 18.

<sup>68</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b), S. 15.

<sup>69</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b), S. 18 / Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009c), S. 236.

<sup>70</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a), S. 17.

Einen kritischen Blick in die Zukunft liefert der aktuelle Krankenhausreport, in dem vermutet wird, dass die Folgen der Finanzkrise auch die Gesundheitswirtschaft erreichen werden. Steigende Arbeitslosigkeit und damit auch geringere Einnahmen der Krankenkassen, die Auswirkungen des neu eingeführten Gesundheitsfonds, rückläufige Steuereinnahmen und eine hohe Schuldenlast der öffentlichen Haushalte dürften den Druck auf die Leistungserbringer erhöhen<sup>71</sup>.

Dementsprechend wurden Experten um ihre Einschätzungen zur Zukunft des Krankenhausesektors gebeten. Dabei bezogen sich die Fragen auf die Entwicklungen des Wettbewerbs, Veränderungen in den Bereichen Organisation und Outsourcing, die Notwendigkeit von Kooperationen, die erwarteten Veränderungen von Krankheitsbildern und sonstige Herausforderungen. Auch wurden mögliche finanzielle Einschnitte und reformierende Schritte thematisiert. Zunächst sollte eine Einschätzung des kommenden Wettbewerbs in diesem Sektor abgegeben werden. Übereinstimmend rechneten die Experten mit einem steigenden Wettbewerb, der es für die Häuser nötig machen könne, gezielte Entwicklungsstrategien zu verfolgen. So wird eine höhere Vernetzung als Erfolg versprechend angeführt, wie auch eine Spezialisierung. Darüber hinaus wird die gezielte Konzentration auf die regionale Nachfrage als Strategie für weiteres Bestehen angesehen.

Mit Blick auf die finanziellen Schwierigkeiten im Gesundheitssystem wurden vor allem die Interviewpartner aus dem politischen Bereich nach ihren Meinungen über finanzielle Einschnitte und reformierende Schritte gefragt. Hingewiesen wurde dabei auf die Höhe der Ausgaben, welche im Bereich der stationären Versorgung jedes Jahr entstehen und im Gegensatz zu den Kosten für Arzneimittel kaum diskutiert werden. Die Interviewpartner gaben diesbezüglich an, dass sie hier weitere Entwicklungen erwarten. Genannt wurden hier beispielweise Einsparungen durch Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sowie die weitere Verschiebung von bisher stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich.

Insgesamt zeigte sich, dass die Experten von weiteren strategischen und organisatorischen Veränderungen im Krankenhausbereich ausgehen, angetrieben durch

---

<sup>71</sup> Vgl. Auguzky, B. / Krolop, S. / Gülker, R. (2009).

den wachsenden Wettbewerb in diesem Sektor. Allerdings wurden keine pauschalen Angaben zu Entwicklungsstrategien und organisatorischen Veränderungen gegeben, sondern auf die individuelle Prüfung von Maßnahmen verwiesen

#### Statements

***„Ich gehe davon aus, dass der Wettbewerb so wie wir ihn jetzt haben, nämlich um Patienten und um Marktanteile, weiterhin stark und deutlich bleibt. Die Strukturveränderungen sind noch nicht beendet.“***

In Deutschland wird in den kommenden Jahren mit einer höheren ökonomischen Fallschwere der stationär behandelten Fälle gerechnet. Eine Strategie zur Begegnung dieser Entwicklung ist die Abgabe eines Teils bisher erbrachter Leistungen an Einrichtungen der vor- und der nachstationären Versorgung. Damit würde sich die gesamte medizinische Versorgungsstruktur verändern. Im Rahmen einer Umfrage gaben 32,4 % der Befragten an, Aufgaben bereits seit 2004 fremdvergeben zu haben.<sup>72</sup> Rund ein Viertel (25,4%) führt Insourcingmaßnahmen durch. Das volle Ausmaß von Out- bzw. Insourcingmaßnahmen liegt deutlich über diesen Werten. Für die Zukunft gehen Experten von einer weiteren Zunahme dieser aus.

Auch zum Thema Krankenhausorganisation und Outsourcing wurden die Meinungen der Befragten erbeten. Diese bestätigten die Notwendigkeit einer Konzentration auf das Kerngeschäft, gaben darüber hinaus jedoch auch an, dass sich die Optimierung von Organisationsstrukturen und damit auch der Outsourcingstrategien nur individuell für jedes einzelne Krankenhaus bestimmen ließen.

#### Statements

***„Ja die Krankenhausorganisation, das ist allerdings relativ individuell. Das kommt sicherlich sehr stark auf die Umfeldbedingungen des Einzelnen oder auf die Mikrolage an. Wo das Haus nun steht, welche Kooperationen und Möglichkeiten bestehen, welche Trägerschaft, welche Spezialisierung... Man kann sagen, wir verabschieden uns von dem typischen Krankenhaus und gehen hin zu einer stärkeren Individualisierung.“***

<sup>72</sup> Vgl. Blum, K. / Offermanns, M. / Perner, P. (2007), S. 26.27.

Auch der Eingang von Kooperationen ist eine häufig als notwendig beschriebene Zukunftsstrategie. Als Kooperation wird die freiwillige Zusammenarbeit von rechtlich selbstständigen Krankenhäusern verstanden. Anwendung finden diese besonders im Bereich der medizinischen Kernleistungen und in Funktionsbereichen wie dem Labor oder der Radiologie. Ziel ist eine optimale Ausnutzung vorhandener Kapazitäten, um eine Fixkostendegression zu erzielen. Eine Studie aus dem Jahr 2007 kommt zu dem Ergebnis, dass bereits 48 % der Krankenhäuser Kooperationen eingegangen sind.<sup>73</sup> Für die Zukunft wird erwartet, dass besonders im Bereich der Radiologie weitere Kooperationsmodelle etabliert werden.

Mit Blick auf diese Aussage wurden die Interviewpartner gebeten, ihre Einschätzungen zur *Notwendigkeit von Kooperationen* und den kommenden Entwicklungen in diesem Bereich zu geben. Sehr zurückhaltend nannten die Befragten Vorteile in Behandlung mit hohem Standardisierungsgrad.

Aktuell sind 71 % der deutschen Krankenhäuser in Verbundstrukturen organisiert.<sup>74</sup> Für die Beteiligten bieten sich Möglichkeiten, von Erfahrungen anderer Marktteilnehmer, zu profitieren. Organisationsmodelle und Führungsprinzipien können so in Form von „best practice“ - Anwendungen übertragen werden. Auch hier wird der Netzwerkgedanke aufgegriffen.

Eine gestärkte Marktposition kann zukünftig auch durch das Einbeziehen sogenannter Komplementoren erreicht werden. Unter Komplementoren werden Leistungserbringer verstanden, die mit dem Anbieten ihrer Produkte einen Mehrwert für den Krankenhauskunden schaffen, ohne dass das Krankenhaus selbst investieren muss. Beispiele gehen von im Krankenhaus angesiedelten McDonald-Filialen bis zu Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikelanbieter aus.<sup>75</sup>

Eine weitere Frage, welche unseren einbezogenen Experten gestellt wurde, bezog sich auf die erwarteten *Veränderungen von Krankheitsbildern*. Auch wenn sich diese in einem Betrachtungszeitraum von weniger als zehn Jahren kaum spürbar ändern werden, wiesen die Befragten dennoch darauf hin, dass ein zukünftiger An-

---

<sup>73</sup> Vgl. Blum, K. / Offermanns, M. / Perner, P. (2007), S. 29.30.

<sup>74</sup> Vgl. Salfeld, R. / Hehner, S. / Wichels, R. (2009), S. 1 / Behar, B. I. (2009).

<sup>75</sup> Vgl. Eiff, W. von (2005), S. 24-25.

stieg von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität, sogenannten „Wohlstandskrankheiten“ und kostenintensiven Krebsbehandlungen bereits heute in die Planung der Kliniken einbezogen werden müsste.

#### Statements

**„Also ich würde mal sagen, für die Gesellschaft insgesamt dürfte der Trend hin zu kostenintensiven Behandlungen, zu chronischen Erkrankungen und zur Multimorbidität der Patienten gehen. Das dürfte in der Zukunft eine Herausforderung für die Kliniken sein, stärker mit älteren, multimorbiden Menschen zu tun zu haben und die Behandlung darauf zuzuschneiden. Das DRG-System ist darauf, glaube ich, auch noch nicht ausgerichtet. Ein anderer Punkt ist sicherlich auch noch die geriatrische Behandlung, aber ob die jetzt kostenintensiver ist, kann ich nicht beurteilen.“**

Als zukünftig erwartete Schwierigkeit nannten die Interviewpartner auch den bereits heute bestehenden Ärztemangel. Von einer weiteren Auffächerung der Berufsfelder wird ausgegangen. Gesetzgeberische Maßnahmen werden gefordert.

#### Statements

**„Also Ärztemangel ist schon jetzt ein Problem. Teilweise hat das schon Einfluss auf die Krankenhausplanung, wenn Krankenhäuser Abteilungen nicht besetzen können, weil sie die Ärzte nicht kriegen. Und wenn der Chefarzt geht, gehen meist auch die Oberärzte. Dann haben sie eine ganze Abteilung, die in dem Moment nicht funktioniert und dann hat das schon ein Sicherstellungsproblem.“**

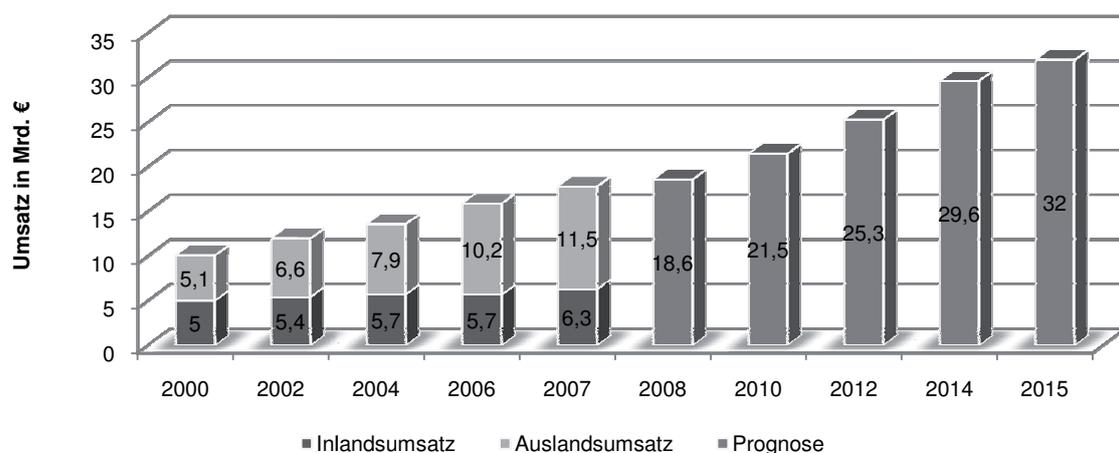
**„Krankenhäuser sind sehr daran interessiert, dass neue Berufsmodelle entstehen, welche die Aufgaben der Ärzte stärker auf Assistenzberufe übertragen, um Ärzte zu entlasten, um Prozessoptimierung, um eine Neuorganisation der Häuser zu erreichen. Und da passiert auch ganz viel.“**

## 7 Technologie und Medizintechnik

### 7.1 Marktentwicklung

Der Markt für Medizintechnik wächst seit Jahren überdurchschnittlich, jedoch mit abnehmenden Steigerungsraten. Konnte der weltweite Medizintechnikmarkt in den neunziger Jahren noch jährlich um durchschnittlich 11 % expandieren, so schwächte sich das Wachstum zu Beginn des 21. Jahrhunderts auf jährlich 6,8 % ab.<sup>76</sup> Im Jahre 2007 hatte der Weltmarktmarkt für Medizintechnologien ein Volumen von etwa 220 Mrd. €. Davon entfielen auf den europäischen Markt, der nach den USA mit ca. 90 Mrd. € der zweitgrößte Markt der Welt ist, rund 70 Mrd. €. Mit einem Volumen von ca. 23 Mrd. € ist Deutschland nach den USA und Japan (ca. 25 Mrd. €) der drittgrößte Einzelmarkt der Welt und mit Abstand der Größte in Europa. Er ist etwa doppelt so groß wie der französische Markt und rund dreimal so groß wie der Britische oder Italienische.<sup>77</sup> Der Gesamtumsatz produzierender Medizintechnikunternehmen konnte im Jahr 2008 um 2,5 % auf 17,8 Mrd. € zulegen. Dabei entfielen 6,3 Mrd. € auf das Inland und 11,5 Mrd. € auf den Export.<sup>78</sup> Damit liegt Deutschland bei den Exporten mit einem Welthandelsanteil von 14,6 % an zweiter Stelle hinter den USA (30,9 %) und vor Japan (5,5 %).<sup>79</sup>

**Abbildung 18: Umsatzentwicklung der produzierenden deutschen MedTech-Unternehmen**



Quelle: Weinrank, C. (2009), S. 12; BVmed (2009), S. 3.

<sup>76</sup> Vgl. Hornschild et al. (2005), S. 13; Pammolli, F. et al., a. a. O., S. 15.

<sup>77</sup> Vgl. BVMed (2009), S. 3.

<sup>78</sup> Vgl. BVMed (2009), S. 3.

<sup>79</sup> Vgl. BMBF (2005), S. 46.

Bedingt durch die drei maßgebenden Einflussfaktoren (technologische und demographische Entwicklung sowie eine veränderte Einstellung der Gesellschaft zur Gesundheit) wird die Nachfrage nach medizintechnischen Produkten auch künftig steigen und die Medizintechnikbranche ein Wachstumsmarkt bleiben.<sup>80</sup> In den kommenden sechs Jahren wird mit einem durchschnittlichen Wachstum von 8 % p. a. gerechnet, so dass der Umsatz der Medizintechnikbranche im Jahr 2015 bei über 30 Mrd. € liegen dürfte. Die treibende Kraft wird dabei auch weiterhin der Auslandsmarkt sein.<sup>81</sup>

#### Statements

***„Der Bereich der Medizintechnik wird auch künftig ein Wachstumsmarkt bleiben.“***

***„In den nächsten Jahren wird es weiterhin erhebliche Innovationsangebote im Bereich der Medizintechnik geben.“***

## 7.2 Fortschrittsdimensionen

Die Computerisierung, die Miniaturisierung und die Molekularisierung sind die entscheidenden Dimensionen, die die Entwicklung medizintechnischer Produkte in den kommenden Jahren bestimmen werden.<sup>82</sup> Den Fortschrittsdimensionen können wiederum die entscheidenden Schlüsseltechnologien Informations- und Kommunikationstechnik (IKT), Mikrosystemtechnik, Nano- und Optische Technologien sowie Biotechnologie und Tissue Engineering zugeordnet werden.<sup>83</sup> Die Entstehung und Entwicklung neuer innovativer Medizinprodukte lässt sich nun vereinfacht in einem 2-Schalen-Modell anhand von Entwicklungslinien vorstellen. Die IKT wirkt dabei als Träger und Stimulator gleichermaßen und bildet das Fundament. Die Miniaturisierungstechnologien Mikrosystemtechnik, Nano- und Optische Technologien sind Applikationsmethoden und fungieren als innere Schale, während Ansätze aus dem Bereich der Molekularisierung als dem zugrunde liegenden und verwendeten Wirkmechanismus die äußere Schale bilden. In Abbildung 19 werden drei mögliche Entwicklungslinien aufgezeigt. Die Entwicklungswege müssen jedoch nicht immer gradlinig

---

<sup>80</sup> Vgl. BVMed (2009), S. 3.

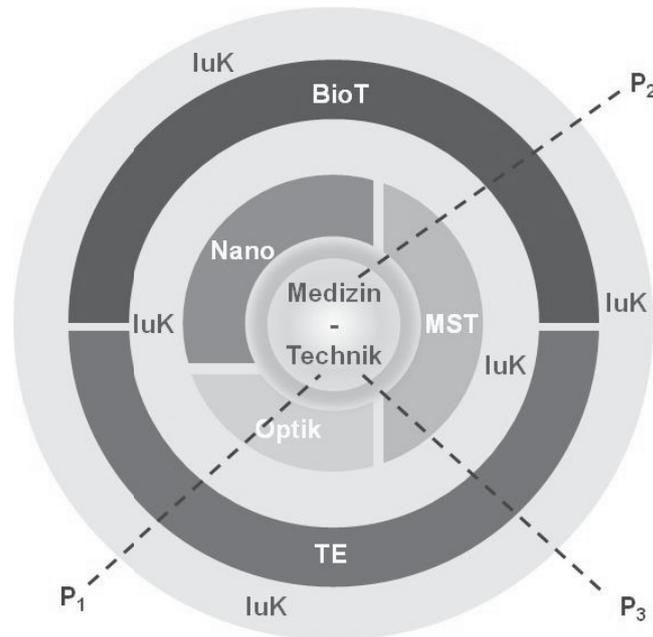
<sup>81</sup> Vgl. Deutsche Bank Research (2006), S. 1.

<sup>82</sup> Vgl. BMBF (2007), S. 6.

<sup>83</sup> Vgl. BMBF (2005), S. 597.

von außen nach innen verlaufen, sondern können bspw. auch im Zick-Zack und von innen nach außen verlaufen.<sup>84</sup>

**Abbildung 19: Das Verhältnis der Schlüsseltechnologien zur Medizintechnik**



**P<sub>1</sub>-P<sub>3</sub>**: mögliche Entwicklungswege für innovative Produkte in der Medizintechnik; **BioT**: Biotechnologie; **IuK**: Informations- und Kommunikationstechnologien; **MST**: Mikrosystemtechnik; **Nano**: Nanotechnologie; **Optik**: Optische Technologien; **TE**: Tissue-Engineering.

**Quelle: BMBF (2005).**

#### Statements

*„Die IKT wird künftig unverzichtbar sein. Insbesondere die vernetzten und integrierten Versorgungsmodelle der Zukunft, bspw. regionale Gesundheitsverbände mit angeschlossenen Ärztenetzen, MVZs inklusive Dienstleistungsgesellschaft für Informations-, Kommunikations-, Leit- und Medizintechnologie sowie einem an einen Einkaufsverbund angeschlossenen Logistikcenter sind auf eine zukunftsfähige IKT angewiesen. ... Im Markt für Gesundheitstechnologien werden künftig nur Anbieter überleben, die das Thema IKT wirklich beherrschen. Auf etwas längere Sicht wird dies auch für die Pharmaindustrie gelten.“*

*„Die ganze Miniaturisierung der Medizin, insbesondere Nanotechnologien, das ist ein Bereich, in dem in den nächsten Jahren sicherlich noch weitere Sprünge zu erwarten sind, die das Voranschreiten der Medizin prägen werden.“*

*„Die Molekularbiologie ist aktuell bereits ein wichtiger Forschungsbereich und das Thema der Zukunft in der Medizintechnik.“*

<sup>84</sup> Vgl. BMBF (2005), S. 556, 597-598.

## 7.3 Trends

### ***Zukünftige Produkte und Dienstleistungen***

Einen großen Innovationsbereich stellen neuartige diagnostische Verfahren dar. Dies betrifft sowohl die in vivo als auch die in vitro Diagnostik sowie spezielle Analysewerkzeuge. Durch neue Erkenntnisse in der Molekularbiologie wird es künftig möglich sein, Risiken oder aktuelle Erkrankungen viel früher zu erkennen und diese dann zielgenau auf molekularem Niveau zu behandeln oder entsprechende Präventionsmaßnahmen einzuleiten. Die entscheidenden Technologien sind dabei die molekulare Diagnostik auf Basis von Biochips (DNA-Chips, Protein-Chips, Labs-on-a-Chip) und die molekulare Bildgebung, mit denen sich biologische Prozesse auf zellulärer Ebene sichtbar machen lassen. Bei DNA- und Proteinchips handelt es sich um winzige Probenträger, bestehend aus einem festen Trägermaterial (z. B. Glas, Kunststoff oder eine Membran), das mit einzelsträngigen DNA-Molekülen oder im Falle der fortschrittlicheren Proteinchips zumeist mit Antikörpern in spezieller Anordnung beschichtet ist.<sup>85</sup> Labs-on-a-Chip sind miniaturisierte Labore im Westentaschenformat, die auf Erkenntnissen der Mikrofluidik aufbauen.<sup>86</sup> Der Einsatz von Biochips, bei denen der Trend eindeutig in Richtung Nanotechnologie geht, wird zu einer Verlagerung der Labordiagnostik zum Point-of-Care (patientennahe Labordiagnostik) führen. Ein breiter Einsatz von Lab-on-a-Chip-Verfahren in der Diagnostik von Blut sowie Urin wird ab 2013 und die Verwendung von Protein-Chips als diagnostisches Routineverfahren ab 2014 erwartet.<sup>87</sup> Dabei werden die künftig auf Nanotechnologie basierenden Biochips Point-of-Care-Diagnosen (patientennahe Labordiagnostik) ermöglichen.

#### **Statements**

***„Die Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren, z. B. in der molekularen Bildgebung, um Probleme früher zu sehen und eingreifen zu können bzw. um die Diagnose zu unterstützen, ist ein großes Innovationsgebiet. Alles was man früher erkennt, ist i. d. R. mit geringerem Aufwand behandel- und therapierbar. ... Eine schnellere und präzisere Diagnostik stellt sicherlich einen wichtigen Trend dar.“***

<sup>85</sup> Vgl. Wagner, V. / Wechsler, D. (2004), S. 53-54.

<sup>86</sup> Vgl. Wagner, V. / Wechsler, D. (2004), S. 53.

<sup>87</sup> Vgl. Cuhls, K. (2007) S. 24.

Im Bereich der Therapie stellen die Entwicklung neuer miniaturisierter Drug-Delivery-Systeme und das Tissue-Engineering (Nachzüchtung von natürlichen Geweben unter Laborbedingungen) Schwerpunkte dar. Der Bedarf an nanoskaligen Transportsystemen ist da mit ihnen eine Reihe von Problemen bei der Anwendung vieler Wirkstoffe überwunden werden sollen:<sup>88</sup>

1. Unlöslichkeit des Wirkstoffs in wässrigen Medien
2. Unspezifische Anreicherung des Wirkstoffs im Organismus aber mitunter unzureichende Anreicherung im kranken Gewebe
3. Unzureichende Stabilität des Wirkstoffs
4. Überwindung biologischer Barrieren, z. B. Zellmembranen oder Blut-Hirn-Schranke

Je nach Zielsetzung und gewünschtem Einsatz Ort können die Nano-Transportsysteme unterschiedlichen Aufgaben nachkommen. Die Nanomaterialien können die Wirkstoffsubstanzen schützen, durch molekulares Mimikry so verkleiden, dass ein Transport zu bestimmten Anwendungsgebieten – je nach Aufbau bspw. die Blut-Hirn-Schranke oder die Magen-Darm-Wand – möglich ist, schwer wasser- oder fettlösliche Wirkstoffe so umhüllen, dass sie für den Körper leichter verfügbar sind oder die Wirkstoffe zeitlich gezielt freisetzen, bspw. durch eine gleichmäßige Freisetzung über einen sehr langen Zeitraum.<sup>89</sup>

Da die Nachfrage nach lebenswichtigen Organen und Geweben für Transplantationen kontinuierlich steigen wird, bspw. krankheitsbedingten Funktionsausfällen, Unfällen oder altersbedingter Degeneration<sup>90</sup>, verfügt das Tissue-Engineering über ein beachtliches Zukunftspotential. Eine Weiterentwicklung des Tissue-Engineering ist die regenerative Medizin bei der Gewebe oder Organe nicht auf künstlichen Trägermaterialien im Labor erzeugt und transplantiert werden, sondern im Körper die entsprechenden Mikroumgebungen zur natürlichen Organentwicklung geschaffen werden.<sup>91</sup>

---

<sup>88</sup> Vgl. Wagner, V. / Wechsler, D. (2004), S. 7.

<sup>89</sup> Vgl. Grobe, A. et al (2008), S. 9-10.

<sup>90</sup> Vgl. Wobus, A. M. / Mertsching, H. (2008), S. 263.

<sup>91</sup> Vgl. BMBF (2005), S. 406, 568.

### Statements

**„Applikationssysteme auf Basis der Nanotechnologie, z. B. Medikamentenpumpen oder Transportsysteme, die Medikamente noch zielgerichteter zu bestimmten Körperregionen bringen können, sind natürlich ein Bereich, in dem sich künftig eine Menge tun wird.“**

**„Im Tissue-Engineering, das sehr stark ingenieurwissenschaftlich geprägt ist, steckt großes Potential. Insbesondere bei der Nachbildung nicht allzu komplexer Systeme aus körpereigenen Zellen sind in naher Zukunft viele Neuerungen zu erwarten.“**

Aufgrund der Konkurrenz bei Standardprodukten aus Niedriglohnländern, dem zunehmenden systembedingten Kostendruck und dem Trend zu vernetzten bzw. integrierten Versorgungsstrukturen werden Unternehmen der Medizintechnikbranche vermehrt versuchen, kundenindividuelle Produkte anzubieten, insbesondere für Krankenhäuser und MVZs. Die Unternehmen entwickeln sich damit zu Systemanbietern. In diesem Marktsegment wird die Wettbewerbsintensität und Preisempfindlichkeit wesentlich geringer sein, da den Konkurrenten in vielen Fällen das Know-How fehlt und sich die Preise der kundenindividuellen Produkte primär am Kundennutzen orientieren und nicht an den Kosten.<sup>92</sup> Die Fokussierung auf die Entwicklung kundenindividueller Systeme wird gleichzeitig zu mehr Angeboten im Dienst- und Servicebereich seitens medizintechnischer Unternehmen oder anderer Anbieter führen.

### Statements

**„Aktuell ist zu beobachten, dass immer mehr Unternehmen Komplettsysteme in den Markt bringen. Dieser Trend wird sich künftig fortsetzen. Dies wird soweit gehen, dass Anbieter die komplette Medizintechnik-, IT- oder OP-Ausstattung übernehmen. ... Dienstleistungs- und Serviceleistungen gewinnen vor dem Hintergrund dieser Entwicklung natürlich an Bedeutung. ... Aktuell sind allerdings viele Komplettsysteme noch nicht ausgereift.“**

**„Der Bedarf an Dienst- und Serviceleistungen wird bedingt durch immer komplexere und anspruchsvollere High-Tech-Systeme steigen.“ ... Bspw. wird eine größere Nachfrage hinsichtlich Personalschulungen entstehen, damit das Potential der Technik auch vollständig genutzt werden kann.“**

<sup>92</sup> Vgl. Deutsche Bank Research (2006), S. 9.

## **Zukünftiger Vertrieb**

Vor dem Hintergrund steigender Vertriebskosten steht bei vielen Technologieunternehmen die Optimierung der Supply-Chain im Fokus. Hier besteht ein großer Nachholbedarf, da viele Potentiale, insbesondere in Kooperation mit Partnerunternehmen, aktuell nicht genutzt werden. Vordergründig wird nach Lösungen gesucht, die neben der Kostenreduktion vor allen Dingen eine Differenzierung gegenüber Wettbewerbern ermöglichen. Dabei sollen Supply-Chain-Lösungen und Services erarbeitet werden, die individuell auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sind. Die hierfür notwendige Diversifikation in Produkt-Markt-Kombinationen wird derzeit äußerst selten berücksichtigt.<sup>93</sup> Des Weiteren ergeben sich durch die Veränderung der Versorgungsstrukturen neue Herausforderungen an die Organisation des Vertriebes und des Supply-Chain-Managements. Aufgrund von Einkaufsketten oder -verbänden werden künftig immer größere Volumina durch immer weniger Abnehmer nachgefragt.

### **Statements**

***„Unter dem aktuellen Kostendruck beschäftigen wir uns insbesondere damit, wie ein flächendeckender Vertrieb effizienter zu organisieren ist. In der bestehenden Form ist ein hochberatungsintensiver Betrieb nicht mehr leistbar.“***

***„Einkaufsketten und -verbände gewinnen im Gesundheitswesen künftig immer mehr an Bedeutung. D. h., dass immer größere Volumina pro Abnehmer verlangt werden, bei einer gleichzeitigen Verringerung der Ansprechpartner.“***

## **Allgemeine Fortschrittshürden**

Als Fortschrittshürden werden vor allen Dingen eine unzureichende Finanzierung der Forschung sowie die Art der Finanzierung (solidarisch oder privat), die Gefahr einer zu starken Ökonomisierung, bei der ethische Aspekte sowie die Qualität der Versorgung des Einzelnen nicht berücksichtigt werden, und Probleme der Datensicherheit sowie des Umgangs mit immer größeren Datenmengen. Zudem fehlt es an internationalen Bewertungsrichtlinien bzw. -standards für komplexe Produkte.

---

<sup>93</sup> Vgl. Buck Consultants International / arvato services healthcare (2008).

## Statements

**„Derzeit ist unser System innovationsfeindlich. Deshalb ist es dringend erforderlich, eine Grundsatzentscheidung darüber zu treffen, in welchem Maße Innovation in Zukunft gefördert wird und wie dieses dann finanziert wird. Soll diesbezüglich weiterhin solidarisch durchgeführt werden oder wird dies auf private Versicherungen und Zusatzversicherungen übertragen? “**

**„Die aktuellen Erstattungsregelungen sind innovationsfeindlich. Bspw. bekommen Leistungserbringer das gleiche Geld, egal auf welchem Niveau sich ihre technische Ausrüstung befindet.“**

**„Die medizinische Versorgung ist eine sehr individuelle Sache, die nicht in eine Art Fließbandökonomie gezwängt werden darf, in dem der Ökonomie ein zu großes Gewicht eingeräumt wird. Dies wäre aus ethischer Sicht problematisch.“**

**„Eine weltweite Harmonisierung der Bewertung komplexer medizinischer Produkte ist dringend erforderlich.“**

### **Exkurs: eHealth – Wie könnte ein „eHealth“-basiertes Gesundheitssystem aussehen?**

Zwischen 20 und 40 % der Leistungen im Gesundheitswesen entfallen auf die Datenerfassung und -kommunikation. Folglich wird in diesem Bereich ein enormes Einsparungspotential vermutet. Mit dem Kunstbegriff eHealth sind die Hoffnungen geknüpft, durch die Digitalisierung von Datenerfassungs- und Kommunikationsprozessen diese Rationalisierungsreserven zu heben und gleichzeitig Qualitätsverbesserungen zu erzielen.<sup>94</sup> Eine einheitliche Definition für eHealth existiert bislang nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) versteht unter eHealth alle „Anwendungen von Systemen der Informationstechnologie (IT) zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten“. Dabei ist eHealth der Oberbegriff für sämtliche gesundheitsbezogene, IT-gestützte Systeme, „in denen Daten elektronisch gespeichert, über sichere Datenverbindungen ausgetauscht und mit Hilfe von Computern ausgewertet werden“.<sup>95</sup> eHealth lässt sich grob in die vier unterschiedliche Anwendungsgebiete Telemedizin, Fachrecherche und Entscheidungsunterstützung, Health Communications und medizinische Dokumentation unterteilen.

<sup>94</sup> Vgl. BMWA und BMBF (2003), S. 65; CDU, CSU und FDP (2009), S. 91.

<sup>95</sup> Vgl. BMG (2009).

**Abbildung 20: Anwendungsgebiete der Telemedizin**



**Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Braasch, P. (2007), S. 257-264.**

Ein Ziel in der deutschen Gesundheitspolitik ist die patientenzentrierte Reorganisation des Gesundheitswesens basierend auf einer Telematikinfrastuktur. Durch die angestrebte Vernetzung soll die Qualität und Effizienz des bestehenden Systems verbessert werden.<sup>96</sup> Den Grundstein hierfür soll die elektronische Gesundheitskarte (eGK) legen. Dabei handelt es sich um eine Prozessor-Chipkarte auf der neben den Stammdaten des Versicherten auch Gesundheitsdaten gespeichert werden. Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), das am 01.01.2004 in Kraft getreten ist, wurde im § 291a SGB V festgelegt, dass die eGK bis zum 01.01.2006 als Ersatz für die gesetzliche Krankenversicherungskarte eingeführt werden soll.<sup>97</sup> Aufgrund technischer Mängel und eines andauernden Streites (insbesondere mit der Ärzteschaft) konnte der Termin jedoch nicht eingehalten werden, so dass die Ausgabe der Karte<sup>98</sup> erst am 01.10.2009 in der Testregion Nordrhein begonnen hat. Ziel ist es, dass bis Ende 2009 etwa 100.000 und bis Mitte / Ende des Jahres 2010 alle 9 Mio. Versicherte der Region eine E-Card besitzen sollen.<sup>99</sup> Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist das aktuell größte IT-Projekt weltweit. Bei erfolgreichem Projektabschluss werden etwa 80 Mio. Versicherte, 200.000 Ärzte, über 20.000 Apotheken und eine Reihe von Krankenkassen<sup>100</sup> miteinander digi-

<sup>96</sup> Vgl. BMWA und BMBF (2006), S. 33.

<sup>97</sup> Vgl. GKV-Modernisierungsgesetz (2004), § 291a.

<sup>98</sup> Hierbei handelt es sich um eine erste Basisversion der eGK, auf der neben einem Foto des versicherten und einem Auslandskrankenschein zunächst nur die Stammdaten des Patienten gespeichert sind wie bei der bisherigen Krankenversicherungskarte. Vgl. wdr (2009).

<sup>99</sup> Vgl. wdr (2009).

<sup>100</sup> Anzahl der Krankenkassen, die die anhaltende Konsolidierungsphase überstehen werden. Vgl. Kap. 3.

tal vernetzt sein. Einen Überblick über die Daten, die die eGK enthalten soll, finden sich in der nachstehenden Abbildung.

Die administrativen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte dienen als Startapplikationen für den Aufbau der Telematikplattform. Allerdings wird erst mit den optionalen medizinischen Funktionen wie der Arzneimitteldokumentation und insbesondere der elektronischen Patientenakte (ePA) das tatsächliche Potential der Telematikplattform zu realisieren sein.<sup>101</sup> Aktuell existieren jedoch noch keine Konzepte zur elektronischen Patientenakte, die in der Routineversorgung einsetzbar sind. Allerdings erproben viele Krankenkassen ePAs in Pilotprojekten<sup>102</sup>.

**Abbildung 21: Pflichtdaten und freiwillige Daten der elektronischen Gesundheitskarte**

| <b>Pflichtdaten<br/>für administrative Funktionen<br/>(nach §291a Absatz 2 SGB V)</b>  | <b>freiwillige Daten<br/>für medizinische Funktionen<br/>(nach §291a Absatz 3 SGB V)</b>                 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrative Daten nach § 291(2) SGB V (Name, Geburtsdatum, Anschrift etc.)</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notfalldatensatz</li> </ul>                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Disease-Management-Programmen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronischer Arztbrief</li> </ul>                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auslandskrankenschein</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzneimitteldokumentation</li> </ul>                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronische Verordnung (e-Rezept, Verordnung von Krankenhausbehandlung sowie Heil- und Hilfsmitteln)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronische Patientenakte</li> </ul>                          |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigene Dokumentation des Patienten („Patientenfach“)</li> </ul> |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenquittung</li> </ul>                                    |

**Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Stachwitz, P. (2008), S. 53.**

Aufgabe der ePA ist es, die medizinischen Daten eines Patienten aus unterschiedlichen Institutionen standortunabhängig und lebenslang zu speichern und für Zugriffe jederzeit zentral vorzuhalten. In der Praxis könnte dies wie folgt aussehen:

*Der Patient verfügt über eine Chipkarte, über die der Arzt Gesundheitsinformationen auf einem zentralen Server hinterlegt. Andere behandelnde Ärzte können nun über den Server auf die Patientendaten zugreifen und auf den Voruntersuchungen aufbauen. Dabei muss sich der Arzt mit einer sogenannten „Health Professional Card“ gegenüber dem ePA-Server als behandelnder Mediziner ausweisen. Mit der*

<sup>101</sup> Vgl. Debols & Lux (2004), S. 3.

<sup>102</sup> Das Land Nordrhein-Westfalen wird eine ePA bei dem Modellprojekt Brustkrebs erprobt, an dem 20 Arztpraxen und vier Krankenhäuser teilnehmen. Die Patientendaten werden auf einem zentralen Server der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gespeichert.

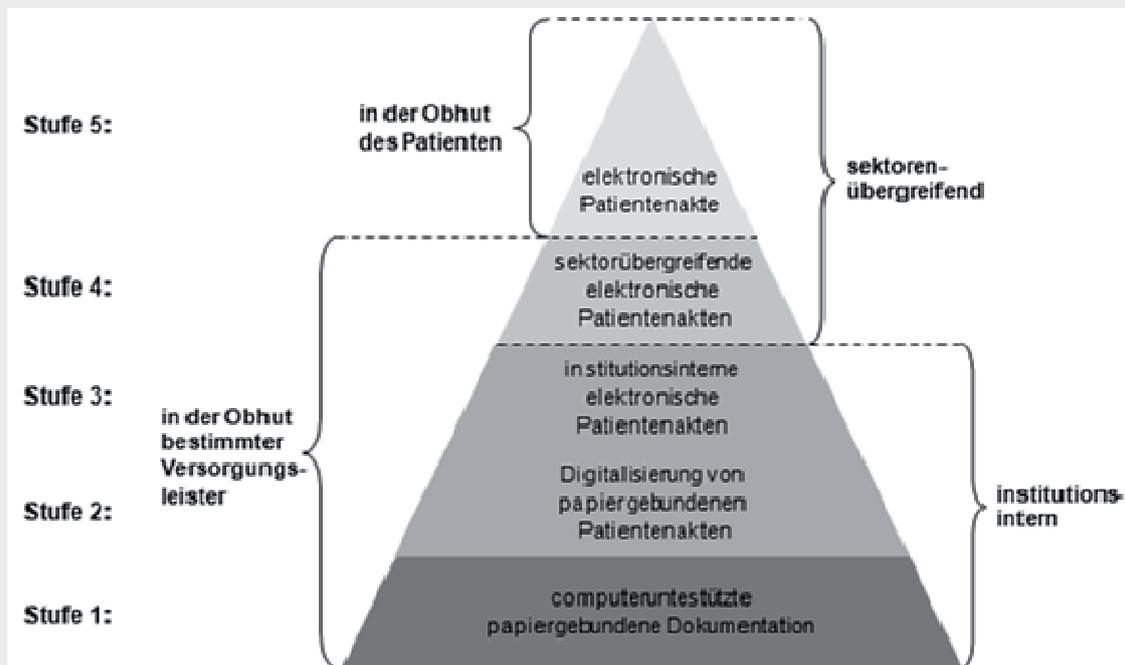
Übergabe der eGK gibt der Patient seine Erlaubnis zur Dateneinsicht. Entscheidend ist, dass der Arzt nur während der Konsultation Zugriff auf die Daten hat, d. h. nur solange die eGK im dafür vorgesehenen Chipkartenleser steckt. Zusätzlich könnte die ePA noch differenzierte Zugangshierarchien enthalten, so dass der behandelnde Arzt nur Zugriff auf die für ihn relevanten Daten hat. Ein Augenarzt könnte damit bspw. grundsätzlich keinen Einblick in psychiatrische Befunde nehmen.<sup>103</sup>

### Statements

**„Die Entwicklung, die mit der Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte einsetzt und hoffentlich in der elektronischen Patientenakte mündet, ist äußerst positiv zu bewerten.“**

**„... der ganze Bereich der eFiles, also Patientenakten etc., sind unumgänglich. Es ist wirklich an der Zeit, dass eLösungen zur medizinischen Dokumentation herangezogen werden. Das Ende des Papierzeitalters ist in diesem Bereich mehr als überfällig.“**

**Abbildung 22: Die Entwicklungsstufen der elektronischen Patientenakte**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Weagemann (2001).

Um die Vorteile der ePA (z. B. Vermeidung von Doppeluntersuchungen, einfachere Erkennung von Medikamentenunverträglichkeiten, sofortige Einsicht in die Krankengeschichte des Patienten) entsprechend nutzen zu können, müssen zwei Vo-

<sup>103</sup> Vgl. Manhart, K. (2007a).

raussetzungen erfüllt werden. Zum einen wird der Patient eine aktivere Rolle einnehmen, d. h. er muss entscheiden, welcher Mediziner auf welche Daten zugreifen darf<sup>104</sup> und zum anderen ist das Gesundheitssystem sektorübergreifend zu vernetzen<sup>105</sup>. Letzteres kann wiederum nur gelingen, wenn Informatik-Standards homogenisiert werden, um die Schnittstellen-Probleme heterogener Systeme zu überwinden. Im Idealfall würde so mit der Einführung von eGK und ePA, der Annäherung von Praxissoftware und Krankenhausinformationssystemen, einer Verbreitung von Breitband-Internetzugängen, Drahtlosnetzwerken, leistungsfähigen Mobiltelefonen, Kartenlesegeräten (Haustelematik-Station) und ggf. körpernahen Sensoren, einer Individualisierung und Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen sowie einer weitestmöglichen Patientenermächtigung eine Telematik-Plattform mit heterogener Struktur und dezentraler Organisation entstehen, die vornehmlich unter der Kontrolle des Patienten steht.<sup>106</sup>

Das in Abb. 23 dargestellte Szenario ist bis zum Jahr 2015 nicht gänzlich unrealistisch.<sup>107</sup> Dem stehen allerdings noch einige erhebliche Einführungsprobleme gegenüber. Neben fehlenden Standards und der erforderlichen umfassenden Vernetzung von Arztpraxen und Krankenhäusern erschweren Finanzierungs- und Investitionsprobleme, ungeklärte Haftungs- und Datenschutzfragen, Qualitäts- und Zuverlässigkeitsprobleme der Software sowie möglicherweise auch Akzeptanzprobleme seitens der Patienten.<sup>108</sup> Aufgrund der Vielfalt an Möglichkeiten begünstigt das Fehlen von Vorgaben zum Design telemedizinischer Projekte ein Nebeneinander konkurrierender Modelle, die die Einführung eines notwendigen einheitlichen Standards verzögern.<sup>109</sup>

---

<sup>104</sup> Vgl. Stachwitz, P. (2008), S. 55-56.

<sup>105</sup> Vgl. Manhart, K. (2007b).

