

Juni 2007

Die Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention

Inhaltsverzeichnis

- 3** Vorwort
- 4** Der Gesundheitsmarkt:
Kraftvoll im 21. Jahrhundert
- 6** Die Trends bestimmen das Wachstum
- 9** Strukturen des deutschen Gesundheitswesens
- 15** Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
- 20** Krankenhäuser: Weiter unter Druck
- 27** Ambulante ärztliche Versorgung:
Starke regionale Unterschiede
- 30** Pflege: Ein Wachstumsmarkt
- 34** Medizintechnik: Auch in Zukunft
stark im In- und Ausland
- 41** Arzneimittelmarkt: Nachhaltiges Wachstum trotz
fortwährender dirigistischer Eingriffe
- 51** Arzneimitteldistribution: Wandel der
Anbieterstruktur auf allen Ebenen
- 59** Fazit

- 61** Abkürzungsübersicht
- 62** Impressum



Vorwort

Die Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention

Das Gesundheitswesen ist heute, gemessen an der Wertschöpfung und der Beschäftigung, einer der größten Wirtschaftssektoren in Deutschland – noch vor bedeutenden Industriebranchen wie etwa dem Maschinenbau oder der Chemie. Zudem übertrifft seine Entwicklungsdynamik das gesamtwirtschaftliche Wachstum recht deutlich. So wird das Gewicht dieses Sektors innerhalb unserer Wirtschaft in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Hinzu kommen wichtige Impulse in viele andere Wirtschaftszweige hinein, in denen zahlreiche Unternehmen – zum Beispiel als industrielle Zulieferer oder als Dienstleister – in enger Geschäftsbeziehung zur Gesundheitsbranche stehen.

Es ist das Ziel dieses Reports, den Prognos AG und IKB Deutsche Industriebank AG gemeinsam erstellt haben, die aktuellen Entwicklungstrends im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Ins Blickfeld rücken dabei zunächst die wesentlichen Faktoren, die das Wachstum des gesamten Sektors bestimmen, wie zum Beispiel die

erheblichen demographischen Verschiebungen, das steigende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und der rasche technische Fortschritt. Besonderes Augenmerk gilt auch der staatlichen Gesundheitspolitik – und hier insbesondere dem zuletzt verabschiedeten Gesundheitsreform-Gesetz.

Unsere Studie befasst sich zudem ausführlich mit den Auswirkungen der genannten Einflussfaktoren auf die einzelnen Teilmärkte des Gesundheitswesens, wie beispielsweise den Krankenhaussektor, die Medizintechnik oder die Pharmaindustrie. Die Teilmärkte unterscheiden sich zwar im Hinblick auf Angebotsstrukturen, Wettbewerbsintensität und internationale Ausrichtung. Gleichwohl unterliegen sie den gleichen Markt- und Umfeldbedingungen. Und sie stehen gemeinsam vor der Herausforderung, die zukünftigen Wachstumschancen mit neuen Angeboten – teils über bisherige Sektorgrenzen hinweg – zu nutzen.

Der Gesundheitsmarkt: Kraftvoll im 21. Jahrhundert



Gesundheit ist ein kostbares und zumeist auch kostspieliges Gut. Dabei ist der Bedarf an Gesundheitsdiensten im Prinzip unbegrenzt. Häufig ist ein kranker Mensch bereit, jeden erdenklichen Betrag für die Erhaltung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit zu bezahlen. Zudem gewinnt das Gut Gesundheit mit steigendem Einkommen einen höheren Stellenwert im Leben eines Menschen. Mit zunehmendem Wohlstand eines Staates und seiner Bevölkerung wächst auch die Bedeutung des Gesundheitsmarktes.

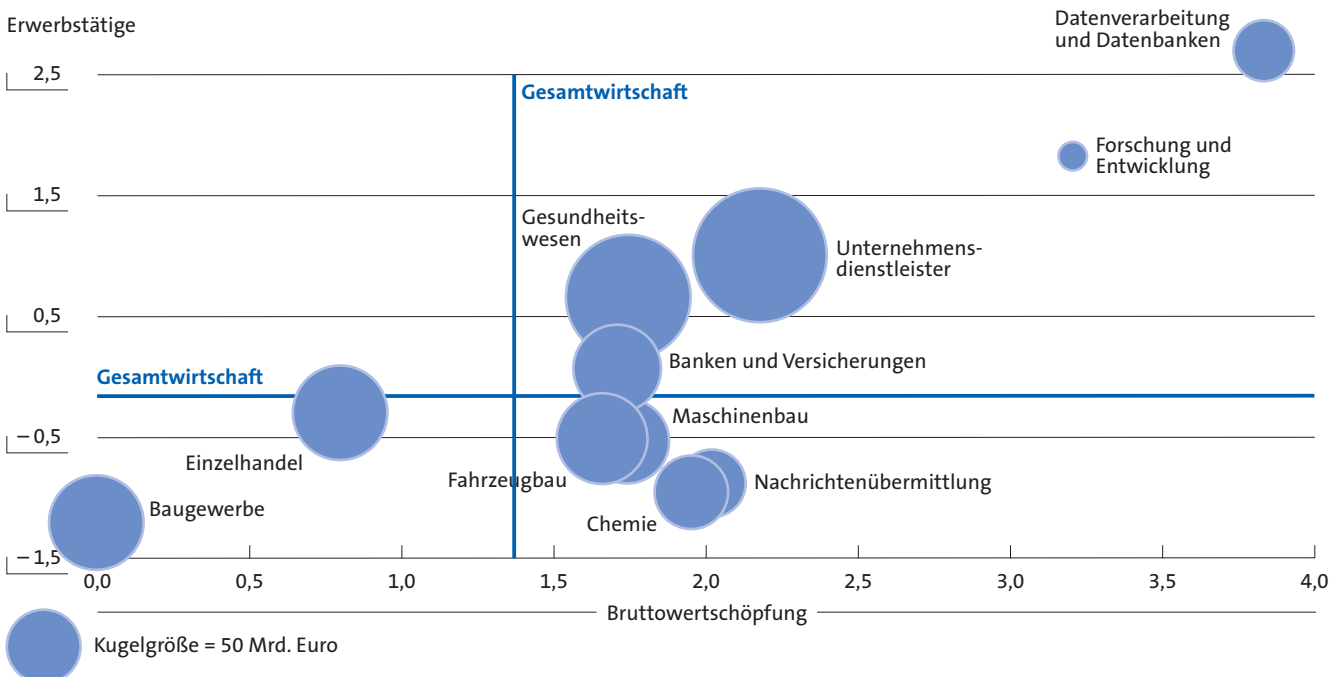
Im Jahr 2004 betragen die Ausgaben im Gesundheitswesen in Deutschland rund 234 Mrd. Euro. Für dasselbe Jahr ermittelte das Statistische Bundesamt für das deutsche

Gesundheitswesen einen Anteil von 10,6% am Bruttoinlandsprodukt. Damit hat die Branche ein höheres Gewicht innerhalb der Gesamtwirtschaft als zum Beispiel der Maschinenbau oder die Chemie. Rund 4 Mio. Beschäftigte erbringen die Gesundheits- und Sozialdienstleistungen.