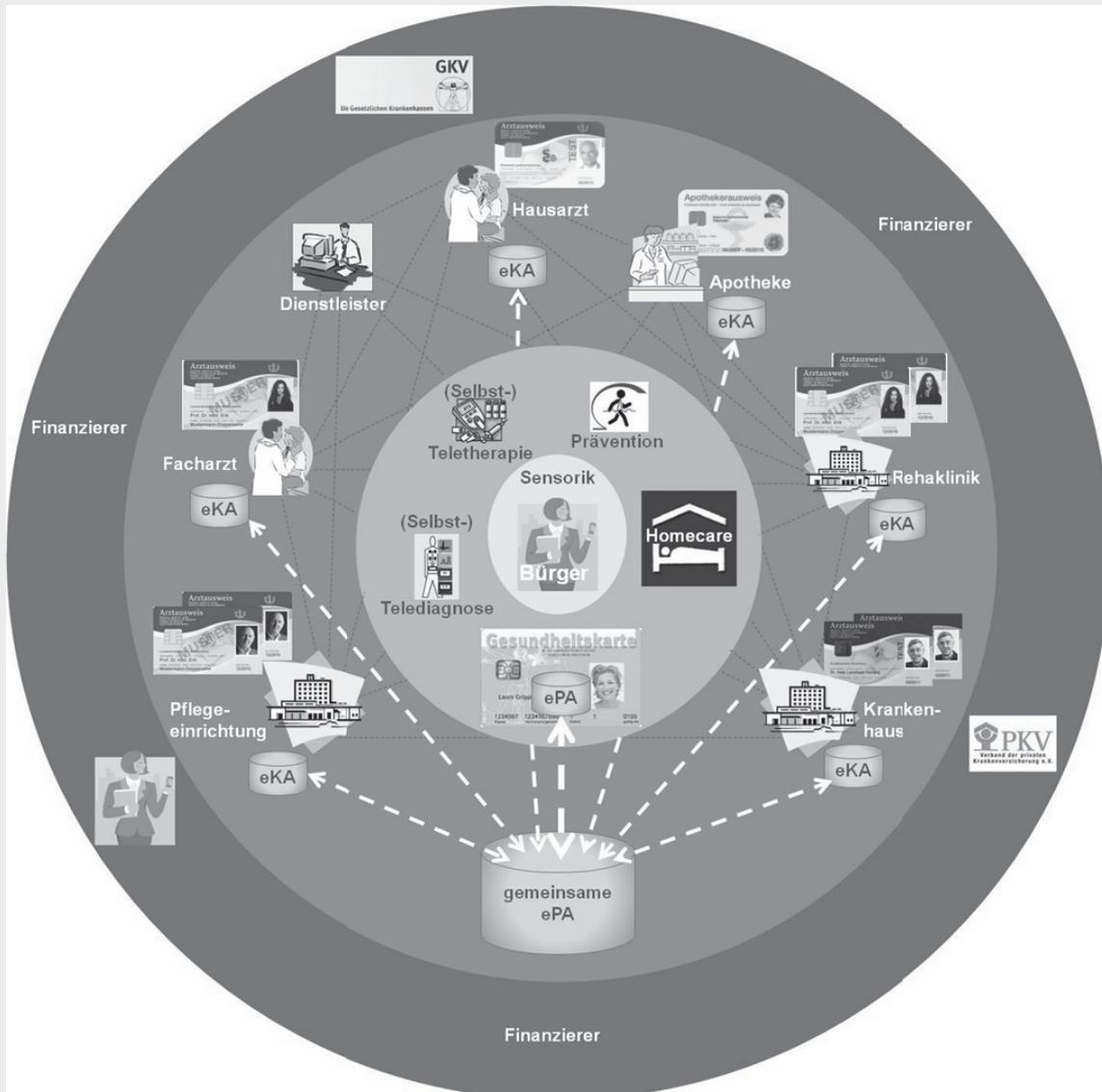
<sup>106</sup> Vgl. Braasch, P. (2007), S. 264.

<sup>107</sup> Vgl. Trill, R. (2008), S. 102-106.

<sup>108</sup> Vgl. BMWA und BMBF (2003), S. 65.

<sup>109</sup> Vgl. Vgl. Manhart, K. (2007b).

**Abbildung 23: Patientenzentriertes Gesundheitssystem auf Basis einer umfassenden Telematikinfrastuktur**



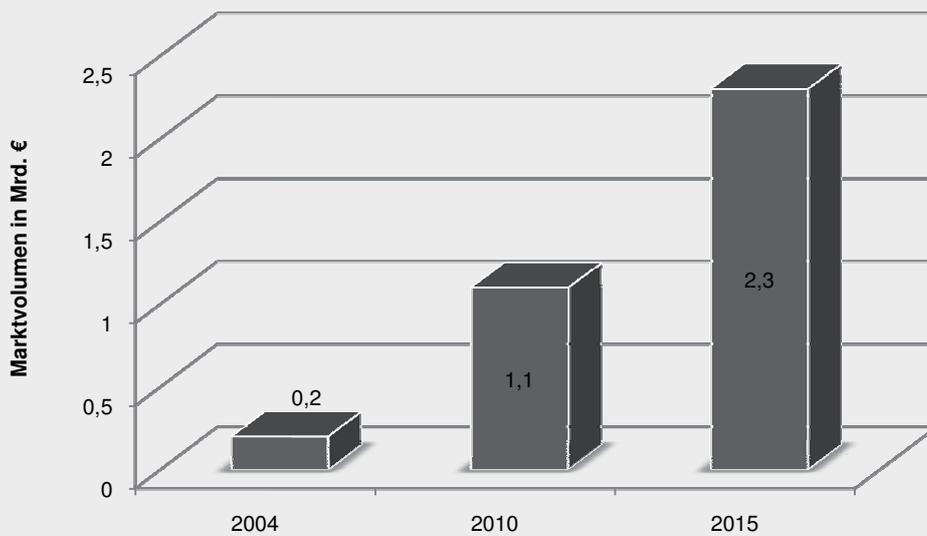
eKA: elektronische Krankenakte; ePA: elektronische Patientenakte.

**Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Trill, R. (2008).**

Betrachtet man die Schätzungen zum künftigen Marktwachstum des eHealth-Sektors, so zeichnet sich hingegen ein recht eindeutiger Trend ab. Während das Marktvolumen in Deutschland im Jahr 2004 noch bei 0,2 Mrd. € lag, so rechnen Experten öffentlicher Institutionen mit einem Volumen von 1,1 Mrd. € im Jahr 2010 und von 2,3 Mrd. € im Jahr 2015. Dies sind Steigerungsraten von 450 bzw. 109 %.<sup>110</sup>

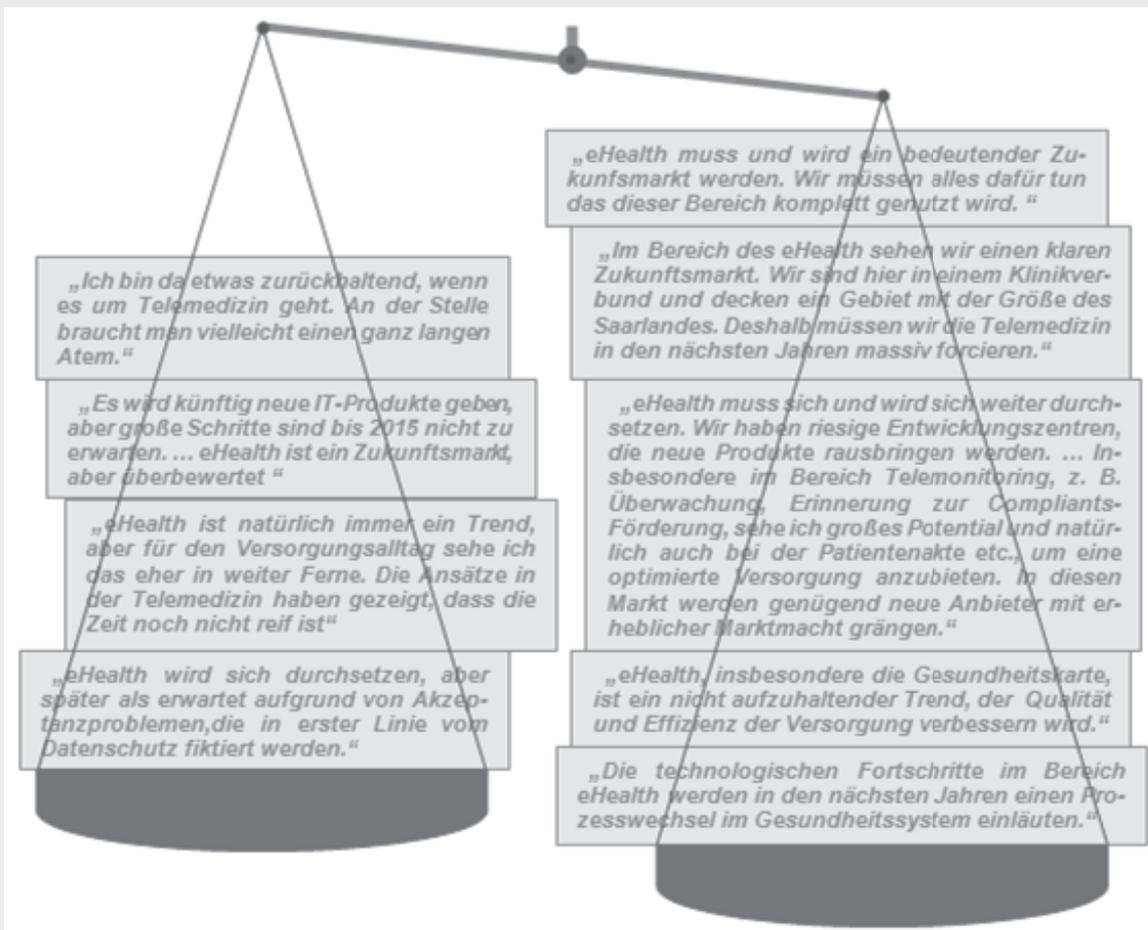
<sup>110</sup> Vgl. Wirtz, W. et al. (2006), S. 83.

Abbildung 24: Marktvolumen des eHealth-Sektors in Deutschland



Quelle: Wirtz, W. et al. (2006), S. 83.

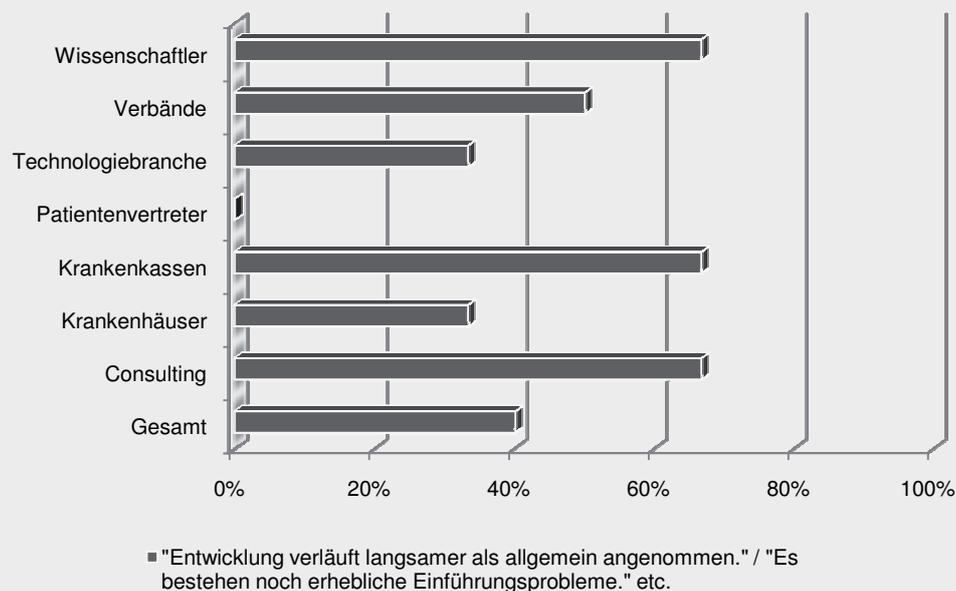
Abbildung 25: Zurückhaltende vs. euphorische Statements zur Zukunft des eHealth



Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eHealth unbestritten ein Zukunftsmarkt im Gesundheitswesen ist. Dies haben praktisch alle interviewten Experten bestätigt. Uneinigkeit besteht jedoch hinsichtlich des Marktpotentials, des Zeitraums bis zur vollständigen Etablierung, der Akzeptanz sowie der Bedeutsamkeit der Umsetzungsprobleme von eHealth-Anwendungen. Etwa 40 % der Befragten geben zurückhaltende Prognosen zum Potenzial des eHealth bis zum Jahr 2015 ab.<sup>111</sup>

**Abbildung 26: Künftige Entwicklung des eHealth**



Quelle: Eigene Darstellung.

## 7.4 (Medizin-)Technik als Trendsetter

**1. Individualisierung medizinischer Leistungen** durch neue Erkenntnisse aus der Genomforschung und molekularen Medizin im Zusammenspiel mit der fortschreitenden Miniaturisierung und Computerisierung:

Die Maßschneiderung wird zum einen durch bessere analytische und diagnostische Methoden, die eine präzisere Feststellung des individuellen Gesundheitszustandes und des Erkrankungsrisikos, und zum anderen durch spezifische Interventionsangebote und therapeutische Unikate erreicht. Dies beginnt mit der

<sup>111</sup> Da bei den Interviews offene Fragen gestellt wurden, fielen die einzelnen Antworten häufig differenziert aus. Bei der Auswertung wurde deshalb für jeden Experten die Grundposition zu dieser Thematik anhand der Transkriptionen abgeschätzt.

Identifizierung neuer Biomarker, die durch entsprechende Verfahren (z. B. Protein-Chips, molekulare Bildgebung) gemessen werden. In der Therapie werden dann spezifische Drug-Delivery-Systeme oder mit Hilfe des Tissue Engineering bzw. der regenerativen Medizin gefertigte Implantate etc. eingesetzt, die speziell auf den Zielpatienten abgestimmt sind.<sup>112</sup>

#### Statements

***„Ein großer Zukunftstrend sind individualisierte und personalisierte Gesundheitsleistungen, also Maßschneidung. ... Die Medizintechnik wird in den kommenden Jahren ein Niveau erreichen, mit der diese Nachfrage nach individuellen Leistungen erfüllt werden kann.“***

- 2. Präventiv und prophylaktisch ausgerichtete Gesundheitsversorgung**, durch neue analytische und diagnostische Verfahren, bei der der Erhalt anstelle der Wiederherstellung der Gesundheit im Mittelpunkt steht:<sup>113</sup>

Durch die Fortschritte in der biochemischen Forschung und der Molekularbiologie ist es mittlerweile möglich, die Erkrankungen auf die zu Grunde liegenden molekularen Prozesse zurückzuführen. So können die Entstehung und der Verlauf von Erkrankungen, z. B. Krebs, Arteriosklerose, anhand von Proteinen und DNA-Molekülen nachgewiesen werden, die krankes Gewebe produziert. Mit Hilfe der molekularen Bildgebung sollen diese neuen Biomarker nachgewiesen und für die Diagnose genutzt werden. Im Idealfall könnten Erkrankungen mit dieser Methode vor dem ersten Ausbruch der Symptome diagnostiziert und therapiert werden.<sup>114</sup> Die molekulare Bildgebung zeichnet sich klar als diagnostischer Zukunftstrend ab.

#### Statements

***„In den nächsten Jahren werden viele neue Biomarker identifiziert, die bessere Messungen und Verlaufskontrollen ermöglichen.“***

***„Aufgrund der Möglichkeiten, die sich durch den medizintechnischen Fortschritt ergeben, wird die Prävention ein wichtiges gesellschaftliches Thema.“***

<sup>112</sup> Vgl. Hüsing, B. et al. (2008), S. 8-9.

<sup>113</sup> Vgl. Wagner, V. / Wechsler, D. (2004), S. 41.

<sup>114</sup> Vgl. Wagner, V. / Zweck, A. (2008), S. 13.

### 3. Vernetzung durch eHealth:

Zwischen zwanzig und vierzig % der Ausgaben im Gesundheitswesen entfallen auf die Datenerfassung und Kommunikation, so dass in diesem Bereich enormes Einsparpotential vermutet wird. Folglich werden enorme Anstrengungen unternommen, um diese Rationalisierungsreserven zu heben und gleichzeitig die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist das aktuell größte IT-Projekt weltweit. Bei erfolgreichem Abschluss des Projektes werden etwa 80 Mio. Versicherte, 200.000 Ärzte, über 20.000 Apotheken und ca. 50 Krankenkassen miteinander digital vernetzt sein. Des Weiteren sind integrierte Versorgungsstrukturen ohne IuK-Vernetzung undenkbar.

#### Statements

**„An neuen Technologien erwarte ich insbesondere noch mehr elektronische Unterstützungssysteme. Wir werden hier eine deutliche Zunahme der Vernetzung beobachten können.“**

**„... wenn eine staatliche Lösung nicht gelingt, wird das der Markt regeln. Die unterschiedlichen Leistungserbringer müssen halt in regionalen Versorgungsnetzen miteinander arbeiten, so dass sich viele elektronische Gesundheitsakte auf regionaler Ebene entwickeln. Diese werden dann später kompatibel miteinander sein und so haben wir im Endeffekt doch eine umfassende Akte.“**

### 4. Pflege und (e)Homecare durch neue Applikations-, Servicetechnologien und eHealth:

Der Pflegemarkt ist hinsichtlich der verfügbaren Service- und IuK-Technologien aktuell vollkommen unterrepräsentiert, so dass in den kommenden Jahren, insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, große Entwicklungsschritte zu erwarten sind. Als besonders großes Innovationsfeld mit viel Marktpotential, das beide Bereiche umschließt, wird diesbezüglich im „Ambient Assisted Living“ (AAL) gesehen.<sup>115</sup> AAL umfasst sämtliche Konzepte, Produkte und Dienstleistungen, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden und auf die Erhöhung und Sicherung der Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten abzielen.<sup>116</sup> Dabei liegt der Fokus des Forschungsfel-

<sup>115</sup> Vgl. Berndt, E. (2009), S. 96-97.

<sup>116</sup> Vgl. BMBF (2008).

des insbesondere im Bereich „Gesundheit & Homecare“.<sup>117</sup> Hierzu zählt die Rehabilitation, Prävention und die Erhaltung der Selbständigkeit von Patienten, pflegebedürftigen und behinderten Personen. Beispiele für Anwendungen sind:<sup>118</sup>

- Gesundheitsvor- und -fürsorge (z. B. Prävention, TeleMonitoring, Rehabilitation, Pflege und soziale Dienste)
- Chronische Krankheiten (z. B. metabolische Erkrankungen, kardiovaskuläre und onkologische Erkrankungen),
- Spezifische (Alters-)Erkrankungen (z. B. muskuloskeletale und neurologische Erkrankungen)

Die häusliche telematische Gesundheitsversorgung hat sich in den USA seit zwanzig Jahren etabliert und das am schnellsten wachsende Gebiet in der Telemedizin.<sup>119</sup>

#### Statements

***„Also ich denke hier an den Riesenbereich „Pflege“, der noch vollkommen unterentwickelt ist an Technologieservices, da steckt ungeheures Potential drin.“***

***„Im Bereich Technologieservices ist das „Ambient Assisted Living“ ein sehr interessantes Forschungsgebiet, in dem in den kommenden Jahren viele Entwicklungen zu erwarten sind. ... Der Fokus liegt dabei vor allem in der Rehabilitation, der Prävention und der Erhaltung der Selbstständigkeit von Patienten, pflegebedürftigen oder behinderten Personen.“***

---

<sup>117</sup> Vgl. BMBF (2008).

<sup>118</sup> Vgl. Georgieff, P. (2008), S. 32.

<sup>119</sup> Vgl. Schmidt, D. (2008), S. 190.

## 8 Entwicklung der pharmazeutischen Industrie

### 8.1 Der deutsche Pharmamarkt: Struktur, Umsatz und Beschäftigung

Im Jahr 2008 wurde in Deutschland mit Arzneimitteln ein Gesamtumsatz von etwa 41,3 Mrd. US-Dollar erzielt. Gemessen am Umsatz war der deutsche Pharmamarkt damit nach den USA, Japan und Frankreich der viertgrößte der Welt. Insgesamt wurden weltweit 773,2 Mrd. US-Dollar mit Arzneimitteln umgesetzt. Ca. 68 % entfallen davon alleine auf den US-amerikanischen (291 Mrd. US-Dollar; 37,6 %) und den europäischen Markt (235,5 Mrd. US-Dollar; 30,4 %).<sup>120</sup>

**Tabelle 7: Die 10 umsatzstärksten Pharmamärkte**

| Land           | Umsatz 2008<br>(Mio. US-Dollar) | Marktanteil<br>(in % am Weltmarkt) |
|----------------|---------------------------------|------------------------------------|
| USA            | 290.980                         | 37,6                               |
| Japan          | 77.041                          | 10,0                               |
| Frankreich     | 42.200                          | 5,5                                |
| Deutschland    | 41.291                          | 5,3                                |
| Italien        | 26.644                          | 3,4                                |
| China          | 24.543                          | 3,3                                |
| Großbritannien | 22.323                          | 2,9                                |
| Spanien        | 20.966                          | 2,7                                |
| Brasilien      | 19.181                          | 2,5                                |
| Kanada         | 18.732                          | 2,4                                |

Quelle: BPI (2009), S. 36.

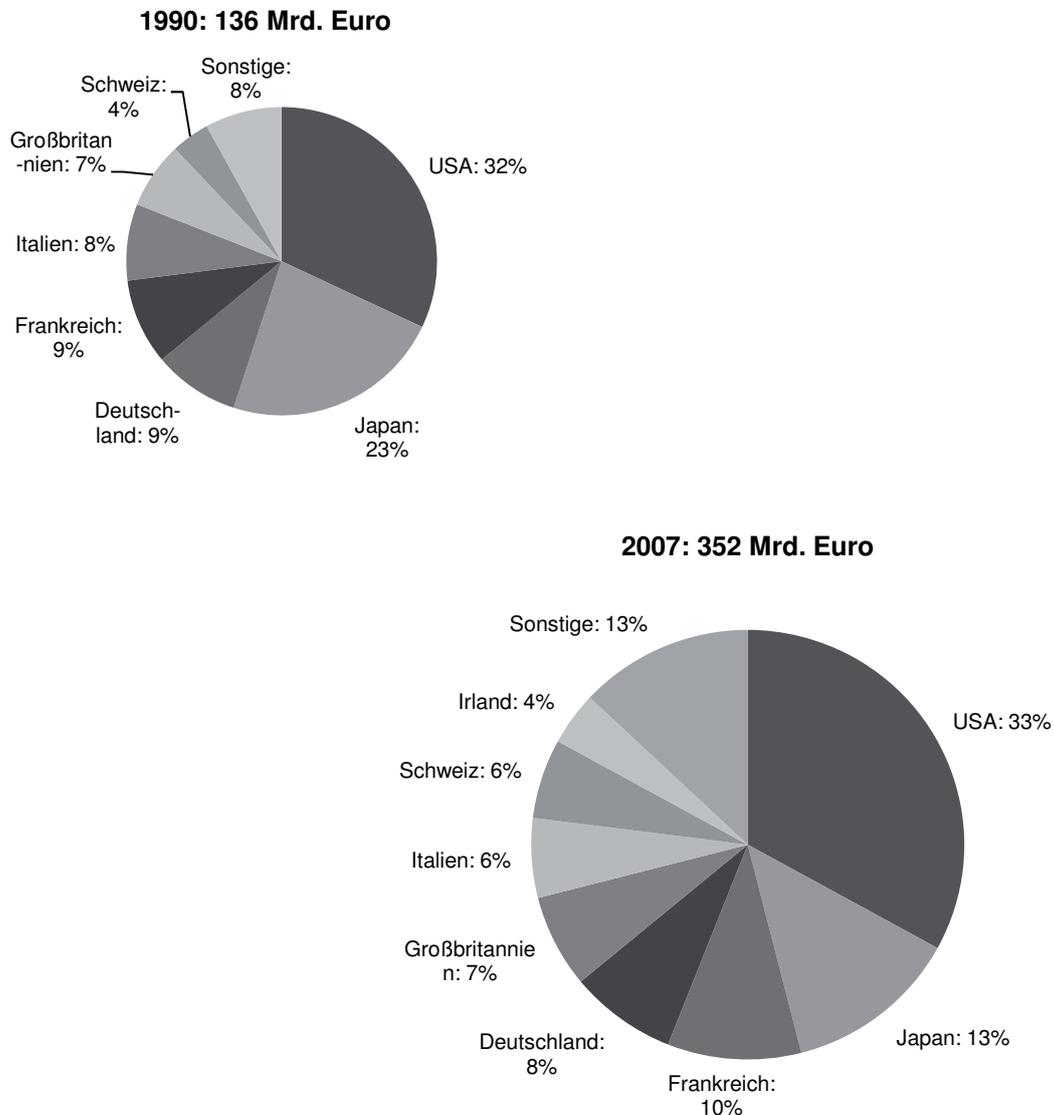
Galt Deutschland gegen Ende des 19. Jahrhunderts noch als Zentrum der pharmazeutischen Industrie und wurde gar als „Apotheke der Welt“ bezeichnet<sup>121</sup>, so sind die USA derzeit der führende Produktionsstandort für pharmazeutische Produkte. Etwa ein Drittel der weltweiten Pharmaproduktion findet in den USA statt. Deutsch-

<sup>120</sup> Vgl. BPI (2009), S. 36.

<sup>121</sup> Vgl. Fricke, F.-U./Schöffski, O. (2008), S. 23-24.

land war im Jahr 2007 mit einem Anteil etwa 8 % an der weltweiten Produktion pharmazeutischer Erzeugnisse nur noch der viertgrößte Produktionsstandort.<sup>122</sup>

**Abbildung 27: Produktion pharmazeutischer Erzeugnisse weltweit**



**Quelle: VfA (2009); S. 7.**

Die Dominanz der amerikanischen Pharmaindustrie lässt sich auch anhand der Rangliste der größten Pharmaunternehmen nachvollziehen. Von den zehn größten Arzneimittelherstellern (gemessen am Umsatz) sind fünf amerikanische Konzerne. Zudem wird die Liste von den US-Konzernen Pfizer und Merck & Co angeführt.<sup>123</sup> In 2008 übertraf alleine der Umsatz von Pfizer den Gesamtumsatz aller deutschen Arz-

<sup>122</sup> Vgl. VfA (2009), S. 7.

<sup>123</sup> Vgl. IMS Health (2009a).

neimittelhersteller<sup>124</sup> zusammen.<sup>125</sup> Die beiden größten deutschen Unternehmen Bayer und Boehringer Ingelheim stehen im Jahr 2009 auf Platz 12 und 13 der „Welt-rangliste“ pharmazeutischer Hersteller.

**Tabelle 8: Die weltweit größten pharmazeutischen Hersteller im Jahr 2009**

| Rang | Unternehmen       | Land       | Welweiter Umsatz<br>(in Mio. US-Dollar) | Marktanteil (in %<br>am Weltmarkt) |
|------|-------------------|------------|---|------------------------------------|
| 1    | Pfizer            | USA        | 57.024                                  | 7,6                                |
| 2    | Merck & Co        | USA        | 38.963                                  | 5,2                                |
| 3    | Novartis          | Schweiz    | 38.460                                  | 5,1                                |
| 4    | Sanofi-Aventis    | Frankreich | 35.524                                  | 4,7                                |
| 5    | GlaxoSmithKline   | Großbrit.  | 34.973                                  | 4,7                                |
| 6    | AstraZeneca       | Großbrit.  | 34.434                                  | 4,6                                |
| 7    | Roche             | Schweiz    | 32.763                                  | 4,4                                |
| 8    | Johnson & Johnson | USA        | 26.783                                  | 3,6                                |
| 9    | Lilly             | USA        | 20.310                                  | 2,7                                |
| 10   | Abbott            | USA        | 19.840                                  | 2,6                                |
| 11   | Teva              | Israel     | 15.947                                  | 2,1                                |
| 12   | Bayer             | Deutschl.  | 15.711                                  | 2,1                                |
| 13   | Boehringer Ingel. | Deutschl.  | 15.257                                  | 2,0                                |
| 14   | Amgen             | USA        | 15.038                                  | 2,0                                |
| 15   | Takeda            | Japan      | 14.352                                  | 1,9                                |
|      | Global Market     |            | 752.000                                 |                                    |

Quelle: IMS Health (2009).

Seit den 70er Jahren ist ein bis heute andauernder Konzentrationsprozess in der pharmazeutischen Industrie zu beobachten. In dem Zeitraum von 1983 bis 2009 ist der Marktanteil der zehn größten pharmazeutischen Unternehmen von rund 24 % auf 45,2 % des Weltmarktumsatzes angestiegen.<sup>126</sup> Dabei spielten Fusionen und Übernahmen eine bedeutende Rolle im Konzentrationsprozess. Insbesondere die finanziellen Anforderungen im Bereich der Forschung und Entwicklung lassen die pharmazeutischen Unternehmen nach großen Einheiten streben.<sup>127</sup> Von der Konsolidierung der Pharmabranche ist auch der deutsche Markt betroffen. Bspw. sind mit Hexal im Jahr 2005 durch Novartis sowie mit Ratiopharm im Jahr 2009 durch Teva zwei der

<sup>124</sup> Alle deutschen Pharmaunternehmen und Tochterunternehmen ausländischer Konzerne.

<sup>125</sup> Vgl. IMS Health (2009a); VfA (2009), S. 56.

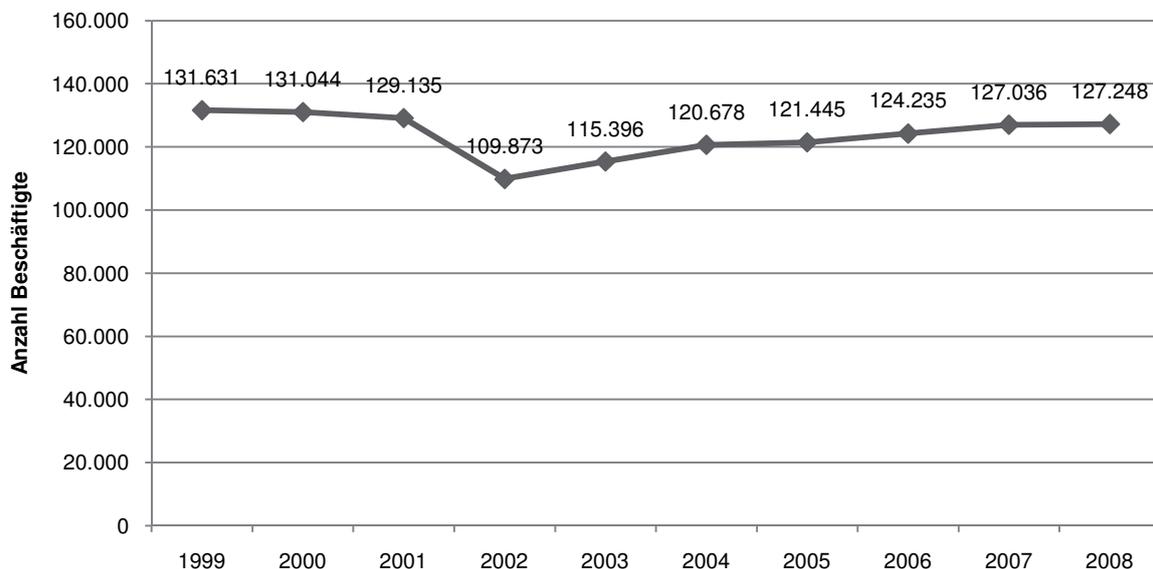
<sup>126</sup> Vgl. IMS Health (2009a); Hoffmann, W., Roventa, R., Weichsel, D. (2003), S. 2.

<sup>127</sup> Vgl. Fricke, F.-U./Schöffski, O. (2008), S. 25-27.

größten deutschen Pharmaunternehmen durch ausländische Konzerne übernommen worden.

Trotzdem weist der deutsche Pharmamarkt weiterhin eine mittelständisch geprägte Struktur auf. Bezieht man auch Kleinstbetriebe mit weniger als 20 Mitarbeitern in die Berechnungen ein, dann existierten im Jahr 2007 etwa 880 pharmazeutische Unternehmen.<sup>128</sup> Davon wiesen lediglich 265 Betriebe mehr als 20 Mitarbeiter auf. Ferner hatten etwa 74 % der Betriebe weniger als 100 Mitarbeiter, 19 % der Betriebe zwischen 100 und 499 Mitarbeiter und nur 7 % der Betriebe mehr als 500 Mitarbeiter.<sup>129</sup> Im Jahr 2008 waren insgesamt 127.248 Personen in Unternehmen, die pharmazeutische Erzeugnisse herstellen, in Deutschland beschäftigt.<sup>130</sup> Davon waren 87.800 Mitarbeiter bei den forschenden Arzneimittelherstellern angestellt. Dabei hat sich in dem Zeitraum von 2006 bis 2008 bei der Beschäftigtenzahl forschender Arzneimittelunternehmen ein gegenläufiger Trend zum Gesamtmarkt entwickelt. Während die Anzahl der Mitarbeiter insgesamt um 3.000 Personen gestiegen ist, haben die forschenden Arzneimittelhersteller im Jahr 2008 rund 7.300 Personen weniger beschäftigt.<sup>131</sup>

**Abbildung 28: Beschäftigtenanzahl<sup>132</sup> in der pharmazeutischen Industrie**



Quelle: BPI (2008), S. 11; BPI (2009), S. 11.

<sup>128</sup> Vgl. BDI (2009), S. 8. Nach dem deutschen Arzneimittelgesetz gelten Inhaber einer Zuzulassung für zulassungs- oder registrierungspflichtige Arzneimittel als pharmazeutische Unternehmen.

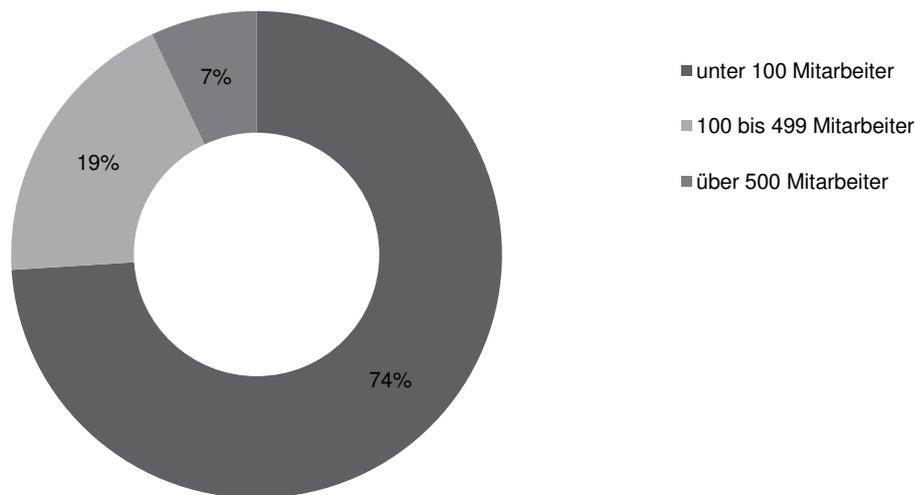
<sup>129</sup> Vgl. BDI (2009), S. 8.

<sup>130</sup> Vgl. BDI (2009), S. 11.

<sup>131</sup> Vgl. BDI (2009), S. 11; VfA (2009), S. 11.

<sup>132</sup> Die Daten beziehen sich nur auf Betriebe mit mehr als 20 Mitarbeitern.

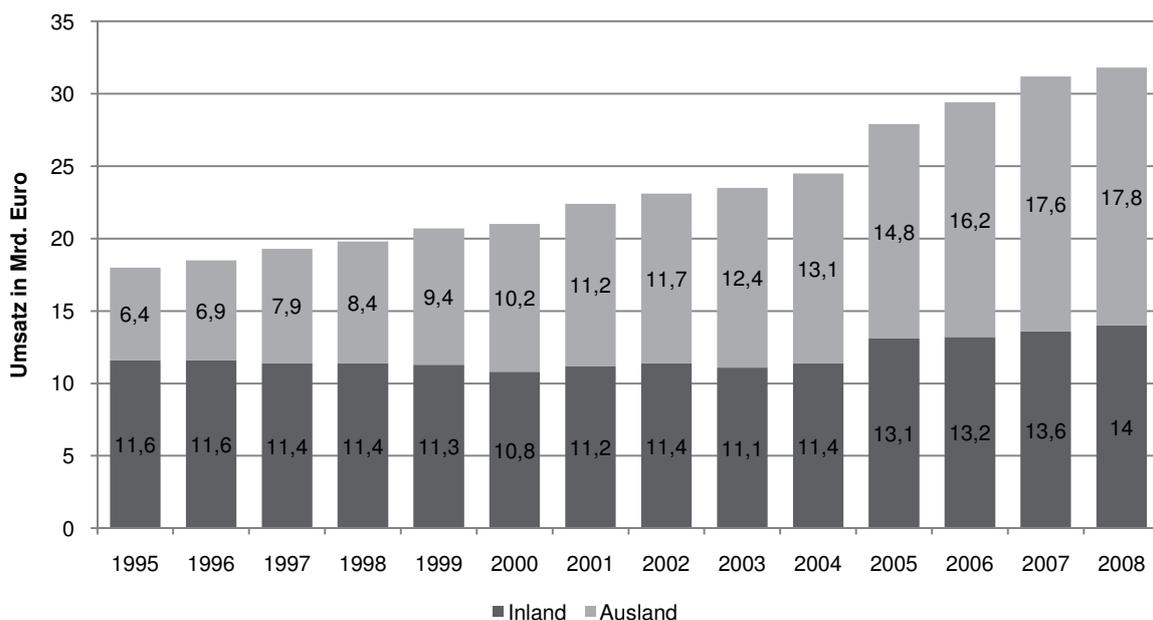
**Abbildung 29: Pharmazeutische Unternehmen nach Größenklassen in 2007**



Quelle: BPI (2007), S. 8.

Im Jahr 2008 hat die pharmazeutische Industrie in Deutschland einen Gesamtumsatz von 31,8 Mrd. € erzielt. Davon entfielen 14 Mrd. € auf den Auslandsumsatz und 17,8 Mrd. € auf den Inlandsumsatz. Betrachtet man die Entwicklung der Exportquote in den vergangenen 15 Jahren, so ist zu erkennen, dass der Inlandsmarkt immer mehr an Bedeutung für die pharmazeutischen Hersteller in Deutschland verloren hat. Verglichen mit dem Jahr 1995 ist die Exportquote von 35,6 % auf 56,1 % gestiegen.<sup>133</sup>

**Abbildung 30: Umsatz der deutschen Arzneimittelunternehmen**



Quelle: Eigen Darstellung in Anlehnung an VfA (2009), S. 56.

<sup>133</sup> Vgl. VfA (2009), S. 56.

**Tabelle 9: Die 25 umsatzstärksten Pharmaunternehmen im GKV-Arzneimittelmarkt**

| Rang | Hersteller/Vertrieb | Verordnungen |             | GKV-Fertigarzneimittelumsatz |             |
|------|---------------------|--------------|-------------|------------------------------|-------------|
|      |                     | in Mio.      | Anteil in % | in Mio. €                    | Anteil in % |
| 1    | Hexal               | 80,5         | 13,2        | 1.866,2                      | 7,0         |
| 2    | Ratiopharm          | 71,4         | 11,7        | 1.384,2                      | 5,2         |
| 3    | Sanofi-Aventis      | 24,5         | 4,0         | 1.288,9                      | 4,8         |
| 4    | Novartis Pharma     | 12,4         | 2,0         | 1.195,4                      | 4,5         |
| 5    | Kohl Pharma         | 7,5          | 1,2         | 899,0                        | 3,4         |
| 6    | AstraZeneca         | 8,9          | 1,5         | 886,5                        | 3,3         |
| 7    | Pfizer              | 7,0          | 1,1         | 782,8                        | 2,9         |
| 8    | Aliud               | 44,7         | 7,3         | 745,7                        | 2,8         |
| 9    | Boeringer Ingelheim | 7,3          | 1,2         | 597,5                        | 2,2         |
| 10   | Roche Pharma        | 2,4          | 0,4         | 580,0                        | 2,2         |
| 11   | Novo Nordisk        | 6,0          | 1,0         | 575,3                        | 2,2         |
| 12   | Bayer Vital         | 5,2          | 0,9         | 504,6                        | 1,9         |
| 13   | GlaxoSmithKline     | 4,8          | 0,8         | 479,4                        | 1,8         |
| 14   | Emra-Med            | 4,5          | 0,7         | 445,5                        | 1,7         |
| 15   | Abbott              | 1,2          | 0,2         | 437,7                        | 1,6         |
| 16   | Merck               | 8,9          | 1,5         | 437,3                        | 1,6         |
| 17   | Wyeth               | 2,3          | 0,4         | 426,0                        | 1,6         |
| 18   | Janssen Cilag       | 2,9          | 0,5         | 420,3                        | 1,6         |
| 19   | Betapharm           | 18,8         | 3,1         | 414,3                        | 1,6         |
| 20   | Stadapharm          | 16,0         | 2,6         | 411,9                        | 1,5         |
| 21   | 1 A Pharma          | 21,6         | 3,6         | 404,4                        | 1,5         |
| 22   | Eurim Pharm         | 3,6          | 0,6         | 389,2                        | 1,5         |
| 23   | MSD Sharp u. Dohme  | 3,1          | 0,5         | 383,8                        | 1,4         |
| 24   | Essex               | 5,0          | 0,8         | 362,6                        | 1,4         |
| 25   | Lilly               | 2,3          | 0,4         | 352,1                        | 1,3         |

Quelle: Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2009), S. 188.

Im GKV-Fertigarzneimittelmarkt wurden im Jahr 2008 etwa 26,8 Mrd. € umgesetzt. Auf die zehn führenden Hersteller im deutschen Pharmamarkt entfielen davon ca. 38,3 %. Der kumulierte Umsatz der drei umsatzstärksten Unternehmen betrug dabei 17 %. Insgesamt lag der Umsatz von keinem Unternehmen über 7 %.<sup>134</sup> Trotz anhaltender weltweiter Branchenkonsolidierung kann die Unternehmenskonzentration im

<sup>134</sup> Vgl. Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2009), S. 188-189.

deutschen Pharmamarkt immer noch als moderat angesehen werden. Eine marktbeherrschende Stellung ist in Deutschland für keinen Arzneimittelhersteller gegeben. Dies gilt jedoch nicht zwangsläufig für einzelne Teilmärkte bzw. Indikationen, in denen es insbesondere durch den Patentschutz temporär zu Monopolen oder marktbeherrschenden Stellungen kommen kann bzw. auch kommt. Neben den Beschäftigtenzahlen zeigt sich der Erfolg der Generikahersteller in Deutschland auch in der Rangliste der umsatzstärksten Unternehmen im GKV-Fertigarzneimittelmarkt. Diese wird nämlich im Jahr 2008 mit Hexal und Ratiopharm von zwei Generikaherstellern angeführt.