Bis zum Jahr 2030 wird eine Erhöhung der Erwerbstätigenzahl im Gesundheitswesen auf 4,7 Mio. Beschäftigte erwartet. Gleichzeitig legen der demographische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt sowie die hohe Personalintensität eine Erhöhung der Bruttowertschöpfung von 1,7% p.a. nahe (s. das Schaubild). Der Gesundheits- und Sozialbereich ist damit einer der zukünftigen Wachstumsbereiche in Deutschland.

Entwicklung von Bruttowertschöpfung und der Erwerbstätigkeit bis 2030

jeweilige Veränderung in % p.a.



Quelle: Deutschland-Report 2030 der Prognos AG



Die Trends bestimmen das Wachstum

Die Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland wird in Zukunft maßgeblich durch drei Faktoren geprägt werden: erstens durch die demographische Entwicklung, zweitens durch den medizinisch-technischen Fortschritt, und schließlich durch das Gesundheitsverständnis der Bevölkerung. Im Folgenden werden diese Faktoren in ihrer Bedeutung für den Gesundheitsmarkt und dessen Wachstum detailliert beschrieben.

Die alternde Bevölkerung

Die deutsche Bevölkerung schrumpft und altert. Bis zum Jahr 2030 wird die Einwohnerzahl von heute 82,6 auf 81,1 Millionen zurückgehen und bis zum Jahr 2050 weiter auf rund 75 Millionen sinken. Bedeutender als die Veränderung dieser absoluten Zahl ist der dahinter stehende Wandel der Altersstruktur:

- Der Altenquotient, der durch die Relation der über 65-Jährigen zu den Einwohnern zwischen 20 und 64 Jahren beschrieben wird, wird sich in den kommenden 25 Jahren um mehr als die Hälfte erhöhen.
- Die Zahl der unter 20-Jährigen und damit die Bevölkerungsgruppe, die sich im Ausbildungsalter befindet, schrumpft bis zum Jahr 2030 signifikant von 16,6 auf 13,8 Mio. Personen; das entspricht einem Rückgang um 17% gegenüber heute.
- Die Gruppe der älteren Menschen über 65 Jahre nimmt hingegen stetig zu. Während sie gegenwärtig 15,8 Millionen umfasst, steigt ihre Anzahl bis zum Jahr 2030 auf 21,8 Millionen. Dies bedeutet einen Zuwachs von 38%.

- Besonders deutlich fällt die Zunahme bei den über 80-Jährigen aus, deren Anteil einen noch deutlicheren Zuwachs erfahren dürfte, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der 50er- und 60er-Jahre ab 2030 in diese Altersgruppe hinein-„wachsen“.

Mit Blick auf die chronischen Erkrankungen wird die Relevanz des demographischen Ungleichgewichtes für das Gesundheits- und Sozialwesen besonders deutlich. Der Bedarf an Gesundheitsleistungen wird steigen, während die Finanzierungsbasis schrumpft. Das Beispiel altersbedingter Diabetes veranschaulicht diese Schieflage: Der Anteil der Diabetiker an der Bevölkerung wird altersbedingt um rund 3 Millionen zunehmen, sodass durch die alternde Bevölkerung nicht nur der Leistungsbedarf, sondern auch das Leistungsvolumen wächst (s. das Schaubild).

Innovation durch Hightech-Medizin

Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte ist es den pharmazeutischen Unternehmen und den Herstellern von Medizinprodukten gelungen, neue Behandlungsmöglichkeiten für weltweit häufige Krankheiten und Todes-

ursachen zu entwickeln. Diese Innovationen schlagen sich auf dem Gesundheitsmarkt in einem gesteigerten Absatz und einem erhöhten Produktionsvolumen nieder.

In Deutschland erreichte das Marktvolumen bzw. der Inlandsabsatz von Arzneimitteln zu Erzeugerpreisen im Jahr 2004 20,5 Mrd. Euro. Im selben Jahr lag das geschätzte Produktionsvolumen allein aus dem Bereich der Medizinprodukte (von Einweg-Verbrauchsartikeln bis hin zu medizinisch-technischen Großgeräten) bei rund 20 Mrd. Euro. In 2006 umfasste die Produktion von Medizintechnik in Deutschland rund 16 Mrd. Euro.

Der Erfolg eines neuen Medikamentes oder einer technischen Innovation auf dem Gesundheitsmarkt ist zum einen abhängig von dessen Nutzenorientierung und zum anderen von dessen Vermarktung. In diesem Zusammenhang beurteilt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), welchen zusätzlichen Nutzen ein neues Medikament auf Basis der „evidenzbasierten Medizin“ hat.

Die Biotechnologie wird in Zukunft entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. So werden

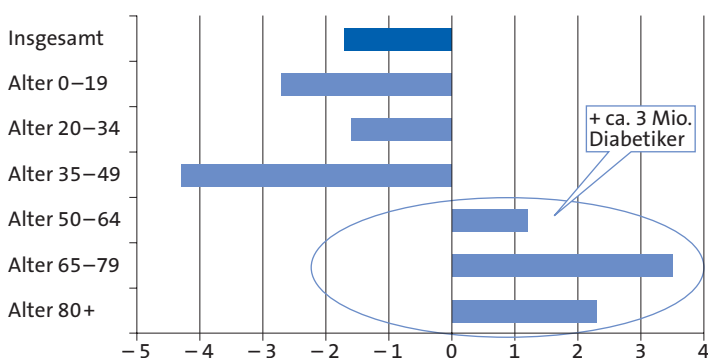
neue Kenntnisse der Humangenetik und Systembiologie die Diagnoseverfahren und Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten erheblich verbessern. Biochips und Biosensortechnik, die Verknüpfung von Diagnostik und Therapie sowie Gentechnologie und Pharmakogenomik leisten einen wichtigen Beitrag zu medizinischen Durchbrüchen.

Innovationen verbessern allerdings nicht nur die Qualität von Leistungen im Gesundheitswesen, sie führen häufig auch zu erhöhten Kosten. Der entstehende Kostendruck in Verbindung mit der Forderung nach gesteigerter Qualität der medizinischen Versorgung treibt wiederum Lösungen in den Bereichen Informationstechnologie, Miniaturisierung und Portabilität, Prozessmanagement sowie Kommunikation und Vernetzung voran. So werden letztlich auch Versorgungsmodelle entwickelt, die Qualitätssteigerung und Kostensenkung verbinden. Fortschritte in der Telemedizin, die die Fernüberwachung von Patienten im häuslichen Umfeld ermöglichen, können beispielsweise die Qualität der Versorgung erhöhen und gleichzeitig die Kosten senken.

Des Weiteren können Informationsprozesse sowohl für Ärzte als auch für Patienten zeitlich sowie inhaltlich optimiert werden. Eine Versorgungs- und Prozessoptimierung im Gesundheitswesen wird beispielsweise für den Arzt durch die elektronische Patientenakte möglich, während Internetportale, die auf den Gesundheitsbereich spezialisiert sind, Patienten (und Ärzten) einen raschen Zugriff auf benötigte Informationen bieten.