## 8.2 Aktuelle Herausforderungen

Die pharmazeutische Industrie muss sich in den kommenden Jahren verschiedenen Herausforderungen stellen. Als erstes ist hier ein Rückgang an Innovationen bei gleichzeitigem Auslaufen des Patentschutzes bestehender Produkte zu nennen. Während im Zeitraum von 1990 bis 1994 etwa 43 neue Wirkstoffe (new chemical + biological entities) pro Jahr eine Marktzulassung erhielten, ist die Anzahl der Neuzulassungen auf ca. 29 pro Jahr für den Zeitraum von 2005 bis 2009 gesunken.<sup>135</sup> Dieser Abwärtstrend ist u. a. auf eine sinkende Anzahl von Innovationen europäischer Pharmakonzerne zurückzuführen.<sup>136</sup> Die durchschnittliche Zahl der jährlichen Neuzulassungen europäischer Konzerne ist von 17,6 im Zeitraum von 1990 bis 1994 auf 10,4 für die Jahre 2005 bis 2009 gesunken.<sup>137</sup> Demgegenüber ist der Patentschutz von mindestens 70 innovativen Medikamenten von 2006 bis 2010 entfallen, darunter befinden sich auch 19 Blockbuster<sup>138, 139</sup>. Bis zum Jahr 2015 werden gut drei Viertel der zwanzig umsatzstärksten Arzneimittel ihren Patentschutz verlieren. Die Patentablauf-Welle der Blockbuster wird insbesondere die Pharmaunternehmen AstraZeneca, Takeda, Bristol-Myers Squibb, Pfizer, Sanofi-Aventis, Glaxo Smith Kline und Merck betreffen. Die deutsche Pharmaindustrie bleibt hingegen in naher Zukunft weitgehend von Patentabläufen umsatzstarker Präparate verschont.

---

<sup>135</sup> Vgl. *efpia* (2010), S. 10.

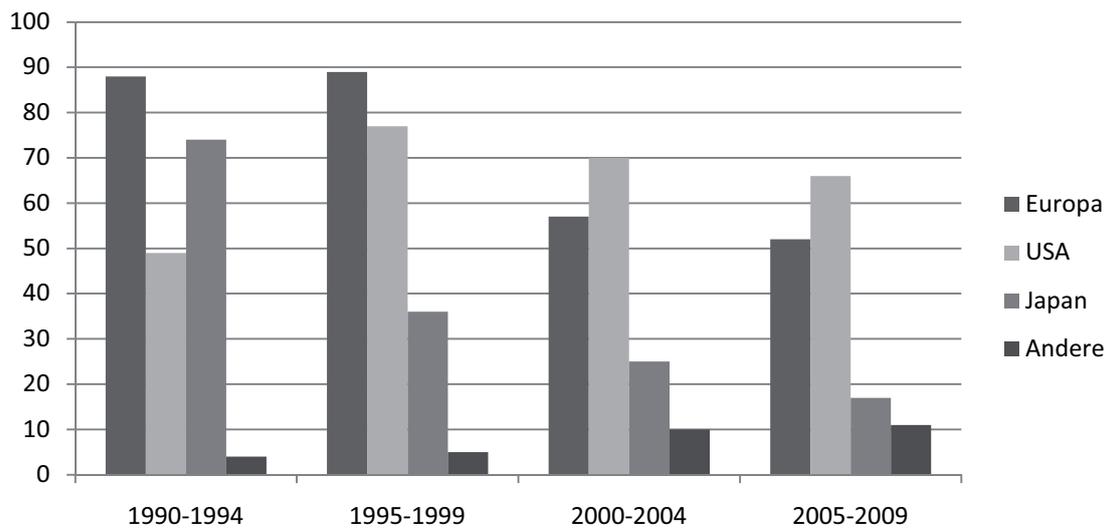
<sup>136</sup> Hierbei könnten allerdings zu einem gewissen Teil auch Konzernübernahmen eine Rolle spielen, da die Zahlen von der Nationalität des Mutterkonzerns abhängen.

<sup>137</sup> Eigene Berechnung auf Basis der Daten von *efpia* (2010).

<sup>138</sup> Ein Produkt wird in der pharmazeutischen Industrie als Blockbuster bezeichnet, wenn es mehr als 1 Mrd. \$ Umsatz im laufenden Jahr generiert.

<sup>139</sup> Vgl. Breitenbach, J. (2010), S. 284.

**Abbildung 31: Anzahl neuer chemischer und biologischer Wirkstoffe (1990-2009)**



Quelle: efpia (2010), S. 10.

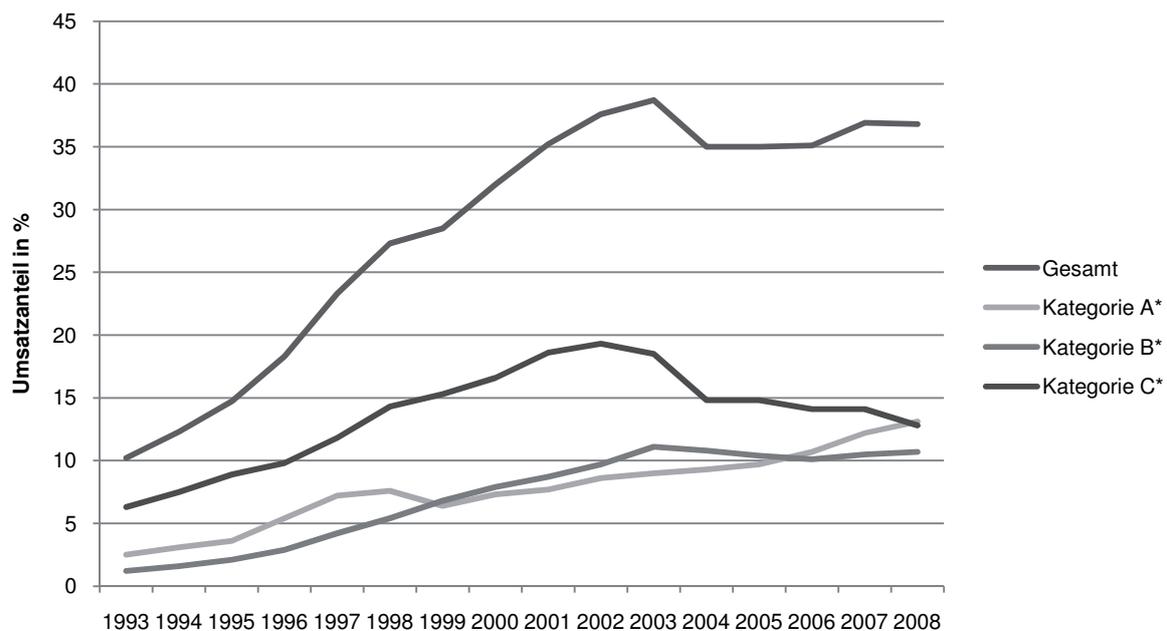
**Tabelle 10: Umsatz und Patentablauf der bedeutendsten Blockbuster**

| Brand               | Hersteller/Vertreiber                       | Umsatz 2009<br>(in Mrd. \$) | Drohender<br>Patentablauf |
|---------------------|---|-----------------------------|---------------------------|
| <b>Lipitor</b>      | Pfizer, Astellas                            | 12,45                       | 2011                      |
| <b>Plavix</b>       | Bristol-Myers Squibb, Sanofi-Aventis        | 9,29                        | 2011                      |
| <b>Enbrel</b>       | Amgen, Pfizer, Takeda                       | 8,00                        | 2012                      |
| <b>Advair</b>       | GlaxoSmithKline                             | 7,76                        | 2010                      |
| <b>Remicade</b>     | Johnson & Johnson, Merck, Mitsubishi Tanabe | 6,91                        | 2018                      |
| <b>Diovan</b>       | Novartis                                    | 6,01                        | 2012                      |
| <b>Avastin</b>      | Roche                                       | 5,92                        | 2017                      |
| <b>Rituxan</b>      | Roche                                       | 5,80                        | 2013-2018                 |
| <b>Abilify</b>      | Otsuka, Bristol-Myers Squibb                | 5,60                        | 2015                      |
| <b>Humira</b>       | Abbott                                      | 5,49                        | 2016                      |
| <b>Herceptin</b>    | Roche                                       | 5,02                        | 2015                      |
| <b>Esomeprazole</b> | AstraZeneca                                 | 4,95                        | 2014                      |
| <b>Zyprexa</b>      | Lilly                                       | 4,91                        | 2011                      |
| <b>Seroquel</b>     | AstraZeneca, Astellas                       | 4,89                        | 2011                      |
| <b>Crestor</b>      | AstraZeneca, Shionoggi                      | 4,74                        | 2016                      |
| <b>Singulair</b>    | Merck                                       | 4,66                        | 2012                      |
| <b>Effexor</b>      | Pfizer                                      | 4,30                        | 2010                      |
| <b>Lantus</b>       | Sanofi-Aventis                              | 4,22                        | 2014                      |
| <b>Lovenox</b>      | Sanofi-Aventis                              | 4,17                        | 2012                      |
| <b>Actos</b>        | Takeda                                      | 4,11                        | 2011                      |

Quelle: Eigene Darstellung.

Die patengeschützte Arzneimitteltherapien sind mittlerweile einer der bedeutendsten Wachstumstreiber der pharmazeutischen Industrie. Im GKV-Markt für Fertigarzneimittel ist der Umsatzanteil patentgeschützter Medikamente am Gesamtmarkt im Zeitraum von 1993 bis 2008 von 10,2 % auf 36,8 % gestiegen und hat sich damit beinahe vervierfacht.<sup>140</sup> Dieser Anstieg ist insbesondere auf einen Anstieg der Verordnungen, also eine Mengenausweitung, aber auch auf einen gestiegenen Wert je Verordnung zurückzuführen. Der gestiegene Wert je Verordnung beruht wiederum auf einer Preiskomponente, d. h. die Preise der bestehenden Arzneimittel sind im Zeitablauf gestiegen und auf einer Strukturkomponente, d. h. neue innovative Produkte, die die etablierten Therapien zum Teil verdrängen, sind teurer.<sup>141</sup>

**Abbildung 32: Umsatzanteil patentgeschützter Wirkstoffe 1993 bis 2008 am GKV-Gesamtmarkt**



\* Kategorie A: Innovative Struktur oder neuartiges Wirkprinzip mit therapeutischer Relevanz  
 Kategorie B: Verbesserung pharmakodynamischer oder pharmakokinetischer Eigenschaften bereits bekannter Wirkprinzipien  
 Kategorie C: Analogpräparat mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten („Me-Too-Präparat“, Scheininnovation)

Quelle: Coca, V. / Nink, C. / Schröder, H. (2009), S. 169.

Ein Auslaufen des Patenschutzes, führt in der Regel zu deutlichen Umsatzeinbußen beim betroffenen pharmazeutischen Unternehmen, insbesondere wenn es sich dabei um Blockbuster handelt, da der Wert der entsprechenden Arzneimittel aufgrund des daraufhin einsetzenden Wettbewerbs mit Nachahmerprodukten (Generika) wesent-

<sup>140</sup> Vgl. Aitken, M. / Fricke, F.-U. / Reichelt, A. (2008), S. 446.

<sup>141</sup> Vgl. Coca, V. / Nink, C. / Schröder, H. (2009), S. 169.

lich an Wert verliert. Um diese Wertminderungen auszugleichen ist ein kontinuierlicher Nachschub an Innovationen erforderlich.<sup>142</sup> Vor dem Hintergrund der oben genannten Daten zur Zulassung neuer Wirkstoffe sieht sich die pharmazeutische Industrie diesbezüglich mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert, bspw. ein Anstieg der durchschnittlichen Gesamtentwicklungszeit (von der Synthese bis zur Marktzulassung) für innovative Arzneimittel von acht Jahren in den 1960ern auf nunmehr 15 Jahre oder wachsende Aufwendungen für Forschung und Entwicklung neuartiger Medikamente.<sup>143</sup>

Eine weitere Herausforderung stellen die regulatorischen Interventionen im Arzneimittelmarkt dar. Um den steigenden Arzneimittelkosten entgegenzuwirken, wurden in der Vergangenheit zahlreiche Kostendämpfungsgesetze verabschiedet, die die Kostensteigerungsraten jedoch nicht nachhaltig dämpfen konnten. Deshalb ist auch in Zukunft mit weiteren regulatorischen Eingriffen zu rechnen, durch die der Kostendruck und die Wettbewerbsintensität in der Pharmabranche erhöht werden. Die Bandbreite der Maßnahmen umfasst dabei willkürliche Preiskürzungen für zugelassene Arzneimittel, Prüfungen der Kosteneffektivität, um Erstattungsbeträge festzulegen oder Anreizmechanismen für Ärzte, die das Verordnungsverhalten beeinflussen sollen.

Auch der im Juni 2010 verabschiedete Entwurf zum Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)<sup>144</sup> sowie das GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG) sehen einen Mix aus unterschiedlichen regulatorischen Instrumenten vor. Diese bestehen einerseits aus reinen Kostendämpfungsmaßnahmen wie der Erhöhung des Herstellerabschlags für festbetragsfreie Arzneimittel von sechs auf 16 % sowie der Festschreibung der Medikamentenpreise bis Ende 2013 auf dem Niveau von August 2009 und andererseits strukturelle Maßnahmen wie verpflichtende Vertragsverhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen für neue Arzneimittel mit Zusatznutzen. Um in die Vertragsverhandlungen einsteigen zu können, müssen die Pharmaunternehmen auf Basis einer frühen Nutzbewertung einen Zusatznutzen des Arzneimittels im Rahmen eines Value-Dossiers nachweisen, ansonsten wird es direkt in das Festbetragssystem überführt. Hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

---

<sup>142</sup> Vgl. Aitken, M. / Fricke, F.-U. / Reichelt, A. (2008), S. 446.

<sup>143</sup> Vgl. Vgl. Breitenbach, J. (2010), S. 283.

<sup>144</sup> Vgl. für die folgenden Ausführungen CDU, CSU und FDP (2010).

hingegen einen Zusatznutzen festgestellt, dann kann der Arzneimittelhersteller das entsprechende Präparat zu einem von ihm festgelegten Betrag für die Dauer eines Jahres ab Markteintritt verkaufen. Dieser Zeitraum ist dann von dem pharmazeutischen Unternehmen und den Krankenkassen zu nutzen, um einen angemessenen Rabatt auszuhandeln. Kommt es in der vorgegebenen Zeit zu keiner Einigung, dann legt eine zentrale Schiedsstelle einen Rabatt innerhalb von drei Monaten fest, der rückwirkend ab dem 13. Monat nach Markteintritt verbindlich ist. Gegen den Schiedsspruch kann von beiden Seiten Einspruch erhoben und eine weitergehende Kosten-Nutzen-Bewertung verlangt werden. Die Ergebnisse der Kosten-Nutzenbewertung dienen dann als Grundlage für erneute Verhandlungen.

Weitere Herausforderungen für die pharmazeutische Industrie stellen die demographische und ökonomische Entwicklung dar. Zum einen verändern sich durch die Überalterung in den Industriestaaten die Krankheitsbilder und zum anderen führt die globale wirtschaftliche Entwicklung, insbesondere das schnelle Wachstum aufstrebender Märkte, zu neuen Absatzmärkten, die frühzeitig zu identifizieren sind.<sup>145</sup>

### ***Exkurs: Die Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG***

Im Oktober 2009 hat das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) seine „Allgemeinen Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Kosten und Nutzen“<sup>146</sup> in einer ersten verbindlichen Fassung vorgestellt. Dabei stellt das IQWiG mit der Effizienzgrenze eine Methodik in den Mittelpunkt, die in der Ökonomie einen hohen Stellenwert besitzt (Portfoliotheorie, Produktionstheorie)<sup>147</sup> und auch in der Gesundheitsökonomie bereits angewendet wurde. Die Ableitung von Preisobergrenzen ist allerdings ein gänzlich neuartiger Anwendungsbereich des Effizienzgrenzenkonzepts, der theoretisch nicht begründbar ist. Zudem bedeutet die Effizienzgrenzenmethodik eine Abkehr vom internationalen Standard der gesundheitsökonomischen Evaluationen.

Die Methodik des IQWiG zur Kosten-Nutzen-Bewertung sieht eine indikationsspe-

---

<sup>145</sup> Vgl. Aitken, M. / Fricke, F.-U. / Reichelt, A. (2008), S. 449.

<sup>146</sup> Vgl. IQWiG (2009).

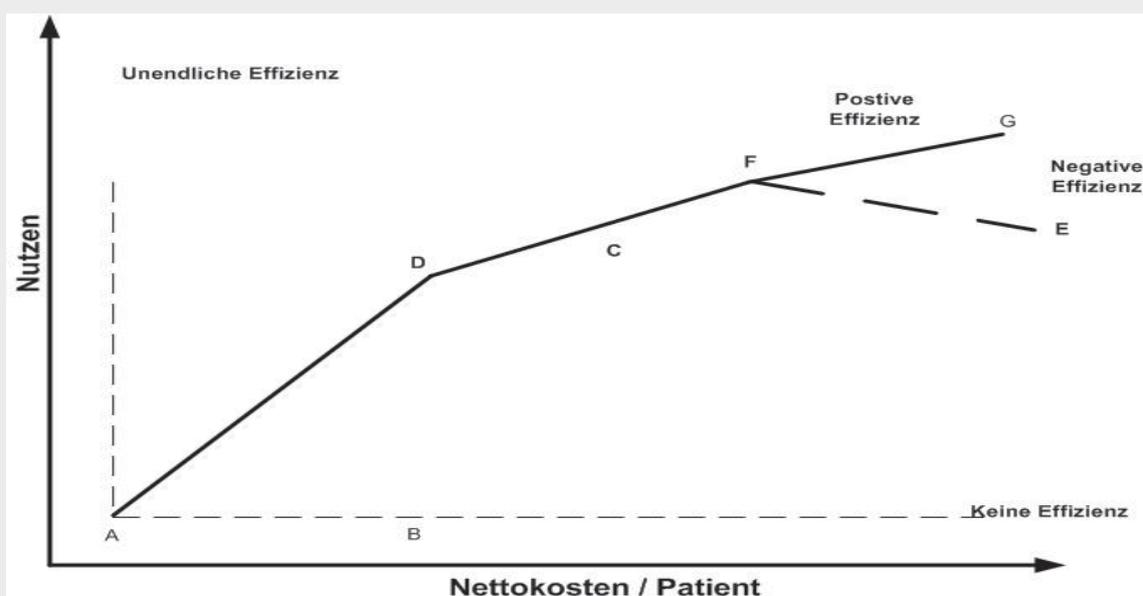
<sup>147</sup> Für einen detaillierten Vergleich der Effizienzgrenze des IQWiG mit der Effizienzgrenze der Portfoliotheorie sowie jener der Produktionstheorie, vgl. Schwarzbach et al. (2009).

zifische Evaluation aus der Perspektive der Versichertengemeinschaft der GKV vor.<sup>148</sup> Dabei dienen alle versorgungsrelevanten Interventionen als Komparatoren. Diesbezüglich werden die bereits existierenden Technologien als Punkte in einen Kosten-Nutzen-Raum eingetragen, um die Effizienzgrenze zu bestimmen. Der Nutzen wird hierbei indikationsspezifisch, approximativ kardinalskaliert auf der Ordinate abgetragen. Als mögliche Nutzengrößen kommen dabei klinische Maße (insb. Mortalität, Morbidität, gesundheitsbezogene Lebensqualität), Respondermaße oder aggregierte Maße (z. B. QALYs) in Frage. Zur Nutzenbewertung werden primär vergleichende Studien (Head-to-Head, vornehmlich in RCTs) herangezogen. Ist eine Zusammenfassung unterschiedlicher relevanter Nutzenaspekte nicht möglich, müssen mehrere Effizienzgrenzen bestimmt werden.<sup>149</sup>

Die Kosten werden auf der Abszisse abgetragen und umfassen die Perspektive der Versichertengemeinschaft der GKV. Dabei werden primär direkte Kosten berücksichtigt. Indirekte Kosten können gesondert erhoben werden, wenn von diesen ein wesentlicher Einfluss ausgeht.<sup>150</sup>

Die Effizienzgrenze wird konstruiert, indem nicht dominierte Interventionen im Kosten-Nutzen-Raum, beginnend mit der ineffektivsten Intervention, jeweils mit der nächst-effektivsten Intervention linear verbunden werden.

**Abbildung 33: Lineare Verbindung der effizienten Interventionen**



Quelle: IQWiG (2010), S. 34

<sup>148</sup> Vgl. IQWiG (2009), S. 2, 3.

<sup>149</sup> Vgl. IQWiG (2009), S. 13-20.

<sup>150</sup> Vgl. IQWiG (2009), S. 21-25.

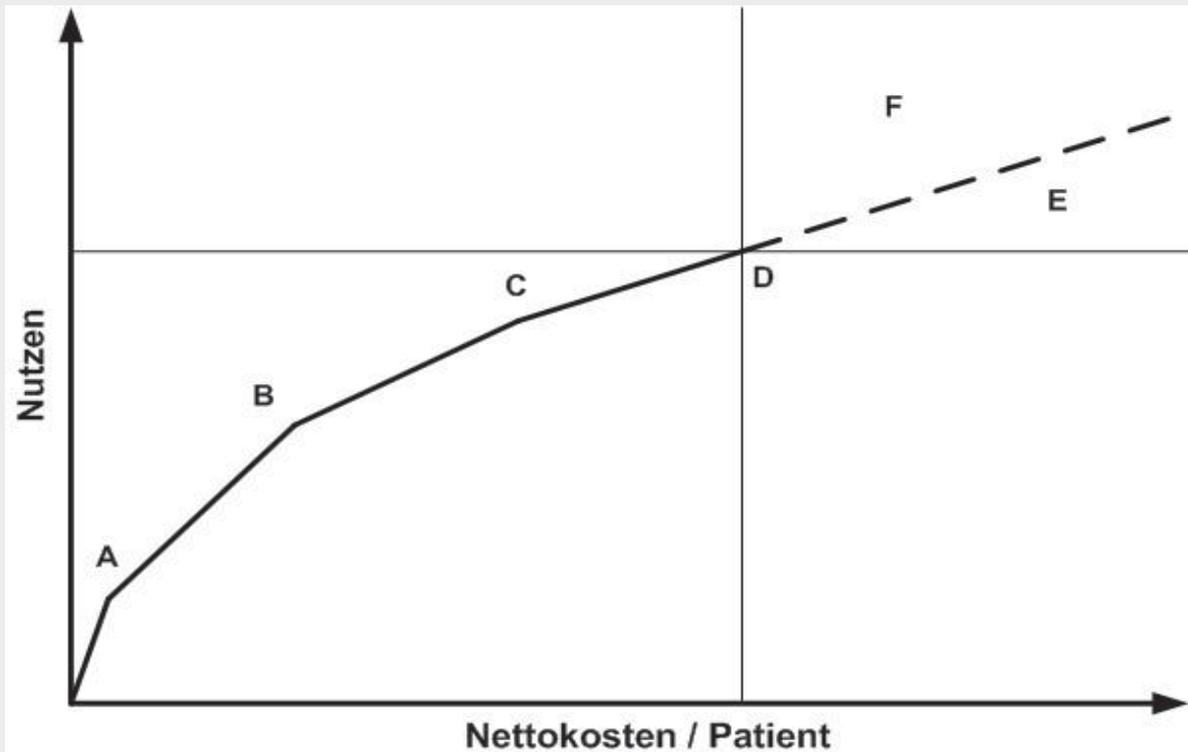
Für neue, zu evaluierende Interventionen sieht die Methodik des IQWiG ein zweistufiges Verfahren vor. In einem ersten Schritt wird zunächst nur der Nutzen der entsprechenden Technologie bewertet. Die anschließende gesundheitsökonomische Evaluation erfolgt lediglich, wenn auf der ersten Stufe ein Zusatznutzen gegenüber der bisher effektivsten Intervention ermittelt werden konnte. Damit entfällt auch eine weitergehende Betrachtung von Technologien, die potentiell über der Effizienzgrenze liegen, aber eben keine Nutzenverbesserung zum existierenden Goldstandard aufweisen. Kommt es zu einer gesundheitsökonomischen Evaluation, dann ergeben sich wiederum zwei Möglichkeiten:<sup>151</sup>

1. Die neue Intervention weist bei geringeren Kosten einen höheren Nutzen als die bislang effektivste Intervention auf und liegt damit links oberhalb von dieser im Kosten-Nutzen-Raum. Der geforderte Preis für die neue Intervention kann damit als gerechtfertigt angesehen werden und ist damit zu erstatten. Die neue Intervention wird nun Bestandteil der Effizienzgrenze, deren Verlauf entsprechend anzupassen ist. Für die nun dominierten Interventionen wird empfohlen, die Erstattungsbeträge mindestens so weit abzusenken, dass diese auf der Effizienzgrenze liegen.
2. Die neue Intervention ist teurer und effektiver als die bislang wirksamste Behandlungsmaßnahme und liegt damit rechts oberhalb von dieser im Kosten-Nutzen-Raum. In diesem Fall wird die Effizienzgrenze extrapoliert, da aus der ursprünglichen Effizienzgrenze keine Entscheidungsregel ableitbar ist. Befindet sich die neue Intervention nun oberhalb der extrapolierten Effizienzgrenze, dann kann der geforderte Preis als angemessen angesehen werden, so dass sich eine Erstattungsempfehlung ergibt. Liegt die neue Intervention unterhalb, dann wird der geforderte Preis als zu hoch eingestuft. Für eine Erstattungsempfehlung müsste der Preis daher entsprechend gesenkt werden. Kommt es zu einer Erstattung, dann wird die Effizienzgrenze um die neue Intervention ergänzt.

---

<sup>151</sup> Vgl. IQWiG (2009), S. 42, 43.

**Abbildung 34: Implementierung der Handlungsempfehlung durch Extrapolation der Effizienzgrenze**



Quelle: IQWiG (2008), S. 53.

Zur Methodik der Extrapolation der Effizienzgrenze macht das IQWiG in den allgemeinen Methoden zur Kosten-Nutzen-Bewertung keine Aussagen. In früheren Methodenpapieren<sup>152</sup> wurden hingegen mehrere alternative Möglichkeiten angedeutet (z. B. eine höhere durchschnittliche Kosteneffektivität als die bislang wirksamste Behandlungsalternative), wobei die Prolongation des letzten ursprünglichen Effizienzgrenzenabschnittes (zweiteffektivste / effektivste Intervention) als wahrscheinlichstes Szenario angegeben wurde (dieser Fall ist in Abb. 34 dargestellt). Für den Fall, dass, bspw. aufgrund von mehreren relevanten Endpunkten oder Indikationen, mehrere Effizienzgrenzen erstellt werden, sollte nach Vorstellungen des IQWiG diejenige den Ausschlag geben, in der die geringste Effizienz vorherrscht.<sup>153</sup>

Allerdings geht das IQWiG davon aus, dass die Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft nicht nur von einem angemessenen Preis sondern auch von den potentiellen künftigen Gesamtausgaben, die sich bei einer Kostenübernahme ergeben, abhängt. Da die Methodik des IQWiG weder ei-

<sup>152</sup> Vgl. IQWiG (2008).

<sup>153</sup> Vgl. IQWiG (2009), S. 44.

ne Bewertung der Zahlungsbereitschaft noch eine Bewertung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versichertengemeinschaft vorsieht, sollen Budget-Impact-Analysen durchgeführt werden, um bei der Entscheidung hinsichtlich der Zumutbarkeit Hilfestellung zu leisten.<sup>154</sup>

## 8.3 Trends

### A. *Strategische Ausrichtung*

Den aktuellen Herausforderungen (steigende Wettbewerbsintensität, Innovationsrückgang, erhöhter Kostendruck etc.) sowie den kontinuierlichen gesellschaftlichen, ökonomischen und gesundheitssystemspezifischen Veränderungen tragen die Pharmaunternehmen in ihrer strategischen Ausrichtung Rechnung. Diese setzt sich aus einem Mix unterschiedlicher Maßnahmen zusammen, die die folgenden strategischen Trends und Entwicklungen in der Pharmaindustrie bedingen werden:

#### *A1. Konzentration und Zusammenschlüsse*

Der Konzentrationsprozess in der pharmazeutischen Industrie wird sich künftig fortsetzen. Aufgrund des steigenden Kostendrucks, der sich durch einen intensiveren Wettbewerb, absehbare regulatorische Eingriffe in den Arzneimittelmarkt sowie steigende Aufwendungen für Forschung und Entwicklung ergibt, werden die Merger and Acquisition Tätigkeiten der Pharmaunternehmen weiter anhalten, um Skaleneffekte zu erzielen und zusätzliche Rationalisierungsmaßnahmen zu erschließen, die wiederum zu Kosteneinsparungen führen. Zudem müssen die Forschungsaktivitäten hochgehalten werden. Da die Entwicklung innovativer Arzneimittel jedoch immer aufwändiger und komplexer wird, werden Zusammenschlüsse in diesem Bereich an Bedeutung gewinnen. Diese können sowohl durch Übernahmen und Fusionen, aber auch durch Forschungsverbünde realisiert werden.

---

<sup>154</sup> Vgl. IQWiG (2009), S. 44-47.

## Statements

**„Also mein Eindruck ist, dass die Entwicklungskosten so enorm gestiegen sind, dass diese von den großen Firmen getragen werden müssen und somit die Merger-Welle fortgesetzt wird.“**

**„Die weitere Strategie ist mit Sicherheit Zusammenschlüsse zu forcieren, so dass es anhaltende Konzentrationsprozesse in der Pharmabranche geben wird. Die Forschungsaktivitäten müssen weiterhin hoch bleiben und das geht nur mit Verbänden.“**

### A2. Zusatznutzen und Marktzugänge

Aufgrund der oben genannten Entwicklungen des Wettbewerbsumfelds und des Regulierungsrahmens sowie der sich wandelnden Anforderungen seitens der Kostenträger, Patienten und Leistungserbringer wird es für pharmazeutische Unternehmen in zunehmendem Maße wichtig, Substanzen mit signifikanten Zusatznutzen so früh wie möglich in dem Entwicklungsprozess zu identifizieren und letztlich auch nachzuweisen, so dass der Mehrwert des Produktes von den oben genannten Akteuren anerkannt wird und eine Zahlungsbereitschaft besteht.

Da ein echter Zusatznutzen in den etablierten Indikationen und in Massenmärkten künftig nur sehr schwierig zu realisieren sein wird, liegt das Augenmerk auf Indikationsgebieten, in denen noch bedeutende medizinische Bedürfnisse existieren, d. h. Verringerung der Mortalität und Morbidität bzw. deutliche Verbesserung der Lebensqualität. Als Indikationsbereiche kommen dabei insbesondere die Onkologie, celebrale Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen oder die Entwicklung spezieller Biopharmazeutika in Frage sowie Forschungsaktivitäten im Bereich der Schmerztherapie. In diesem Zusammenhang spielt auch die gezielte Entwicklung von Arzneimitteln für spezifische Patientengruppen einer Indikation eine wichtige Rolle. Des Weiteren wird es künftig von entscheidender Bedeutung sein, die Kapazitäten und Kompetenzen im Bereich Market Access auszubauen, um die entsprechenden Innovationen so früh wie möglich im Markt zu platzieren und nach Möglichkeit als Monopolist agieren zu können.

## Statements

**„Also, eines der wichtigsten Themen ist: „Wie identifizieren wir Frühprodukte mit einem ganz erheblichen Added-Value?“. Wie können wir wirklich sicherstellen, dass das was wir entwickeln und wo aber und aber Mio. in die Entwicklung fließen, vom Patienten und verschreibendem Arzt auch als Mehrwert gesehen werden und geschätzt wird und wo eine Zahlungsbereitschaft für besteht.“**

**„Aber wenn Sie jetzt an die klassischen Krankheitsbilder denken, wie hoher Blutdruck, hohes Cholesterin, koronare Herzerkrankungen usw. da sind wir als Unternehmen im Moment nicht tätig. ... Wir bewegen uns jetzt im Bereich der Spezialerkrankungen oder Erkrankungen, in denen es relativ wenig Therapiealternativen gibt. Denken Sie z. B. an die gesamte Immunologie; ... bspw. Autoimmunerkrankungen, die die andere Erkrankungen nach sich ziehen wie Rheuma oder Psoriasis.“**

**„Bei der Produktentwicklung spielen die Marktzugangsmöglichkeiten eine wichtige Rolle, d. h. in vielen Massenmärkten werden wir in Zukunft wenig Innovationen sehen, weil es schwierig wird, dort etwas auf den Markt zu bringen.“**

**„Das ist uns in der Industrie natürlich vollkommen klar, dass wir nur noch für sehr gezielte Indikationen, möglicherweise auch für sehr gezielte Patientengruppen entwickeln, da in der breiten Masse der Zusatznutzen häufig nicht zu realisieren ist. ... Ich glaube, dass es da Trends weg von etablierten Indikationen und mehr hin zu Indikationen, in denen noch ein echter Medical Need existiert, geben wird. Wir sehen das ja auch in Indikationen, für die es früher überhaupt nichts gab und in denen zur Zeit intensiv geforscht, wie z. B. Erkrankungen des Zentralnervensystems.“**

**„Es wird absolut entscheidend sein, entsprechende Kapazitäten und Kompetenzen im Bereich Market Access aufzubauen, um eben sehr zeitnah in den Markt zu kommen und gegebenenfalls als Monopolist zu agieren.“**

### A3. Engagement im Versorgungsprozess und Kooperationen

Künftig wollen pharmazeutische Unternehmen ihre Kenntnisse bezüglich Indikation, Krankheitsverläufen und Pharmakogenetik nutzen, um sich aktiv in die Versorgungsprozesse einzubringen. Ziel ist es, sich als Systemdienstleister im Behandlungsprozess zu positionieren und Angebote zu entwickeln, die über das einzelne Arzneimittel hinausgehen. In diesem Zusammenhang ist eine stärkere Hinwendung zu den Kostenträgern vorgesehen. Die Krankenkassen werden künftig als echte Geschäftspartner angesehen, mit denen entsprechende Verträge vereinbart werden. Dies führt zu einer stärkeren Bindung der Krankenkassen und der relevanten Patienten an die eigenen Produkte und damit zu einer Absatzsicherung. Um die Systemlösungen bereitstellen zu können werden künftig zunehmend Kooperationen mit Medizintechnik Anbietern, Versorgungszentren etc. angestrebt.

Darüber hinaus wird die Anzahl integrierter Gesundheitskonzerne wie Fresenius zunehmen, die Pharma, Medizintechnik und Leistungserbringer unter einem Dach vereinen. Hieraus könnten dann wiederum professionelle Dienstleister wie in den USA entstehen, die die gesamte Versorgung der Patienten gegen eine Pauschalvergütung managen. Dieser Prozess wird im deutschen System allerdings nur in kleinen Schritten vorangehen und sich sehr langsam durchsetzen.

#### Statements

**„Die Rolle der Pharmaindustrie wird sich auch dahingehend verändern, dass man sich in die Versorgungsprozesse aktiver mit einbringt, weil man eben sehr viel Kenntnis in der Indikation, der Krankheit und dem Krankheitsverlauf hat. Die zunehmend wichtigeren Akteure wie Krankenkassen werden dabei als Partner verstanden.“**

**„Der zweite Punkt im Hinblick auf den Umgang mit dem System ist sicherlich die stärkere Hinwendung zu den Kostenträgern als echte Geschäftspartner. Hier sind allerdings Anpassungen des Rechtsrahmens erforderlich, um sich als gleichwertige Partner gegenüber stellen zu können. ... Aber wir als Unternehmen suchen natürlich nach Möglichkeiten, Angebote aufzubauen, die weit über das einzelne Arzneimittel hinausgehen. ... wie wir künftig Dienstleistungen anbieten, die im Behandlungsprozess ... oder der Gesundheitserzeugung einen Wert darstellen und damit zum Systempartner oder Dienstleister werden, anstelle eines reinen Arzneimittelproduzenten.“**

**„In dem Moment, wo die Möglichkeit besteht mehr als nur die Produktion von Arzneimitteln anzubieten, ist natürlich der Trend da, ein stärkerer Systemplayer zu werden, also Systemlösungen anzubieten, die über das rein pharmazeutische hinausgehen.“**

**„Ich sehe den Trend, dass sich Unternehmen bei bestimmten Projekten im Sinne einer Verlängerung der Wertschöpfungskette zusammenschließen, z. B. im Bereich der Diagnostik Pharma und Bildgebung oder zur Entwicklung von Therapiealgorithmen Pharma, IT und Medizintechnik. Hier sehe ich Potential, abgestimmte Lösungen zu erarbeiten und mit einem gemeinsamen Produkt an den Markt zu gehen.“**

**„Integrierte Gesundheitskonzerne werden zunehmen, ..., in denen Pharma, Medizintechnik und Leistungserbringer unter einem Dach vereinigt sind. ... Professionelle Dienstleister wie in den USA, die versuchen, die gesamte Versorgung für ein bestimmtes Kollektiv in Deutschland zu managen und mit den Krankenkassen dafür Fallpauschalen pro Patient vereinbaren, werden sich im deutschen System sofern möglich nur peu à peu durchsetzen.“**

## **B. Organisationale Ausrichtung**

### *B1. Keine bedeutenden Aktivitäten im Bereich Outsourcing*

Die organisationale Struktur der Pharmaunternehmen wird stetig auf Outsourcing-Möglichkeiten geprüft und diesbezüglich optimiert. In den kommenden Jahren wird es jedoch keine gravierenden Outsourcing-Aktivitäten geben, da die in Frage kommenden Leistungen bereits zum Großteil extern erbracht werden. Hierzu zählen insbesondere Beratungsleistungen oder gesundheitsökonomische Modellierungen sowie Personaldienstleistungen. Sofern in diesen Bereichen jedoch noch Outsourcing-Potential besteht, wird dieses auch genutzt. Gleichzeitig ist eine stärkere Fokussierung auf die Unternehmenssteuerung sowie die Kernkompetenzen, bspw. Zugang zu den Kunden, Entwicklung, Business Planning, Market Access zu erwarten, so dass diese Leistungen weiterhin im Unternehmen erstellt werden.

#### **Statements**

***„Wir sind ein Unternehmen, dass in den letzten 3-4 Jahren sehr viel outgesourct hat. Es gibt diesen Trend, da kann man vielleicht einige Dinge noch weiterentwickeln, aber der ist inzwischen sehr stark voran geschritten. Und Outsourcing im Sinne, dass man bestimmte Funktionen, anstatt sie selbst im Haus durch eigene Mitarbeiter und Abteilungen bearbeitet, stärker auf externe Partner oder andere Unternehmen, die in diesem Bereich kompetent sind, setzt. Das kommt dann eben drauf an, was man als Unternehmen als Kernkompetenz, als Wettbewerbsvorteil selbst versteht oder wo man sich dann externer Partner bedient. Ich sehe eher den Trend, dass Unternehmen sich eher bei bestimmten Projekten zusammenschließen. Jetzt nicht Pharma und Pharma, sondern im Sinne einer Verlängerung der Wertschöpfungskette. Also wegen der Diagnostik und Bildgebung und Pharma oder in der Entwicklung von Therapiealgorithmen, dann eher IT und Pharma und Diagnostik.“***

***„Jetzt ist auch schon relativ viel outgesourced. Tendenziell wird sich die Leistung noch stärker auf die Steuerung beziehen und auf die Kernkompetenzen wie Business Planning, Marketing, Medical Education, Market Access fokussieren.“***

***„Der Zugang zu den Kunden und die Entwicklung bleibt bei der pharmazeutischen Industrie.“***

## *B2. Anpassung der Struktur auf Verhandlungen und Kooperationen*

Um die strategischen Ziele umzusetzen und auf die erwartete Zunahme an Vertragsmöglichkeiten und -angeboten zu reagieren, soll die Organisation bzw. Unternehmensstruktur hinsichtlich Verhandlungen und Kooperationen mit Krankenkassen, bedeutenden Kapital- und Managementgesellschaften sowie anderen Playern im Gesundheitswesen optimiert werden.

### **Statements**

***„Wir werden unsere Unternehmensstruktur auf Verhandlungen und Kooperationen mit Kapitalgesellschaften und Managementgesellschaften ausrichten.“***

***„Anstatt bestimmte Funktionen noch weiter outzusourcen, sehe ich eher den Trend, sich bei bestimmten Projekten zu Kooperationen zusammenzuschließen.“***

***wird und wo eine Zahlungsbereitschaft für besteht.“***

## **C. Gestaltung der Supply-Chain**

Aufgrund des Urteils zum Fremdbesitzverbot von Apotheken, in dem der Europäische Gerichtshof keinen Verstoß gegen die europäische Niederlassungsfreiheit gesehen hat, sind in naher Zukunft keine entscheidenden Veränderungen in der Distributionsstruktur von Arzneimitteln zu erwarten. Aus diesem Grund stellt sich die pharmazeutische Industrie eher auf vertikale Kooperationen ein. Weitere Möglichkeiten für Direct-to-Pharmacy Modelle werden allerdings fortwährend geprüft. Sollte es wiedererwarten zu grundlegenden Änderungen in der Gesetzgebung zur Arzneimitteldistribution auf der Handelsstufe kommen, ist die Vorwärtsintegration eine Option und soll im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten durchgeführt werden.