Demographische Entwicklung

Veränderung 2005–2030 in Mio. Personen



Quelle: Deutschland-Report 2030 der Prognos AG

Gesundheit als Selbstzweck oder Mittel zum Zweck

Der Konsum von Leistungen im Bereich der Gesundheitspflege wird Prognosen zufolge überdurchschnittlich wachsen, und zwar zwischen 2004 und 2030 um rund 2,9% p.a. (s. das Schaubild).

Dabei ist die Entwicklung des Gesundheitsverständnisses ausschlaggebend für die Art der Leistungen (eher kurative oder eher präventive), die jeweils nachgefragt bzw. konsumiert werden. Grundsätzlich kann zwischen einem ganzheitlich ausgerichteten und einem funktionalen Gesundheitsverständnis unterschieden werden:

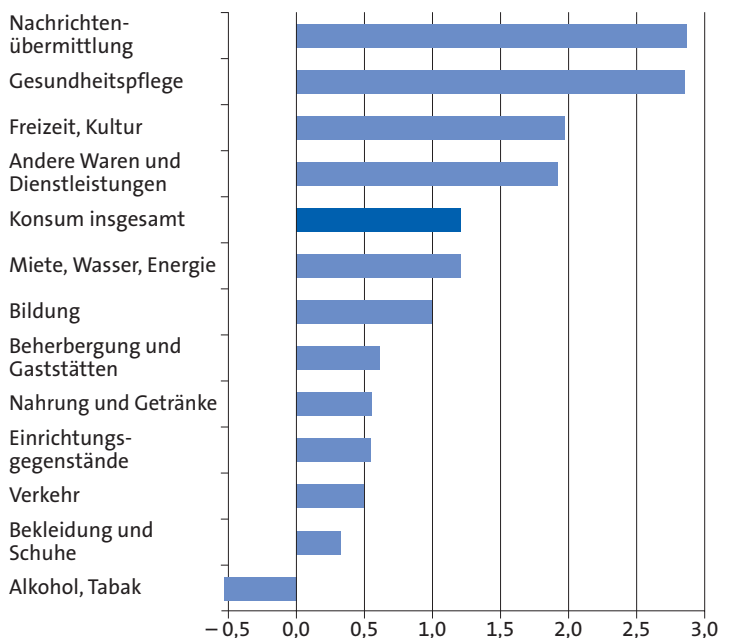
- Ein **ganzheitlich** ausgerichtetes Gesundheitsverständnis versteht Gesundheit als Ausfluss des individuellen Lebensstils. Gesundheit wird von den Bürgern nicht als Mittel zum Zweck, sondern vielmehr als Selbstzweck gesehen. Wellness wird zunehmend als Fähigkeit zur aktiven Entspannung verstanden. Rauchen, Übergewicht und stressvolle Lebensführung ohne Erholungspausen werden vom sozialen Umfeld als tendenziell kritische Lebensweise gesehen. Eine am ganzheitlichen Gesundheitsverständnis orientierte Medizin arbeitet stärker mit präventiven als mit kurativen Leistungen.

- Ein **funktionales** Gesundheitsverständnis versteht Gesundheit als Mittel zum Zweck. Die Erhaltung oder Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter durch Pflege der körperlichen Fitness, um die Reserven kurzfristig aufzufüllen, dient dazu, Gesundheit gewissermaßen als Kapital vor dem Werteverfall zu schützen. Die Medizin wird diesem Gesundheitsverständnis in Gesundheitskonzernen gerecht, die neben der klassischen kurativen Medizin zahlreiche Angebote zur Selbstmedikation anbieten. Des Weiteren werden von der älteren Klientel zunehmend auch Leistungen wie Plastische Chirurgie, Hormonbehandlung und Anti-Aging-Maßnahmen nachgefragt.



Entwicklung des privaten Konsums

Veränderung 2004–2030 in % p.a.



Quelle: Deutschland-Report 2030 der Prognos AG



Strukturen des deutschen Gesundheitswesens

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein komplexes Gebilde mit vielen verschiedenen Institutionen und vielfältigen Mechanismen. Es beruht im Wesentlichen auf den drei Komponenten Finanzierung, Leistungsvergütung und Leistungserbringung.

Das Gesundheitswesen besteht aus einer Vielzahl von Institutionen und Mechanismen, durch die die Modalitäten von Leistungen und Ansprüchen im Gesundheitssystem reguliert werden. Dabei ist das Gesundheitswesen durch eine Dreiecksbeziehung zwischen Patienten (Konsumenten), Leistungserbringern (Produzenten) und Versicherern (Kostenträger) gekennzeichnet. Für diese Beziehung gilt es, die Modalitäten insbesondere in Bezug auf drei Transferleistungen zu strukturieren, und zwar

- die Art der Bereitstellung medizinischer Leistungen,
- die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und
- die Erbringung medizinischer Leistungen.

Den Transferleistungen entsprechend, beruht ein Gesundheitssystem im Wesentlichen auf den drei Komponenten Finanzierung, Leistungsvergütung und Leistungserbringung. Ent-

scheidungsbefugnisse in grundsätzlichen Fragen sind im Gesundheitswesen an Funktionen gekoppelt. Somit kommen den drei Hauptakteuren – Konsument, Produzent, Kostenträger – unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten zu. Der Staat hat die Rolle des Regulators.

Eine Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens stellt der segmentierte **Versicherungsmarkt** dar. Auf der einen Seite existiert die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der rund 90% der Bevölkerung versichert sind. Auf der anderen Seite gibt es die Private Krankenversicherung (PKV). Beide Systeme stehen nebeneinander, ein echter Wettbewerb findet nur um junge, gesunde und einkommenstarke Versicherte statt.

Der **Leistungsanbietermarkt** ist gekennzeichnet durch eine Trennung der Anbieter in Sektoren mit jeweils eigenen Budgets. Eine sektorübergreifende Zusammenarbeit findet bisher nur in Ausnahmen statt. Die damit verbundenen Schnittstellenprobleme zwischen dem stationären und ambulanten Bereich lassen erhebliche Effizienzverluste vermu-

ten. Weltweit in dieser Form einmalig ist die rein fachärztliche Tätigkeit von niedergelassenen, ambulant tätigen Ärzten in Deutschland, die sogenannte Facharztschiene.

Die nachfolgenden Ausführungen betrachten die Abhängigkeiten der drei Hauptakteure. Dabei wird zwischen Finanzierung und Kosten, d.h. der Einnahmen- und der Ausgaben-seite, unterschieden. Um der gesellschaftlichen Diskussion einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen, wird insbesondere die Ausgabenseite analysiert. Zu diesem Zweck gilt es, die Strukturen und Steuerungsinstrumente, die Einfluss auf Preis, Menge und Qualität der medizinischen Leistungen haben, ausführlich zu betrachten.

Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung schrumpft

Die GKV ist in Deutschland als Ausgleichssystem konzipiert, das auf dem Solidarprinzip beruht. Der Ausgleich wird hauptsächlich über die Finanzierung in Form einer Umverteilung geleistet. Umverteilt wird

- von niedrigen zu hohen Gesundheitsrisiken (Risikoausgleich),
- von Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern (Einkommensausgleich),
- von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).

Zusammen mit den Elementen Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang unterscheiden die oben genannten Umverteilungselemente die GKV von der PKV.

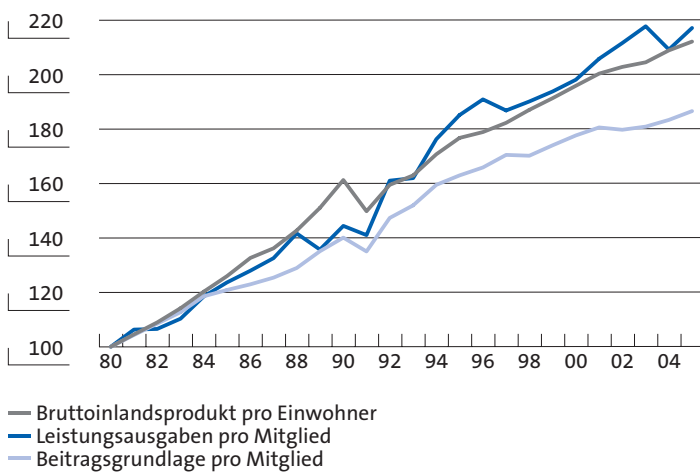
Die Finanzierungsbasis der GKV, die sich im Wesentlichen aus Arbeits-einkommen und Rentenzahlungen zusammensetzt, leidet seit Beginn der 80er-Jahre an einer Wachstumschwäche.

Verschiedenste Entwicklungen in der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik haben dazu geführt, dass die Finanzierungsbasis der GKV schwindet: Löhne und Gehälter sind genauso wie Renten seit vielen Jahren real kaum gestiegen. Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld wurden gekürzt oder fielen weg, und geringfügige und Teilzeit-Beschäftigungen haben anteilig zugenommen. Zudem wurden die Beitragszahlungen für Arbeitslose wiederholt abgesenkt, um die Arbeitslosenversicherung zu entlasten. Einkommenstarke Arbeitnehmer, die ein individuelles Wahlrecht zwischen GKV und PKV wahrnehmen können, wechseln in die PKV; per saldo verliert die GKV so jährlich rund



Finanzierungslücke der Gesetzlichen Krankenversicherung

1980 = 100



Quellen: Statistisches Bundesamt; Berechnungen der Prognos AG

150 000 Versicherte. Im Ergebnis führen selbst moderate Ausgabenzuwächse in der GKV zu Beitragssatzsteigerungen, die ohne Eingriffe in den Leistungskatalog sowie erhöhte Patientenzuzahlungen sogar noch höher ausgefallen wären.

So steigen die Leistungsausgaben je Mitglied seit Jahren nicht stärker als das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf. Die beitragspflichtigen Einnahmen folgen dieser Entwicklung jedoch nicht und liegen seit Beginn der 90er-Jahre deutlich unter der Ausgabenentwicklung je Mitglied (s. das Schaubild).

Der Wettbewerb der GKV zur PKV wird außerdem durch Konkurrenz zwischen den Krankenkassen der GKV verschärft. In diesem Zusammenhang hat sich der Beitragssatz als das entscheidende Wettbewerbselement etabliert. Etwa 5 % der GKV-Versicherten entschieden sich im Jahre 2005 für einen Kassenwechsel innerhalb der GKV. Sollte die aktuelle Gesundheitsreform einen umfassenderen

Leistungswettbewerb mit sich bringen, so ist aufgrund von Erfahrungen aus dem europäischen Ausland davon auszugehen, dass die Wechselquoten in kurzer Zeit um ein Vielfaches ansteigen werden.

Quantitativ Spitze – Qualitativ Mittelmaß

Dass die Gesundheitsausgaben in Deutschland „explodieren“, muss mit Blick auf das BIP-Wachstum im internationalen Vergleich relativiert werden. Dabei sind auch die Gründe für den Anstieg und die Veränderungen in den jeweiligen Bereichen des Gesundheitswesens zu betrachten. Als Ursachen dafür, dass die Gesundheitsausgaben stärker ansteigen als die Einnahmen, nennt die Kommission für Konjunkturfragen der Schweiz in ihrem Jahresbericht 2006 fünf Faktoren, die sicherlich auch in Deutschland zutreffen:

- die Veränderung in der Altersstruktur
- Gesundheit als superiores Gut (Einkommenselastizität über eins)
- das Modell des ungleichgewichtigen Wachstums zwischen arbeitsintensiven und kapitalintensiven Sektoren
- den technologischen Fortschritt (Hightech-Medizin)
- Ineffizienzen durch das Nebeneinander von Fehl-, Über- und Unterversorgung.

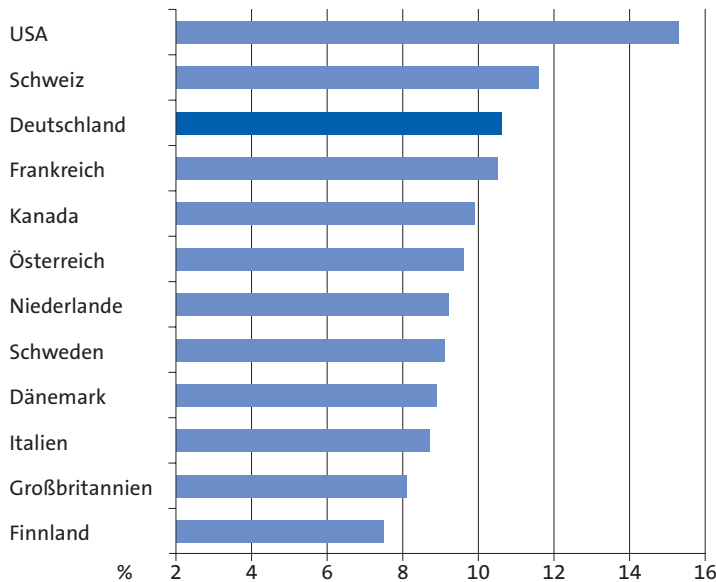
Um die Ausgabenexplosion zu bremsen, müsste an diesen fünf Faktoren angesetzt werden. Jedoch bieten die ersten vier aufgeführten Gründe, die für einen überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben verantwortlich sein können, kaum Möglichkeiten der politischen Einflussnahme. Denn solange der Ausgabenanstieg den Präferenzen sowie der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung entspricht, stellen jene Anteile der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen kein Problem dar. Außerdem kann der Staat für sich weder das Recht beanspruchen, auf die Alterung der Bevölkerung Einfluss zu nehmen, noch in die Präferenzen der Bürger einzugreifen. Auch den technischen Fortschritt im Gesundheitswesen wird man kaum einschränken können oder wollen.