### **Statements**

***„Die Supply-Chain wird sich zu Status-Quo nicht gravierend verändern.“***

***„Durch aktuelle Urteile ist die Entwicklung in die nahe Zukunft zementiert.“***

***„Direct-to-Pharmacy wird für die Hersteller mit Sicherheit ein präferiertes Modell bleiben. Aber im Moment kann man nicht definitiv beantworten, was die AMG-Novelle bringt und wie die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen sein werden. Es ist auf jeden Fall eine Zielsetzung in vor- und nachgelagerte Produktions- und Vertriebsstufen zu gehen, wenn dieses gesetzlich möglich ist.“***

## 9 Die Potenziale des Gesundheitstourismus

Mehr als andere Branchen ist die Tourismusindustrie darauf angewiesen, Bedürfnisse ihrer Kunden in die Produktgestaltung einzubeziehen, kreative Angebote zu schaffen und Nachfrage zu wecken. Dementsprechend waren die Angebote der Branche nie umfang- und facettenreicher als heute und natürlich bietet sich die Überlegung an, auch das Thema „Gesundheit“ stärker als bisher im eigenen Angebot zu verankern. Dabei ist der Zusammenhang von gesundheitlichem Wohlbefinden und der sogenannten „Luftveränderung“ seit langem bekannt. Bereits im ersten Jahrhundert n. Chr. entstanden in Deutschland die ersten Kurorte und verbinden bis heute die Themen „Reise“ und „Erholung“, wobei sie einen nicht unerheblichen Anteil des inländischen Tourismus darstellen.<sup>155</sup>

Sehr viel umfangreicher ist der gegenwärtige Bereich des Gesundheitstourismus und umfasst in seiner Definition weit mehr als die traditionellen Kur- und Rehabilitationsangebote. So erklärt ihn Kaspar als „Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus der Ortsveränderung und dem Aufenthalt von Personen zur Förderung, Stabilisierung und gegebenenfalls Wiederherstellung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens unter der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ergeben, für die der Aufenthaltsort weder hauptsächlicher noch dauernder Wohn- und Arbeitsort ist“<sup>156</sup>. Abbildung 35 zeigt auf, welche Angebote demnach zum Gesundheitstourismus im weiten Sinne zugerechnet werden können.

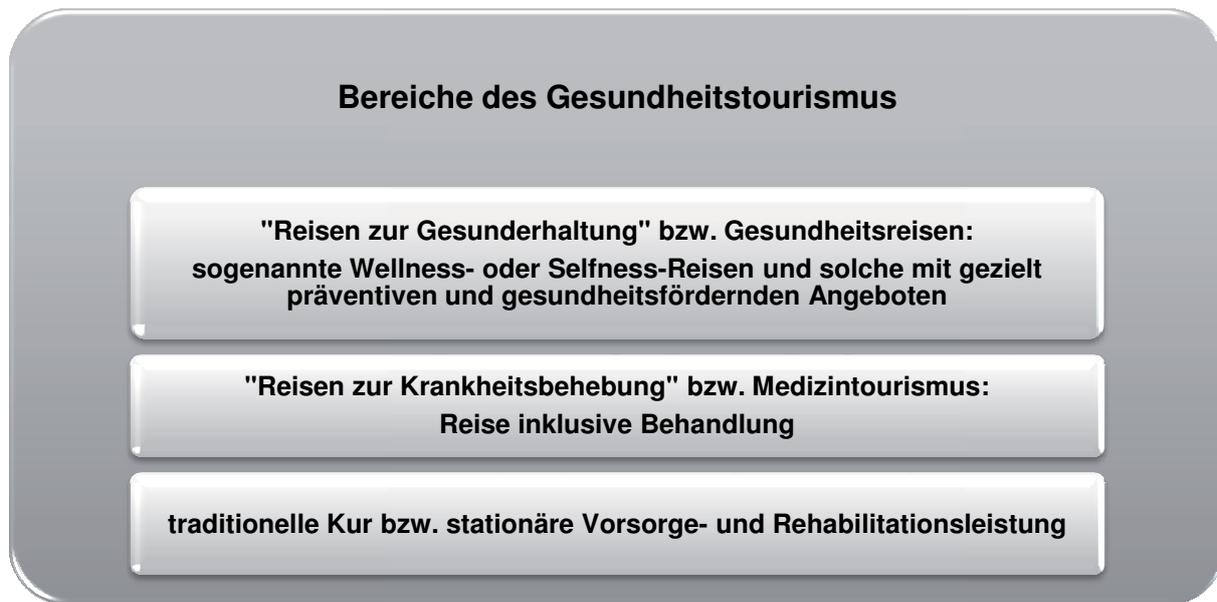
Neben Kur-, Vorsorge- und rehabilitativen Leistungen gewinnen die Bereiche „Reisen zur Gesunderhaltung“ (Gesundheitsreisen) häufig bezogen auf das viel verwendete Schlagwort „Wellness“ wie auch das „Reisen zur Krankheitsbehebung“, meist als Medizintourismus bezeichnet, an Bedeutung.

---

<sup>155</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2007).

<sup>156</sup> Kaspar, C. (1996), S. 56.

**Abbildung 35: Bereiche des Gesundheitstourismus im weiten Sinne**



**Quelle: Eigene Darstellung.**

Unter dem erstgenannten Begriff der Gesundheitsreise werden in der Literatur solche Reisen zusammengefasst, die nicht auf Anweisungen des Arztes vorgenommen werden, wie beispielsweise eine verordnete Kur, sondern auf Eigenmotivation beruhen.<sup>157</sup> Der überwiegend selbst finanzierte Urlaub wird mit als positiv assoziierten Aspekten, wie eben Wellness aber auch Fitness, Schönheit oder Freude am Leben in Verbindung gebracht. Auch gezielt präventive Angebote, wie eine Ernährungsberatung oder spezielle krankheitsbezogene Sportprogramme können Inhalte dieser Reisen sein und bewirken häufig eine Förderung durch die Krankenkasse um bis zu 150 €.

Unter „Medizintourismus“ wird dagegen das Reisen zur medizinischen Behandlung verstanden. Hierzu gehören sowohl notwendige Operationen als auch solche der Schönheits- oder kosmetischen Chirurgie und sonstige individuelle Gesundheitsleistungen. Ein Teil der Patienten, die sich medizinisch notwendigen Eingriffen im Ausland unterziehen, versucht auf diese Weise Kosten einzusparen und profitiert unter anderem vom Lohngefälle zwischen den Ländern.<sup>158</sup> Als Beispiel wird hier meist auf die relativ große Gruppe US-amerikanischer Patienten, welche sich bereits in Indien

<sup>157</sup> Vgl. Erdmann, A. (2000).

<sup>158</sup> Vgl. Klingenberger D. / Kiencke P. / Köberlein J. / Liedmann I. / Rychlik R. (2009).

oder Thailand behandeln ließ, verwiesen.<sup>159</sup> Ein weiterer Grund dieser Art von Tourismus liegt in der unterschiedlichen Versorgungsgüte zwischen Heimat- und Behandlungsland und auch die Rechtslagen der Länder können den Medizintourismus fördern. Letzteres tritt ein, sobald bestimmte Therapieformen in einzelnen Ländern verboten, in anderen erlaubt oder sogar Routine sind. Auch Wartelisten oder sonstige Formen von Rationierung fördern den medizinischen Tourismus. Kritiker dieser, in der zunehmenden Globalisierung begründeten Entwicklung, befürchteten vor allem Versorgungsnachteile der Bevölkerung in den stark auf medizinischen Tourismus setzenden Länder durch den hohen Ressourceneinsatz in diesem Bereich; aber auch eine unzureichende Betreuung der Medizintouristen durch fehlende Nachsorge.<sup>160</sup>

Innerhalb Europas wurde die grenzüberschreitende Versorgung in den letzten Jahren insofern gefördert, als dass einheitliche Erstattungsregeln für die EU-Länder und ihre Gesundheitssysteme aufgestellt wurden, die eine solche bis zur Kostenhöhe inländischer Versorgung vorschreibt.

***Exkurs: Die Kostenerstattung der GKV bei Leistungsanspruchnahme im europäischen Ausland***

Nach § 13 (4) SGB V sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung EWG Nr. 1408/71 – über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Sozialversicherungsabkommen zwischen den Ländern) – anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sein denn, die Behandlungen unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung oder sind für diesen Personenkreis im anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschalbetrags zu erstatten. Dabei besteht ein Erstattungsanspruch nur bis zu der Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Zudem dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung

---

<sup>159</sup> Vgl. Milstein, A. / Miller M. (2006).

<sup>160</sup> Vgl. Weiss, C (2009 a), Weiss C (2009 b) und Bey, T (2007).

des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der EG sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Sofern eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitglieds- oder Vertragsland der EU möglich, kann die Krankenkasse die erforderlichen Behandlungskosten auch ganz übernehmen. Im Falle einer Krankenhausbehandlung muss nach § 13 (5) zunächst eine Zustimmung der Krankenkasse eingeholt werden.

Auf Grund der relativ guten Versorgungsstrukturen und umfangreichen Erstattung in Deutschland halten sich die Zahlen von Personen, welche sich medizinisch notwendigen Behandlungen im Ausland unterziehen in Grenzen, wobei ein Mangel an Daten und konkreten Aussagen entgegensteht. Behandlungen des gesetzlichen Leistungskatalogs, welche im Ausland abgerechnet werden, sollen bei etwa 1 % liegen.<sup>161</sup> Aus Kostengründen und der zusätzlichen Förderung von Seiten der EU kann ein zukünftiger Anstieg dieser Zahl jedoch nicht ausgeschlossen werden. Ein anderes Bild zeigt sich bereits heute, wenn der Markt für nicht von der Krankenkasse erstattete Schönheitsoperationen, Zahn- oder Augenbehandlungen betrachtet wird. Hier besteht bereits gegenwärtig ein Trend in Deutschland, entsprechende Leistungen in europäischen Nachbarländern oder osteuropäischen Staaten zu günstigen Preisen nachzufragen. Internetforen informieren über ausländische Kliniken, die die gewünschten Eingriffe vornehmen, Agenturen vermitteln und bieten Behandlung, Reise und Betreuung an. Auch hier ist ein weiteres Fortschreiten der Entwicklung möglich.

Für das deutsche Gesundheits- und Tourismuswesen sehen Experten Potenziale im Werben um ausländische Patienten. Die momentan etwa 60.000 ausländischen Personen, welche für ihre Behandlung nach Deutschland kommen bescheren in ihrer noch geringen Zahl bereits heute einigen Krankenhäusern und stationären Einrichtungen wichtige Zusatzeinnahmen.<sup>162</sup> Die jährlichen Umsätze mit internationalen Krankenhauspatienten werden momentan auf einen dreistelligen Mio.betrag geschätzt. Insbesondere wohlhabende Patienten aus Osteuropa, den arabischen und weiteren Ländern mit eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten, tragen zu diesem

---

<sup>161</sup> Vgl. Kimmerle J. (2009).

<sup>162</sup> Vgl. Juszczak, J / Nöthen, M. (2006).

Ergebnis bei.<sup>163</sup> Entsprechend könnte eine Förderung des Standorts Deutschland als Reiseziel für ausländische Patienten mit dem Wunsch einer Krankheitsbehebung oder auch der Gesunderhaltung sowohl der inländischen Tourismusindustrie als auch den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen Unterstützung bringen.

Im Rahmen der geführten Interviews wurden die Experten der Tourismus- bzw. Gesundheitstourismusbranche gebeten, ihre Einschätzungen zur Zukunft des gesundheitstouristischen Angebots abzugeben. Sie wurden speziell nach dem momentanen und zukünftigen Stellenwert des Gesundheitstourismus gefragt, nach der Reaktion der Tourismusbranche auf die erwarteten kommenden Entwicklungen und nach Kundensegmenten, welche als „Gesundheitstouristen“ ausgemacht werden können.

Auf die Frage, welchen *Stellenwert* der Gesundheitstourismus *momentan* im Bereich der Reiseindustrie einnimmt, regierten die von uns befragten Experten eher verhalten und bescheinigten diesem Segment eine noch relativ geringe Bedeutung. Allerdings gaben die Befragten auch an, dass sie hier *zukünftig* einen Wachstumsbereich sehen, der mit Blick auf erwartete Finanzierungsprobleme im deutschen Gesundheitswesen mit einhergehender Einschränkung erstatteter Leistungen und des Wunsches der Gesunderhaltung jedes Einzelnen an Bedeutung gewinnen wird.

#### Statements

***„Durch Finanzierungsprobleme werden Leistungen gestrichen. Es wird Patienten geben, die Grenzen überschreiten, um medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.“***

Bestätigt wird diese Einschätzung unter anderem von Sigrist, der in seiner Studie „Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts – Kostenfaktor und Wachstumschancen“ insbesondere das Segment der Gesundheitsreisen im Aufwind sieht: „In Gesellschaften, die von weniger Zeit, steigenden Ansprüchen und einer höheren Lebenserwartung geprägt sind, wächst der Regenerationsbedarf. Gesundheit und Ernährung werden deshalb künftig zu einem zentralen Motiv beim Reisen. (...) Obschon die Nachfrage in diesem Segment steigt, gibt es erst ein limitiertes Angebot. Das be-

---

<sup>163</sup> Vgl. Moosdorf, R. G. (2010).

stehende Marktpotenzial ist nicht ausgeschöpft.“<sup>164</sup> Auch Oberender/Ruckdäschel sehen in der demographisch induzierten Nachfrageausweitung insbesondere eine Chance für Bäder, Kurorte und die Tourismusbranche.<sup>165</sup> Das Institut für Freizeitwirtschaft nennt als treibende Faktoren der Nachfrage unter anderem reduzierte Leistungen der Krankenkassen, hohe berufliche Anforderungen und die gestiegene Lebenserwartung.<sup>166</sup>

Ein Blick auf heutige Zahlen zeigt, dass das Segment der Wellnessreisen zwischen 2004 und 2008 ein durchschnittliches Wachstum von mehr als 20 % erzielen konnte und damit das drittgrößte nach „Reisen zu Freizeitparks“ und „Kreuzfahrten“.<sup>167</sup> Allerdings liegt der Anteil der Wellnessreisen am Umsatz für vorabgebucht Reisen bei gerade etwa 3 %. Auch zeigte die Finanzkrise ihre Auswirkungen. Im Jahre 2009 schrumpfte das Segment um 14 %. Ursächlich hierfür könnten die Einschränkungen beim Zweit- oder Dritturlaub sein, wie auch der komplette Verzicht auf das Reisen bei vielen deutschen Bürgern.

Die befragten Experten erwarten darüber hinaus eine *Ausweitung und Ausdifferenzierung* der Angebote in den kommenden Jahren, wobei hier vor allem der Bereich Wellness, Selfness bzw. Prävention gemeint ist. Gesehen wird von den Experten der Trend zu häufigeren und dafür kürzeren Reisen, die im Gegensatz zu früheren Jahren immer öfter unter einem bestimmten Thema angegangen werden. Hierunter fällt beispielsweise das Erlernen einer Sportart, der vegetarische Kochkurs oder die Kuranwendung. Etwas vorsichtiger ist demgegenüber die Reaktion der Touristikbranche auf das Thema der integrierten ärztlichen Behandlung also des Medizintourismus. Während einige Experten hier ein Wachstumsfeld sehen, gehen andere skeptisch mit dem Thema um. So wird das Problem eventueller Haftungsansprüche bei nicht korrekter Behandlung als Risiko für Reiseanbieter angeführt.

Eine weitere Frage, die Experten der Tourismusindustrie gestellt wurde, bezog sich auf die *Reaktion der Branche* auf die erwartete wachsende Bedeutung des Gesundheitstourismus. Aus den gegebenen Antworten heraus besteht kein Zweifel, dass sich die Tourismusbranche bereits auf diesen Trend eingestellt hat. Als Maßnahmen

---

<sup>164</sup> Sigrist, S. (2006), S. 50.

<sup>165</sup> Vgl. Oberender, P. / Ruckdäschel, S. (1999).

<sup>166</sup> Vgl. Institut für Freizeitwirtschaft (2008).

<sup>167</sup> Vgl. GfK Panel Services Deutschland (2010).

werden Spezialabteilungen aufgebaut, es wird in Kompetenzen investiert; große Unternehmen beteiligen sich an Spezialanbietern, die wiederum ihre Auswahl erweitern.

Die Gesprächsteilnehmer wurden auch gebeten, *Kunden von Gesundheitsreisen und Medizintouristen* zu beschreiben bzw. Gruppen zu segmentieren. Insgesamt gaben die Experten an, dass der Markt noch zu gering sei, um Kunden ausreichend zu differenzieren und ihre Struktur zu untersuchen. Klassisch können die Anbieter der Gesundheitsreisen jedoch zumindest die groben Segmente Jung-und-Dynamisch, Familien, Senioren, Preis- bzw. Qualitätsbewusste angeben. Vor allem Frauen sind Zielgruppe; es zeigt sich jedoch auch eine steigende Tendenz männlicher Reisender. Im Bereich des Medizintourismus kann dagegen vor allem zwischen den kostenorientierten Kunden, welche eine günstigere Behandlung im Ausland suchen und den Qualitäts- bzw. Image-orientierten unterschieden werden. Letztere suchen meist möglichst hohe Versorgungsstandards und haben die Möglichkeit, diese zu finanzieren.

In Bezug auf bestehende bzw. gewünschte und erwartete *Kooperationen* gaben die Touristikanbieter zwei große Felder an, in denen sie sich eine entsprechende Zusammenarbeit vorstellen können oder eine solche bereits besteht. Zum einen gehört hierzu der Bereich „Marketing und Vertrieb“ zum anderen der Bereich „Produktentwicklung“. So berichteten die Experten zwar, dass der Vertrieb von Gesundheitsreisen zurzeit vor allem über die klassischen Kanäle, also Reisebüros und Internetseiten, stattfindet, jedoch zukünftig auch entsprechende Kooperationen mit gesundheitsaffinen Unternehmen erwartet werden. Zum einen eröffnet sich hierdurch ein breiterer Zugang zum Kunden, zum anderen wird befürchtet, dass Mitarbeiter von Reisebüros bei speziell gesundheitsbezogenen Fragen an ihre Grenzen stoßen. Neben der heute schon bestehenden Zusammenarbeit von Reiseanbietern und Krankenkassen werden zukünftig somit auch Apotheken, Reformhäuser, Beautyeinrichtungen oder Psychotherapiepraxen interessante Vertriebs- und Marketingpartner. Als Kooperationspartner für die Entwicklung von Produkten werden vor allem die Krankenkassen gesehen, da sie über entsprechendes Know-How verfügen.

## Statements

***„Noch vor zehn Jahren hätte die Tourismusbranche gesagt: „Wie bitte, wir sollen mit Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten?“ Inzwischen liegt das auf der Hand und wenn man sich gerade in diesem Markt weiter entwickeln will, einmal was die Kompetenz betrifft und zum anderen eben im Vertrieb und der Vermarktung, gibt es gar keine andere Möglichkeit.“***

Als zusätzlich interessanten Partner für Kooperationen gab ein befragter Experte auch den Arbeitgeber an sich an. Zum einen auf Grund der angenommenen wachsenden Rolle der Gesunderhaltung von Arbeitnehmern, zum anderen auch durch die Unterstützung betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Gesetzgebung. Hierzu gehören Steuerbefreiungen welche seit Anfang dieses Jahres zum Tragen kommen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die von uns befragten Experten im Gesundheitstourismus ein Potenzial sehen, das bislang – außer im Bereich der klassischen Kur- und Rehabilitationsangebote – nicht ausgeschöpft wird. Entsprechend gering sind auch die heutigen Kenntnisse über mögliche Kundengruppen.

## 10 Das Thema „Gesundheit“ im Lebensmittelbereich

Der elementare Zusammenhang von Gesundheit und Ernährung bedarf im Grunde keiner Erklärung. Eine ausgewogene Nahrungsaufnahme ist seit langem als wichtiger Baustein für das physische und psychische Wohlbefinden des Menschen anerkannt und hilft zudem Krankheiten vorzubeugen.

Gleichzeitig ist das Thema „Ernährung“ heute allgegenwärtig. Neben der reinen Nahrungsaufnahme ist es als kultureller Faktor auch Freizeitvergnügen, Mittel zur Kommunikation und Geselligkeit. Diverse Kochshows unterhalten den TV Zuschauer und Restaurants und Imbiss-Läden gestalten die Innenstädte. Dabei hat es im Konsum von Nahrungsmitteln in den letzten Jahrzehnten große Veränderungen gegeben. In Konkurrenz zur eigenen Zubereitung traten sogenannte Fertiggerichte, Fast- sowie Convenience- („Bequem-“) Food.

Als relativ neue Entwicklung bezeichnet der Begriff „Functional Food“ Lebensmittel, die neben dem nutritiven Nutzen eine zusätzliche gesundheitsfördernde oder gesund-erhaltende Wirkung für den Verbraucher beinhalten.<sup>168</sup> Hierzu gehören Nahrungsmittel mit dem Gehalt an mindestens einem „nutraceutical“ beziehungsweise einer veränderten Zusammensetzung im Vergleich zum traditionellen Produkt. Als „nutraceutical“ (als Wort-Verbindung aus nutrient und pharmaceuticals) werden dabei Inhaltsstoffe bezeichnet, die aus pharmakologischer Sicht die Gesundheit des Menschen fördern können.<sup>169</sup> Beispielsweise fallen hierunter Fitnessgetränke mit ACE-Zusatz, Brot mit Omega-3-Fettsäuren, probiotischer Joghurt oder Margarine mit Phytosterinen. Eine häufig verwendete Definition des japanischen Lebensmittelrechts beschreibt Functional Food dementsprechend als „Foods for specified health use“ und bezieht dabei allein Inhaltsstoffe natürlichen Ursprungs ein, die herkömmlichen Nahrungsmitteln zugeführt werden. Goldberg ergänzt diese Definitionen um die Funktionen und Ziele des Functional Food. So sollen die Abwehrkräfte gestärkt, Krankheit und vorzeitige Alterung vorgebeugt und die physische und mentale Verfassung der Konsumenten verbessert werden.<sup>170</sup> Bislang konnte sich jedoch keine einheitliche Bedeutung des Begriffs „Functional Food“ durchsetzen. Insbesondere ge-

---

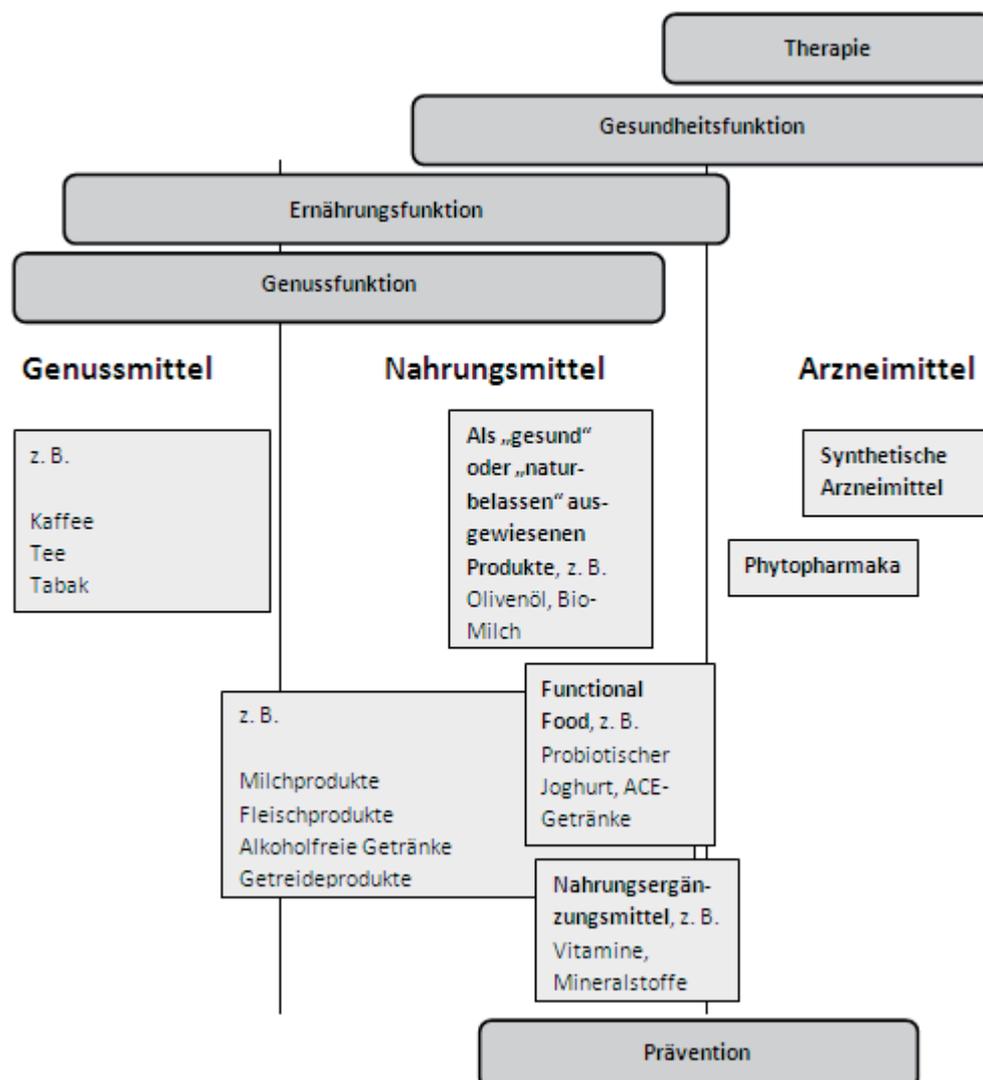
<sup>168</sup> Vgl. Stehle, P. / Henn T. (2003), S. 274.

<sup>169</sup> Vgl. Stehle, P. / Henn T. (2003), S. 272.

<sup>170</sup> Vgl. Goldberg, I. (1994), Preface.

hen die Meinungen darüber auseinander, inwieweit die zusätzlich beigegebenen Inhaltsstoffe aus natürlicher Produktion zu gewinnen sind oder auch Nahrungsmittel mit synthetisch hergestellten Stoffen (bspw. isotonische Getränke) in die Kategorie „Functional Food“ gehören, wie es in den USA der Fall ist. Eine eindeutige Abgrenzung zwischen Functional Food, konventionellen Lebensmitteln, Nahrungsergänzungs-, Naturheil- oder Arzneimitteln ist häufig nicht gegeben. Abbildung 36 versucht die Stellung der gesundheitsbezogenen Produkte als Genuss- Nahrungs- oder Arzneimittel aufzuzeigen.

**Abbildung 36: Abgrenzung gesundheitsbezogener Produkte**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Jäger, S., S. 172.

Während beispielsweise Functional Food nach Lebensmittelrecht als eben solches eingestuft wird, ist seine Funktion bereits deutlich die Prävention von Erkrankungen. Demgegenüber nehmen die Nahrungsergänzungsmittel als Lebensmittelprodukte ein

Zwitterstellung ein und werden überwiegend in Apotheken ver- und gekauft. Eine dritte Gruppe „gesunder“ Lebensmittel kann in den sogenannten „Bio-„ oder „naturbehaltenen“ Produkten gesehen werden, die ihren Status aus der Produktionstechnik im Vergleich zu den herkömmlichen Angeboten ziehen und als Schadstoff-arm und frei von Zusatzstoffen gelten. Darüber hinaus profitiert eine weitere Gruppe von Produkten aus einem bereits nachgewiesenen besonders positiven Nutzen für die Gesundheit, wie beispielsweise einige Speiseöle.

Die Umsatz- und Absatzzahlen der Bio-Produkte zeigen seit Jahren einen kontinuierlichen Anstieg der mengenmäßigen Nachfrage.<sup>171</sup> Auch im Jahr 2009, belastet durch die Wirtschaftskrise, stieg der Absatz der Bio-Nahrungsmittel um 2,3 %, während der der sogenannten Non-Bio-Produkte um 0,6 % zurückging. Durch Preisrückgang (-3,2 % im Bio-Segment) verringerte sich der Umsatz allerdings um -1 %. Im Non-Bio-Segment fiel dieser Rückgang mit -2,3 % allerdings höher aus. Der Anteil von Bio-Produkten an den gesamten Lebensmittelausgaben blieb mit 3,2 % konstant. Demgegenüber verlor das Segment „Nahrungsergänzungsmittel“ in den letzten Monaten sowohl mit Blick auf die Absatz- als auch die Umsatzzahlen.<sup>172</sup> Insbesondere zeigten sich diese Rückgänge im Lebensmitteleinzelhandel und den Discountern. Dennoch bleiben die Nahrungsergänzungsmittel drittstärkste Produktgruppe unter den OTC- (over-the-counter-) Arznei- und Gesundheitsmitteln mit einem Umsatz von knapp 900 Mio. € bei etwa 140 Mio. verkauften Packungen. Der Markt für Functional Food zeigte auch 2009, insbesondere in den Bereichen Joghurt und Getränke wachsende Umsätze. Für Deutschland wird eine Höhe von etwa 5 Mrd. € geschätzt.<sup>173</sup> Vor allem große internationale Akteure der Nahrungsmittelindustrie konnten in den letzten Jahren ein sehr viel stärkeres Umsatzwachstum in ihrem Functional Food Segment verzeichnen als im Bereich der konventionellen Lebensmittel.<sup>174</sup> Inzwischen gehören über 15 % der verkauften Joghurt-Produkte zu den sogenannten probiotischen und können Preisunterschiede von bis zu 100 % im Vergleich zu den herkömmlichen erzielen.<sup>175</sup> Ebenfalls hohe Preisdifferenzen zeigen sich beispielsweise bei den sogenannten Wellness-Cornflakes oder cholesterinsenkender Margarine. Ein großer Druck auf diese Preisunterschiede wird jedoch durch die Discounter des Einzelhan-

---

<sup>171</sup> Vgl. Adlwarth, W. (2010)

<sup>172</sup> Vgl. IMS Health (2009b) und Stoya, E.-M. (2010)

<sup>173</sup> Vgl. Pankratz, A. (2009).

<sup>174</sup> Vgl. Weissenborn, C. (2010).

<sup>175</sup> Vgl. Matiaske, B. (2005), S. 11 und AC Nielsen (2006).

dels ausgeübt, bei einer gleichzeitig sinkenden Wiederkäuferrate (83,2 % in 2008; 80,7 % in 2010).<sup>176</sup>

Mit Blick auf diese Zahlen stellt sich die Frage, inwieweit auch die Lebensmittelindustrie und der Einzelhandel für sich noch weitere Potenziale im 2. Gesundheitsmarkt sehen.

Im Rahmen der Untersuchung kommender Trends wurden Experten der Nahrungsmittelforschung oder -vermarktung gefragt, welche Bedeutung sie dem Markt für gesunde Ernährung oder Functional Food aktuell und in der Zukunft einräumen, welche Kundengruppen diese Produkte konsumieren, welche Entwicklungen erwartet werden auch in Bezug auf den Fast-Food Bereich und welche Kooperationen sich zwischen Unternehmen des Nahrungsmittelsektors und der Gesundheitsbranche ergeben könnten.

Bezüglich des *aktuellen Stellenwertes* von als „gesund“ gekennzeichneten Lebensmitteln bzw. Functional Food ergab sich im Rahmen unserer Befragung von Experten kein einheitliches Bild. Während vor allem Vertreter der Einzelhandelsbranche eine hohe Bedeutung „gesunder“ Produkte betonten, über die sich insbesondere Discounter profilieren möchten, sehen die Befragten einen geringeren Stellenwert dieser Lebensmittel für die herstellende Industrie. Zum einen wurde darauf hingewiesen, dass der Geschmack von Nahrungsmitteln das entscheidende Kriterium sei und zum anderen nur wenige große Unternehmen in die „Gesundheitsschiene“ investierten.

#### Statements

***„...Also generell ist der Anteil, den die Lebensmittelindustrie in die Forschung steckt recht gering und da geht dann relativ viel in Geschmack, Sensorik, solche Sachen, weil das halt immer das Wichtigste ist; da bleibt nicht viel bei den meisten Firmen...nur ein paar ausgewählte investieren in die Gesundheitsschiene“.***

Vermutet wird zudem, dass der Erfolg des momentan angebotenen Functional Food sehr stark von Werbemaßnahmen abhängt und somit nur große Unternehmen entsprechende Gelder aufbringen könnten.

---

<sup>176</sup> Vgl. Weissenborn, C. (2010).

Auch Menrad betont, dass vor allem multinationale Lebensmittelunternehmen und einzelne Pharmafirmen die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung haben, um die aufwändigen Forschungs- und Entwicklungsarbeiten sowie die hohen Markteinführungskosten tragen zu können.<sup>177</sup> Während die Produkteinführung herkömmlicher Nahrungsmittel in einstelliger Mio.höhe erwartet wird, können selbige Kosten beispielsweise für probiotische oder –aktive Produkte die Höhe von 50 Mio. € überschreiten. Einzelne kleinere Unternehmen konzentrieren sich demgegenüber auf spezielle Marktnischen oder nacharmer Produkte. Eine Reihe von öffentlichen Einrichtungen in Deutschland führt ebenfalls Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten in diesem Bereich durch, staatliche Fördergelder haben jedoch nur eine geringe Bedeutung.

Ertragreich scheint es demgegenüber zu sein, einem bereits bestehenden Produkt einen gesundheitsfördernden Zusatznutzen nachzuweisen. So stieg beispielsweise der Verkauf von hochwertigem Olivenöl nach seiner Einstufung als besonders gesund. Ein ähnlicher Erfolg gelang schokoladenhaltigen Getränken in Japan nachdem ihnen ein vor Krebs und Herzkrankheiten schützender Effekt zugesprochen wurde.<sup>178</sup>

Die *zukünftige Bedeutung* der „gesunden“ Lebensmittel sehen die Experten kaum verändert zur heutigen Situation. Erwartet wird, dass weiterhin nur große Unternehmen in den Functional Food Bereich investieren und kleine lediglich in begrenztem Umfang „nachziehen“. Des Weiteren wird die Bedeutung des Functional Food und der gesundheitsfördernden Lebensmittel in Zukunft von der Entwicklung der *Health Claims Verordnung*, also der Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel, abhängen. Diese beschränkt vor allem das Werben mit gesundheitsbezogenen Aussagen auf solche Angaben, die zuvor mithilfe wissenschaftlicher Daten nachgewiesen werden konnten, wodurch eine zusätzliche Hürde dieser als stark werbeabhängig geltenden Produkte eingeführt wurde.

---

<sup>177</sup> Vgl. Menrad, K. (2005), S. 64-65.

<sup>178</sup> Vgl. AC Nielsen (2005), S. 6.

***Exkurs: Die Verordnung (EG) Nr. 1924 / 2006 des Europäischen Parlaments und des Rates über Nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel vom 20.12.2006 (Health Claims Verordnung)***

Die sogenannte Health Claims Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates hat zum Ziel das Lebensmittelwerberecht in Europa zu harmonisieren, den freien Warenverkehr innerhalb der Europäischen Union zu verbessern, den Verbraucher vor irreführender Werbung zu schützen sowie Innovationen zu fördern und gilt seit dem 01. Juli 2007 allerdings mit einer ganzen Reihe komplizierter Übergangsfristen.

Für Nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel gilt mit der Verordnung sowohl für die Werbung als auch Verpackungsangaben ein Verbotprinzip mit Erlaubnisvorbehalt:

Zulässig sind hiermit nur noch Angaben, die durch die Health Claims Verordnung ausdrücklich zugelassen sind und vorgegebenen Profilen entsprechen.

Gesundheitsbezogene Werbung darf laut Verordnung nicht irreführend und nicht auf eine Krankheit bezogen sein. Sie muss eine Reihe von Anforderungen erfüllen und von der Europäischen Kommission zugelassen sein, wobei sich die entsprechenden Verfahren je zu prüfender Angabe unterscheiden.

Insbesondere gesundheitsbezogene Aussagen sind nur noch dann zulässig, wenn sie auf wissenschaftlichen Daten beruhen.

Herausgestellt wurde von den Befragten, dass sie weniger mit einer Erhöhung der Nachfrage nach Functional Food oder besonders gesundheitsfördernden Produkten rechnen, sondern eher einen wachsenden Kundenwunsch nach gesundem Convenience Food, also küchen-, gar- oder verzehrfertigen Nahrungsmitteln.

Weniger zurückhaltend schätzt Sigrist das zukünftige Potenzial von Functional Food in seiner Studie „Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts - Kostenfaktor und Wachstumschance“ ein: „Fest steht, dass der Markt für Functional Food wächst und

die Unternehmen in den nächsten Jahren deutlich höhere Umsätze erwarten<sup>179</sup>. Zwar gelte dies für den US-amerikanischen und asiatischen Markt in stärkerem Maß als für den europäischen, in dem sich Konsumenten häufig skeptisch gegenüber „weniger natürlichen“ Produkten zeigten, ein Wachstum könne jedoch insbesondere nach wissenschaftlich erwiesener Wirkung folgen. Die Bundesvereinigung der deutschen Ernährungsindustrie e. V. und der GfK Panel Service sehen den gesamten Markt der gesunden Ernährung bereits heute als Zugpferd des Nahrungsmittelsektors. „Der Wellfood-Trend treibt den Lebensmittelmarkt an. (...) Immer größer wird der Wunsch der Konsumenten, Essen und Gesundheit noch stärker zu verbinden.“<sup>180</sup> Abhängig ist die weitere Entwicklung dieser tendenziell teureren Produktangebote neben wirtschaftlichen Faktoren, wie der Einkommensentwicklung, insbesondere von den Einstellungen der Konsumenten. So scheinen deutsche Konsumenten generell skeptischer gegenüber Functional Food Produkten zu sein und tendieren bislang stärker zu Bio- und Vollkornprodukten.<sup>181</sup> Bezogen auf einen regelmäßigen Kauf von Functional Food liegt Deutschland zum Teil weit unter dem globalen oder europäischen Durchschnitt. Zudem begründen Nichtkäufer ihre Ablehnung überdurchschnittlich häufig (50 %, global: 38 %) damit, nicht an die zusätzlichen gesundheitsförderlichen Eigenschaften zu glauben. Ein weiterer oft genannter Grund des Nichtkaufens sind die als zu hoch empfundenen Preise. Sehr erfolgreich durchsetzen konnte sich in Deutschland bislang das jodierte Speisesalz, allerdings unterstützt durch die Ernährungsverbände, andere Produkte wurden mangels ökonomischen Erfolges kurz nach ihrer Einführung wieder vom Markt genommen.<sup>182</sup>

Auf die Frage nach dem *Kundenprofil* entsprechender Produkte gaben die Befragten an, dass zum einen in die klassischen Konsumentencluster Senioren, Familien, Mütter etc. unterschieden werden kann zum anderen aber auch nach den Bedürfnissen der Kunden unterschieden werden kann. Hier zeigt sich die Kundengruppe mit Ich-bezogenem Lebensstil und klarem Fokus auf Sportlichkeit, Gesundheit und Wellness. Darüber hinaus kann eine weitere Gruppe in den Kunden gesehen werden, die wenig Zeit haben aber ein gesundes Leben wünschen und als drittes die Kunden mit „schlechtem Gewissen“ ihre sonstige Ernährungsweise betreffend.

---

<sup>179</sup> Vgl. Sigrist, S. (2006), S. 48-49.

<sup>180</sup> Vgl. GfK Panel Services Deutschland und Bundesvereinigung der Deutschen Ernährungsindustrie e. V., BVE (2007), S. 5.

<sup>181</sup> Vgl. AC Nielsen (2006).

<sup>182</sup> Vgl. Matiaske, B. (2005), S. 16.

### Statements

***„Früher war es ja immer so: entweder man hat Obst gekauft oder Fertiggerichte und ich denke, der Konsument will eigentlich beides haben; er möchte Convenience, die aber trotzdem gesund ist.“***

Im Jahre 2006 segmentierte das Marktforschungsinstitut AC Nielsen die Kunden gesunder Nahrungsmittel nach Alter und Familienstand. Als besonders gesundheitsbewusst identifizierten die Analysten die alleinstehenden Senioren und das „leere Nest“ (Eltern bereits erwachsener, nicht mehr bei ihnen lebender Kinder). Alleinstehende Senioren und junge Singles hielten den Zusatznutzen der Functional Food Produkte für eine „gute Sache“. Beim Einkauf achteten aber wiederum die alleinstehenden Senioren und das „leere Nest“ auf den Zusatznutzen der Produkte.

Im Weiteren wurden die Experten gebeten, *neue innovative Produkte* zu nennen, die sie sich zukünftig im Bereich gesunde Ernährung vorstellen könnten. Die Experten wiesen dabei einerseits auf den Trend zur Natürlichkeit und Glaubwürdigkeit hin. Andererseits konnten sich die Befragten vorstellen, dass eine weitere Entwicklung zur gezielteren Einnahme von Nahrungsmitteln bzw. Nahrungsergänzungsmitteln beispielsweise nach vorherigem Selbsttest oder grobem Profil (Mütter, Sportler, Raucher etc.) stattfinden wird. Letztere gäbe es bereits in Anfängen, sie sei jedoch bislang noch kaum zu vermarkten. Weniger glaubten die Experten an eine personalisierte Ernährung nach biometrischem Profil.

Den Stellenwert, welchen die gesunde Ernährung zukünftig im *Fast Food Bereich* einnehmen wird schätzen die Befragten als relativ gering ein. Hier sehen sie gesunde Produkte maximal als „Beilage“. An die Gewinnung neuer Kundengruppen durch das Anbieten gesunder Produkte glauben die Experten nur in Einzelfällen.

### Statements

***„...ich kenne natürlich die Zahlen nicht, aber ich könnte mir gut vorstellen, dass die Leute, die in ein Fast-Food-Restaurant gehen..., die gehen dahin, weil sie einen Burger wollen und nicht, um einen Salat zu essen. Deshalb glaube ich, dass beim Fast-Food das Potenzial begrenzt ist.“***

Auf die Frage, welche *Kooperationen* sich die Gesprächsteilnehmer zwischen Unternehmen des Nahrungsmittelsektors und der Gesundheitsbranche vorstellen könnten, waren die Antworten sehr verhalten. Bezogen auf den Vertrieb von gesunden Lebensmitteln sehen einige Befragte die Möglichkeiten bereits ausgeschöpft. Als neuesten Vertriebsweg der letzten Jahre gaben die Experten die Bio-Supermärkte an, für weitere Spezialvertriebe wird darüber hinaus kein Potenzial angenommen. Kooperative Randerscheinungen könnten beispielsweise noch im Bereich der Belieferung von Gesundheitseinrichtungen entstehen oder im Rahmen gesundheitlicher Aufklärung.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Entwicklung des Marktes für gesunde Lebensmittel und Functional Food sehr unterschiedlich erwartet wird. Zum einen wird das Marktpotenzial in Studien der Markt- oder sonstiger Forschungsinstitute sehr viel positiver dargestellt als dies die hier befragten Experten taten, zum anderen gehen auch die Meinungen letzterer auseinander. Vertreter des Lebensmittelvertriebs bewerten die kommende Bedeutung der Produkte sehr viel höher als dies von der Industrie angenommen werden kann. Auch kommende Innovationen, Entwicklungen im Fast-Food Bereich und mögliche Kooperationen werden eher verhalten betrachtet.

## 11 Qualität im Gesundheitswesen

Das Thema „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ ist seit dem erstmaligen Einzug in das Sozialgesetzbuch V im Jahre 1988 von den Akteuren des Systems immer stärker herausgestellt bzw. fokussiert worden. So findet sich hier der Begriff „Qualität“ mittlerweile mehr als 60-mal, die Ausdrücke „Qualitätssicherung“, „Qualitätsanforderung“, „Qualitätssicherungsmaßnahme“ oder „qualitätsgesichert“ etwa 50-mal und immerhin noch häufiger als fünfmal das „Qualitätsmanagement“ und das obgleich bereits der Versuch einer Definition dieses Ziels nicht ohne Weiteres gelingt.

Wissenschaftler näherten sich einer Begriffsbestimmung von „Qualität“ (lateinisch: „qualitas“ = Beschaffenheit, Eigenschaft) schon im Bereich der Konsumgüter mit Vorsicht. Einen populären Ansatz lieferte David A. Garvin im Jahre 1984 mit seiner zusammenfassenden Darstellung „What Does “Product Quality” Really Mean?“ im MIT Sloan-Magazin.<sup>183</sup> Er zeigte auf, in welcher unterschiedlicher Weise sich das Verständnis von Qualität darstellen kann: von der rein subjektiven Einschätzung jedes Einzelnen über die perfekte Realisierung aller Kundenbedürfnisse, die fehlerfreie Produktion bis zum angemessenen Preis-Leistungs-Verhältnis. Einfacher drückt Crosby seine Definition von Qualität als Grad der Übereinstimmung von Ist und Soll aus, woraus sich jedoch in keinsten Weise eine in der Realität einfach zu handhabende Vorgabe ergibt.<sup>184</sup> Sowohl die Bestimmung des idealen Ergebnisses als auch die Messinstrumente, welche den Grad der Zielerreichung ermitteln, müssen hiernach festgelegt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Qualität erklärt Qualität als Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse beziehen.<sup>185</sup> Dabei können objektive Größen zwar statistisch gemessen werden, beziehen sich jedoch nur auf einzelne Anforderungen an ein Gut. Die subjektiven Einflüsse aus persönlichem Geschmack, Einstellungen, basierend auf Erfahrungen oder persönlichen Präferenzen, sind nicht ohne Weiteres statistisch zu bestimmen.

Schwieriger wird dies noch im Markt für Gesundheitsleistungen mit seinem komplexen Dienstleistungssystem. Der Erfolg der hier erbrachten immateriellen und über-

---

<sup>183</sup> Vgl. Garvin, D. A. (1984).

<sup>184</sup> Vgl. Crosby, P. B. (1979).

<sup>185</sup> Vgl. DIN 55350 Teil 11 (1987).

wiegend auf Vertrauen basierenden Leistungen ist zu einem großen Teil abhängig vom Mitwirken des Patienten als Leistungsempfänger, also seinem Lebensstil und seiner Therapietreue. Darüber hinaus gelten für den Gesundheitsbereich weitere Besonderheiten, wie die fehlende Konsumentensouveränität und die asymmetrische Verteilung von Information und Wissen, welche eine Qualitätseinschätzung durch den Patienten zusätzlich erschweren.

Ganz unterschiedliche Akteure des Gesundheitswesens, sowohl Patientenvertreter als auch Unternehmensberater, Vertreter der Pharmaindustrie aber auch der Tourismus- oder Nahrungsmittelbranche wurden mit Blick auf die oben beschriebenen definitorischen Schwierigkeiten gefragt, was sie unter Qualität von Gesundheitsleistungen verstünden und welche Qualitätseigenschaften zukünftig wichtig sein werden, um langfristig im Markt bestehen zu können.

Beim Versuch einer *Definition von Qualität* verwies die große Mehrheit der Interviewpartner zunächst auf die Wirksamkeit und Evidenzbasierung sowie die Nachhaltigkeit der Maßnahmen, machte jedoch auch deutlich, dass eine Beantwortung der gestellten Frage nicht leicht fiel. Weitere häufig gegebene Antworten bezogen sich auf ein angemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis und auch den stärkeren Bezug auf Leitlinien, Qualitätszirkel und Standards. Immerhin 27,7 % der Befragten betonten, dass sie sich zukünftig einen sehr viel stärkeren Einbezug der Patientenperspektive wünschten. Darüber hinaus wurden vor allem die Möglichkeit der Messbarkeit, Reproduzierbarkeit und Dokumentation als zukünftig zu erfüllende Kriterien genannt.

Dennoch ist die Qualität ein vorrangiges Versorgungsziel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).<sup>186</sup> Nach §70 SGB haben die Leistungserbringer eine Versorgung in fachlich gebotener Qualität durchzuführen, wozu nach §2 das Entsprechen des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gehört und die Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts. Donabian, welcher Qualität im Gesundheitswesen abstrakt als Übereinstimmungsgrad zwischen den Zielen des Systems und der wirklich geleisteten Versorgung beschreibt, unterteilt diese in die Bereiche „Struktur-“, „Prozess-“ und „Ergebnisqualität“.<sup>187</sup> Erstere umfasst sowohl die räumliche und technische Ausstattung der jeweiligen Leistungserbringer wie auch die

---

<sup>186</sup> Vgl. AOK Bundesverband (2009).

<sup>187</sup> Vgl. Donabedian, A. (1966) (1980) (1992).

Qualifikationen des Personals. Die Prozessqualität bezieht sich auf das gesamte Spektrum der zwischenmenschlichen und medizinischen Vorgänge, welche zur Versorgung der Patienten notwendig sind, von der Indikation über die Diagnose bis zur Therapie und Nachsorge. In den Bereich der Ergebnisqualität fallen die sogenannten Outcomes der jeweiligen Leistung, also beispielsweise Heilungserfolge, Komplikations- und Mortalitätsraten oder auch Veränderungen der Lebensqualität. Ergänzt wurde diese Definition von Campbell, welcher im Jahre 2000 die Faktoren „Zugang/Gerechtigkeit“ und „Effizienz“.<sup>188</sup> Ersterer betont insbesondere, dass Patienten nicht nur potenziell die Möglichkeit eines Zugangs zu medizinischen und therapeutischen gewährt wird, sondern eine entsprechende Strukturierung der Versorgung eine tatsächliche Nutzung wahrscheinlich macht. Barrieren wie Fahrt- oder Wartezeiten, welche als Zugangsschwellen zu Selektionseffekten führen könnten sollen so gering wie möglich gehalten werden. Der Aspekt der „Effizienz“ als Qualitätsindikator bezieht sich darüber hinaus auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Versorgungsangeboten sowie die Risikoreduktion.

Mit der Sicherung der Qualität der Leistungserbringung im Gesundheitswesen befasst sich der gesamte neunte Abschnitt des SGB V. Hier finden sich u. a. Regelungen zur Umsetzung und Darstellung von qualitätssichernden Maßnahmen, zum Umgang mit neuen Heil- und Hilfsmitteln, zur Einholung von Zweitmeinungen, Teilnahme an Fortbildungen oder aufzustellenden Qualitätsberichten. Darüber hinaus sind hier die im Jahre 2003 eingefügten Regelungen zur Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und seinen Aufgaben angesiedelt wie auch die Vorgabe, nach der ein Großteil der Leistungserbringer zur Einrichtung eines Qualitätsmanagements verpflichtet sind.

Im Gegensatz zur Qualitätssicherung, welche ein festgelegtes Niveau der Qualität garantieren soll, dient ein Qualitätsmanagement (QM) der stetigen Verbesserung derselbigen. Ziel dieses Unternehmensführungsinstruments ist es, Leistungen zu verbessern, um ein hohes Maß an Kundenzufriedenheit respektive -bindung zu generieren. Insbesondere in der ganzheitlichen Form des Total-Quality-Managements gilt es, Prozesse und Abläufe vorbeugend zu planen und der Qualität somit eine entsprechende Rolle im gesamten Unternehmen einzuräumen.<sup>189</sup> Darüber hinaus be-

---

<sup>188</sup> Vgl. Campbell S. M. / Roland M. O. / Buetow S. A. (2000).

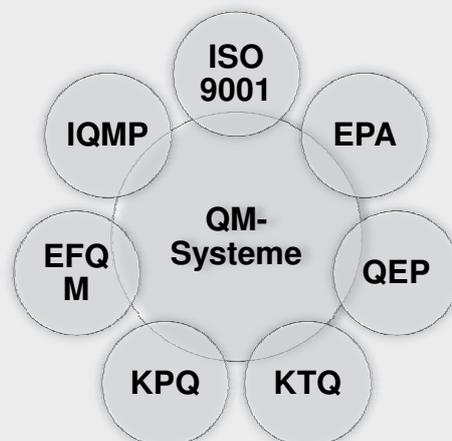
<sup>189</sup> Vgl. Jung, H. (2006), S. 302.

steht die Möglichkeit, durch eine extern durchgeführte Zertifizierung ein zusätzliches Signal über die qualitativ hochwertige Leistungserstellung nach außen zu tragen.

### **Exkurs: QM-Systeme im Gesundheitswesen**

Vor allem die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen des §135a Abs. 2, wonach Vertragsärzte, MVZs, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorge und Rehabilitationsleistungen sowie weitere Leistungserbringer verpflichtet sind, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln, haben die Auseinandersetzung mit eben diesem Thema in den letzten Jahren vorangebracht. In Verbindung mit der steigenden Ökonomisierung und des wachsenden Wettbewerbs sowie der stärkeren Mitsprache von Patienten auch in Form von Beschwerden bzw. Klagen erklärt sich, dass Leistungserbringer neben der vorgeschriebenen Einführung eines Qualitätsmanagementsystems auch den freiwilligen Weg einer offiziellen Zertifizierung ihrer Einrichtung gehen. Mittlerweile wurde bereits eine ganze Reihe von Qualitätsmanagementsystemen entwickelt.

**Abbildung 37: Qualitätsmanagement-(QM)-Systeme**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an EPA-Qualitätsmanagement in der Praxis.<sup>190</sup>

Die wohl bekanntesten Systeme, die ISO 9001 Normenreihe der International Organization for Standardization und das EFQM-Modell der European Foundation for Quality Management, bilden jeweils eine zusammenhängende Serie von Grundsätzen, welche im Rahmen eines Qualitätsmanagements erfüllt werden sollen. Hierzu zählen bspw. Kriterien der Kundenorientierung, der kontinuierlichen Verbesserung oder der nachhaltigen Lieferantenbeziehungen. Ersteres basiert auf

<sup>190</sup> Vgl. Europäisches Praxisassessment (EPA) (2009).

einer Bewertung im Rahmen sog. Audits, das EFQM beruht dagegen überwiegend auf Selbsteinschätzungen, die einer Prüfung unterzogen werden.

Speziell auf Leistungen des Gesundheitssystem ausgerichtet ist das KTQ- (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) System, welches insbesondere für Krankenhäuser entwickelt wurde, mittlerweile jedoch auch für alle anderen Akteure angewendet wird. Das IQMP basiert auf dem Modell der EFQM, wurde allerdings speziell für den Bereich der Reha-Einrichtungen weiterentwickelt. Sowohl das Europäische Praxismanagement (EPA)-Modell, als auch das System der Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) der Kassenärztlichen Vereinigungen richten sich speziell an ambulante Praxen aller Fachrichtungen. Gleiches gilt für das Praxis-Qualitätsmanagementsystem (KPQ)-Modell der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, welches sowohl Elemente des ISO- als auch des EFQM-Systems einbezieht, diese jedoch um prozessbezogene Aspekte des Disease-Managements ergänzt.

Mit Blick in die Zukunft stellt sich, bezogen auf die vermuteten Finanzierungsprobleme, die Frage, wie sich die Qualität der gesundheitsbezogenen Leistungen entwickeln wird. Sofern von einem stärkeren Einbezug wettbewerblicher Faktoren und/oder eines aktiveren Teilnehmens des Patienten an seiner Versorgung ausgegangen werden kann, wird sich die Qualität neben dem Preis weiter als Wettbewerbsfaktor etablieren.

Dementsprechend wurden die verschiedenen Experten befragt, welche *Qualitätseigenschaften* zukünftig wichtig sein werden, um sich im Markt zu behaupten. Auch hier hatten einige Gesprächspartner Mühe, eine Antwort zu finden. Es kristallisierte sich heraus, dass vor allem die Kommunizierbarkeit der qualitativen Arbeit und die zielgruppengerechte Ansprache zukünftig wichtige Faktoren sein werden, um im Markt zu bestehen. Darüber hinaus wurde vor allem die Wichtigkeit der Prozessoptimierung betont. Die häufig einzigen für den Patienten wahrnehmbaren Aspekte von Qualität lägen in den Bereichen der zwischenmenschlichen Vorgänge wie die Beratung, Betreuung oder persönlichen Ansprache.

## Statements

***„Ich glaube, Prozessoptimierung ist das große Thema der Qualitätsoptimierung im Gesundheitswesen, weil darüber Signale gesendet werden, die Menschen wahrnehmen, während sie teilweise die Qualität der medizinischen Leistungen gar nicht beurteilen können. Über die Prozesswahrnehmung wird Vertrauen in die Leistung für die Patienten initiiert und das führt dann zur Qualitätswahrnehmung.“***

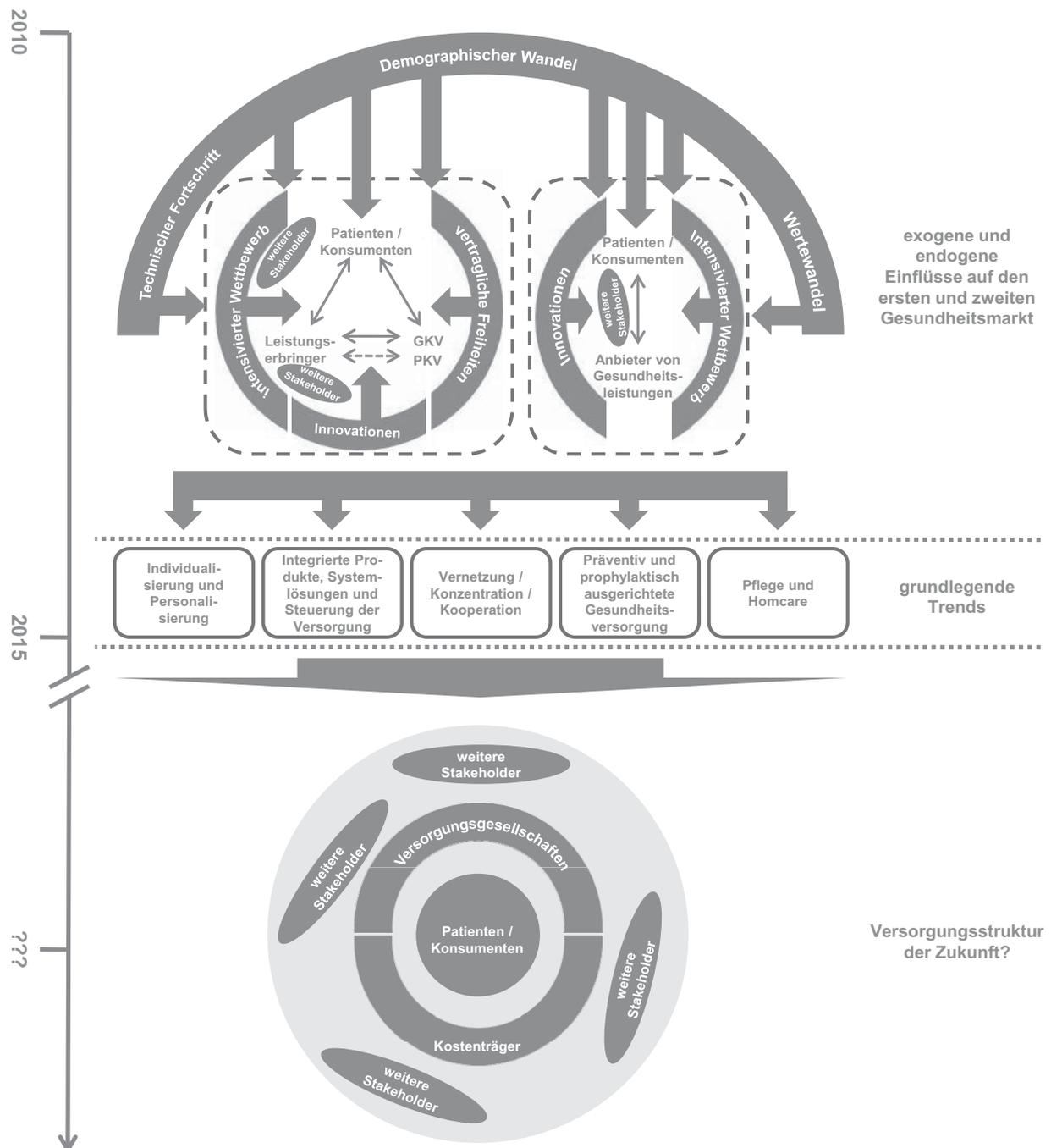
Bislang zeigen Befragungen, dass die Patienten ihre Versorgung als „eher gut“ ansehen jedoch mit wachsender Unzufriedenheit. Sowohl im Gesundheitsbarometer 2009 von Ernst&Young (2.000 Befragte) als auch im Gesundheitsreport von MLP (etwa 1.800 befragt Patienten) gaben die einbezogenen Personen an, dass sich die Qualität der Versorgung in den letzten Jahren verschlechtert hätte.<sup>191</sup> Insbesondere der Aspekt der Wartezeit wurde hier negativ von den GKV-Patienten bewertet. Bezüglich ihrer Erwartungen an die Entwicklungen der Versorgungsqualität gaben im Gesundheitsreport 2009 72 % der Befragten an, dass sie qualitative Einbuße auf Grund des kommenden Kostendrucks vermuten.

Insgesamt wird es interessant sein, zu beobachten, welche Entwicklungen sich, neben den finanziellen und strukturellen Veränderungen, im qualitativen Bereich ergeben werden. Unter Umständen kann auch hier ein Zwei-Schichten-System aus qualitativ-hochwertigen privat zu finanzierenden Angeboten und gleich bleibender bis sinkender Güte im GKV-Leistungsbereich entstehen. Abhängig sind diese Entwicklungen natürlich von den beschriebenen Einflüssen aus finanzieller Lage, Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung, der Patientensouveränität und der Ausgestaltung des Wettbewerbs.

---

<sup>191</sup> Vgl. Ernst&Young (2009) / Institut für Demoskopie Allersbach (IfD) / MLP AG (Hrsg.) (2009).

## 12 Fazit und Ausblick: Übergreifende Trends und die künftige Versorgungsstruktur



Ziel dieser Studie war es, die *künftigen Entwicklungen* im deutschen Gesundheitswesen zu prognostizieren und potentielle *Trends*, die die Gesundheitsbranche in den

kommenden Jahren bestimmen werden, zu identifizieren. Hierzu wurden zunächst die maßgeblichen (externen) Einflussfaktoren „Demographischer Wandel“, „Technischer Fortschritt“ und ein verändertes Gesundheitsbewusstsein in Form eines „Wertewandels“ dargestellt. Diese Faktoren werden auch künftig ein überdurchschnittliches Wachstum in dem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt erzeugen. Gleichzeitig werden weitere (endogene) Einflüsse aufgrund von Strukturveränderungen induziert, die ihrerseits auf das Verhalten der unterschiedlichen Akteure einwirken werden. Im Mittelpunkt stehen dabei zunehmende Finanzierungsprobleme der GKV, denen nach Auffassung eines Großteils der befragten Experten mit weiteren Kostendämpfungsmaßnahmen, einer Reduktion des GKV-Regelleistungskatalogs sowie mit einer Ausweitung der Möglichkeiten für Selektivverträge entgegengewirkt werden soll. Dies wird wiederum den Wettbewerb unter den Anbietern von Gesundheitsleistungen und -produkten sowie Kostenträgern intensivieren, ihnen auf der anderen Seite aber auch mehr vertragliche Freiheiten als die Rahmenvereinbarungen bieten.

Im Hauptteil der Studie wurden anschließend die künftigen Entwicklungen und Trends, die sich direkt oder indirekt (als Reaktion) auf die oben genannten Einflussfaktoren ergeben, für verschiedene Akteure des Gesundheitswesens aufgezeigt. Insgesamt zeichnen sich dabei fünf übergreifende Trends für den Gesundheitsmarkt 2015 ab, die sich teilweise gegenseitig bedingen:

### **1. Individualisierung und Personalisierung:**

Die Individualisierung wird im Gesundheitsmarkt 2015 allgegenwärtig sein. Innovationen werden künftig individuelle, personalisierte Diagnosen und Therapien ermöglichen. Leistungserbringer und Krankenkassen werden Versorgungsangebote anbieten, die spezifisch auf bestimmte Patientengruppen zurechtgeschnitten sind und die individuellen Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt stellen. Ein gewisser Anteil der Patienten wird souveräner und individuelle Lösungen mit Mehrwert nachfragen. Dafür wird seine Zahlungsbereitschaft für die speziellen Produkte und Leistungen ebenfalls höher sein.

### **2. Integrierte Produkte und Systemlösungen und Steuerung der Versorgung:**

Künftig ist ein wachsendes Angebot integrierter Produkte sowie Systemlösungen zu erwarten. Insbesondere im Bereich der medizinischen Versorgung wird verstärkt auf integrierte Konzepte gesetzt, durch die die Versorgung effizienter und gleichzeitig

qualitativ hochwertiger gestaltet werden soll. Auch die Medizintechnikbranche wird vermehrt Komplettsysteme anbieten, die auf die individuellen Wünsche der Nachfrager abgestimmt sind. Des Weiteren wird sich auch die pharmazeutische Industrie bemühen, ihr Produktportfolio über das „Arzneimittel“ hinaus zu erweitern und Systemlösungen anzubieten. Darüberhinaus könnte es unterschiedlichen Akteuren auf Basis von Selektivverträgen ermöglicht werden, sich stärker in die Versorgungsprozesse einzubringen. Gleichzeitig werden aber auch die Krankenkassen ihre wachsende Marktmacht im Rahmen von Einzelverträgen nutzen, um ihren Einfluss bei der Steuerung der Gesundheitsversorgung zu stärken und die Outcomes der Versorgungsprozesse zu kontrollieren.

### **3. Vernetzung/Konzentration/Kooperation**

Um integrierte Produkte und Systemlösungen, insbesondere in der Gesundheitsversorgung, anbieten zu können, wird es einer bestimmten Größe bedürfen. Diese wird entweder durch Konzentrationsprozesse, Netzwerke oder Kooperationen realisiert. In einigen Bereichen werden auch besonders große Einheiten auf Kooperationen nicht verzichten können, bspw. Krankenkassen mit Leistungserbringern oder Allianzen mit bisher branchenfremden Unternehmen, die künftig zunehmen werden. Zudem werden Konzentrations- und Kooperationsprozesse durch eine Intensivierung des Wettbewerbs vorangetrieben. Ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik wird die Vernetzung des gesamten Versorgungsapparates auf elektronischer Basis sein, um Effizienzreserven zu heben und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Ohne zeitgerechte IT-Vernetzung werden Unternehmen im künftigen Gesundheitsmarkt nicht mehr wettbewerbsfähig sein.

### **4. Präventiv und prophylaktisch ausgerichtete Gesundheitsversorgung**

Bedingt durch einen Wertewandel wird eine gewisse Konsumentengruppe verstärkt Präventionsprodukte nachfragen. Aufgrund des medizintechnischen Fortschritts werden diese Konsumenten auch bedient werden. Darüber hinaus sind bis zum Jahr 2015 diagnostische Instrumente zu erwarten, die eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung mit den Schwerpunkten Prävention und Prophylaxe. Sollten sich diese Instrumente im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse als kosteneffektiv erweisen (wovon auszugehen ist), dann ist dieser Trend nicht mehr aufzuhalten.

## 5. Pflege und (e)Homecare

Ausgelöst durch den demographischen Wandel werden sich die Bereiche Pflege und (e)Homecare zu grundlegenden Trends entwickeln. Bereits jetzt ist eine bedeutende Nachfrage vorhanden, die bislang jedoch nicht adäquat bedient wird. Eine deutliche Nachfragesteigerung ist abzusehen, die es durch eine Fokussierung auf diesen Bereich verbunden mit dem technischen Fortschritt zu befriedigen gilt.

Diese übergreifenden Trends für die kommenden fünf Jahre werden die Struktur und die Prozesse der Gesundheitsversorgung grundlegend verändern. Der Patient wird mit seinen spezifischen medizinischen Bedürfnissen und Charakteristika aufgrund der Fortschritte in der individualisierten und personalisierten Medizin sowie der zunehmenden Bereitstellung integrierter Versorgungsprozesse in den Mittelpunkt der Versorgung rücken. Die voranschreitende elektronische Vernetzung wird die Patientenzentrierung gleichfalls vorantrieben und insbesondere den pflegebedürftigen Personen ein größeres Maß an Selbständigkeit ermöglichen. Aufgrund dieser Entwicklungen wird den Patienten ebenfalls ein höheres Maß an Mitbestimmung in den Versorgungsprozessen eingeräumt, was auch von einem wachsenden Anteil der Patienten in Anspruch genommen wird.

Die Gesundheitsleistungen werden mehr und mehr von großen Netzwerken, Verbänden oder integrierten Gesundheitskonzernen basierend auf Einzelverträgen erbracht, die dabei die Komplettversorgung für bestimmte Regionen oder patientenkollektive übernehmen. Bei Bedarf werden sie zur Erstellung umfassender Gesundheitsleistungen auch mit weiteren Akteuren des Gesundheitswesens kooperieren. Die Managementstrukturen dieser Versorgungsunternehmen werden sich professionalisieren. Grundsätzlich ist langfristig auch vorstellbar, dass an der Spitze der Versorgungsgesellschaften Akteure des Gesundheitswesens stehen, die aktuell nicht direkt an der Leistungserstellung beteiligt sind, bspw. Krankenkassen. Eine derartige Entwicklung ist auf kurze Sicht allerdings ausgeschlossen und hängt letztlich von den künftigen rechtlichen Rahmenbedingungen ab, die nicht prognostizierbar sind.

Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, dass sich die Gesundheitsversorgung in die oben skizzierte Richtung entwickeln wird. Lediglich das Ausmaß und die Geschwindigkeit des Wandels sind derzeit nicht absehbar.

# Anhang

## Anhangsverzeichnis

|      |   |     |
|------|---|-----|
| 1.1  | Fragebogen und Antworten der befragten Wissenschaftler .....        | 134 |
| 1.2  | Fragebogen und Antworten der befragten Krankenkassenvertreter ..... | 139 |
| 1.3  | Fragebogen und Antworten der befragten Krankenhausvertreter .....   | 144 |
| 1.4  | Fragebogen und Antworten der befragten Lebensmittelexperten .....   | 149 |
| 1.5  | Fragebogen und Antworten der befragten Patientenvertreter .....     | 154 |
| 1.6  | Fragebogen und Antworten der befragten Pharmaunternehmen.....       | 159 |
| 1.7  | Fragebogen und Antworten der befragten Reiseanbieter .....          | 166 |
| 1.8  | Fragebogen und Antworten der befragten Technologieexperten .....    | 170 |
| 1.9  | Fragebogen und Antworten der befragten Unternehmensberater.....     | 176 |
| 1.10 | Fragebogen und Antworten der befragten Verbände .....               | 179 |
| 1.11 | Fragebogen und Antworten der befragten Politiker.....               | 182 |

## 1.1 Fragebogen und Antworten der befragten Wissenschaftler

### Fragebogen

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen   |  |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt   |  |  |   |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?   |  |  |   |
| Welche Einflüsse werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?  |  |  |   |
| Welche Trends könnten sich, Ihrer Meinung nach, aus diesen Entwicklungen ergeben?  |  |  |   |
| Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem?  |  |  |   |
| Welche Akteure gewinnen Ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?  |  |  |   |
| Welches Entwicklungspotenzial sehen Sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?  |  |  |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |  |   |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Struktur der Kostenträger von Morgen. In welche Richtung wird sich die Organisation der Krankenversicherungen entwickeln? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus?   |  |  |   |
| Welche neuen Dienstleistungen und Technologien erwarten Sie im Gesundheitsmarkt der Zukunft?   |  |  |   |
| <b>Themenkomplex V:</b><br>Entwicklungen im Kommunikations- und Informationsbereich<br>(vor dem Hintergrund unattraktiver Märkte)  |  |  |   |
| Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zur weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health. Sehen Sie hier einen Zukunftsmarkt oder eine Entwicklung, die sich nicht durchsetzen wird?  |  |  |   |
| Welchen Stellenwert werden Gesundheitsinformationen zukünftig besitzen und welche Herausforderungen sind mit dem Thema Gesundheitsinformationen verbunden?   |  |  |   |
| Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene zukünftig entwickeln und in welcher Weise könnte die Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten mit den neuen elektronischen Möglichkeiten und Versorgungskonzepten künftig sichergestellt oder sogar verbessert werden? |  |  |   |
| <b>Themenkomplex VI:</b><br>Qualität von Gesundheitsleistungen   |  |  |   |
| Was verstehen Sie unter Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?  |  |  |   |
| Welche Qualitätseigenschaften müssen Leistungen in Zukunft erfüllen, um sich erfolgreich durchzusetzen?  |  |  |   |

## Zusammengefasste Antworten

|  | Wissenschaftler 1  | Wissenschaftler 2  | Wissenschaftler 3  | Wissenschaftler 4  |
|--|--|--|--|--|
| <b>Themenkomplex I</b>                                     |  |  |  |  |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft | wirtschaftliche Bedeutung wird steigen,<br>Rationierung ↑ dadurch selbst gezahlte Leistungen ↑;<br>medizinischer Fortschritt schafft Bedarf → 1-2 % mehr vom BIP für Gesundheitsausgaben.  | Boommarkt Nr. 1  | Bedeutung steigt, wird jedoch Gewinner und Verlierer geben.  | Markt, Anteil privater Krankenzusatzversicherungen ↑; soziale Ungleichbehandlung ↑   |
| Trends und Einflüsse                                       | EINFLÜSSE: <i>demographische Entwicklung</i> , stärkeres Gesundheitsbewusstsein und Bildung im Gesundheitsbereich, stärkerer Aspekt auf gesundheitliches Wohlergehen; TRENDS: medizinisch-technischer Fortschritt, Erreichen der Grenzen der Solidarität → Verantwortung der Patienten und Bürger ↑ → neues Verbraucherbewusstsein | <i>Demographische Entwicklung</i> , Gesundheit und Pflege als wachsende Märkte mit überproportionalem Wachstum, medizinisch-technischer Fortschritt erzeugt Nachfrage bei Patienten mit finanziellen Mitteln.                      | EINFLÜSSE: Innovationen (führen zu steigenden, seltener zu sinkenden Kosten), <i>Demographie</i> und damit steigende Kosten, knappe staatliche Mittel (Mittellösen muss trotzdem geholfen werden); TRENDS: 2-Teilung des Marktes (eine Gruppe kann sich zusätzliche Angebote leisten und kurbelt Innovationen an, diese fragt auch Wellness etc. nach und stärkt die Bedeutung von Marketingaktivitäten; die zweite Gruppe bekommt die GKV Minimalversorgung). | <i>Demographische Entwicklung</i> , strukturierte Betreuungsprogramme, e-health, modernere Arzneiformen, sektorübergreifende Betreuung, Betreuungsangebote aus 3. Hand (Anbieter mit wirtschaftlichen Interessen).                             |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem                     | Europäisches Gesundheitssystem gibt es nicht, aber gemeinsamen Trend: „alle werden älter“. Grenzüberschreitender Wettbewerb entsteht, der immer weniger reguliert werden kann und den Markt anheizt (in etwa 25 Jahren).   | EUROPA: unerschüssig ob und wann hier Gesundheitssystem entsteht, DEUTSCHLAND: träges System mit falscher finanzieller Struktur; Fiskus gibt vor, was erstattet wird → beschränkt Nachfrage, Rationierung „bechert Nachfrage weg“. | EUROPA: es wird kein europäisches Gesundheitssystem geben. Europäisierung nur in einzelnen Märkten, z. B. Pharmaindustrie, Erstattungsfragen werden immer Ländersache bleiben, DEUTSCHLAND: Anbieterzahl wird steigen, aber von diesen werden sich manche auch allein auf den privaten Markt konzentrieren.  | Kosten werden steigen, aber die Rationalisierungsréserven sind noch nicht ausgeschöpft, es braucht eine öffentliche Diskussion über Priorisierung, Réserven bestehen noch im Bereich der sektorübergreifenden Betreuung. → Entpersonalisierung |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| Bedeutung einzelner Akteure  | Krankenkassen sind nicht so die großen Player, Pharmaindustrie ↑, Technische Industrie ↑, IT-Dienstleistungen sind Trend der richtig Zukunft hat!" auch international)  | mind. 5 wichtige: Ärzte, Patienten, Staat, Pharma, GKV; Soziale Wohlfahrtsverbände im Pflegebereich ↑ | Keine Veränderungen bei Pharma, GKV, Staat, Apotheken bleiben gleich, private Zusatzversicherung ↑  | GEWINNER: Verbände, Kooperationen, Zentren, VERLIERER: Akteure, die sich nicht schnell genug anpassen   |
| Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt  | Markt der PKV und Zusatzversicherung gar nicht so schlecht, hat ganz erhebliche Zukunft, Versicherer gehen nach Europa oder ins internationale Geschäft und bieten dann wieder in Deutschland an.   | Situation der PKV ist ungewiss.   | Hohes Potenzial, politisch stark umstritten, aber Personen werden sich zusätzliche Leistungen kaufen, wenn leistbar.  | -   |
| <b>Themenkomplex II</b>  |   |   |   |   |
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern | „Gesund älter werden“ → Konditionalgut, 2-5 Klassen-Medizin   | Konsument kennt Kosten nicht, will das Beste.   | Bedürfnisse steigen, Aufspaltung der Konsumentenstruktur (einer will bestmögliche Versorgung, anderer ist froh, dass er was bekommt), Preis wird relevanter, Angehörige häufig die Entscheider. | Interesse an Gesundheit erst da, wenn Anlass gegeben, Bedürfnis nach rascher Behandlung, steigende Nachfrage nach Produkten, die die geistige und körperliche Gesundheit erhalten ( <i>Wider-spruch</i> ), functional food ↑, Internet-Infos ↑, Versand ↑, traditionelle Anbieter bleiben jedoch die starken Player |
| Versorgungsstrukturen und -formen der Zukunft  | IV-Trend hält an, IVs, MVZs etc. sind aber nicht versorgungsbestimmend, wesentlicher Faktor liegt zwischen ambulantem und stationärem Sektor, es wird etwas mehr Bewegung hin zur ambulanten Versorgung geben, Polikliniken ↑, aber alles nicht bestimmend. | -   | Neue sinnvolle Angebote entwickeln sich nicht zurück, bis zu 30% der Anbieter wollen noch wachsen, „Zwitter“ entstehen bspw. in Form kirchlicher KH als GmbH für Reha Einrichtung.              | Kooperationen ↑ (Apotheken, MVZs), Pflege kooperiert bspw. mit KH und Reha, Spezialisierung und Vernetzung  |
| Struktur der Kostenträger  | Zahl wird sinken, Fonds bleibt, Wettbewerb bleibt fraglich, PKV   | Einheitskassensystem, Einheitsstarif, Entscheidung muss getroffen                                     | Integration und Konsolidierung, Zahl sinkt, übrige stellen sich bis   | Das duale System bleibt, GKV für Grundversorgung, Rest privat   |

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
|   | wird sich neu aufstellen (Zusatzversicherung), Fusionen von GKV und PKV  | werden, ob PKV bestehen bleiben soll.                         | auf wenige Ausnahmen bundesweit auf, Vollversicherung als Auslaufmodell, Zusatzversicherung notwendig.   | absichern, Info-Vermittlung notwendig.  |
| neuen Dienstleistungen und Technologien               | IT-Ver netzung, persönliche Gesundheitsberater, Prävention   | Ärztegemeinschaften   | Telemedizin → allein Lebende vor Heim bewahren, ländliche Gebiete versorgen, technologischer Fortschritt wo Zahlungsbereitschaft (Krebstherapie)   | Interne gestützte Erfassung, Dokumentation, Auswertung von Daten und Gesundheitsmonitoring, Produkte, die das Altern „verlangsamen“, biologicals, Kombis aus Technik und Arzneimittel |
| <b>Themenkomplex V</b>                                |  |   |  |   |
| weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health | Telemedizin eher in weiter Ferne, noch nicht reif, elektronische Gesundheitskarte schon wieder überholt, E-Health aber starker Trend.                                  | -   | Hohes Potenzial bei einigen Entwicklungen.   | Akzeptanzprobleme → E-Health und Telemedizin werden sich erst später durchsetzen als erwartet, Einsatz wird kommen im Pflegebereich, Standardisierung arbeitsaufwändiger Prozesse.    |
| Gesundheitsinformationen                              | Patienten haben nicht die Zeit und Muße, sich die Infos anzueignen/Ärzte auch nicht, („Patientencoach wäre hier Trend!“), Wichtig ist Patientengerechte Kommunikation. | Infos sind extrem wichtig, wenn Selbstbehalte greifen sollen. | Mehrheit der Patienten will Autoritätsperson, Andere informieren sich (Koproduzenten), aber: unabhängige Patientenberatung wichtig, Zertifizierung | Kann Eigenverantwortung stärken, aber schon heute zu viele Infos für Wahrnehmung  |
| Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene            | Rat geben ist eine gute Sache.   | Versorgung in der Fläche ist recht gut.                       | Einzig e Chance für manche Gebiete (nicht Pflege), sonst nur über attraktive Vergütung zu machen, aber Geld fehlt.                                 | Gesundheitsversorgung wird sich hier verschlechtern, gegensteuern können mobile Gesundheitsversorger, Versandhandel, Telemedizin.   |
| <b>Themenkomplex VI</b>                               |  |   |  |   |
| Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?             | Schwierig Indikatoren dafür zu finden, aber wichtig.   | Resultat muss stimmen.  | Wirksamkeit, Servicequalität und Standards des QM.   | Prozess- und Ergebnisqualität, Strukturqualität, Standardisierung, Dokumentation  |
| Qualitätseigenschaften                                | Technische Individualisierung auf  | Versorgung ist besser denn je.                                | Kommunizierbarkeit, Messbarkeit,   | O. g. Anforderungen genügen,  |

|  |  |  |                     |   |
|--|--|--|---------------------|---|
|  | den einzelnen Patienten, mit technischem Fortschritt gehen, Fortbildung, Dokumentation |  | ausreichend belegt. | Raum für Anpassungen lassen, Zugang zur Leistung, angemessener Zeitpunkt, erkennbarer Nutzen. |
|  |  |  |                     |   |

## 1.2 Fragebogen und Antworten der befragten Krankenkassenvertreter

### Fragebogen

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen   |  |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt   |  |   |   |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?   |  |   |   |
| Welche Trends und Einflüsse werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?   |  |   |   |
| Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem?  |  |   |   |
| Welche Akteure gewinnen Ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?  |  |   |   |
| Welches Entwicklungspotenzial sehen Sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?  |  |   |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |   |   |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?  |  |   |   |
| Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?  |  |   |   |
| Beschreiben Sie die Struktur der Kostenträger von Morgen. In welche Richtung wird sich die Organisation der Krankenversicherungen entwickeln? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus?   |  |   |   |
| Welche neuen Dienstleistungen und Technologien erwarten Sie im Gesundheitsmarkt der Zukunft?   |  |   |   |
| <b>Themenkomplex IV:</b><br>Kooperationen und Vernetzung   |  |   |   |
| Sehen Sie für sich noch weiteres Potenzial von Kooperationen und Vernetzung mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens...In welchen Bereichen sind diese besonders wichtig?  |  |   |   |
| Welche Kooperationsformen werden in den nächsten Jahren verstärkt im Gesundheitswesen entstehen?   |  |   |   |
| Wen sehen Sie zukünftig als interessante Kooperationspartner?  |  |   |   |
| <b>Themenkomplex V:</b><br>Entwicklungen im Kommunikations- und Informationsbereich<br>(vor dem Hintergrund unattraktiver Märkte)  |  |   |   |
| Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zur weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health. Sehen Sie hier einen Zukunftsmarkt oder eine Entwicklung, die sich nicht durchsetzen wird?  |  |   |   |
| Welchen Stellenwert werden Gesundheitsinformationen zukünftig besitzen und welche Herausforderungen sind mit dem Thema Gesundheitsinformationen verbunden?   |  |   |   |
| Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene zukünftig entwickeln und in welcher Weise könnte die Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten mit den neuen elektronischen Möglichkeiten und Versorgungskonzepten künftig sichergestellt oder sogar verbessert werden? |  |   |   |
| <b>Themenkomplex VII:</b><br>Thema Gesundheit im eigenen Unternehmen   |  |   |   |
| Beschreiben Sie, wie innerhalb ihres Hauses mit dem Thema Gesundheit umgegangen wird. Planen bzw. führen sie bereits aktiv Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch?   |  |   |   |
| Erstellen Sie diese Maßnahmen in Eigenproduktion?  |  |   |   |