Ineffizienzen im Gesundheitsmarkt können jedoch durch staatliche Regulierung und Steuerung ausgebessert werden. Wie in allen Wirtschaftsbereichen stellen Ineffizienzen einen Ansatzpunkt dar, der – bei unvollständigen Marktmechanismen – gestaltet werden kann.

Gesundheitsausgaben in ausgewählten Ländern

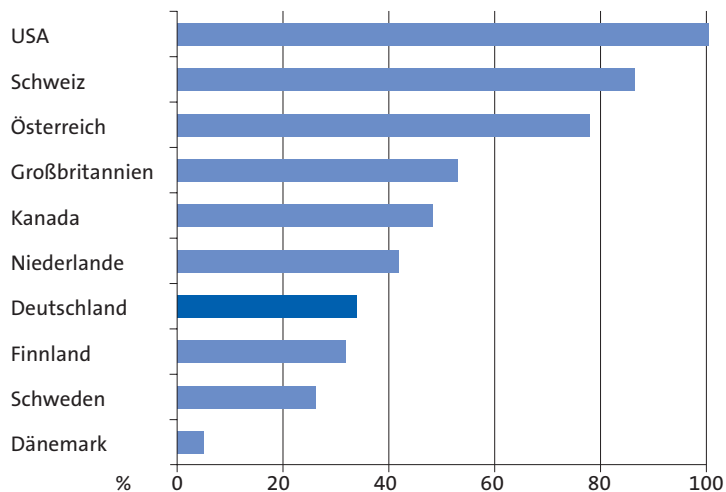
Aktuelle Bedeutung

Anteil am Bruttoinlandsprodukt 2004



Entwicklungstrends

Veränderung des Anteils am Bruttoinlandsprodukt 1974–2004



Quelle: OECD

Das Ausgabenniveau ist internationale Spitze. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei den Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen eine Spitzenposition ein. Mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben von 10,6% am Bruttoinlandsprodukt rangiert Deutschland hinter der Schweiz und den Vereinigten Staaten auf dem dritten Platz (s. das Schaubild oben).

Der hohe Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland relativiert sich jedoch unter Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung der letzten 30 Jahre. Anteilig am Bruttoinlandsprodukt sind die Gesundheitsausgaben zwar um 34% gestiegen, jedoch ist dies im Vergleich zu anderen OECD-Ländern, beispielsweise der Schweiz mit einem Anstieg um 87%, moderat (s. das Schaubild unten).

Man muss sich jedoch die Frage stellen, ob dieser in den meisten Ländern gewaltige – auch relative – Anstieg der Ausgaben den Gesundheitszustand der Bevölkerung wirklich verbessert hat. Ist also eine Bevölkerung, die mehr für Gesundheit ausgibt, tatsächlich gesünder?

Die OECD verwendet zur Einschätzung der medizinischen Versorgung und des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung zwei Indikatoren, und zwar zum einen die Säuglingssterblichkeit und zum anderen die Lebenserwartung. Anhand dieser Indikatoren kann annähernd der allgemeine Gesundheitszustand einer Bevölkerung abgelesen werden. Beide Indikatoren zeigen, dass sich die Situation in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verbessert hat: Ein Kind, das im Jahr 2000 in einem

OECD-Land zur Welt kam, hat eine im Durchschnitt um neun Jahre längere Lebenserwartung als ein Kind, das 1960 geboren wurde (s. das Schaubild oben). Zudem war die Kindersterblichkeit in 2000 nur ein Fünftel so hoch wie 1960.

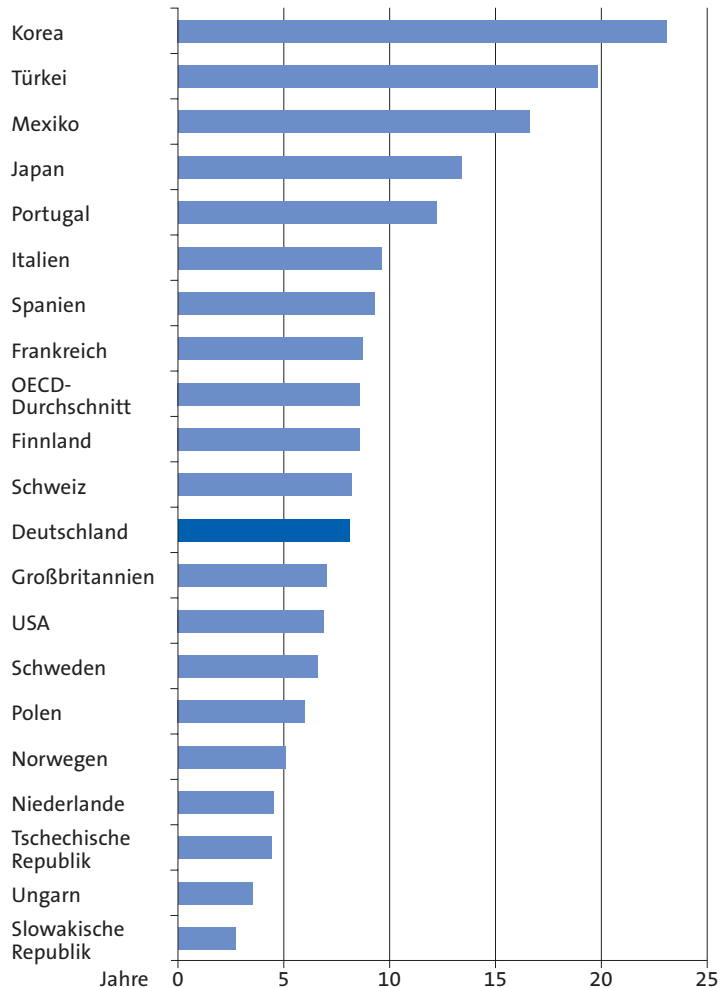
Interessant ist die Beziehung zwischen der subjektiven Einschätzung zur Funktionalität des Gesundheitssystems durch die Konsumenten (Patienten) und der Höhe der Gesundheitsausgaben der Kostenträger: Je höher die Gesundheitsausgaben pro Kopf, desto zufriedener sind die Bürger mit ihrem Gesundheitssystem.

Auch für Deutschland lässt sich diese Beziehung feststellen. Allerdings kann mit einem geringeren Ressourceneinsatz eine ähnlich hohe Zufriedenheit erreicht werden. Einem hohen Ressourceneinsatz steht in Deutschland ein mittelmäßiger Output gegenüber. Optimierungsmöglichkeiten bestehen also durchaus.

Diese können insbesondere mit Blick auf die Ausgabensituation in Deutschland formuliert werden. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung haben sich bis zum Jahr 1997 in Relation zum verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte von 9,5% auf rund 10,5% erhöht. Seit 1997 stagniert diese Relation und stabilisiert sich bei rund 10% des verfügbaren Einkommens (s. das untere Schaubild).

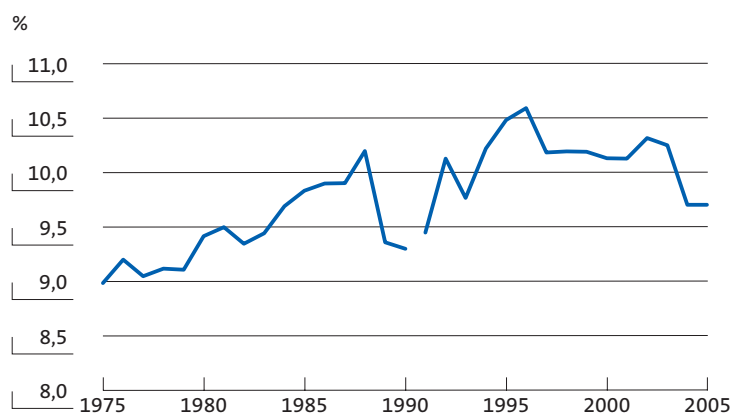
Erhöhung der Lebenserwartung bei Neugeborenen

2000 gegenüber 1960



Quelle: OECD

Ausgaben der GKV in Relation zum verfügbaren Einkommen¹

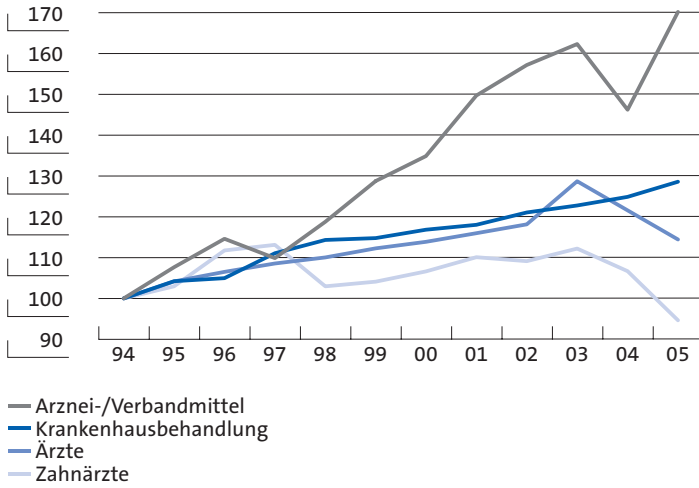


¹ ab 1991 Gesamtdeutschland

Quellen: Statistisches Bundesamt; Berechnungen der Prognos AG

Entwicklung der GKV-Ausgaben

1994 = 100



Quellen: Statistisches Bundesamt; Berechnungen der Prognos AG

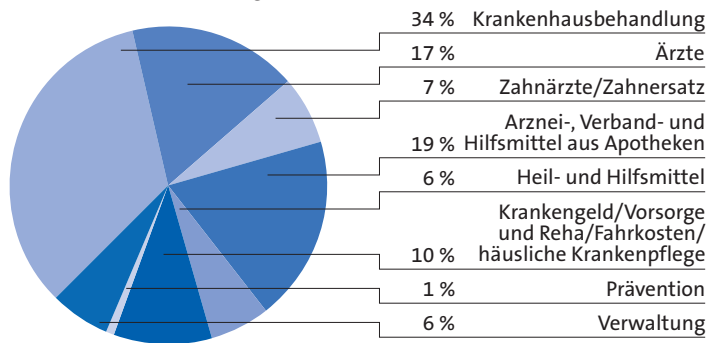
Insbesondere die Ausgaben für die drei großen Blöcke Krankenhaus, ambulante ärztliche Behandlung (Ärzte/Zahnärzte) sowie Arznei-/Verbandmittel sind seit Anfang der 90er-Jahre kontinuierlich angestiegen (s. das Schaubild oben). Am

deutlichsten legten die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel zu.

Das Schaubild unten zeigt die Strukturen der Gesundheitsausgaben der GKV für das Jahr 2005.

Ausgabenverteilung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Anteile an den Gesamtausgaben 2005



Quellen: Statistisches Bundesamt; Berechnungen der Prognos AG

Fehlender Wettbewerb und falsche Anreize als Grundübel.

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich auf der Angebotsseite immer noch durch eine relativ strikte Trennung der Sektoren und der kooperativen Koordination aus. Diese Trennung spiegelt sich in unterschiedlichen Vergütungssystemen und Anreizmechanismen innerhalb der Sektoren wider:

- Die Krankenkassen verfügen über geringe Gestaltungsmöglichkeiten im Leistungs- und Vertragsbereich.
- Die ambulanten Vertragsärzte fungieren in den Grenzen ihres vorgegebenen Budgets primär als „Anpasser“ hinsichtlich Menge oder Qualität der Leistungen.
- Die Allokation im stationären Sektor leidet unter der dualen Finanzierung durch Krankenkassen und Bundesländer. Die damit verbundenen Investitionsstaus betreffen insbesondere die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft. Denn die Trennung der Finanzierung in Investitions- und Betriebskosten führt nicht zu marktkonformen Strukturen.
- Die Arzneimitteldistribution erfolgt immer noch in traditionellen Vertriebsstrukturen (Apotheken).
- Die medizinisch wie ökonomisch fragmentierten Behandlungsstufen setzen immer noch zu geringe Anreize für eine sektorübergreifende Versorgung.



Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Am 1. April 2007 ist das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft getreten. Es umfasst ein Bündel von Einzelmaßnahmen, die erhebliche Auswirkungen in alle Bereiche des Gesundheitswesens hinein haben.

Im Koalitionsvertrag der seit 2005 amtierenden Bundesregierung wurde die Entwicklung eines Finanzierungskonzeptes vereinbart, „das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert“, den Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen stärkt und einen Beitrag dazu leistet, die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40% zu senken. Nach Veröffentlichung der Eckpunkte und der

folgenden Verhandlungen im Sommer 2006 wurde das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) im Oktober 2006 im Kabinett verabschiedet. Mit der Zustimmung des Bundesrates vom 16. Februar 2007 hat das GKV-WSG die letzte parlamentarische Hürde genommen und ist zum 1. April 2007 in Kraft getreten.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

2007

1. April 2007

- Versicherungspflicht in der GKV
- Wahltarife für Versicherte in der GKV
- Ausweitung der ambulanten Versorgung in Krankenhäusern
- Förderung der flächendeckenden Integrierten Versorgung
- Finanzielle Beteiligung von Versicherten an den Folgekosten von Schönheitsoperationen
- Kosten/Nutzen-Bewertungen bei Arzneimitteln
- Möglichkeit kassenübergreifender Fusionen
- Pflichtleistungen: Impfungen/Vater-Mutter-Kind-Kuren
- Standardtarif für PKV-Versicherte
- Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen

2008

1. Juli 2008

- Spitzenverband Bund der Krankenkassen ersetzt die Krankenkassenspitzenverbände

2009

1. Januar 2009

- Basistarif in der PKV
- Start des Gesundheitsfonds
- Einführung des einheitlichen Beitragssatzes

2011

1. Januar 2011

- Bündelung des Beitragsinzugs in der GKV

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, 2007

Die Einnahmenseite

Ausgestaltung. Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 neu gestaltet. Entsprechend der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zahlen ab 2009 alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz in den Gesundheitsfonds. Jede Krankenkasse erhält im Sinne eines Risikostrukturausgleichs pro Versichertem eine pauschale Zuweisung aus dem Fonds, welche nach Alter, Geschlecht und bestimmten Krankheitsfaktoren der jeweiligen Versicherten gestaffelt und modifiziert wird.