## Zusammengefasste Antworten

|  | Krankenkasse 1   | Krankenkasse 2  | Krankenkasse 3  |
|--|--|---|---|
| <b>Themenkomplex I</b>                                     |  |   |   |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft | Aktuell hoch, Bedeutung wird zukünftig wachsen. Aber abhängig von Rahmenbedingungen (Regulierungen)  | Heute schon erheblich. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird Bedeutung noch steigen.  | Die wirtschaftliche Bedeutung wird zunehmen.  |
| Trends und Einflüsse                                       | Medizinisch-technischer Fortschritt (u. a. in Gen-, Bio-, Nano-technologie), Demografische Entwicklung (Finanzierungsba- sis GKV ↓), Internationalisierung (Leistungen grenzüber- schreitend) Patient wird selbständiger   | Pflegebedarf ↑, aber nicht nur bei Menschen, die Bett nicht verlassen können, sondern auch Unterstützungsbedarf (zwischen Wellness und Pflege, Hilfe beim Älterwerden).   | Der 2. Gesundheitsmarkt wird an Bedeutung gewinnen und auch der ganze Bereich „Pfle- ge“. Die Qualität wird zu wenig thematisiert. Demographische Einflüsse sind händelbar, nicht aber sozioökonomische Entwicklungen, erheblich Krankheitskosten im Bereich der sozial Schwachen.                |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem                     | Kosten↑ Gesundheitssystem muss flexibler und wett- bewerbsoffener werden (mit reguliertem Wett- bewerb). →Maßnahmen sind z. B. selektiver Vertrags- wettbewerb, intelligente Versorgungsprodukte, Wahltarife, Liberalisierung der AM Versorgung, Aufheben der Sektorengrenzen (ambu- lant/stationär), Nutzenbewertung ↑, Abschluss grenzüberschreitender Verträge. | Entscheidung muss getroffen werden, wofür Gesundheitssystem aufkommen will und wofür nicht. Nicht nur in Deutschland.   | Ein Europäisches System wird es nicht geben und es würde für Deutschland auch eher eine Verschlechterung bedeuten. Reformen in Deutschland sind notwendig. Momentan versichert sich der Gesunde risiko- bezogen und der Kranke solidarisch, das funk- tioniert nicht.                             |
| Bedeutung einzelner Akteure                                | Politik ↑<br>KK Selbstverwaltung↓<br>Einzelne KK, vor allem kleine↓<br>Einzelpraxen↓<br>Einzelne KH↓<br>Große KK↑ (oder kleine mit regionaler Ausbrei- tung)<br>Versorgungsnetz↑<br>KHketten ↑   | Politik ↑ (einige Fragen sind nur durch Politik zu beantworten)<br>LE teilweise ↑<br>Es besteht die Gefahr, dass KK ↓(nur noch Abwickler der politische Beschlüsse ohne großen Gestaltungsspielraum<br>→Handlungsfreiheit ↓ | Patient handelt nicht nach Preis der Leistung<br>→ KK werden zukünftig stärker in die Versor- gungsforschung und die Qualitätskontrolle investieren.<br>Einige Pharmaunternehmen verlieren, weil sie keine wirklichen Innovationen bringen.<br>Kven bleiben aber verlieren ihren Monopolsta- tus. |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt  | -  | Bedeutung könnte wachsen für Bereiche „Wohlbefinden/Wellness etc.“ Aber was mit Krankheit zu tun hat, soll laut Bevölkerung weiterhin durch Gesundheitssystem erstatet werden.  | Sowohl Potenziale im PKV Bereich als auch im 2. Gesundheitsmarkt.  |
| <b>Themenkomplex II</b>  |  |   |  |
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern | Zunehmend informiert<br>Anspruchshaltung↑<br>Fordert Wahlrechte<br>Durchschnittsalter↑<br>Multimorbidität ↑<br>Zahl Pflegebedürftige↑  | Fordert Beratung<br>Fordert Ansprechpartner als Lotsen<br>Wollen bestmögliche Lösung<br>Qualitätsdenken ↑   | Je nach Lebenssituation und Gesundheitszustand verhalten sich die Konsumenten. Gesunde wechseln Leistungen aktiv und suchen günstigste Angebote. Egoistisches „Hin- und Herhoppfen“ führt zu Wettbewerb zwischen Kranken und Gesunden. |
| Versorgungsstrukturen und –formen der Zukunft  | Politisch gewollt: hausarztzentrierte Versorgung<br>Managed Care Verträge↑<br>Sektorübergreifende Konzepte↑<br>Versorgungs- und Ambulanzzentren<br>Ausdifferenzierung/Vielfältigkeit<br>Ländlicher Raum: Praxisnetze, Vernetzung vor Ort<br>Städtisch: Versorgungszentren, MVZs<br>KH: verstärkt in ambulante Versorgung z. B. durch Aufkauf von Arztstühlen | Bewegung hin zu größeren Einheiten.<br>Versorgung auf flachem Land ausgedünnt.<br>Patienten wollen hochqualitative Leistungen, die aber nur ab bestimmten Volumina leistbar sind.<br>Zusammenarbeit ↑<br>„Polikliniken“ ↑ | Der Hausarzt wird neu „definiert“ als Erstdiagnosestation.<br>Wahltarife↑  |
| Krankheitsbilder der Zukunft   | Chronische Krankheiten<br>Psychische Erkrankungen<br>Alterspflegebedürftigkeit<br>Multimorbidität  | -   | -  |
| Struktur der Kostenträger  | -  | Konzentration ↑   | -  |
| neuen Dienstleistungen und Technologien  | -  | Vernetzung ↑<br>DL ↑ im Bereich Wohlbefinden/Wellness<br>Pflege-DL ↑  | KK informieren mehr über E-Mail, SMS, Tel. Telemedizin↑  |
| <b>Themenkomplex IV</b>  |  |   |  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Potenzial Kooperation und Vernetzung                  | LE stärker einbeziehen zur intelligenten Ausgestaltung von Produkten. Industrie sollte stärker einbezogen werden (PPP, Risk-Sharing...).  | Für kleine Kassen überlebenswichtig, viele heutige Anforderungen sind auf große Einheiten bezogen. Interessante Partner: Andere Kassen (Einkaufsmacht generieren) Leistungserbringer (intelligente Lösungen)   | Win-Win-Situationen werden gesucht, mit Pharmaindustrie, Krankenhäusern, Rehakliniken. Aber auch PKVen und z. B. Reiseveranstalter.                      |
| Zukünftige Kooperationsformen                         | s. o. Versorgungskonzepte entlang einzelner Krankheiten entwickeln über alle beteiligten Leistungserbringer.  | -  | s. o.  |
| <b>Themenkomplex V</b>                                |   |  |  |
| weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health | Bedeutung aber muss nach Mehrwert für Patienten evaluiert werden. Monitoring nur zielgerichtet (Abhängigkeitsstrukturen vermeiden), Ziel ist Patientenbefähigung nicht Überwachung. | Kritisch, momentan nur für gewisses Klientel, aber Menschen verändern sich (braucht hier ganz langen Atem). Aber gute Lösung für Vernetzung...Facharzt bekommt Ergebnisse und wertet aus....Spezialisierung positiv für Qualität und Wirtschaftlichkeit. | Bedeutung  |
| Gesundheitsinformationen                              | Hoher Stellenwert, sollten von KK verstärkt angeboten werden  | Bedeutung heute schon hoch. Erstes Medium für junge Menschen. Bedarf wird ↑. Infos müssen gut aufbereitet werden.  | Bedeutung aber es gibt eine ganze Reihe von Patienten, die heute noch nicht in der Lage sind, sich richtig zu informieren, das muss erst erlernt werden. |
| Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene            | Zentrale Bedeutung, aber Bereitschaft der LE muss ↑ um Informationstechniken vermehrt zu nutzen.  | Müsste Geld in die Hand nehmen, um Mediziner aufs Land zu bringen. Telemed./E-Health hier nicht zukunftsträchtig, begeistert Patienten nicht...eher MVZs, die aber heute noch nicht ausgereift...müssten von GKV gründbar sein.                          | Strukturschwache Gebiete →ein Generalist versorgt. Ballungsgebiete →Spezialisten und Individualisten.  |
| <b>Themenkomplex VII</b>                              |   |  |  |
| Betriebliche Gesundheitsförderung                     | Hohe Priorität →eigenes Referat Arbeitsschutz Gesundheitsprogramme: Betriebssport, Mas sagen, Stimmtraining, Sozialberatung   | Ja   | Führungskräfte werden als „Vorbilder“ geschult.  |

|                 |   |  |               |
|-----------------|---|--|---------------|
| Eigenproduktion | Betriebliche Wiedereingliederung nach Krankheit<br>Aktionen wie Darmkrebsvorsorge-Aufruf  | Ja. Externe haben Kompetenz. Wir organisieren nur. | Alles extern. |
|                 | Großteil: MA der Abteilung innerbetriebliches Gesundheitsmanagement.<br>Einige Angebote in Kooperation mit externen Anbietern.<br>Arbeitsmedizinische Betreuung wurde an externe DL gegeben (8 Arbeitsmediziner). |  |               |

## 1.3 Fragebogen und Antworten der befragten Krankenhausvertreter

### Fragebogen

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen  |  |  | <b>Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie</b> |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt  |  |  |   |
| <p>Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?</p> <p>Welche Einflüsse und Trends werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?</p> <p>Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem?</p> <p>Welche Akteure gewinnen Ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?</p> <p>Welches Entwicklungspotenzial sehen Sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?</p>  |  |  |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten   |  |  |   |
| <p>Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?</p> <p>Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?</p> <p>Beschreiben Sie die Struktur der Kostenträger von Morgen. In welche Richtung wird sich die Organisation der Krankenversicherungen entwickeln? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus?</p> <p>Welche neuen Dienstleistungen und Technologien erwarten Sie im Gesundheitsmarkt der Zukunft?</p> |  |  |   |
| <b>Themenkomplex III:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Krankenhausbereich  |  |  |   |
| <p>Wie wird sich der Wettbewerb im Krankenhausmarkt entwickeln? Welche neuen Produkte bzw. Leistungen werden Krankenhäuser in Zukunft anbieten?</p> <p>Beschreiben Sie das Krankenhaus der Zukunft. Wie wird dieses organisiert sein? Welche Leistungen werden vom Krankenhaus selbst erbracht, welche werden outgesourced?</p> <p>Auf welche Krankheitsbilder und -entwicklungen müssen Sie sich zukünftig einstellen? Welche Krankheiten werden besonders kostenintensiv?</p>   |  |  |   |
| <b>Themenkomplex IV:</b><br>Kooperationen und Vernetzung  |  |  |   |
| <p>In welchen Bereichen sind Kooperationen und Vernetzungen mit Akteuren des Gesundheitswesens besonders wichtig für Krankenhäuser? Wie sehen die künftigen Entwicklungen aus?</p> <p>Welche Akteure des Gesundheitswesens werden in Zukunft als Kooperationspartner für Krankenhäuser besonders wichtig sein?</p>  |  |  |   |

Themenkomplex V:  
Entwicklungen im Kommunikations- und Informationsbereich  
(vor dem Hintergrund unattraktiver Märkte)

Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zur weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health. Sehen Sie hier einen Zukunftsmarkt oder eine Entwicklung, die sich nicht durchsetzen wird? In welchen Bereichen könnten E-Health Angebote zukünftig eine Konkurrenz zu stationären Angeboten darstellen?

Welchen Stellenwert werden Gesundheitsinformationen zukünftig besitzen und welche Herausforderungen sind mit dem Thema Gesundheitsinformationen verbunden?

Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene zukünftig entwickeln und in welcher Weise könnte die Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten mit den neuen elektronischen Möglichkeiten und Versorgungskonzepten künftig sichergestellt oder sogar verbessert werden?

## Zusammengefasste Antworten

|  | Klinikvertreter 1  | Klinikvertreter 2  | Klinikvertreter 3   |
|--|--|--|---|
| <b>Themenkomplex I</b>   |  |  |   |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft                           | Der zukünftige Wachstumsmarkt für Deutschland und OECD.  | Mindestens weiteres Wachstum auf BIP-Niveau, wahrscheinlich höher.   | Stabiler Wachstumsmarkt mit hohen Beschäftigungszahlen.   |
| Trends und Einflüsse   | Demographische Entwicklung (Überalterung der Gesellschaft).  | Erhöhte Nachfrage durch demographischen Wandel.  | Demographie – älter werdende Gesellschaft – Innovation / Kosten / Finanzierung.   |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem   | Zwei mögliche Szenarien: privatorganisiertes Gesundheitssystem mit Staat als Wächter oder staatliches Gesundheitssystem mit Staat als Lenker und Organisator.  | Erhöhung des finanziellen und Effizienzdrucks auf die Leistungserbringer. Finanzierungsprobleme  | Höhere Eigenbeteiligung für die Patienten.  |
| Bedeutung einzelner Akteure  | Patienten gewinnen an Einfluss. Ärzte und medizinische Fachangestellte werden an Einfluss gewinnen. Pflegeberufe müssen sich umstellen.  | Krankenkassen gewinnen durch Konsolidierung an Bedeutung.  | Konzentration und Vernetzung der Gesundheitsanbieter.   |
| Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt  | Wachstumsmarkt der Zukunft.  | -  | Anteil wird wachsen.  |
| <b>Themenkomplex II</b>  |  |  |   |
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern | Junge Menschen werden Produkte nachfragen, die ihre Fitness steigern. Mittlere Menschen wollen Gesundheit erhalten. Alte Menschen benötigen stationäre Krankenversorgung aufgrund von Multimorbidität. | Gesteigerte Informationsnachfrage. Stärkere Serviceorientierung. Abläufe und Prozesse von Vor- bis Nachsorge werden stärker in den Fokus rücken. | Ältere Menschen bestimmen die Nachfrage. Prävention und Rehabilitation werden immer wichtiger um im hohen Alter selbständig leben zu können. Geriatrische Medizin wird entstehen. |
| Versorgungsstrukturen und –formen der Zukunft  | Sektor übergreifende Netzwerke, sowohl ambulante als auch stationäre, die Pflegeeinheiten beinhalten.  | Stärkere Differenzierung der Integrationsversorgung bis zu ganz speziellen Angeboten, die sich an den Gegebenheiten vor Ort orientieren.         | Unterversorgung = Flächegebieten, Mobile Arztdienste für die Versorgung, Fachärzte an Krankenhäusern. Krankenhäuser werden zu Gesundheitszentren.                                 |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Struktur der Kostenträger                        | Entscheidet sich die Politik für eine soziale Gesundheitswirtschaft, dann wird das deutsche System in Richtung des niederländischen laufen. Alle Kostenträger werden privatrechtlich aufgestellt und bieten einen bestimmten Katalog an Rundleistungen an.   | Weitere Konsolidierung<br>Ziel der Kostensenkung mit Fokus auf Fall- bzw. Case-Management.   | Die Zahl der Krankenkassen wird sich deutlich verringern.           |
| Neue Dienstleistungen und Technologien           | Netzwerkleistungen, bei denen der Patient über die Art der Leistungserbringung und Technologie bestimmt.<br>Medizin auf molekularer Ebene.<br>Revolutionäre Fortschritte bei der Krebstherapie.  | Zellforschung und molekulare Medizin   | Telemedizin / Neue Behandlungsmethoden bei der Krebsbekämpfung usw. |
| <b>Themenkomplex III</b>                         |  |  |   |
| Wettbewerb im Krankenhausmarkt und neue Produkte | Wettbewerb wird steigen<br>Krankenhäuser müssen regionale, wohnortnahe Nachfrage, getrieben durch die Überalterung, befriedigen können, um zu überleben.<br>Krankenhäuser werden auch ambulante Leistungen vermehrt anbieten und den Leistungskatalog entlang der Versorgungskette ausbauen durch Eigenengagement aber auch Kooperationen.<br>Zukünftig überwiegend hochspezialisierte Fachkliniken und Krankenhausketten. | Weiterhin starker Wettbewerb um Marktanteile und Patienten.<br>Krankenhäuser werden auf Integrationsverträge setzen.<br>Krankenhaus als Gesundheitszentrum, Stärkere Individualisierung der Krankenhäuser. | Gesundheitszentren, Portalkrankenhäuser, Spezialkliniken.           |
| Zukünftige Organisation und Outsourcing          | Konzentration auf das Kerngeschäft und sekundäre sowie tertiäre Leistungen durch Verbünde oder mit kompetenten Partnern, deren Kerngeschäft in diesem Bereich liegt  | Hängt vom spezifischen Umfeld ab.  | Alle Leistungen die nicht zum Kerngeschäft gehören.                 |
| Bedeutende Krankheiten der Zukunft               | Wohlstandskrankheiten wie Herzkrankungen und Gelenksverschleiß aufgrund von Übergewicht und Bewegungsmangel.<br>Krebstherapie<br>Transplantationsmedizin   | Chronische Erkrankungen<br>Multimorbide Patienten<br>Geriatrische Behandlung   | Hängt vom medizinischen Fortschritt ab.                             |
| <b>Themenkomplex IV</b>                          |  |  |   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Bereiche für Kooperationspartner                                       | Integrierte Versorgung für wichtige standardisierbare Krankheiten. Ärztenetzwerke mit Kliniken. Ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen.  | Einweiser und Nachsorgebereiche<br>Häusliche Krankenpflege<br>Heil- und Hilfsmittel   | -  |
| Wichtige künftige Kooperationspartner                                  | -  |   | Rehakliniken, Pflegeeinrichtungen, Anbieter von Übergangsleistungen, Niedergelassene - Ärzte, Bildung von Gesundheitszentren                       |
| <b>Themenkomplex V</b>   |  |   |  |
| Bedeutung der Telemedizin und E-Health                                 | Zukunftsmarkt<br>Entsprechende Spezialisten können aufgrund zunehmender Spezialisierung im Bereich der Diagnostik und Therapie nicht mehr überall vorgehalten werden.<br>Ländliche Standorte werden nur noch Grund- und Regelversorgung anbieten, soll dann aber über Telemedizin Kontakt mit Spezialisten in anderen Häusern aufnehmen. | E-Health ist wichtiges Thema für Krankenhäuser, allerdings müssen die Voraussetzungen wie Flächendeckung, geeignetes Personal sowie Kooperations- und Vertragspartner erfüllt sein. | Wichtig! Insbesondere Prävention und Nachsorge.  |
| Künftiger Stellenwert von Gesundheitsinformationen                     | Große Rolle bei der jüngeren Generation.<br>Interesse für Vergleiche von Gesundheitsleistungen steigt.<br>Unabhängige Gesundheitsinformationsdienste zur qualitativen Filterung und Transparenz werden benötigt und vermutlich künftig entstehen.  | Bedarf an Gesundheitsinformationen steigt aufgrund eines immer komplexeren und differenzierteren Angebotes.<br>Transparenz muss gewährleistet werden.                               | Patienten werden sich immer mehr über ihren Gesundheitszustand und ihre Heilungsmöglichkeiten informieren – Definitiv!                             |
| Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten und I und K Technologie | Unterversorgung ländlicher Gebiete wird voranschreiten, da Landarzt kein attraktiver Job ist.<br>Krankenhäuser in ländlichen Gebieten werden ambulante Leistungen übernehmen.  | Allgemeiner Ärztemangel (ambulant und stationär), besonders in unattraktiven Märkten, Telemedizin ist eine Chance.  | Arztbesuche werde weiterhin notwendig sein. Aber über Telekommunikation werden bestimmte Behandlungsmöglichkeiten die Arztbesuche ersetzen können. |

## 1.4 Fragebogen und Antworten der befragten Lebensmittelexperten

### Fragebogen a

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen   |  |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt   |  |  |   |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?   |  |  |   |
| Welche Einflüsse und Trends werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?   |  |  |   |
| Welche Akteure gewinnen Ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?  |  |  |   |
| Welches Entwicklungspotenzial sehen Sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?  |  |  |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |  |   |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument?<br>Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?                                 |  |  |   |
| Welche neuen Dienstleistungen und Technologien erwarten Sie im Gesundheitsmarkt der Zukunft?   |  |  |   |
| <b>Themenkomplex III:</b><br>Strategische Positionierung und spezifische Entwicklungen im Gesundheitsmarkt aus der Sicht von Konsumgüterunternehmen                                |  |  |   |
| Beschreiben Sie den Stellenwert von Gesundheitsprodukten der Konsumgüterbranche aktuell und in der Zukunft. Wie sehen die zukünftigen Produktangebote aus?                         |  |  |   |
| Können Sie im Gesundheitsmarkt nach unterschiedlichen Kundengruppen mit spezifischen Präferenzen differenzieren?   |  |  |   |
| <b>Themenkomplex V:</b><br>Qualität von Gesundheitsleistungen  |  |  |   |
| Was verstehen Sie unter Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?  |  |  |   |
| Welche Qualitätseigenschaften müssen Leistungen in Zukunft erfüllen, um sich erfolgreich durchzusetzen?  |  |  |   |
| <b>Themenkomplex VII:</b><br>Thema Gesundheit im eigenen Unternehmen   |  |  |   |
| Beschreiben Sie, wie innerhalb ihres Hauses mit dem Thema Gesundheit umgegangen wird. Planen bzw. führen sie bereits aktiv Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch? |  |  |   |
| Erstellen Sie diese Maßnahmen in Eigenproduktion?  |  |  |   |
| Welche Anforderungen stellen Sie an gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihrem Unternehmen?   |  |  |   |

## Fragebogen b

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen |  | <b>Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie</b> |
|--|--|---|

|  |  |
|--|--|
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt               |  |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei? |  |
| Welche Trends und Einflüsse werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?         |  |
| Welches Entwicklungspotenzial sehen Sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?                  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Themenkomplex III:</b><br>Strategische Positionierung und spezifische Entwicklungen im Gesundheitsmarkt aus Sicht der Konsumgüter- bzw. Nahrungsmittelbranche  |  |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsprodukten/Functional Food der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus? Können Sie im Markt für Functional Food nach unterschiedlichen Kundengruppen mit spezifischen Präferenzen differenzieren?      |  |
| Beschreiben Sie den Stellenwert von Gesundheitsprodukten der Nahrungsmittelbranche aktuell und in der Zukunft. Wie stark investiert auch die Nahrungsmittelindustrie in diesem Bereich in die Forschung? Welchen Stellenwert besitzen Gesundheitsprodukte im Lebensmitteleinzelhandel?            |  |
| Wie könnten zukünftige Produktangebote aussehen?  |  |
| Wie stark werden die als „gesund“ oder „gesundheitsfördernd“ angebotenen Produkte in den Fast-Food-Bereich Einzug halten? Werden hierdurch stärker Konsumenten angesprochen, die sich bereits gesund ernähren oder solche, die einen Ausgleich zu ihrer ansonsten ungesunden Ernährung anstreben? |  |
| Sehen Sie für Anbieter von Functional Food ein Potenzial in Kooperationen und Vernetzung mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens...In welchen Bereichen sind diese evtl. besonders wichtig?  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Themenkomplex VI:</b><br>Qualität von Gesundheitsleistungen  |  |
| Was verstehen Sie unter Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?                                       |  |
| Welche Qualitätseigenschaften müssen Leistungen in Zukunft erfüllen, um sich erfolgreich durchzusetzen? |  |

## Zusammengefasste Antworten

|  | Lebensmittelexperte 1   | Lebensmittelexperte 2  | Lebensmittelexperte 3  |
|--|---|--|--|
| <b>Themenkomplex I</b>   |   |  |  |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft                           | Zukunftsmarkt (Gründe siehe Trends)   | Aktuell und künftig hohe Bedeutung   | Markt wird wachsen.<br>Menschen investieren in ihre Gesundheit.            |
| Trends und Einflüsse   | Demoskopie, älterwerdende Gesellschaft<br>Wellness<br>Menschen legen mehr Wert auf Gesundheit, Fitness, Ernährung   | Eigenverantwortung<br>Privatisierung<br>Private Träger<br>Zwei Klassen-Medizin<br>Basisversorgung und optionale Zusatzversorgung   | Gesunde Ernährung<br>Wellness<br>Wohlbefinden<br>Gesundheitstipps          |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem   | Keine bedeutenden gesetzlichen Änderungen im Bereich Ernährung.   | -  | -  |
| Bedeutung einzelner Akteure  | Pharmazeutische Industrie ist und bleibt bedeutendster Akteur.  | Pharmazeutische Industrie, Krankenkassen und Regierung bleiben bedeutendste Akteure. Apotheken werden Verlierer sein.  | -  |
| Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt  | Bedeutung von Nahrungsergänzungsmitteln und gesunder Ernährung wird steigen.<br>Allerdings schwierig gegenüber der Geiz-ist-geil-Mentalität zu bestehen und hohe Qualität anzubieten.   | Potential ist vorhanden: Wellness, Massagen, Gesundheitstraining.<br>Abhängig von Kaufkraft der Konsumenten.<br>Schere der Nachfrager wird diesbezüglich weiter auseinander gehen. | Wer es sich leisten kann investiert in Gesundheit und Gesundheitsberatung. |
| <b>Themenkomplex II</b>  |   |  |  |
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern | Gibt bestimmte Kundengruppen, die bereit sind mehr Geld auszugeben für gesunde Nahrungsmittel und functional food.<br>Aufgrund fehlender finanzieller Mittel sind einige Bevölkerungsschichten aber auch auf billigere Angebote angewiesen.<br>Kunden werden immer informierter und verneizter. | Hat hohe Erwartungen und Ansprüche an Krankenkassen, Ärzte etc. und will an medizinischen Fortschritt partizipieren.<br>Konsumenten wollen vergnügt und wohlbehütet alt werden.    | Will Convenience-Nahrung, die dennoch gesund ist.                          |

|  |  |   |   |  |  |
|--|--|---|---|--|--|
|  |  |   |   |  |  |
| Differenzierung nach Kundengruppen                                   | Vertriebswege sind aktuell Fachmärkte, Lebensmittel Einzelhandel, Discounter, keine Veränderung in naher Zukunft.  | Differenzierung ist möglich und besteht bereits. Functional Food für Ich-bezogenes Leben mit Fokus auf Wellness, Gesundheit, Sportlichkeit. Familien und Kinder sowie Senioren sind wichtige Zielgruppen. Neogrüne als Zielgruppe | -   |  | Einmal die mit schlechtem Gewissen, weil Ernährungsweise zu schlecht ist. Die mit wenig Zeit und die, die sich gesund ernähren wollen.   |
| <b>Themenkomplex III</b>   |  |   |   |  |  |
| Stellenwert von Gesundheitsprodukten für die Nahrungsmittelindustrie | Gesundheit und Nachhaltigkeit ist von großer Bedeutung. Profilierung über Gesundheitsprodukte (Discounter) Sowohl Differenzierung als auch Discount-Angebote                             |   | Gewisse Bedeutung vorhanden, aber gesund ist nur ein Zusatznutzen, erst einmal müssen die Produkte schmecken.   |  | Momentan investieren wenige große Unternehmen in Gesundheitsschiene und das könnte auch so bleiben. Wird von Entwicklung der Health Claim Verordnung abhängen. Erfolg der Produkte hängt wohl sehr stark von Werbemaßnahmen ab. Nur ein paar ausgewählte Firmen investieren hier in die Forschung. |
| Zukünftige Produkte der Nahrungsmittelindustrie                      | Trend: Natürlichkeit der Produkte Keine Gentechnik, regional, nachhaltig Produkte müssen in Zukunft zuverlässig, glaubwürdig und vertrauensschaffend sein, da Kunden immer informierter. |   | Beliebig viele Differenzierungsmöglichkeiten (alt, sportlich, Mütter). Schwierigkeit liegt aber darin die Produkte entsprechend auszugestalten und zu vermarkten. |  | Gezielte Einnahme von Nahrungsergänzung nach vorherigem Selbsttest, weniger wahrscheinlich ist personalisierte Ernährung nach biometrischem Profil.  |
| Gesunde Produkte im Fast-Food Bereich                                |  |   |   |  | Hat nur begrenztes Potenzial, Fast-Food Kunden wollen den Burger.  |
| Zukünftige Vertriebswege   | Gibt bereits alle Vertriebswege, kommen keine neuen dazu, der letzte Neue waren Bio-Supermärkte. Apotheken sind nur Randerscheinungen. Spezialvertriebswege werden nicht benötigt.       |   | -   |  | -  |
| <b>Themenkomplex IV</b>  |  |   |   |  |  |
| Kooperationen und Ver-   |  |   |   |  |  |
|  |  |   |   |  | Lebensmittelproduzent, der Reha-Einrichtung  |

|   |                               |  |  |  |
|---|-------------------------------|--|--|--|
| netzung mit Akteuren des Gesundheitswesens                | mater Hinsicht.               |  |  | oder KH beliefert.                                 |
| Wichtige künftige Kooperationspartner                     | -                             |  | -  | -  |
| <b>Themenkomplex VI</b>                                   |                               |  |  |  |
| Qualität von Gesundheitsleistungen                        | Wahlfreiheit                  |  | Festlegung von Standards durch Experten.   | Durchführbar<br>Handhabbar<br>Bezahlbar<br>wirksam |
| Qualitätseigenschaften von Gesundheitsgütern              | Vertrauen und Glaubwürdigkeit |  | -  | -  |
| <b>Themenkomplex VII</b>                                  |                               |  |  |  |
| Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im eigenen Unternehmen | -                             |  | Bildschirm Test, Augenarzt, Nichtraucherseminare, Infos zum gesunden Mittagessen | -  |
| Maßnahmen in Eigenproduktion erstellt?                    |                               |  | Vorträge durch Externe   | -  |
|   |                               |  |  |  |

## 1.5 Fragebogen und Antworten der befragten Patientenvertreter

### Fragebogen

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen   |  |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt   |  |  |   |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?   |  |  |   |
| Welche Einflüsse und Trends werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?   |  |  |   |
| Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem?  |  |  |   |
| Welche Akteure gewinnen Ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?  |  |  |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |  |   |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Struktur der Kostenträger von Morgen. In welche Richtung wird sich die Organisation der Krankenversicherungen entwickeln? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus?   |  |  |   |
| <b>Themenkomplex V:</b><br>Entwicklungen im Kommunikations- und Informationsbereich<br>(vor dem Hintergrund unattraktiver Märkte)  |  |  |   |
| Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zur weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health. Sehen Sie hier einen Zukunftsmarkt oder eine Entwicklung, die sich nicht durchsetzen wird? Welche Probleme ergeben sich für den Verbraucherschutz?  |  |  |   |
| Welchen Stellenwert werden Gesundheitsinformationen zukünftig besitzen und welche Herausforderungen sind mit dem Thema Gesundheitsinformationen verbunden?   |  |  |   |
| Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene zukünftig entwickeln und in welcher Weise könnte die Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten mit den neuen elektronischen Möglichkeiten und Versorgungskonzepten künftig sichergestellt oder sogar verbessert werden? |  |  |   |
| <b>Themenkomplex VI:</b><br>Qualität von Gesundheitsleistungen   |  |  |   |
| Was verstehen Sie unter Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?  |  |  |   |
| Welche Qualitätseigenschaften müssen Leistungen in Zukunft erfüllen, um sich erfolgreich durchzusetzen?  |  |  |   |

## Zusammengefasste Antworten

|  | Patientenvertreter 1   | Patientenvertreter 2  | Patientenvertreter 3   |
|--|--|---|--|
| <b>Themenkomplex</b><br>I                                  |  |   |  |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft | Wachstum angepasst an gesamtwirtschaftliche Entwicklung.   | Großer, wachsender Sektor<br>Wachstumschancen hängen aber von Einkommensverteilung und wirtschaftlicher Entwicklung ab.   | Groß und noch wachsend, demografischer Wandel wird wie in Kompressionstheorie zu höheren Kosten führen, Personal im Gesundheitswesen wird „Mangelware“   |
| Trends und Einflüsse                                       | Staatsverschuldung<br>Informations- und Kommunikationstechnik<br>Wellness/Fitness<br>Leistungsausgrenzung/Schwellenwerte<br>Priorisierung<br>Ethik↓<br>Rationierung<br>Ökonomie↑ | Die „jungen Alten“ als Kaufkräftige<br>Medizinische und medizinisch-technische Leistungen zu selbständigem Leben im Alter<br>Demographie<br>Chirurgie, minimalinvasive Eingriffe, Prothesen   | Demographische Entwicklung<br>Sich verschlechternde Kindergesundheit<br>Anstieg der chronische Erkrankungen<br>Zu wenig Prävention (siehe 1.3. Kinder- und Jugendbereich)<br>Ungesündere Ernährung<br>Zunehmende Lärmbelastung<br>E-Health<br>Fachkräftemangel im ärzte- und pflegerischen Bereich |
| Potenzial privatfinanzierter Gesundheitsmarkt              | -  | Bisher weniger als erwartet, aber Trend hin zu Kur, Wellness, Fitness, hochdifferenzierte Angebote, Wohlbefinden.   |  |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem                     | Es wird kein europäisches Gesundheitssystem geben.   | 2 Szenarien für Deutschland:<br>1. GKV nur noch Grundsicherung für umfassende Versorgung<br>Für Europa:<br>Vereinheitlichung, wobei Europa auch stark auf Universalisierung des Krankenversicherung Schutzes aus ist.<br>→Zweigeteilt: einerseits mehr Raum für privaten Wettbewerb, auf der anderen Seite Festigung des Grundsicherungsschutz. | Kostenexplosion bei sinkenden Einnahmen.<br>Keine gravierenden Konsequenzen für das europäische Gesundheitssystem, da keine bedeutenden Patientenströme – dies ist kein europäisches Gesundheitssystem.<br>Probleme betreffen den nationalen Bereich.  |
| Bedeutung einzelner  | Krankenkassen ↑ (Gefahr Monopol)   | Regierung ↑   | Größter Einfluss: Pharma, GKV, Regierung.  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Akteure  | Pharma verlässt Deutschland   | GKV –<br>Pharma –<br>Ärzte bleiben wichtig<br>Problem, wenn einzelne Facharztgruppen<br>Sonderweg gehen können<br>Krankenhäuser –  | Aus Sicht der Leistungserbringer: Pharma<br>stärkster Lobbyist,<br>in Deutschland noch mehr als in anderen Ländern.<br>An Bedeutung gewinnen werden Hersteller<br>von innovativen Diagnostischen Verfahren.  |
| <b>Themenkomplex II</b>  |   |  |  |
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern | Kritischer im Konsumentenverhalten/Qualität spielt auch eine Rolle. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehr kleine Gruppe von Trendsetterkonsumenten (souveräne Kunden)</li> <li>2. Chronisch Kranke in Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen, mit Beziehungen zu Pharma, Forschung, Wohlfahrt, Beratung (starke Stellung)</li> <li>3. „junge Alte“ wenden sich anderen Leistungen zu als „Gesundheit“</li> </ol> | 2 Arten von Konsumenten: Patient und Konsument proaktiver Gesundheitsleistungen.<br>Gibt nicht den Konsumenten, es werden schichtorientierte Unterschiede gemacht, bspw. nach Einkommen und Informiertheit.<br>PKV Markt stagniert, das Leistungsspektrum wird zurückgehen durch Tarifierungen, geringere Neuverträge, sinkende Beamtenzahlen. |
| Versorgungsstrukturen und –formen der Zukunft  | Ambulante Versorgung stärker durch KH.                              | <p>Einzelpraxen ↓<br/>MVZs ↑<br/>Regionale Zentren<br/>Einzelverträge ↑</p>  | <p>Einzelverträge ↑ im GKV Bereich, sieht Caritas kritisch.<br/>Wunsch der Caritas: IV, aber ohne Einzelverträge, z. B. AOK mit bestimmter Region.<br/>Besser wäre eine flächendeckende Kollektivvertragslösung<br/>Ausbau der MVZs<br/>Kommt auf Gesetzgebung an.<br/>Stationär und ambulant glitt es über die IV zu verknüpfen.</p>          |
| Struktur der Kostenträger  | Wunsch: Grundsicherung + private Zusatzversicherung                 | <p>Kassengröße ↑<br/>Kassenzahl ↓<br/>Aber abhängig vom politischen Willen.<br/>Versicherungsmarkt evtl. wie in den Niederlanden.<br/>PKVen wollen in Zusatzversicherungsmarkt.</p>  | <p>Die, die der Gesetzgeber vorgibt.<br/>KK-Sterben, Zentralisierung, Wettbewerbsreduzierung</p>   |
| <b>Themenkomplex V</b>   |   |  |  |
| weiteren Entwicklung der   | Wichtiger Markt in Zukunft  | Patientenakte sollte kommen, gut für Kommu-  | Zukunftsmarkt  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Telemedizin und des E-Health               | Vernetzung der Leistungserbringer wichtig<br>IT wichtig aber mit Verbraucherschutz | nikation.<br>Evtl. auch für einige Möglichkeit der Selbstdiagnostik positiv.<br>Besserer Hausnotruf.<br>Aber man muss auch alles kritisch sehen.   | E-Gesundheitskarte ist ein nicht aufzuhalten-der Trend mit Potenzial und Zukunft. Positiv daran: Datenfluss von Arzt zu Arzt. Verringerung falscher Medikation und Doppeluntersuchungen =>Kosten↓<br>Dieser Trend ist ein Fortschritt, solange Daten geschützt.<br>Telemedizin ist gut für strukturschwache Regionen.   |
| Probleme für Verbraucherschutz             | -  | Datenschutz Deutschland aber relativ gut im Datenschutz<br>Riesiger Entwicklungsbedarf bezogen auf Handhabbarkeit von Heil-/Hilfs- und Arzneimittel  |   |
| Gesundheitsinformationen                   | Wichtig. Mehr Transparenz nötig.   | Stark zunehmende Bedeutung und das ist positiv, stärkt die Patientenstellung.  | Es gibt viele Fehlinformationen auf Foren. Qualitätsgesicherte Infos sind nicht gewährleistet. Hier besteht Gefahr für den Patienten. Geringe Bildung ist ein Problem, da das Internet alle Schichten anspricht. Krankheit ist zu komplex für das Internet, weil viele Symptome auf eine Reihe von Krankheiten zutreffen.<br>Zertifizierungen könnten helfen und ein neuer Markt. |
| Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene | Kleine KHJ<br>Kompetenzzentren gewünscht<br>IT muss gefördert werden               | Arztkontakte bei Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiater bzw. bei anderer Facharztgruppe zu bekommen ist schwierig, da bringt E-Health auch nichts, aber in anderen Bereichen sinnvoll, z. B. Diabetologe, der mit E-Health größeres Gebiet abdecken kann. |   |
| <b>Themenkomplex VI</b>                    |  |  |   |
| Qualität von Gesundheitsleistungen?        | Leitlinien-Orientierung<br>Bewertung durch den Bürger                              | Braucht fachliche und Patienten-Perspektive (Koproduzenten).<br>Patienten müssen Leistungen beurteilen.  | Leitlinienentwicklung ist wichtig.<br>Es müssen mehr Stichproben im ambulanten Bereich gemacht werden.<br>Arzt und Patient sollen im Dialog miteinander   |

|                        |                         |  |         |
|------------------------|-------------------------|--|---------|
| Qualitätseigenschaften |                         |  | stehen. |
|                        | Evidenzbasierte Medizin |  |         |
|                        |                         |  |         |

## 1.6 Fragebogen und Antworten der befragten Pharmaunternehmen

### Fragebogen

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen   |  |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt   |  |  |   |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?   |  |  |   |
| Welche Trends und Einflüsse werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?   |  |  |   |
| Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem?  |  |  |   |
| Welche Akteure gewinnen ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?  |  |  |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |  |   |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Struktur der Kostenträger von Morgen. In welche Richtung wird sich die Organisation der Krankenversicherungen entwickeln? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus?     |  |  |   |
| <b>Themenkomplex III:</b><br>Strategische Positionierung und spezifische Entwicklungen in der pharmazeutischen Industrie   |  |  |   |
| Wie und mit welchen grundlegenden Strategien werden Sie auf die Trends und Systemänderungen im Gesundheitsmarkt reagieren?   |  |  |   |
| Wie organisieren sich die Pharmaunternehmen der Zukunft? Welche Leistungen werden selbst erbracht, welche werden outgesourced?   |  |  |   |
| Beschreiben Sie die pharmazeutische Supply-Chain der Zukunft. Welche Rolle spielt der technische Fortschritt in diesem Zusammenhang?   |  |  |   |
| Auf welche Krankheitsbilder und -entwicklungen werden sich Sie zukünftig einstellen? Welche Krankheiten werden besonders kostenintensiv? In welche Krankheitsbilder werden Sie primär investieren? |  |  |   |
| Auf welche Entwicklungen stellen Sie sich diesbezüglich bereits ein? Ergeben sich in diesem Zusammenhang neue Geschäftsfelder für Sie?   |  |  |   |
| <b>Themenkomplex VII:</b><br>Thema Gesundheit im eigenen Unternehmen   |  |  |   |
| Beschreiben Sie, wie innerhalb ihres Hauses mit dem Thema Gesundheit umgegangen wird. Planen bzw. führen sie bereits aktiv Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch?                 |  |  |   |
| Erstellen Sie diese Maßnahmen in Eigenproduktion?  |  |  |   |