Reichen die Fondszuweisungen, die eine Kasse erhält, zur Deckung ihrer Ausgaben nicht aus, muss sie einen prozentualen oder festen Zusatzbeitrag erheben. Bei der erstmaligen Erhebung oder einer späteren Anhebung des Zusatzbeitrages haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht. Ausnahme: Die Mitglieder optieren für Wahltarife, die ihnen

die Kasse anbietet. Dann haben sie sich für drei Jahre an ihre Kasse gebunden.

Neben den Beitragseinnahmen sieht das Wettbewerbsstärkungsgesetz zudem eine umfangreichere Steuerfinanzierung vor. Im Jahr 2006 lag der Steuerzuschuss noch bei 4,2 Mrd. Euro. Dieser steigt nun in den Jahren 2007/08 um je 2,5 Mrd. Euro und anschließend bis zum Höchstbetrag von 14 Mrd. Euro um je 1,5 Mrd. Euro pro Jahr an.

Bewertung. Die im Koalitionsvertrag anvisierte Senkung der Lohnzusatzkosten und die damit angestrebte schrittweise Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten werden nicht erreicht.

Durch den einheitlichen Beitrag verlieren die Kassen weitestgehend ihre Finanzautonomie. Der finanzpolitische Spielraum beschränkt sich dadurch auf die Erhebung des Zusatzbeitrages sowie die Ausgestaltung der Wahltarife.

Die Vereinheitlichung der Beitragssätze wird durch die Möglichkeit der kassenübergreifenden Fusionen und der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen flankiert. Damit dürfte es zu einer weiteren Beschleunigung der seit eineinhalb Jahrzehnten zu beobachtenden Marktkonzentration in der GKV kommen. Seit 1991 hat sich die Zahl der Kassen von über 1200 auf derzeit rund 250 verringert.

Mit zunehmendem Rückgang der Marktteilnehmer auf der Versicherungsseite und bei den Leistungserbringern (vor allem Krankenhäuser) wird ein Paradigmenwechsel in Gestalt der Abkehr von den derzeit noch üblichen kollektiven Vertragsbeziehungen zwischen den Akteuren immer wahrscheinlicher. Als erste Entwicklungstendenzen für ein Individualvertragssystem können die Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern, die Verträge zur Integrierten Versorgung zwischen Krankenkassen und den Leistungserbringern sowie die Verhandlung der kassenindividuellen Kopfpauschalen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen gewertet werden.

Der Start des im GKV-WSG vorgesehenen Fonds, dessen Kernstück, ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), schon Anfang 2007 für eine gerechtere Verteilung der Beitragseinnahmen zwischen den Kassen sorgen sollte, ist derzeit für das Jahr 2009 vorgesehen. Die Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden beugt einem Szenario vor, in dem sich der Kassenwettbewerb auf junge, gesunde und einkommensstarke Versicherte konzentriert. Dieser positive Effekt wird jedoch nur dann eintreten, wenn ein Morbiditätsausgleich erfolgt, der diesen Namen verdient (Stichwort: Morbi-RSA). Der Morbiditätsausgleich sollte jedoch nicht zu einem „Hochrisikopool“ mutieren, der nur wenige ausgewählte chronische Erkrankungen mit erfasst. In einem solchen Fall käme wahrscheinlich kurzfristig der Mechanismus des Zusatzbeitrages zum Tragen, und einzelne Kassen müssten deutliche Wettbewerbsnachteile nur aufgrund der Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten in Kauf nehmen.

Die Ausgabenseite – Eine Auswahl der Neuerungen

Neues Vergütungssystem der Vertragsärzte. Auch in der ambulanten Versorgung orientiert sich ab dem Jahr 2009 die ärztliche Gesamtvergütung an der Morbidität. Ausgangspunkt des künftigen Vergütungssystems ist ein einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), der EBM 2007plus. Er soll die hausärztlichen Leistungen in erster Linie als Pauschalen abbilden, die pro Quartal gezahlt werden. Bei Fachärzten gibt es für jede Facharztgruppe eine Grund- und eine Zusatzpauschale, die pro Behandlungsfall abzurechnen ist. Die Regulierung der Leistungsmenge findet im

Wesentlichen durch eine Abstufung der Preise bei überschrittenem Regelleistungsvolumen statt.

Die vorgenommenen Änderungen im Vergütungssystem tragen dazu bei, dass die Transparenz für Patienten und Kassen sowie die Kalkulationsicherheit für Ärzte erhöht werden.

Für die Krankenkassen werden derzeit zwei Risiken gesehen: Erstens werden regionale Besonderheiten, sprich regionale Punktwerte, die über dem Bundesdurchschnitt liegen, zur Belastung für die Kassen. Zweitens ist es Ärzten möglich, alle Leistungen – wenn auch gestaffelt – abzurechnen, wodurch die Ausgabenkalkulation für die Kostenträger erschwert wird.

Stärkung des Vertragswettbewerbs.

Inwieweit die Kassenarten das Instrument des Vertragswettbewerbs nutzen werden, bleibt abzuwarten. Diese Option, separate Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern abschließen zu können, wird seit Jahren von Gesundheitsökonomien gefordert.

Maßnahmen in der ambulanten Versorgung:

- Ein zentrales Element der Finanzierung, dass nämlich die Vergütungen über Einzelverträge in der Gesamtvergütung bereinigt werden, ist nun Realität. Dies erleichtert beispielsweise den individuellen Vertragsabschluss mit Gruppen von Hausärzten – sogenannte Hausarztmodelle – und wird die Weiterentwicklung dieser Modelle deutlich fördern. Für chronisch erkrankte Menschen ist insbesondere die geforderte Umsetzung eines integrierten Vollversorgungsmodells von entscheidender Bedeutung.

- Als wenig wettbewerbsfördernd dürfte sich die Verpflichtung der Kassen erweisen, flächendeckend hausarztzentrierte Versorgung vorzuhalten. Dies birgt die Gefahr, dass unter dem Deckmantel grundsätzlich wünschenswerter hausarztzentrierter Versorgung wiederum ineffiziente Kollektivverträge abgeschlossen werden.

Maßnahmen im Arzneimittelbereich:

- Krankenkassen haben nach dem GKV-WSG die Möglichkeit, Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern zu vereinbaren. Dadurch wird es ihnen möglich, Zuzahlungen der Versicherten für abgegebene Medikamente, für die ein Rabattvertrag geschlossen wurde, zu ermäßigen.
- Im Interesse der Patientensicherheit wird zudem für spezielle, hochinnovative Arzneimittel eine ärztliche Zweitmeinung vorgeschrieben. Darüber hinaus wird die Abgabe von einzelnen Tabletten erleichtert.
- Das GKV-WSG sieht weiterhin vor, dass Medikamente zukünftig an ihrem Nutzen und an ihren Kosten gemessen werden müssen. Die hierzu erforderlichen Bewertungen werden durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgenommen. Die Kosten/Nutzen-Bewertung sollte insbesondere als Grundlage für die Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrags dienen.