## Zusammengefasste Antworten

|  | Pharmaunternehmen 1  | Pharmaunternehmen 2   | Pharmaunternehmen 3  | Pharmaunternehmen 4  | Pharmaunternehmen 5   |
|--|--|---|--|--|---|
| <b>Themenkomplex I</b>                                     |  |   |  |  |   |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft | Weiterhin große Bedeutung und Wachstum aufgrund des Fortschritts und der Nachfrage.  | Bleibt Wachstumsmarkt mit größerem Wachstum als andere Märkte und steigender Bedeutung.   | Gesundheitsmarkt bereits heute bedeutender Wirtschaftsfaktor mit zunehmender Bedeutung.  | Hohe Bedeutung in der Zukunft mit Konjunktur-unabhängigem Wachstum.        | Stark steigende Bedeutung, möglicherweise wichtigster Markt in der Zukunft.   |
| Trends und Einflüsse                                       | Mehr Selbstbestimmung bei der Nachfrage, mehr eigenfinanzierte Leistungen werden nachgefragt (Wellness).<br>Technischer Fortschritt, Innovationen<br>Biopharmazeutika, Impfstoffe, Gentechnik<br>Verstärkter Wettbewerb der Anbieter, mehr Einzelverträge.<br>Leistungserbringung wird vermehrt durch Kapitalgesellschaften sichergestellt.<br>Längere Arbeitszeiten werden die Nachfrage nach Gesundheitsgütern beeinflussen. | Demographischer Wandel, Alterung der Gesellschaft, Individualisierung der Angebote  | Demographie; Wertschätzung der Gesundheit ändert sich bzw. steigt; Gesundheitsausgaben als Investitions- und nicht Konsumgüter.<br>Speziellere und spezifischere Angebote mit klar erkennbarem Zusatznutzen. | Homogenisierung im Bereich der Grundeleistungen.<br>Demographischer Wandel | Demographischer Wandel<br>Technischer Fortschritt<br>Professionalisierung der Versorgung: komplexes, interdisziplinäres Management von Indikationen |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem                     | Das Gesundheitssystem muss den Finanzierungsherausforderungen entgegen treten (Bezahlung des Fortschritts) und der erhöhten Informationseinfor-  | Möglicherweise nur noch eingeschränkte Arzt- und Krankenhauswahl.<br>Stärkere Ausrichtung auf Gatekeeper-Modelle.<br>Kein europäisches System | Leistungen des solidari-schen Systems werden begrenzt.<br>Neben der Basisversorgung bildet sich dann ein neuer Markt privater oder   | -  | Keine radikalen Reformen in nächster Zeit.<br>Mehr Eigenverantwortung für den Patienten, aber nur sehr langsam.<br>Dezentrale Lösungen              |

|   |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|---|--|
|   | <p>derung.<br/>Es wird eine länderübergreifende Gesundheitsnachfrage geben.<br/>Mehr Eigenleistungen werden eingefordert.</p>  | <p>Gemeinsame Initiativen, z. B. im Bereich HTA.</p>   | <p>staatlich alimentierter Zusatzleistungen oder Selbstzahlerangebote.<br/>Keine Konvergenztendenzen in Richtung eines europäischen Systems.</p>   |   | <p>nehmen zu, aber weiterhin unter zentralen Vorgaben.<br/>Kein europäisches System bis 2015.<br/>Zunahme des Gesundheitstourismus.<br/>Integrierte Gesundheitskonzerne.</p>   |
| <p>Bedeutung einzelner Akteure</p>                                    | <p>Krankenkassen, Regierung gewinnen.<br/>Kassenärztliche Vereinigung verliert.<br/>Kapitalgesellschaften als neue Player.</p> | <p>Pharmazeutische Industrie, Krankenkassen und Regierung bleiben wichtigste Player.<br/>Ärzte bzw. Ärzteverbände werden an Bedeutung verlieren.</p> | <p>Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen sind dominierende Player<br/>Ärzte werden an Bedeutung verlieren<br/>Krankenkassen werden an Bedeutung gewinnen<br/>Krankenhäuser werden in Form von Kettenkonzernen an Bedeutung gewinnen<br/>Pharmazeutische Industrie aufgrund der Zersplitterung aktuell kein bedeutender Player, wird eher über Kooperationen agieren</p> | <p>Die nach der Konsolidierung verbleibenden Krankenkassen werden an Bedeutung gewinnen.<br/>Neuer wichtiger Player werden große Ketten- und Netzwerke sein (Ärztetzwerke, Krankenhausketten etc.).</p> | <p>Bedeutung der Krankenkassen nimmt zu; entscheiden vermehrt über Leistungen und deren Gestaltung.<br/>Patient wird mündiger, aber langsamer Prozess.<br/>Institutionen zur Evidenzbewertung etc. werden an Bedeutung gewinnen.<br/>Verordner, kassenärztliche Vereinigungen werden verlieren.<br/>Integrierte Gesundheitskonzerne nehmen zu.</p> |
| <p>Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt</p>                            | -  | <p>Wachstum, da Regelleistungen zurückgeschraubt werden.<br/>Mehr private Angebote</p>   | -  | <p>Wird stärker anwachsen als der 1. Gesundheitsmarkt</p>   | <p>Steigende Bedeutung und deutliches Wachstum</p>   |
| <b>Themenkomplex II</b>   |  |  |  |   |  |
| <p>Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten</p> | <p>Qualität und Zugang an vorderster Stelle.<br/>Vermehrte Zuzahlungen in</p>  | <p>Zahlungsbereitschaft grundsätzlich hoch.<br/>Differenzierung durch</p>  | <p>Vier Grundtypen von Patienten:<br/>Individualistischer</p>  | <p>Verschiedene Konsumententypen:<br/>Pauschalkaskonutzer:</p>  | <p>Aktuell Vollkaskomentalität und viel Gewicht auf Qualität.</p>  |

|   |   |  |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|
| von Gesundheitsgütern                         | Verbindung mit Geringerverdienern können zu Ausnahmen hier von führen. Möglicherweise größere Differenzierung der Anbieter durch vermehrte Zuzahlungen.                         | Krankenkassen in Zukunft denkbar; Basistarif plus verschiedene Zusatztarife.   | Entrepreneur (rational, gut informiert, gesundheitsbewusst, konsumiert Gesundheitsgüter zukunftsbewusst); aktuell in der Minderheit, aber gewinnt in Zukunft an Bedeutung. Traditionelle Nutzer (versichert und nimmt bei Bedarf die Leistung in Anspruch, die ihm das System zur Verfügung stellt); gibt es auch in Zukunft. Zwei weitere Mischtypen (informieren sich im Bedarfsfall); wird es auch in Zukunft geben. | nimmt die Leistungen der Kasse in Anspruch wie sie angeboten werden und hofft auf eine Kostenminimierung für ihn seitens der Kassen; kaum Bereitschaft für Zuzahlungen. Auch Konsumenten die differenzierter agieren und entsprechende Wahlmöglichkeiten bei Tarifen nutzen und anspruchsvoll hinsichtlich der Leistungen sind. | Keine Änderung ohne Änderung des Systems.   |
| Versorgungsstrukturen und –formen der Zukunft | Bestehende Instrumente wie Einzelverträge werden konsequenter genutzt. Public Health Partnerships gewinnen an Bedeutung.  | Disease-Management-Programme aktuell nicht ausgereift und wahrscheinlich nur aufgrund von Subventionen am Markt, deshalb ist es aktuell nicht klar, ob sich diese Versorgungsprogramme durchsetzen. Künftig mehr Guidelines. | Diverse Netzwerke, die entweder spezialisierte Leistungen anbieten oder Vollversorgung von Prävention bis Kuration. Stärkere Differenzierung der Leistungserbringer (durch Verträge).   | MVZ-Strukturen werden zunehmen, KV-Einzelpraxen abnehmen.   | Verschmelzung von ambulant und stationär wird weiter voranschreiten. Mehr MVZ Konzentration und Professionalisierung bei standardisierbaren Leistungen.                         |
| Zukünftige Struktur der Kostenträger          | Konsolidierung beschleunigt sich, so dass nur noch 30-40 Krankenkassen in einigen Jahren übrig bleiben. Mehr an Zusatzversicherungen und Wahltarifen. Basisleistungskatalog mit | Einheitliche Basisversorgung + Wettbewerb der Kassen über individuelle Zusatzversicherungen.   | GKV und PKV werden sich annähern, da GKV zur Differenzierung verstärkt spezielle Zusatzangebote machen wird. GKV'en werden in eine privatrechtliche Form überführt.   | 20-50 Kassen werden nach der Konsolidierung übrig bleiben. Grenze zwischen GKV und PKV wird schwammiger aufgrund von Fusionen und Zusatzangeboten. Grundversorgungstarif  | 30-40 Krankenkassen. Bestimmte Größe wird benötigt, um Versorgungsverträge, interdisziplinäre Verträge abschließen zu können. Eventuell Reduktion des GKV-Katalogs und stärker- |

|  |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
|  | weniger Leistungen.   |   |   | plus differenzierte Zusatzangebote.<br>Stärkere Einflussnahme auf die Leistungssteuerung.  | re Ausweitung und Differenzierung der Zusatzangebote; auch lokal.  |
| <b>Themenkomplex III</b>                 |   |   |   |  |  |
| Unternehmensstrategien, Marktentwicklung | Organisation passt sich fortwährend an, so dass keine bedeutenden Neuerungen stattfinden.<br>Bestehende Kompetenzen ausbauen, z. B. Verhandlungskompetenz.<br>Anpassung der Struktur auf Verhandlungen und Kooperationen mit Kapitalgesellschaften und managementgesellschaften.<br>Flexibilität als wichtigstes Kriterium. | Fokus liegt auf der Frage, wie man sehr früh bei der Entwicklung erkennen kann, dass ein Mehrwert besteht, für den eine Zahlungsbereitschaft existiert.<br>Trend: weg von etablierten Indikationen hin zu Indikationen bei denen noch ein med. Bedürfnis besteht, z. B. Erkrankungen des Zentralnervensystems. Merger-Welle wird fortgesetzt. | Forschung in Gebiete fokussieren, in denen noch echter Zusatznutzen möglich ist.<br>Stärkere Hinwendung zu Kostenträgern als Geschäftspartner.<br>Angebote, die weit über das Arzneimittel hinausgehen.<br>Will Systempartner bzw. -dienstleister werden. | Wenig Innovationen und Aktivitäten in Massenmärkten.<br>Suche nach Marktzugangsmöglichkeiten; insbesondere durch Reaktion auf Vertragsangebote.<br>Anbieter von Systemlösungen, über das pharmazeutische hinaus. | Fokussierung auf Bereiche mit bisher suboptimalen Therapieoptionen, Bereiche wo großer Zusatznutzen möglich ist, z. B. Orphan diseases.<br>Konzentrationsprozesse und Verbünde zur Forschung.<br>Stärkeres Engagement im gesamten Versorgungsprozess und Gewinnung von wichtigen Akteuren als Partner.<br>Immer wichtiger werden Marktzugänge, d. h. besonders früh, um als Monopolist agieren zu können.<br>Bedeutung des speziellen Außendienstes (für komplexe Produkte) wird gewinnen. |
| Zukünftige Organisation, Outsourcing     | Ständiger Prüfungsprozess hinsichtlich Outsourcing von administrativen Aufgaben.<br>Überprüfung der Außenmitarbeiterkapazität.  | Auslagerung der Forschung in kleine Firmen.<br>Profit künftig nur noch über innovative Produkte möglich, deshalb Fokussierung auf Forschung .   | In den letzten Jahren viel outgesourced.<br>Trend geht zu Projektoperationen entlang der Wertschöpfungskette, also nicht horizontal.  | Bereits jetzt relativ viel outgesourced.<br>Keine massiven Änderungen, Kernkompetenz bleibt im Unternehmen.  | Forschung, Entwicklung bleibt im Unternehmen.<br>Substanzkäufe hängen von der eigenen Pipeline ab.<br>Business Planning, Market-   |

|                             |   |   |  |  |  |
|-----------------------------|---|---|--|--|--|
|                             | Zugang zu den Kunden und Entwicklung bleibt bei der pharm. Industrie. Keine Streben nach Größe. | Stärkere Kooperation mit Krankenkassen und Universitäten zur Datenauswertung etc.   |  |  | ing, Medical Education, Market Access auch weiterhin im Unternehmen. Juristische Fragestellungen, gesundheitsökonomische Modellierungen, Personaldienstleistungen, Außendienst kann outsourced werden. Vermehrt horizontale und vertikale Kooperationen (z. B. Großhändler) England: Großhändler mit Krankenhaus |
| Supply Chain                | Keine gravierenden Veränderungen zum Statusquo.   | -   | Durch aktuelle Urteile ist die Entwicklung für die nahe Zukunft zementiert.  | Keine wirkliche Änderung bis 2015. Änderung erst wenn Kettenapotheken entstehen. | Direct to Pharmacy und Vorwärtsintegration sind Optionen, sofern dies gesetzlich möglich ist.  |
| Bedeutende Krankheitsbilder | Alzheimer, Onkologie, Impfstoffe, bestimmte chronischen Entzündungserkrankungen wie Rheuma      | Cerebrale Erkrankungen wie Demenz Herz-Kreislauf-Erkrankungen Erkrankungen des Zentralnervensystems Onkologie Allgemein chronische Erkrankungen | Keine großen Projekte mehr zu Herz- und Kreislauf. Aktuell Krebsforschung, Alzheimer, Demenz, Schmerztherapie Biopharmazeutika für spezielle Gruppen Getrennte Nervenbahnen wieder zusammenwachsen<br>Bereich der Spezialerkrankungen mit wenig therapeutischen Alternativen Autoimmunerkrankungen wie Rheuma, Psoriasis | Kein bedeutender Wandel  | Onkologie Autoimmunerkrankungen  |
| Neue Geschäftsfelder        | Neu: Alzheimer  | In naher Zukunft keine  | Keine neuen Krankheits-  | -  | Integrierte Gesundheits-   |

|                            |  |   |   |   |  |
|----------------------------|--|---|---|---|--|
|                            | Keine neuen Geschäftsfelder neben dem Kerngeschäft.  | Neuausrichtung geplant.   | bilder aber neue Herangehensweise an Therapien.   |   | konzerne als Zukunft (z. B. Fresenius: Pharma, Medizintechnik, Krankenhaus). |
| <b>Themenkomplex VII</b>   |  |   |   |   |  |
| Gesundheit im eigenen Haus | Betriebssport, Rabatte für Fitnessstudios, Aktionen mit kostenlosen Gesundheitschecks, Ernährung (Fit menu und Aktionswochen). | Bayer-BKK zu vergünstigten Konditionen, Vorsorgeleistungen, Check-Ups (kostenlos ab bestimmten Alter), Werksärzte, Seminare zum Thema Gesundheit alle zwei Wochen, Vergünstigte Konditionen bei bestimmten Fitnessstudio. | Themen wie Übergewicht, Rauchen, Sport und Bewegung usw., Kooperation mit Sportärzten (Laufgruppen, -schule, d. h. therapeutisches Lauf), Motivationstraining für gesundes Essen, Wettbewerb zur Gewichtsreduktion, Rezepttipps zum Selbstkochen. Ermäßigungen bei Fitnessstudios, Vereinen. Rauchentwöhnung, auch finanzielle Unterstützung. | Masseure, Unternehmen finanziert Eintritt in Fitnessstudios, 2 jähriges kostenloses Check-up Programm für Führungskräfte, Sport- und Laufgruppen. | -  |
| Von wem produziert?        | Eigenproduktion  | Fremdproduktion: Seminare, Kooperation mit Fitnessstudio (mögliche steigende Bedeutung in der Zukunft).   | Arbeiten viel mit Externen, wie Sportzentren, Therapeuten, Beratern, Motivationsagenturen, Ernährungswissenschaftlern etc.  | -   | -  |

## 1.7 Fragebogen und Antworten der befragten Reiseanbieter

### Fragebogen

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen   |  |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt   |  |   |   |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?   |  |   |   |
| Welche Trends und Einflüsse werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?   |  |   |   |
| Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem?  |  |   |   |
| Welche Akteure gewinnen Ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?  |  |   |   |
| Welches Entwicklungspotenzial sehen Sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?  |  |   |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |   |   |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?  |  |   |   |
| Welche neuen Dienstleistungen und Technologien erwarten Sie im Gesundheitsmarkt der Zukunft?   |  |   |   |
| <b>Themenkomplex III:</b><br>Strategische Positionierung und spezifische Entwicklungen im Gesundheitsmarkt aus der Sicht von Touristikunternehmen  |  |   |   |
| Wie und mit welchen grundlegenden Strategien werden Sie auf die Trends und Systemänderungen im Gesundheitsmarkt reagieren?   |  |   |   |
| Beschreiben Sie den Stellenwert von Gesundheitsreisen aktuell und in der Zukunft. Wie entwickelt sich die Wettbewerbssituation in diesem Markt? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus? |  |   |   |
| Können Sie im Gesundheitsmarkt nach unterschiedlichen Kundengruppen mit spezifischen Präferenzen differenzieren?   |  |   |   |
| Welche Vertriebswege nutzen Sie bzw. werden Sie für Ihre Gesundheitsleistungen nutzen?   |  |   |   |
| <b>Themenkomplex IV:</b><br>Kooperationen und Vernetzung   |  |   |   |
| Sehen Sie für sich noch weiteres Potenzial von Kooperationen und Vernetzung mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens...In welchen Bereichen sind diese besonders wichtig?                      |  |   |   |
| Welche Kooperationsformen werden in den nächsten Jahren verstärkt im Gesundheitswesen entstehen?   |  |   |   |
| <b>Themenkomplex V:</b><br>Qualität von Gesundheitsleistungen  |  |   |   |
| Was verstehen Sie unter Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?  |  |   |   |
| Welche Qualitätseigenschaften müssen Leistungen in Zukunft erfüllen, um sich erfolgreich durchzusetzen?  |  |   |   |
| <b>Themenkomplex VI:</b><br>Thema Gesundheit im eigenen Unternehmen  |  |   |   |
| Beschreiben Sie, wie innerhalb ihres Hauses mit dem Thema Gesundheit umgegangen wird. Planen bzw. führen sie bereits aktiv Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch?               |  |   |   |
| Erstellen Sie diese Maßnahmen in Eigenproduktion?  |  |   |   |

## Zusammengefasste Antworten

|  | Reiseanbieter 1   | Reiseanbieter 2  | Reiseanbieter 3   |
|--|---|--|---|
| <b>Themenkomplex I</b>                                     |   |  |   |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft | Große Bedeutung aktuell, wird noch steigen.   | Große Bedeutung aktuell, Wachstumsprognose im 2-stelligen Bereich.   | Enorme Bedeutung, gigantische Industrie, die sich weiterentwickeln wird.                                |
| Trends und Einflüsse                                       | Zunehmendes Durchschnittsalter aber auch geringere Einkommen zukünftiger Rentner.   | Privatisierung → Staat zieht sich sukzessiv aus Gesundheitsleistungen zurück, evtl. zukünftig nur noch Grundsicherung.<br>Krankenhaussektor → zu viele Betten, Schließung vieler Häuser, mehr Kompetenzzentren (interdisziplinär) oder solche, die ein Krankheitsbild von vorne bis hinten betreuen inklusive Nachsorge.<br>Verschiebung Richtung 2. Gesundheitsmarkt. | Unternehmen im Gesundheitsmarkt wollen Menschen eher krank sehen, auf Deutschland rollt eine Lawine zu. |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem                     | Neue Herausforderungen der Finanzierung durch Überalterung und sinkende Alterseinkommen.  | Umorientierung hinsichtlich der Privatisierung → muss in Köpfen ankommen.<br>Es wird Patienten geben, die Grenzen übertreten, um medizinische DL in Anspruch zu nehmen → Gesundheitstourismus, weil z. B. billiger oder Warteliste.  | Deutschland: Leistungen werden gestrichen werden, also keine großen positiven Entwicklungen.            |
| Bedeutung einzelner Akteure                                | Privat finanzierte gewinnen, so lange Einkommen der älteren Generation auf heutigem Stand; auf GKV-Zahlungen angewiesene verlieren. | Pharma ↑; GKV ↑ Regierung ↓; Kompetenzzentren ↑; einzelne Anbieter ↓; kleine KH ↓; Anbieter, die sich interdisziplinär aufstellen und untereinander vernetzen ↑; „alle, die die Nase herausstrecken und alles um sich herum sehen, auch im DL Bereich, auch mit Apotheken, Sanitätshäusern... aber immer im Verbund“   | Pharmaindustrie als Trendsetter ↑<br>Bedeutung der Versicherten ↓                                       |
| Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt                        | Potenzial für Umsatzsteigerung, da GKV nur noch Minimalleistung garantieren wird.   | Hohes Potenzial  | Der privatfinanzierte Markt wird kommen.<br>Müssen in Zukunft für Gesundheit selber zu zahlen haben.    |
| <b>Themenkomplex II</b>                                    |   |  |   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern | Hybrider Patient → teils Schnäppchenjäger, teils gibt er gerne mehr aus, Verbraucherverhalten wird insgesamt schwerer einzuschätzen sein. Zielgruppen werden inhomogener, viele ältere Kunden aber auch jüngere, die präventiv handeln.                                      | Aufgeklärt, informiert, nutzt alle modernen Medien, preisbewusst, vergleichend, sehr spezielles und differenziertes Nachfrageverhalten nach ganz individuell gestalteten Produkten, „weiß genau, was er will“.  | -  |
| neuen Dienstleistungen und Technologien  | Verwitwete Menschen ↑ neben reiner Gesundheitspflege auch Kommunikationsmöglichkeiten zur geistigen Gesunderhaltung.   | Z. B. bildgebende Diagnostik, Test-CT, Impfungen ... als Entwicklungen der Medizintechnik.<br>Präventionsleistungen ↑<br>Gut organisierte Nachsorge   | -  |
| <b>Themenkomplex III</b>   |  |   |  |
| Reaktion der Branche   | Beteiligung am Veranstalter Dr. Holiday (auf Gesundheitsreisen) spezialisiert, Angebote ↑.   | TUI Vital befasst sich jetzt schon mit Wellnessreisen und bietet solche an (auch mit einigen medizinischen und präventiven Effekten).<br>Dazu neue Gesundheitseinheit, soll Gesundheitstourismus voranbringen. Entwickeln neue Gesundheitsprodukte.   | Branche hat sich schon darauf eingestellt. Hat erkannt, dass Kunde nach Wegen sucht, sich im Urlaub zu beschäftigen. Wellness war erster Trend, Selfness ist der neue. Im Urlaub konstruktiv beschäftigen. |
| Stellenwert Gesundheitsreisen  | Momentan relativ Geringer Stellenwert, aber Bedeutung wird ↑ Angebot wird damit vielfältiger. Wettbewerb wird ↑, schwieriger bei Gesundheitsreisen, die tatsächlich medizinische Behandlung beinhalten → hier aus Haftungsgründen eher keine aktive Beteiligung von Dertour. | Menschen sind bereit, Geld für Gesundheit auszugeben, gerne in Kombination mit einer Reise. Im Urlaub werden verstärkt „Themen“ angegangen, z. B. „vegetarischer Kochkurs“, „Erlernen einer Sportart“, „Kuranwendung“. Vorstellbar: Kombi mit echter ärztlicher DL. Gewollt und mit demographischer Entwicklung wird Bereich ↑.<br>Tendenz geht auch zur Aufspaltung des Urlaubs, eine davon dann für Gesundheitsanwendung. | Heute Attraktivität durch Krankenkassen Zahlungen. Also Entwicklung auch davon abhängig. Einheitskasse → Prävention unattraktiv.   |
| nach Kundengruppen differenzieren  | Noch zu geringer Markt aber z. B. „Reisen zur Gesunderhaltung“ und Reisen zur Heilung akuter Beschwerden.  | Ja Differenzierung ist möglich, Preisbewusstsein, Alter, Qualität... aber noch keine Zahlen.  | Gezielte Ansprache von Familien, Senioren, junge Leute, konzipieren heute schon abgestimmte Programme.   |
| Vertriebswege  | Momentan klassischer Reisebürovertrieb. Zukünftig wohl Veränderung, weil Reisebüro-  | Aktuell Reisebüros, aber denken nach über alternative Vertriebswege, Kooperation, um  | Reisebüro, Internet, über Leistungserbringer. Werbung, Flyer etc. auch über Apotheken  |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | mitarbeiter nicht Gesundheitskompetenz haben.  | Gesundheitskompetenz zu erlangen. Am besten mit verschiedensten Akteuren: KH, Ärzte, Psychotherapiepraxen, Schönheitsinstitute, Kosmetikstudios und UNBEDINGT Apotheken. Kooperation mit Reformhäusern vorhanden. | nicht erfolgreich.   |
| <b>Themenkomplex IV</b>                           |  |   |  |
| Potenzial von Kooperation und Vernetzung          | Für Vertrieb! Krankenkassen interessant, weil Know-How zur Entwicklung neuer Produkte.                               | Unbedingt. Apotheken, Reformhäuser, Beautyeinrichtungen, KK, Gibt schon Kooperation mit gesetzl. Krankenkasse.  | Mit Unternehmen bspw. Richtungsweise Entscheidung (01.01.2009, BuFinHof, 500 € für Gesundheitsförderung). Last der eigenverantwortlichen Krankenkasse getragen werden. Der Arbeitgeber will den Arbeitn. lange gesund sehen. |
| Allg. erwartete Kooperationen im Gesundheitswesen | Neben klassischen Kooperationen auch solche mit weiteren gesundheitsaffinen Unternehmen (Bioläden, Supermärkten...). | Marketingkooperationen, Interdisziplinäre Arbeiten zwischen ambulatem und stationärem Sektor, mit Versorgung rundherum, auch mit Psychotherapie und Apotheken.  | Fusionen von Krankenkassen   |
| <b>Themenkomplex V</b>                            |  |   |  |
| Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?         | Nachhaltige Verbesserung des Wohlbefindens, mit objektiver Verbesserung.   | Evidenz basiert<br>Reproduzierbar<br>Messbar<br>Gutes Preis-Leistungs-Verhältnis  | Nachhaltigkeit   |
| Qualitätseigenschaften                            | Oben genanntes muss erschwänglich sein.  | Oben genanntes müsste sich durchsetzen  |  |
| <b>Themenkomplex VI</b>                           |  |   |  |
| Betriebliche Gesundheitsförderung                 | Betriebsport, Rückenschule, Yoga, Nichttrauerkurse, Bezuschussung von Gesundheitsreisen, Verpflegung, Diagnostiktage | -   | -  |
| Eigenproduktion                                   | Nein, überwiegend externe DL, z. B. KK, meist über Konzernmutter   | -   | -  |

## 1.8 Fragebogen und Antworten der befragten Technologieexperten

### Fragebogen

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen   |  |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt   |  |   |   |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?   |  |   |   |
| Welche Trends und Einflüsse werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?   |  |   |   |
| Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem?  |  |   |   |
| Welche Akteure gewinnen Ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?  |  |   |   |
| Welches Entwicklungspotenzial sehen Sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?  |  |   |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |   |   |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?  |  |   |   |
| Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?  |  |   |   |
| <b>Themenkomplex III:</b><br>Strategische Positionierung und spezifische Entwicklungen im Markt für Gesundheitstechnologien  |  |   |   |
| Wie und mit welchen grundlegenden Strategien werden sie auf die Trends und Systemänderungen im Gesundheitsmarkt reagieren?   |  |   |   |
| Welche neuen Technologieprodukte, Dienst- und Serviceleistungen können im Gesundheitsmarkt bis 2015 realisiert werden?   |  |   |   |
| Sehen Sie gesellschaftliche, ethische oder rechtliche Hürden beim Ausbau und der weiteren Entwicklung von Technologien und elektronischen Gesundheitsangeboten?  |  |   |   |
| <b>Themenkomplex IV:</b><br>Kooperationen und Vernetzung   |  |   |   |
| Beschreiben Sie die Auswirkungen des technologischen Fortschritts auf die Bildung von Kooperationen und die Vernetzung von Akteuren im Gesundheitsmarkt. Welche neuen Kooperationsformen werden zukünftig entstehen und in welchen Bereichen werden Kooperationen an Bedeutung gewinnen?                     |  |   |   |
| Welche Kooperationspartner sind für Technologieunternehmen im Gesundheitsmarkt zukünftig von besonderer Bedeutung?   |  |   |   |
| <b>Themenkomplex V:</b><br>Entwicklungen im Kommunikations- und Informationsbereich<br>(vor dem Hintergrund unattraktiver Märkte)  |  |   |   |
| Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zur weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health. Sehen Sie hier einen Zukunftsmarkt oder eine Entwicklung, die sich nicht durchsetzen wird?  |  |   |   |
| Welchen Stellenwert werden Gesundheitsinformationen zukünftig besitzen und welche Herausforderungen sind mit dem Thema Gesundheitsinformationen verbunden?   |  |   |   |
| Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene zukünftig entwickeln und in welcher Weise könnte die Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten mit den neuen elektronischen Möglichkeiten und Versorgungskonzepten künftig sichergestellt oder sogar verbessert werden? |  |   |   |

## Zusammengefasste Antworten

|  | Technologie-experte 1  | Technologie-experte 2  | Technologie-experte 3  | Technologie-experte 4   |
|--|--|--|--|---|
| <b>Themenkomplex I</b>                                     |  |  |  |   |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft | Besondere Bedeutung für das eigene Unternehmen. National und weltweit wachsende Bedeutung. Stetiges Wachstum.  | Zukünftig sehr hohe Bedeutung. Wächst stärker als andere Märkte.   | Der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP wird steigen (aktuell etwa 10 %).   | Weiterer starker Wachstum aufgrund des technischen Fortschritts.  |
| Trends und Einflüsse                                       | Bedarf und Anspruch an Gesundheitsleistungen ändern sich aufgrund der alternden Bevölkerung<br>Technologischer Fortschritt<br>Breiteres Spektrum an Gesundheitsleistungen<br>Ethik<br>Prävention (abhängig von der Kostenübernahme)<br>Vernetzung im Gesundheitsbereich  | Konvergenz von Medizin-IT und Medizintechnik<br>Elektronische und IT-gestützte Steuerung von Compliance  | Demographische Entwicklung mit entsprechender Leistungsanspruchnahme.<br>Medizinisch-technischer Fortschritt mit erheblichen Innovationen im Medizintechnikbereich.<br>Verändertes Verhalten zum Thema Gesundheit in der Bevölkerung.            | Medizintechnischer Fortschritt<br>Demographischer Wandel<br>Gesellschaftlicher Wandel, Nachfrage nach individuellen, personalisierten maßgeschneiderten Leistungen<br>Diagnostische Entwicklung |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem                     | Vernetzung und Bündelung der Kompetenzen.<br>Beseitigung von Ineffizienzen erforderlich.<br>Bündelung, um die Geräte-, System-, OP- und Personalauslastung zu verbessern.<br>Problem der geografischen Verteilung von Versorgungsstrukturen (starke und schwache).<br>Schwierigkeiten bei grenzüberschreitender Zusammenarbeit.<br>Kein gesamteuropäisches System möglich. | Leistungserbringer, Pharmahersteller und Gerätehersteller werden es schwer haben, wenn sie das Thema IT nicht beherrschen.<br>Abhängig von der Bundestagswahl, aber Gesundheit muss als knappes Gut beim Konsumenten spürbar werden. | Finanzierung der Sozialversicherung muss gelöst werden, wenn der Standard aufrecht erhalten werden soll.<br>Lösungen und Regelungen für grenzüberschreitende Leistungen müssen gefunden werden.<br>Kein europäisches Gesundheitssystem bis 2015. |   |
| Bedeutung einzelner Akteure                                | Pharmaindustrie verliert aufgrund eines steigenden Wettbewerbs.  | Regionale Klinikverbände und Gesundheitsverbände mit MVZ,  | Patient wird sehr stark an Bedeutung gewinnen.   |   |

|  |  |  |  |   |   |
|--|--|--|--|---|---|
|  |  | Ärzteneitz etc. werden an Bedeutung gewinnen.<br>Hausarzt wird kein Verlierer sein.<br>Kein Ärztesterben auf dem Land.<br>Bedeutung der Ärzteverbände wird sinken.   |  |   |   |
|  |  | Politik bleibt bei großer Bedeutung.<br>Hohe Bedeutung der Krankenkassen, die aufgrund der Einzelverträge noch steigen wird.<br>Unternehmerische Medizingroßzentren werden wichtiger Akteur.   |  |   |   |
| Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt  |  | Zusatzleistung zur GKV werden steigen, mehr Transparenz erforderlich, da großes Finanzierungspotential.  |  |   |   |
| <b>Themenkomplex II</b>  |  |  |  |   |   |
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern |  | Nachfrage nach einer Verbindung von medizinischen Leistungen und Urlaub, d. h. ein Familienmitglied wird behandelt während die Familie in unmittelbarer Umgebung Urlaub macht.<br>Nachfrageverhalten wird sich ändern, wenn die Konsumenten spüren, dass Gesundheit knapp ist. |  | Wenn mehr Wettbewerb induziert wird, verhält sich der Konsument von Gesundheitsleistungen ähnlich wie in anderen Märkten.<br>Patient wird hohe Qualität einfordern, wenn er sich stärker selbstbeteiligt.<br>In einem wettbewerbsorientierten Markt werden unterschiedliche private Finanzierungsmöglichkeiten auch zu unterschiedlichem Nachfrageverhalten führen. | Für Finanzkräftige wird Ernährung wichtiger.<br>Möglichkeiten zur Individualisierung und Differenzierung. |
| Versorgungsstrukturen und -formen der Zukunft  |  | Neue regionale Klinik- und Gesundheitsverbände   |  | Durch mehr Wettbewerb wird es notgedrungen vermehrt zu integrierten Versorgungskonzepten, horizontalen und vertikalen Versorgungsszenarien und einer stärkeren Zusammenarbeit ambulant/stationär kommen.  | Weitere integrierte Konzepte.<br>Vernetzung der Daten für molekulare Medizin erforderlich.                |
| <b>Themenkomplex III</b>   |  |  |  |   |   |
| Unternehmensstrategien, Marktentwicklung   |  | Konzentration auf Produktentwicklung und Vermarktung.<br>Effizienzsteigerung bei der Pro-  |  | Großes Potential im Bereich Technologieservices für die Pflege.   | Markt für Medizintechnik wird wachsen, hierbei insbesondere biohybride Systeme, Verschmel-                |



|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <p>sche und ethische Hürden für zukünftige Gesundheits-technologien</p> | <p>rungsproblem nicht und fordert maximale Leistung. Herausforderung ist, Akzeptanz für Nichtmaximal-Lösungen zu schaffen. Gefahr der Fließbandökonomie (Ethik). Lebensqualitätsminderung durch besseres Screening? Gefahr das Prävention Patienten in falsche Sicherheit wiegt. Datensicherheit und immer größere Datenmengen, -banken und deren Abgleich als rechtliches und ethisches sowie versicherungs-technisches Problem. Keine Innovationsförderung für neue technische Produkte.</p> | <p>schen Hürden. Rechtliche Hürden: z. B. elektronische Signatur, beweissichere Archivierung, wann ist Software ein Medizinprodukt.</p>              | <p>nanzierung von Innovationen, zurzeit innovationsfeindlich, private oder solidarische Finanzierung.</p>   | <p>Weltweite Harmonisierung für komplexe Produkte und wie diese zu bewerten sind.</p> |
| <p><b>Themenkomplex IV</b></p>  |  |  |   |   |
| <p>Technischer Fortschritt und Bildung von Kooperationen</p>            | <p>Kompetenzbündelung in Versorgungszentren. Zurückgehende Flächenversorgung. Zusammenarbeit mit Universitäten, die zu schnellerer Forschung gezwungen werden. Bündelung und Optimierung der Versorgungskette im Bereich Onkologie, Kardiologie mit Hilfe von Geräte- und IT-Anbietern, auch außerhalb von Krankenhäusern.</p>   | <p>Beherrschung von IT wird regionale Gesundheitsverbände ermöglichen und ist für erfolgreiche Kooperationen und Zusammen-schlüsse unerlässlich.</p> | <p>Medizinische Großgeräte sind zu teuer, so dass die Geräte von mehreren genutzt werden, z. B. ambulante Leistungserbringer nutzen Geräte in stationären Einrichtungen mit Telekonsile Der ganze Bereich Pflege Kooperationen um Technologien, die das Leben in Wohnungen für Pflegebedürftige optimieren Kooperationen mit Hotels, z. B. Verlagerung von Patienten nach operativen Eingriffen in Hotels durch Krankenhäuser</p> | <p>Engere Kooperationen von Forschungseinrichtungen.</p>                              |
| <p>Wichtige künftige Kooperationspartner</p>                            | <p>Primär Krankenhäuser, regionale Gesundheitsverbände Service und Dienstleistung für Pharma und Medizintechnikhersteller</p>  | <p>Leistungserbringer Logistische Partner für Belieferung</p>  | <p>Engere Kooperationen von Forschungseinrichtungen.</p>  | <p>Engere Kooperationen von Forschungseinrichtungen.</p>                              |

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <p><b>Themenkomplex V</b></p>   | <p>Bedeutung der Telemedizin und E-Health</p>  | <p>Zukunftsmarkt, aber überbewertet<br/>Telemedizin für Versorgungsnetzwerke, Zweifelfunde und ärztliche Leistungen an anderen Orten abzurufen<br/>Kommunikationsmittel für Zuhause wichtig</p> | <p>Aufgrund der regionalen Verbünde wird die Bedeutung von Telemedizin durch die Notwendigkeit des Datenaustauschs steigen.<br/>Immer weniger Experten, deshalb Einholung einer Zweitmeinung in Verbänden über Telemedizin.<br/>Bedeutung der Gesundheitskarte in Deutschland sinkt, da das Konzeption schlecht ist.</p>                                      | <p>Wachstumspotential, z. B. E-Files (Patientenakten)<br/>Telemedizinische Anwendungen in Routineversorgung</p> |
| <p>Künftiger Stellenwert von Gesundheitsinformationen</p>                     | <p>Bedarf sehr hoch, aber Kompetenzmangel<br/>Großes Angebot<br/>Möglicherweise Filterungsservices gegen Bezahlung</p> | <p>Wenn Patienten Gesundheit als knappes Gut empfinden, wird die Bedeutung steigen.</p>   | <p>Erheblich wachsender Stellenwert von Gesundheitskooperationen. Transparenz und Liberalisierung notwendig (Kundenmarketing, PR).<br/>Steigende Bedeutung von Bewertungsportalen.<br/>Stiftung Warentest für Gesundheitsleistungen.<br/>Objektive Filterung als Herausforderung</p>  |   |
| <p>Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten und I und K Technologie</p> | <p>E-Health eventuell Lösung für den Ärztemangel in dünn besiedelten Gebieten, aber überbewertet.</p>                  | <p>Telemedizin wird in dünnbesiedelten Gebieten die Versorgung aufrecht erhalten, mobile Ärzte.</p>   | <p>Schwachbesiedelte Gebiete werden weiter problematisch hinsichtlich der Versorgung.<br/>Schwerpunktmedizin in Ballungszentren, sonst nur noch Grundleistungsangebot.<br/>Elektronische Mittel sind begrenzt, insbesondere hinsichtlich der Älteren.<br/>Möglicherweise hochqualifiziertes Personal mit Approbation statt Ärzte bei Mangelerscheinungen.</p> |   |

## 1.9 Fragebogen und Antworten der befragten Unternehmensberater

### Fragebogen

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
|--|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt                                    |  |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?                      |  |
| Welche Trends und Einflüsse werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?                              |  |
| Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem? |  |
| Welche Akteure gewinnen Ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?                               |  |
| Welches Entwicklungspotenzial sehen Sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?                                       |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?  |  |
| Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?                                    |  |
| Beschreiben Sie die Struktur der Kostenträger von Morgen. In welche Richtung wird sich die Organisation der Krankenversicherungen entwickeln? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus? |  |
| Welche neuen Dienstleistungen und Technologien erwarten Sie im Gesundheitsmarkt der Zukunft?   |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Themenkomplex V:</b><br>Entwicklungen im Kommunikations- und Informationsbereich<br>(vor dem Hintergrund unattraktiver Märkte)  |  |
| Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zur weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health. Sehen Sie hier einen Zukunftsmarkt oder eine Entwicklung, die sich nicht durchsetzen wird?  |  |
| Welchen Stellenwert werden Gesundheitsinformationen zukünftig besitzen und welche Herausforderungen sind mit dem Thema Gesundheitsinformationen verbunden?   |  |
| Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene zukünftig entwickeln und in welcher Weise könnte die Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten mit den neuen elektronischen Möglichkeiten und Versorgungskonzepten künftig sichergestellt oder sogar verbessert werden? |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Themenkomplex VI:</b><br>Qualität von Gesundheitsleistungen  |  |
| Was verstehen Sie unter Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?                                       |  |
| Welche Qualitätseigenschaften müssen Leistungen in Zukunft erfüllen, um sich erfolgreich durchzusetzen? |  |

## Zusammengefasste Antworten

|  | Unternehmensberatung 1  | Unternehmensberatung 2   | Unternehmensberatung 3   |
|--|---|--|--|
| <b>Themenkomplex I</b>   |   |  |  |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft                           | Wirtschaftliche Bedeutung ist extrem hoch. Eine der wenigen expansiven Branchen.  | DER Markt und das wird noch zunehmen.  | Wichtigster Wirtschaftsbereich in Deutschland. Gesundheitsgüter sind superiore Güter.  |
| Trends und Einflüsse   | Morbiditäten getrieben durch soziodemographische Parameter<br>Innovationen, psychographische Faktoren.  | Der medizinisch-technische Fortschritt, die stärkere Marktliberalisierung<br>Demographischer Wandel ist überschätzt. | Einflüsse:<br>Technisierung, Kostensteigerung, transnationale Märkte<br>Trend:<br>Personalisierte Medizin                          |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem   | Deutschland:<br>Finanzierungsfrage nicht mehr aufschiebbar<br>Es muss zu Rationierungen kommen<br>Eigenfinanzierung↑<br>Europa:<br>Finanzierung bleibt nationales Thema, aber Produkte und Zulassungen werden harmonisiert. | Problem der Finanzierung in Deutschland<br>Ein europäisches System wird wenn überhaupt nur partiell entstehen.       | Das nationale System der Finanzierung bleibt, Leistungen werden aber evtl. europäischer.<br><br>Deutschland:<br>Selbstbeteiligung↑ |
| Bedeutung einzelner Akteure  | Payer und Provider, d. h. Leistungsträger und -erbringer  | Politik ↓<br>Krankenkassen →<br>Pharma↑  | Es wird neue Ärzteverbände geben. Pharma verändert sich nicht. Starke Konzentrationen im stationären Bereich.                      |
| Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt  | Wird wachsen, aber gemäßiger als bislang gedacht.   | Unglaubliches Entwicklungspotenzial  | In den nächsten 5-10 Jahren können etwa 25% der Bevölkerung daran gewöhnt werden, selber etwas zu bezahlen.                        |
| <b>Themenkomplex II</b>  |   |  |  |
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern | Hybrider Konsument, hybrides Verhalten...   | Man muss clustern.<br>Hauptkonsument bleibt der ältere morbide Patient, wichtig werden auch die Angehörigen bleiben. | Die Selbstzahler (etwa 25% s. o.) werden mehr Informationen wollen als bislang   |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Versorgungsstrukturen und -formen der Zukunft         | Verzweigung von Spezialisten<br>Muss dem Markt überlassen bleiben.                               | Verschiebung stationärer Leitungen in den ambulanten Bereich.  | Arztzentren↑<br>Verzweigung↑<br>Technisierung→gemeinsame Patientenkonten  |
| Struktur der Kostenträger                             | Viele suchen ihr Glück in der Größe, aber auch kleine regionale haben gute Aussichten.           | Es wird so weitergehen ohne große Änderungen.  | Nur noch 30-35 GKK. PKV wird immer noch eine Rolle spielen.   |
| neuen Dienstleistungen und Technologien               | Management und Beratung, Lotsenfunktionen. Informationsökonomie                                  | E-Health Gesundheitslotsen<br>Aber beides braucht noch viel länger, als in Studien prognostiziert.                   | Informationsleistungen für die entsprechend gebildeten Selbstzahler   |
| <b>Themenkomplex V</b>                                |  |  |   |
| weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health | Da braucht es noch einen Quantensprung an Smartness, Zuverlässigkeit und medizinisches Know-How. | Ganz klarer Zukunftsmarkt, der allerdings noch seine Zeit braucht. Momentan wird noch viel Unbrauchbares produziert. | Elektronische Patientenakte, Monitoring.<br>Nette Spielereien für Patienten, die sich allein durch die Größe der dahinter stehenden Industrie durchsetzen wird. |
| Gesundheitsinformationen                              | Der mitwirkende Patient – totaler Unsinn   | Wie sollte man damit Geld verdienen?   | Zersplitterung in Infos für Masse und für tiefer Interessierte. Letztere würden für Infos auch bezahlen→Nische.   |
| Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene            | Schwieriges Problem, das nicht dem Markt überlassen werden kann.                                 | Das braucht noch seine Zeit, der Datenschutz muss geklärt werden.  | Weite Wege, dafür da aber mehr Qualität, auf dem Land evtl. nur noch „Portale“  |
| <b>Themenkomplex VI</b>                               |  |  |   |
| Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?             | Wirksamkeit, höhere Funktionalität, weniger Angst,   | Der Arzt muss den Patienten „unterhalten“, es gibt keine vernünftige Qualitätsdefinition                             | Wirksamkeit   |
| Qualitätseigenschaften                                | irrelevant   | Ordentliches Arbeiten zum ordentlichen Preis.  | Prozessqualität   |

## 1.10 Fragebogen und Antworten der befragten Verbände

### Abbildungsbeschriftung

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen   |  |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt   |  |  |   |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?   |  |  |   |
| Welche Trends und Einflüsse werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?   |  |  |   |
| Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus wiederum für das deutsche evtl. sogar für das europäische Gesundheitssystem?  |  |  |   |
| Welche Akteure gewinnen ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?  |  |  |   |
| Welches Entwicklungspotenzial sehen sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?  |  |  |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |  |   |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Struktur der Kostenträger von Morgen. In welche Richtung wird sich die Organisation der Krankenversicherungen entwickeln? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus?   |  |  |   |
| Welche neuen Dienstleistungen und Technologien erwarten Sie im Gesundheitsmarkt der Zukunft?   |  |  |   |
| <b>Themenkomplex V:</b><br>Entwicklungen im Kommunikations- und Informationsbereich<br>(vor dem Hintergrund unattraktiver Märkte)  |  |  |   |
| Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zur weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health. Sehen Sie hier einen Zukunftsmarkt oder eine Entwicklung, die sich nicht durchsetzen wird?  |  |  |   |
| Welchen Stellenwert werden Gesundheitsinformationen zukünftig besitzen und welche Herausforderungen sind mit dem Thema Gesundheitsinformationen verbunden?   |  |  |   |
| Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene zukünftig entwickeln und in welcher Weise könnte die Gesundheitsversorgung in unattraktiven Märkten mit den neuen elektronischen Möglichkeiten und Versorgungskonzepten künftig sichergestellt oder sogar verbessert werden? |  |  |   |
| <b>Themenkomplex VI:</b><br>Qualität von Gesundheitsleistungen   |  |  |   |
| Was verstehen Sie unter Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?  |  |  |   |
| Welche Qualitätseigenschaften müssen Leistungen in Zukunft erfüllen, um sich erfolgreich durchzusetzen?  |  |  |   |

**Zusammengefasste Antworten**

|  |  | <b>Verbändevertreter 2</b>  |  |
|--|--|---|--|
| <b>Themenkomplex I</b>   |  | <b>Verbändevertreter 1</b>  |  |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft                           | Eindeutig ein Wachstumsmarkt, vor allem, wenn der Wellness- und Freizeitbereich mit einbezogen wird. Durch Altersaufbau und gewünschte Mobilität im Alter.   | Eine große Bedeutung.   |  |
| Trends und Einflüsse   | Durch den demographischen Wandel und die Möglichkeiten des Alterns werden ganz neue Nachfragen entstehen. Die Politik muss Vorgaben zur Rationierung machen. | Es muss sich noch zeigen, wie zahlungsfreudig die Bürger im privatfinanzierten Markt agieren. Spitzenverdiener werden wohl weiter Geld in den Gesundheitsbereich fließen lassen. Die Menschen fühlen sich innerlich jünger, wollen schön sein, ihre Gesundheit ist ihnen wichtig. Aber das wird nicht im Rahmen der GKV passieren. Im Rahmen der GKV muss überlegt werden, was dem Patienten wirklich nutzt.<br>Dann der demographische Wandel → Zivilisationskrankheiten |  |
| Konsequenzen für das Gesundheitssystem   | Ein europäisches System wird es nicht geben.<br>Im deutschen System wird die Finanzierung das Problem darstellen.  | Ältere Menschen haben Geld und versuchen ein hohes Alter zu erreichen. Sie werden sich etwas leisten wollen.  |  |
| Bedeutung einzelner Akteure  | Pharmaindustrie ↓ wg. Nutzenbewertungen etc.<br>Profitorientierte AGs drängen in den Markt, hier muss die Politik aufpassen.                                 | Interessenvertreter einzelner Krankheiten ↑<br>Die GKV sollte leistungsfähig bleiben.   |  |
| Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt  | -  | Auf der anderen Seite gibt es eine große Gefahr, dass die Leute einfach beschissen werden an der Stelle und ihnen falsche Versprechungen gemacht werden, die dann gar nicht eingehalten werden können. In der Realität wird es ein wachsender Markt sein.   |  |
| <b>Themenkomplex II</b>  |  |   |  |
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern | Es gibt eher nicht den „fordernden“ Patienten in den Praxen.   | Es hat sich aber etwas gewandelt. Wir sind „amerikanischer“ geworden, gehen nicht mehr sofort zum Arzt. Ich denke, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nimmt eher zu. Ich selber kann den Leuten nur abraten.  |  |
| Versorgungsstrukturen und –formen der Zukunft  | DMP Programme werden bleiben. Der IV Bereich ist eher schwierig. Hier nur Angebote, wegen Anschubfinanzierung.   | Die Zunahme der Selektivverträge ist politisch gewollt.<br>Die Zukunft der KV ist ungewiss.   |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Struktur der Kostenträger                             | Weitere Konzentration. Machtmonopol ↑   | Es wird eine spannende Zeit sein, aber ich glaube nicht, dass sich da zwingend etwas Dramatisches ändern wird.   |
| <b>Themenkomplex V</b>                                |   |  |
| weiteren Entwicklung der Telemedizin und des E-Health | Die Telemedizin wird sich sehr weit durchsetzen.  | Große Zweifel bzgl. des Datenschutzes im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte.<br>Je offener mit Daten umgegangen wird, desto schlechter für das Arzt-Patienten-Verhältnis. Arbeitgeber werden sich auch verstärkt für Gesundheitsdaten interessieren.   |
| Gesundheitsinformationen                              | Der Verbraucherschutz und die Informationsqualität sind ein Problem. Solange sich aber die Ärzte fortbilden ist die Patienteninformation nicht ausschlaggebend. | Werden eine große Bedeutung haben. Zum einen handelt es sich hierbei um Werbung der Industrie, zum anderen sind Leute interessiert. Nehmen dann Informationen mit zu ihrem Arzt. Zertifizierung ist nicht nötig. Firmen, die in den USA tätig sind, sind durch potenzielle Klagen gemäßigt.  |
| Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene            | Die Attraktivität muss steigen, als Arzt aufs Land zu gehen. E-Health bringt hier nichts. Die Menschen brauchen einen realen Doktor.                            | Telemedizin und Technik sind gut, aber vor allem sollte der Arztberuf attraktiver gestaltet werden.  |
| <b>Themenkomplex VI</b>                               |   |  |
| Qualität von Gesundheitsdienstleistungen?             | Das größtmögliche Wissen der Ärzte und der Einsatz der richtigen Geräte.  | Patientenversorgung ist viel differenzierter und deswegen muss man auf viel mehr Dinge eingehen als gerade diese nachprüfbaren Sachen. Es muss um die Gesamtqualität der Patientenversorgung gehen und nicht um irgendwelche kleinen Einzelaspekte technischer Qualität. Qualität ist sehr wichtig. Qualitätszirkel halte ich für etwas sinnvolles. Es sollte lieber der vernünftige Einsatz von Mitteln geprüft werden, statt die Güte des Einsatzes. |
| Qualitätseigenschaften                                | Die Zahl der Fehlinterpretationen muss sich im einstelligen Bereich befinden.   | -  |
|   |   |  |

## 1.11 Fragebogen und Antworten der befragten Politiker

### Fragebogen

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Der Gesundheitsmarkt 2015</b><br>Trends und Entwicklungen   |  |  | Forschungsstelle für<br>Gesundheitsökonomie |
| <b>Themenkomplex I:</b><br>Allgemeine Trends und Entwicklungen im Gesundheitsmarkt   |  |  |   |
| Welche wirtschaftliche Bedeutung messen Sie dem Gesundheitsmarkt aktuell und in der Zukunft bei?   |  |  |   |
| Welche Trends und Einflüsse werden den Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren bewegen?   |  |  |   |
| Welche Akteure gewinnen ihrer Meinung nach an Bedeutung, welche verlieren an Bedeutung?  |  |  |   |
| Welches Entwicklungspotenzial sehen sie im privatfinanzierten Gesundheitsmarkt?  |  |  |   |
| <b>Themenkomplex Ia:</b><br>Finanzierung und Ausgestaltung des Systems   |  |  |   |
| Mit welchen Instrumenten wird die Finanzierung des Gesundheitssystems zukünftig sichergestellt?  |  |  |   |
| Welche Weichenstellungen erwarten Sie in den nächsten Jahren mit Blick auf die Ausgabenseite des Gesundheitssystems? Eine Stärkung des Wettbewerbs oder weitergehende Regulierungen? In welchen Bereichen sehen Sie Rationalisierungsreserven? |  |  |   |
| Welche Auswirkungen ergeben sich bezüglich der Förderung aber auch Bewertung von Innovationen?   |  |  |   |
| Sehen Sie eine Entwicklung hin zu einem europäischen Gesundheitssystem?  |  |  |   |
| <b>Themenkomplex II:</b><br>Spezifische Entwicklungen im Angebots- und Nachfrageverhalten  |  |  |   |
| Beschreiben Sie den Konsumenten von Gesundheitsgütern der Zukunft. Welche Bedürfnisse hat der Konsument? Wie sieht sein Nachfrageverhalten aus?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Versorgungslandschaft der Zukunft. Wie verändern sich die Versorgungsstrukturen? Welche neuen Versorgungsformen werden sich entwickeln?  |  |  |   |
| Beschreiben Sie die Struktur der Kostenträger von Morgen. In welche Richtung wird sich die Organisation der Krankenversicherungen entwickeln? Wie sehen die zukünftigen Leistungsangebote aus?   |  |  |   |
| <b>Themenkomplex IIa:</b><br>Spezifische Möglichkeiten zur Kostendämpfung und Versorgungsoptimierung   |  |  |   |
| Welche Möglichkeiten zur Kostendämpfung bestehen Ihrer Meinung nach im Bereich der Arzneimittel?   |  |  |   |
| Erwarten Sie finanzielle Einschnitte bzw. reformierende Schritte im Krankensektor?   |  |  |   |
| Welches Potenzial sehen Sie im Bereich E-Health und einem Ausbau von entsprechender Infrastruktur?   |  |  |   |

## Zusammengefasste Antworten

|  | Politiker 1  | Politiker 2  |
|--|--|--|
| <b>Themenkomplex I</b>                                     |  |  |
| Bedeutung des Gesundheitsmarkts aktuell und in der Zukunft | Momentan noch unterschätzt, zukünftig weiter steigend.   | Die Rolle ist zentral und rückt mehr in den Fokus auch von Wirtschaftspolitikern.  |
| Trends und Einflüsse                                       | Demographie, medizinischer Fortschritt, wachsende Ansprüche der Bevölkerung, Life-Style-Elemente   | Hochaltrigkeit, Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität, Arbeitskrafterhalt   |
| Bedeutung einzelner Akteure                                | Patient ↑; Beitragszahler ↑; Krankenkassen ↓ Kassenärztl. Vereinigung wie bisher   | Krankenkassen haben und behalten ihre hohe Bedeutung, die Leistungserbringer werden zudem an Bedeutung gewinnen. KVen könnten durch Selektivverträge weiter verlieren.   |
| Privatfinanzierter Gesundheitsmarkt                        | Eigenbeteiligung der Menschen führt zu Wachstum im privaten Markt.   | Der 2. Gesundheitsmarkt wird noch weiter an Bedeutung gewinnen.<br>Stichworte: Gesunderhaltung, Regeneration, Erholung, Erhaltung von Berufsfähigkeit.<br>Bezogen auf die PKV: Viele Probleme, wenig Entwicklungspotenzial, mit den Reformen eher ein „Tod auf Raten“: Auf der einen Seite eine älterwerdende Bevölkerung und Notwendigkeiten zu Vertragsverhandlungen, auf der anderen Seite fehlt die kritische Masse. Eher kleinere Unternehmen mit komplexer Verwaltung. |
| <b>Themenkomplex Ia</b>                                    |  |  |
| Instrumente zur Finanzierung                               | Es wird in Richtung pauschalierte Finanzierung gehen.  | Neben dem Arbeitseinkommen werden unter Umständen weitere Einkommensarten herangezogen. Stärker als bisher.  |
| Weichenstellungen bzgl. der Ausgaben, Rationalisierung     | Das Notwendige wird nicht überschritten werden können. Wettbewerb und Leistungskürzungen werden Bewegung ins System bringen. Überregulierung besteht bei Arzneimitteln, Sparpotenzial zwischen Sektoren, Potenzial in Kosten-Nutzen Bewertung. | Wettbewerb ↑ braucht aber auch einen regulierten Rahmen.   |
| Förderung von Innovationen                                 | Kosten-Nutzen Bewertungen sollten nach klaren Kriterien Innovationen bewerten. Nicht erstattetes kann in den privaten Markt.   | Es ist wichtig, die sofortige Erstattungsfähigkeit beizubehalten.  |
| Europäisches System?                                       | Das wird noch lange dauern.  | Kein Glaube an europäisches System, Regelungen für Grenzüber-  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  |   |  | schreitendes.  |
| <b>Themenkomplex II</b>  |   |  |  |
| Bedürfnisse und Nachfrageverhalten des zukünftigen Konsumenten von Gesundheitsgütern | Emanzipierter, aufgeklärter, höhere Erwartungshaltung an Leistungen aber geringere an Kostenübernahme.  |  | Der Patient, der Leistungen in Anspruch nimmt, wird im größeren Maß der Ältere, Erkrankte, Pflegebedürftige sein. Der ist nicht wirklich ein freier Marktteilnehmer, ist eingeschränkt in seinen Möglichkeiten und hat ein Bedürfnis nach guter Unterstützung. |
| Versorgungsstrukturen und –formen der Zukunft  | Vielfalt von Versorgungsformen. Fach- und stationäre Versorgung wird sich weniger abgrenzen, durch Finanzierung können Grenzen verschwimmen und sich Optima bilden.   |  | Leistungen werden komplexer. Viel stärker als bisher werden Koordinationsleistungen angeboten.   |
| Struktur der Kostenträger  | Stärkere Marktorientierung von Gesetzlichen Krankenkassen, GKV/PKV Grenzen verschwimmen, in GKV etwas weniger Kassen und schlankere Strukturen, kleiner Anbieter mit regionalem Hintergrund aber auch wichtig. Je nach politischer Richtung wird sich die Zukunft der PKV gestalten.  |  | Krankenkassen werden wirkliche Case-Manager, die die Versorgung koordinieren. Sie werden auch eine entscheidende Rolle spielen, bei der Zusammenführung von Anbietern.   |
| <b>Themenkomplex Ila</b>   |   |  |  |
| Möglichkeiten zur Kostendämpfung Arzneimittel  | Kosten-Nutzen Bewertung und wettbewerbliche Regelkreise. Die Politik muss dann aber klare Kriterien setzen  |  | Der Zusatznutzen von Medikamenten muss bewertet werden und als Grundlage für Preisverhandlungen agieren.   |
| Einschnitte im Krankenhausbereich?   | Die Grenzen zwischen ambulant und stationär müssen geöffnet werden.   |  | Der Bereich der Krankenhausfinanzierung ist komplex und wird weniger gern angetastet als der Pharmabereich. Wichtig: Bundeseinheitlicher Basisfallwert und höhere Spezialisierung einzelner Häuser.  |
| Potenzial des E-Health?  | Wir haben es verpasst in Deutschland, eine vernünftige Thematik/Infrastruktur für den Gesundheitsbereich zu entwickeln, Schnittstellen, Qualitäten, Transferleistungen und Sicherheiten zu definieren, das hätten wir machen müssen, da sind wir bestenfalls in den Kinderschuhen. Wir fangen eigentlich wieder mal von hinten an und definieren erst den Schlüssel zum System mit der E-Card und definieren dann irgendwann hinterher vielleicht mal das System, das ist nicht besonders schlau, aber kaum noch zu ändern, weil die E-Card Diskussion Vieles verbrannt hat. Wir brauchen Telemedizin, nicht nur Telematik in der Medizin sondern eben wirklich auch telemedizinische Anwendungen, weil wir sonst mit dem extrem wachsenden Bedarf an Chronikerbetreuung nicht mehr hinkommen, wenn wir da nicht mit telematischen Methoden arbeiten, in der Überwachung von Diabetes und Herz- |  | Eine Infrastruktur um die E-Card herum ist wichtig.  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Kreislaufingen, dann werden wir schlicht und ergreifend an Personal auch scheitern und wir werden durch eine bessere Vernetzung natürlich auch erheblich an Prozessqualität gewinnen. |  |
|--|---|--|

## Literaturverzeichnis

### **Accenture (Hrsg.) (2002):**

Gesundheitsmarkt im Umbruch: Zwischen Kostendruck, Versorgungsqualität und Kundenorientierung - Trends und Handlungsfelder für Krankenversicherungen und Leistungserbringer.

### **AC Nielsen (2006):**

TrendNavigator "Functional Food", Frankfurt.

### **Adlwarth, W. (2010):**

Bio trotz der Krise – GfK Consumer Tracking, Nürnberg.

### **Aitken, M. / Fricke, F.-U. / Reichelt, A. (2008):**

Internationale Trends in der pharmazeutischen Industrie, in: Schöffski, O. / Fricke, F.-U. / Guminski, W. (Hrsg.), Pharmabetriebslehre, 2., vollständig überarb. u. erw. Aufl., Berlin / Heidelberg, S. 445-455.

### **AOK Bundesverband (o. A.):**

Informationen zum Morbi-RSA, URL: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/content/gesundheitspartner/niedersachsen/arztundpraxis/02\\_informationen\\_zum\\_morbi\\_rsa\\_flyer.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/content/gesundheitspartner/niedersachsen/arztundpraxis/02_informationen_zum_morbi_rsa_flyer.pdf) [20.06.2010].

### **AOK Bundesverband (2009):**

Qualität, abrufbar unter: [http://www.aok-bv.de/lexikon/q/index\\_00142.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/q/index_00142.html), [Stand: 09.11.2009].

### **Auguzky, B. / Krolop, S. / Gülker, R. (2009):**

Krankenhaus Rating Report 2009, in: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), RWI Materialien Heft 53, Essen.

### **BDI (2009):**

Pharma-Daten 2009, URL: [http://www.bpi.de/userfiles/file/download/pharmadaten\\_09.pdf](http://www.bpi.de/userfiles/file/download/pharmadaten_09.pdf) [Stand: 20.06.2010].

**Behar, B. I. (2009):**

Verbundstrukturen in der deutschen Krankenhauspraxis, Wiesbaden.

**Berndt, E. (2009):**

Marktpotentiale, Entwicklungschancen, Gesellschaftliche, gesundheitliche und ökonomische Effekte der zukünftigen Nutzung von Ambient Assisted Living (AAL)-Technologien, Rostock / Darmstadt / Berlin.

**Bertelsmann Stiftung (2007):**

Zukunftsmagazin Zwanzig Zwanzig - Gesundheit 2020, Gütersloh.

**Bey, T. (2007):**

Globalisierung medizinischer Leistungen: Risiken und Nebenwirkungen des Medizintourismus. In: Deutsches Ärzteblatt 104(4): A-176-178.

**Blum, K. / Offermanns, M. / Perner, P. (2007):**

Krankenhaus Barometer Umfrage 2007, Düsseldorf.

**BMBF (2005):**

Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich, Aachen.

**BMBF (2007):**

Aktionsplan Medizintechnik 2007-2008: Bestandteil der Hightech-Strategie der Bundesregierung.

**BMG (2009):**

Daten des Gesundheitswesens 2009.

**Böhlke, R. / Söhnle, N. / Viering, S. / Ernst & Young (Hrsg.) (2005):**

Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. Gesundheitsversorgung 2020, Eschborn.

**Braasch, P. (2007):**

Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur- Leistungen- Weiterentwicklung, Köln.

**Breitenbach, J. (2010):**

Quo vadis? – Versuch eines Ausblicks, in: Fischer, D. / Breitenbach, J. (Hrsg.), Die Pharmaindustrie: Eiblick – Durchblick – Perspektiven, 3 Aufl., Heidelberg, S. 281-314.

**Buck Consultants International / arvato services healthcare (2008):**

The Future of Healthcare Logistics in Europe.

**Bundesversicherungsamt (2008):**

So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, URL: [http://www.bundesversicherungsamt.de/nn\\_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie\\_funktioniert\\_Morbi\\_RSA,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Wie\\_funktioniert\\_Morbi\\_RSA.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf) [Stand: 20.06.2010].

**BVMed (2009):**

Branchenbericht MedTech 2009, URL: [http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/63/cd/00/branchenbericht09\\_11.pdf](http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/63/cd/00/branchenbericht09_11.pdf) [Stand: 20.06.2010].

**Campbell S. M. / Roland M. O. / Buetow S. A. (2000):**

Defining quality of care, Soc Sci Med 51(11): S. 1611-1625.

**CDU, CSU und FDP (2009):**

Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, URL: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf> [Stand: 20.06.2010].

**CDU, CSU und FDP (2010):**

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung, URL: [http://www.bmg.bund.de/cIn\\_151/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/G/Glossar-Gesetze/amnog,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/amnog.pdf](http://www.bmg.bund.de/cIn_151/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/G/Glossar-Gesetze/amnog,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/amnog.pdf) [Stand: 25.09.2010].

**Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2009):**

Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes, in: Schwabe, U. / Paffrath, D. (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 2009, Heidelberg, S. 143-200.

**Crosby, P. B. (1979):**

Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain, New York.

**Cuhls, K. (2007):**

Zukünftige Informationstechnologie für den Gesundheitsbereich, Karlsruhe.

**Debols & Lux (2004):**

Nutzenbetrachtung zu den Effekten einer elektronischen Patientenakte, Hamburg.

**Deutsche Bank Research (2006):**

Deutsche Medizintechnik: Exportdynamik ungebrochen.

**Dierks, M.-L. / Schwartz, F. W. (2001):**

Rollenveränderung durch New Public Health – Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsleistungen, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, S. 796-803.

**Dietrich A. (2007):**

Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll, in: Deutsches Ärzteblatt 104(37): S. 2489-2491.

**DIN 55350 Teil 11 (1987):**

Begriffe der Qualitätssicherung und Statistik. Grundbegriffe der Qualitätssicherung. Berlin.

**Donabedian, A. (1966):**

Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2 (1966), S. 166-206.

**Donabedian, A. (1980):**

The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arbor Michigan.

**Donabedian, A. (1992):**

The role of outcomes in quality assessment and assurance. Qual Rev Bull 18; 356-360.

**efpia (2010):**

The Pharmaceutical Industry in Figures, URL: <http://www.efpia.eu/Content/Default.aspx?PageID=559&DocID=9158> [Stand: 25.09.2010]

**Eiff, W. von (2005):**

Outsourcing oder Re-Sourcing: Entscheidungskriterien zur Bestimmung der optimalen Dienstleistungstiefe von Krankenhäusern, in: Eiff, W. von / Klemann, A. (Hrsg.), Unternehmensverbindungen – Strategisches Management von Kooperation, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Wegscheid, S. 107-122.

**Erdmann, A. (2000):**

Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus: Eine kurze Darstellung, Norderstedt.

**Ernst&Young (2009):**

Gesundheitsbarometer 2009 - Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

**Europäisches Praxisassessment (EPA) (2009):**

abrufbar unter: [http://www.europaeisches-praxisassessment.de/epa/front\\_content.php?idcat = 17](http://www.europaeisches-praxisassessment.de/epa/front_content.php?idcat = 17), [Stand: 09.11.2009].

**Fricke, F.-U. / Schöffski, Ö. (2008):**

Die pharmazeutische Industrie und der Arzneimittelmarkt, in: Schöffski, O. / Fricke, F.-U. / Guminski, W. (Hrsg.), Pharmabetriebslehre, 2., vollständig überarb. u. erw. Aufl., Berlin / Heidelberg, S. 23-45.

**Garvin, D. A. (1984):**

What Does „Product Quality“ Really Mean?, in: Sloan Management Review, 15.10.1984: S. 25-45.

**Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2009):**

Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008 – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung.

**Georgieff, P. (2008):**

Ambient Assisted Living: Marktpotentiale IT-unterstützter Pflege für ein selbstbestimmtes Altern, Mannheim.

**GfK Panel Services Deutschland und Bundesvereinigung der Deutschen Ernährungsindustrie e. V., BVE (2007):**

Consumer's Choice '07 – Wellfood trend drives food markets, München.

**GfK Panel Services Deutschland (2010):**

GfK MobilitätsMonitor „Reisemarkt auch in 2010 angespannt – Ergebnisse des GfK TravelScope zum reiseverhalten der Deutschen“, Nürnberg.

**GKV-Modernisierungsgesetz (2004):**

G. v. 14.11.2003 BGBl. I 2190, zuletzt geändert durch Artikel 1 G. v. 15.12.2004 BGBl. I 3445.

**GKV-Spitzenverband (2010):**

Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf. [http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Krankenkassen\\_Fusionenverlauf\\_1970-2010\\_11155.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Krankenkassen_Fusionenverlauf_1970-2010_11155.pdf) [Stand: 20.06.2010].

**Goldberg, I. (1994):**

Functional Foods: Designer Foods, Pharmafoods, Nutraceuticals, New York.

**Grobe, A. / Schneider, C. / Rekić, M. / Schetula, V. (2008):**

Nanomedizin – Chancen und Risiken, URL: <http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/05709.pdf> [Stand: 20.06.2010].

**Heigl, A. (2003):**

Gesundheitsmarkt 2013, Studie für HVB Corporates & Markets, München.

**Herzog-Kommission (2003):**

„Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, URL: [http://www.cdu.de/tagesthema/30\\_09\\_03\\_soziale\\_sicherheit.pdf](http://www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf) [Stand: 20.06.2010].

**Hoffmann, W. / Roventa, R. / Weichsel, D. (2003):**

Marktveränderungen und Konsolidierungswelle in der Pharma-Industrie: Kommt der Mittelstand unter die Räder?, URL: [http://www.corfina.de/downloads/Studienergebnisse-lang-Ho-Ro-Wei-Marktveraenderungen\\_und\\_Konsolidierungswelle\\_Pharma-050104.pdf](http://www.corfina.de/downloads/Studienergebnisse-lang-Ho-Ro-Wei-Marktveraenderungen_und_Konsolidierungswelle_Pharma-050104.pdf) [Stand: 20.06.2010].

**Hornschild, K. et al. (2005):**

Die Medizintechnik am Standort Deutschland – Chancen und Risiken durch technologische Innovationen, Auswirkungen auf und durch das nationale Gesundheitssystem sowie potentielle Wachstumsmärkte im Ausland, 2. neuberarb. u. erw. Aufl., Berlin.

**Hüsing, B. / Hartig, J. / Bührlen, B. / Reiß., T. / Gaisser, S. (2008):**

Individualisierte Medizin und Gesundheitssystem, URL: <http://www.itas.fzk.de/deu/lit/2008/huua08a.pdf> [Stand: 20.06.2010].

**IGES Institut (Hrsg.) (2008):**

Delphi V: Perspektive 2020 - Gesundheit als Chance, Berlin.

**IMS Health (2009a):**

Top 15 Global Corporations, URL: [http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/StaticFile/Top\\_Line\\_Data/Top%20Global%20Corporations\\_2009.pdf](http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/StaticFile/Top_Line_Data/Top%20Global%20Corporations_2009.pdf) [Stand: 20.06.2010].

**IMS Health (2009b):**

Marktentwicklung von Nahrungsergänzungsmitteln, IMS OTC® Report / IMS® GesundheitsMittelStudie (GMS).

**Institut für Demoskopie Allersbach (IfD) / MLP AG (Hrsg.) (2009):**

MLP Gesundheitsreport 2009.

**Institut für Freizeitwirtschaft (2008):**

Der Gesundheitstourismus der Deutschen bis 2020. Marktchancen für Health-Care-, Anti-Aging-, (Medical-) Wellness- und Beauty-Urlaub. München.

**IQWiG (2008):**

Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (Version 1.1), URL: [http://www.iqwig.de/download/08-10-14\\_Entwurf\\_Methoden\\_Kosten-Nutzen-Bewertung\\_Version\\_1\\_1.pdf](http://www.iqwig.de/download/08-10-14_Entwurf_Methoden_Kosten-Nutzen-Bewertung_Version_1_1.pdf) [Stand: 25.09.2010].

**IQWiG (2010):**

Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten (Version 1.0), URL: [http://www.iqwig.de/download/Methodik\\_fuer\\_die\\_Bewertung\\_von\\_Verhaeltnissen\\_zwischen\\_Kosten\\_und\\_Nutzen.pdf](http://www.iqwig.de/download/Methodik_fuer_die_Bewertung_von_Verhaeltnissen_zwischen_Kosten_und_Nutzen.pdf) [Stand: 25.09.2010].

**Jäger, S. (2004):**

Absatzsysteme für Mass Customization – Am Beispiel individualisierter Lebensmittelprodukte, Wiesbaden.

**Jung, H. (2006):**

Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 10. Auflage, München.

**Juszczak, J / Nöthen, M. (2006):**

Ausländische Krankenhauspatienten: Studie zeigt - Top-Service gefragt, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 20: S.1358-60.

**Karte, J. / Neumann, K. / Kainzinger, F. / Henke, K.-D. / Hrsg: Roland Berger View (2005):**

Innovation und Wachstum im Gesundheitswesen.

**Karte, J. / Neumann, K. / Hrsg: Roland Berger View (2007):**

Der Zweite Gesundheitsmarkt – Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen.

**Kaspar, C. (1996):**

Gesundheitstourismus im Trend, in: Jahrbuch der schweizerischen Tourismuswirtschaft 1995/1996, St. Gallen.

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009):**

Medizinische Versorgungszentren aktuell - 2. Quartal 2009, URL: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=dfed269b5734709a03f783da47e61044&DocId=003759712&Page=1>, [Stand: 09.11.2009].

**Kickbusch, I. (2006):**

Die Gesundheitsgesellschaft – Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg.

**Kimmerle J. (2009):**

Europa, Kontinent für Medizintouristen, in: Financial Times Deutschland. 22.10.2009. URL: <http://www.ftd.de/politik/europa/:gesundheitswirtschaft-europa-kontinent-fuer-medizintouristen/50022785.html>.

**Klingenberg D. / Kiencke P. / Köberlein J. / Liedmann I. / Rychlik R. (2009):**

Dentaltourismus und Auslandszahnersatz, Köln.

**Knappe, E. (2006):**

Bürgerversicherung versus Pauschalprämie, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Heidelberg, S. 261-274.

**Kühn-Mengel H. (2008):**

Die Arzt-Patient-Interaktion aus Patientensicht, in: Gellner W. / Schmöller M.: Neue Patienten – Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel, Baden-Baden.

**Landgraf, R. / Huber, F. / Barth, R. (2006):**

Patienten als Partner – Möglichkeiten und Einflussfaktoren der Patientenintegration im Gesundheitswesen, Wiesbaden.

**Lauterbach, K. W. (2004):**

Das Prinzip der Bürgerversicherung : alle Bürger und alle Einkommensarten tragen bei, dann sinken die Beitragssätze, in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg.), Reformoption Bürgerversicherung: wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann, Hamburg.

**Lauterbach, K. W. / Lungen, M. / Passon, A. (2009):**

Der Gesundheitsfonds und die finanzierungsseitigen Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Lauterbach, K. W. / Lungen, M. / Schrappe, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine: handbuch für Praxis, Politik und Studium, 3., völlig neu bearb. und erw. Aufl., Stuttgart.

**Loh A. / Simon D. / Bieber C. / Eich W. / Härter M. (2007):**

Patient and citizen participation in German health care – current state and future perspectives. Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes 4: S. 229–35.

**Loh, A. / Simon, D. / Härter, M. (2008):**

Die Zusammenarbeit von Arzt und Patient unter dem Einfluss von Partizipativer Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), in: Gellner W. / Schmöller M.: Neue Patienten – Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel, Baden-Baden.

**Manhart, K. (2007a):**

eHealth und IT im Krankenhaus.

**Manhart, K. (2007b):**

Telemedizin und weitere eHealth-Trends.

**Marstedt G. / Armhof R. (2008):**

Soziale Ungleichheit: Schichtspezifisches Informations- und Partizipationsverhalten in der ambulanten Versorgung, in: Bertelsmann: gesundheitsmonitor 3|2008, Gütersloh.

**Matiaske, B. (2005):**

Die Entwicklung funktioneller Lebensmittel in Japan, Deutschland und den USA, in: Gedrich, K. / Karg, G. / Oltersdorf, U. (Hrsg.): Functional Food – Forschung, Entwicklung und Verbraucherakzeptanz, Karlsruhe.

**Menrad, K. (2005):**

Die Zukunft von Functional Food aus der Perspektive der Wissenschaft, in: Gedrich, K. / Karg, G. / Oltersdorf, U. (Hrsg.): Functional Food – Forschung, Entwicklung und Verbraucherakzeptanz, Karlsruhe.

**Milstein, A. / Miller M. (2006):**

America's New Refugees – Seeking Affordable Surgery Offshore, in: New England Journal of Medicine 2006; 255: S. 1637–1640.

**Milstein, A. / Smith, M. (2007):**

Will The Surgical World Become Flat?, in: Health Affairs 26: S. 137-141.

**Moeck, M. (1995):**

Der Einfluss des Gesundheitsstrukturgesetzes auf die Krankenversicherung, Sinzheim.

**Moosdorf, R. G. (2010):**

Exportschlager Gesundheit – Chancen deutscher Krankenhäuser, Patienten im Ausland zu gewinnen oder vor Ort wirtschaftlich zu sein, in: f&w 1|2010 27.

**Nebling T. / Fließgarten A. (2009):**

Wollen Patienten mündig sein?, in: Klusen N. / Fließgarten A. / Nebling T (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt – Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden.

**Oberender, P. / Ruckdäschel, S. (1999):**

Das Gesundheitswesen der Zukunft - Kostenfaktor oder Wachstumsbranche?, in: Der Onkologe, Vol. 5; Nr. 7.

**Pammolli, F. et al. (2005):**

Medical Devices Competitiveness and Impact on Public Health Expenditure.

**Pankratz, A. (2009):**

Die Gesundheitsmacher sind ziemlich empfindlich, Handelsblatt 25.10.2009.

**Paquet, R. (2009):**

Krankenversicherung im Umbruch, in: Schroeder, W. / Paquet, R. (Hrsg.), Gesundheitsreform 2007, Wiesbaden.

**Perillieux, R. / Schwarting, D. / Schnitzler, N. et al. (2005):**

Krankenhäuser im Wandel – Die Zukunft gestalten durch strategische Standortbestimmung und Neupositionierung.

**Perillieux, R. / Schwarting, D. / Schnitzler, N. et al. (2006):**

Optimierung der Beschaffung von Krankenhäusern – Kosten nachhaltig senken.

**PKV (2009):**

Zahlen der privaten Krankenversicherung, URL: <http://www.pkv.de/zahlen>, [Stand: 09.11.2009].

**Porter, M. E. (1980):**

Competative Strategy: Techniques for analyzing industries and competitors, New York.

**Preusker, U. (2010):**

Lexikon des deutschen Gesundheitssystems, 3., neubearb. Aufl., Heidelberg.

**Rittner, A. M. et al. (2008):**

Kundenverständnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Erfolgsfaktor: wertorientierte strategische Kundensegmentierung, in: Prävention und Gesundheitsforschung, S. 273-280.

**Rürup-Kommission (2003):**

Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, URL: [http://www.bmas.de/portal/1462/property=pdf/deutsch\\_\\_fassung.pdf](http://www.bmas.de/portal/1462/property=pdf/deutsch__fassung.pdf) [Stand: 20.06.2010].

**Salfeld, R. / Hehner, S. / Wichels, R. (2009):**

Modernes Krankenhausmanagement – Konzepte und Lösungen, 2. Aufl., Dordrecht, Heidelberg, London et al.

**Schätzerkreis (2009):**

Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2009 und 2010.

**Schmidt, D. (2008):**

Vergleich der Telemedizin in Deutschland und den USA.

**Schmid, M. / Wang, J. (2003):**

Der Patient der Zukunft: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Umbruch – Neue Rollen von Patienten und Leistungserbringern, in: Schweizerische Ärztezeitung, 84; Nr. 41, S. 2331-2335.

**Schmöller, M. (2008):**

Neue Patienten – Neue Ärzte? Selbst- und Rollenverständnis niedergelassener Ärzte in Deutschland, in: Gellner W. / Schmöller M.: Neue Patienten – Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel, Baden-Baden.

**Schöffski, O. (2008):**

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland, in: Schöffski, O. et al. (Hrsg.), Pharmabetriebslehre, Berlin / Heidelberg, S. 3-22.

**Schwarzbach, C. / Kuhlmann, A. / Vauth, C. / v. d. Schulenburg, J.-M. (2009):**

Die Effizienzgrenze des IQWiG: Eine gelungene Adaption der Modelle von Markowitz und Koopmans?, in: Sozialer Fortschritt, 58. Jg., Nr. 7, S. 137-147.

**Sigrist, S. (2006):**

Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts – Kostenfaktor und Wachstumschance, Bern.

**Spycher, S. (2006a):**

Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen, Konzeptpapier Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien.

**Spycher, S. (2006b):**

Gesundheitskompetenz – Grundlage für einen neuen Blick auf die Gesundheit, in: Die Volkswirtschaft 12: S. 14-16.

**Stachwitz, P. (2008):**

Weitreichende Folgen für Patienten und Ärzte: Zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, in: Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis, 17. Jg., Nr. 1, S. 52-57.

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007):**

Tourismus – Tourismus in Zahlen 2007. Wiesbaden.

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a):**

Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Wiesbaden.

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b):**

Krankenhauslandschaft im Umbruch, Wiesbaden.

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a):**

Bevölkerung: Deutschland, interaktive Darstellung, URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/InteraktiveDarstellung/Content75/Bevoelkerungspyramide1W1,templateld=renderSVG.psm1> [Stand: 09.11.2009].

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009b):**

Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/lo gon> [Stand: 09.11.2009].

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009c):**

Statistisches Jahrbuch 2009 – Für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden.

**Stehle, P. / Henn, T. (2003):**

Nutraceuticals, Functional Food und Medical Food, in: Stein, J. / Jauch, K.-W.: Praxis-handbuch klinische Ernährung und Infusionstherapie, Berlin / Heidelberg.

**Stoya, E.-M. (2010):**

Zukunft Nahrungsergänzungsmittel – Teil 1, Die PTA in der Apotheke, Januar, S. 44-46.

**Trill, R. (2008):**

eHealth ist die Zukunft – ein Blick ins Jahr 2015, in: Jäckel, A. (Hrsg.), Telemedizin-führer 2008, 10 Aufl., Bad Nauheim.

**v. d. Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007):**

Gesundheitsökonomik, Tübingen.

**VfA (2009):**

Statistics 2009, URL: <http://www.vfa.de/download/SAVE/de/presse/publikationen/statistics-2009.pdf> [Stand: 20.06.2010].

**Waegemann C. P. (2001):**

The five levels of the ultimate electronic health record, in: Healthcare Informatics 12(11): S. 32-35.

**Wagner, V. / Wechsler, D. (2004):**

Nanobiotechnologie II: Anwendungen in der Medizin und der Pharmazie, Düsseldorf.

**Wagner, V. / Zweck, A. (2008):**

Nanomedizin: innovationspotentiale in Hessen für Medizintechnik und Pharmazeuti-sche Industrie, Düsseldorf.

**Wang, J. / Schmid, M. (2007):**

Der Patient als Experte: Patientenkompetenz als evidenzbasierte Medizin, in: Managed Care 2.

**Weiss, C. (2009a):**

Medizintourismus – OP unter Palmen. In: ZEIT Online – 25. März 2009. URL: <http://www.zeit.de/online/2009/13/medizintourismus-auswirkungen>.

**Weiss C. (2009b):**

Medizintourismus - der globalisierte Patient, in: ZEIT Online – 25. März 2009. URL: <http://www.zeit.de/online/2009/13/medizintourismus-reisende>.

**Weissenborn, C. (2010):**

Gesundheitskost statt Preisschlacht, Handelsblatt 07.05.2010.

**Wenzel, E. / Kirig, A. / Huesmann, A. / Zukunftsinstitut GmbH (Hrsg.) (2007):**

Gesundheitstrends 2010, Kelkheim.

**WDR (2009):**

Streit um die gesundheitskarte beendet, URL: <http://www.wdr.de/themen/gesundheit/gesundheitswesen/gesundheitskarte/091105.jhtml?rubrikenstyle=politik> [Stand: 09.11.2009].

**Weinrank, C. (2009):**

Quo vadis Deutschland: Standort mit Zukunft?.

**Winkelhake, O. / Miegel, U. / Thormeier, K. (2002):**

Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1989 und 1999, in: Sozialer Fortschritt 3/2002.

**Wirtz, W. et al. (2006):**

Deutschland Online 4, Bonn / München.

**Wobus, A. M. / Mertsching, H. (2008):**

Zellkulturtechniken, Zellmodelle und Tissue Engineering, in: Ruckpaul, G. (Hrsg.), Grundlagen der Molekularen Medizin, 3., überarb. und erw. Aufl., S. 242-274.

**Zalten, H. (2008):**

Nichts ist wie früher – die GKV auf dem Weg vom Verwalter zum Gestalter, in: Schaaf, M. / Sander, M. (Hrsg.), GKV 2015: Managementherausforderungen in Zeiten des Wandels, Sankt Augustin, S. 13-23.

**Zdrowomyslaw, N. / Dürig, W. (1997):**

Gesundheitsökonomie, München.