Wahltarife. Bereits vor dem Start des Fonds greifen ab 2007 Bestimmungen, die den Kassenwettbewerb verbessern sollen. Dazu zählen in erster Linie neue Wahlmöglichkeiten für die Mitglieder einer Kasse. Sie können nun zwischen mehreren Tarifen wäh-

len, die sich entweder auf unterschiedliche Versorgungsformen oder auf Selbstbehalte und Kostenerstattung beziehen. Zahlt das Mitglied Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Höhe aus der eigenen Tasche, sind Bonuszahlungen von bis zu 600 Euro im Jahr möglich. Entschieden sich der Versicherte für einen Wahltarif, ist er in der Regel für drei Jahre daran gebunden – somit ist ein Kassenwechsel auch bei erhöhtem Zusatzbeitrag für diese Zeit nicht möglich. Grundsätzlich haben sich alle angebotenen Wahltarife selbst zu finanzieren.

Positiv aus Sicht der Patienten zu bewerten sind die zunehmenden Wahlmöglichkeiten der Versicherten und letztlich auch die Übernahme von Verantwortung und die Erhöhung der Transparenz der Kosten der Leistungserbringung. Da die Versicherer auch Tarife anbieten können, die über die Regelversorgung hinausgehen, wird der Kassenwettbewerb intensiviert.

Zu hoffen bleibt letztlich, dass die Krankenkassen über ein ausreichendes Controlling verfügen, um die verschiedenen Tarife entsprechend steuern zu können.

Reorganisation des Krankenkassenmarktes. Die Weichen für den im Jahr 2008 neu zu gründenden Spitzenverband Bund sind gestellt. Er soll die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung regeln (z. B. durch für alle Kassen gültige Vereinbarungen auf Bundesebene). Auf Landesebene bleiben die Verbände der einzelnen Kassen weiter bestehen.

Das GKV-WSG ermöglicht darüber hinaus Fusionen verschiedener Kassentypen, um Verwaltungskosten zu reduzieren und Skaleneffekte realisieren zu können. Dabei werden insbesondere kleinere Krankenkassen in den Fokus der kassenübergreifenden Fusion kommen, die sonst aufgrund

fehlender Marktmacht die Möglichkeiten des zunehmenden Vertragswettbewerbs weniger nutzen können.

Maßnahmen im Bereich der Privaten Krankenversicherung. Besonders hervorgehoben wird bei dieser Reform, dass es eine Versicherungspflicht für alle gibt. Dies bedeutet, dass auch diejenigen, die ihren Versicherungsschutz verloren haben, in die ehemalige Versicherung zurückkehren können. Eng verknüpft mit dieser generellen Versicherungspflicht ist die Reform der Privaten Krankenversicherungen.

Die Branche muss ab dem 1. Januar 2009 einen Basistarif anbieten, dessen Leistungsumfang dem der GKV entspricht und dessen monatliche Prämie nicht über dem GKV-Höchstbeitrag liegen darf. Die Höhe dieses Basistarifs richtet sich nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers und nicht nach seinem Gesundheitsstatus. Durch die Einführung des Basistarifs wird der Kontrahierungszwang auch in der PKV eingeführt. So sollen die privaten Kassen dazu verpflichtet werden, zukünftig auch Versicherte mit einem erhöhten Risikoprofil aufzunehmen. Darüber hinaus wird zur Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der PKV eine Portabilität der Altersrückstellungen in Höhe des Basistarifs eingeführt.

Die verabschiedeten Maßnahmen im Bereich der Privaten Krankenversicherung tragen zwar zu einer Intensivierung des Wettbewerbs bei, bleiben jedoch hinter dem zurück, was in den Eckpunkten zur Stärkung des Wettbewerbs in der PKV ursprünglich vorgesehen war.



Wird das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz seinem Namen gerecht?

– Eine Wertung aus Sicht der Prognos AG –

Wie bereits gezeigt wurde, ist das deutsche Gesundheitswesen immer noch durch ein Nebeneinander von Fehl-, Unter- und Überversorgung gekennzeichnet. Ändern lässt sich das durch effizienteren Wettbewerb. Die Neuerungen des GKV-WSG bleiben jedoch auf dem Weg zu einer Belebung des Wettbewerbs auf halber Strecke stehen.

Trennlinie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird nicht überwunden. Viele Einzelbestimmungen tragen dazu bei, die Trennlinie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden, so z.B. die Förderung neuer Versorgungsformen und mehr ambulanter Behandlungen am Krankenhaus oder neue Möglichkeiten zur Staffelung der Honorare für Mediziner nach Versorgungsregionen. Der entscheidende Schritt jedoch wäre, den Krankenkassen für die fachärztliche Versorgung (ambulant und stationär) volle Vertragsfreiheit einzuräumen; aber genau dies bleibt aus. Unterstützt werden müsste eine derartige Neuerung durch die Abschaffung der dualen Finanzierung und das Ende der Krankenhausplanung durch die Länder, um angebotsorientierte Steuerung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu unterbinden.

Selbstverwaltung wird entmachtet. Im offenen Gegensatz zum Ziel, mehr Wettbewerb zu ermöglichen, stehen der neue Gesundheitsfonds, der neue Spitzenverband Bund sowie die enge Anbindung des gemeinsamen Bewertungsausschusses an den Bund. Diese Elemente stärken zentralistisch-dirigistische Eingriffe der Bürokratie in den „Markt“. Der Preiswettbewerb über die kleine Kopfpauschale ist nicht zu vergleichen mit der bisherigen Beitragshoheit der Kassen. Mit den neuen Wahlтарifen wird zwar der Wettbewerb zwischen den Kassen verstärkt – aber in einer Solidargemeinschaft erscheinen insbesondere die Wahlтарife, die eine positive Risiko-selektion fördern, langfristig kontraproduktiv, da diese das Solidarprinzip schwächen. Positiv hingegen sind jene Wahlтарife zu bewerten, die die Versorgungsleistungen mit einem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdruck konfrontieren und damit letztlich positive Effekte für die Versorgung und die Wirtschaftlichkeit im System generieren.

Private Krankenversicherung wird geschwächt. Grundsätzlich ist eine Öffnung des Marktes zwischen GKV und PKV gewünscht und unbestritten. Dazu liegen Konzepte vor, die einen Wettbewerb unter gleichen Rahmenbedingungen ermöglichen. Durch die beschlossenen Regelungen wird die PKV einseitig geschwächt, da der gedeckelte und nicht morbiditätsorientierte Basistarif zu einer Unterdeckung führt, der durch alle übrigen Privatversicherten getragen wird. Dem steht aber keine weitere Öffnung des GKV-Marktes für die PKV gegenüber. Das Gegenteil ist der Fall. Die Wechselmöglichkeiten der GKV-Versicherten zur PKV wurden weiter eingeschränkt. Ein echter Wettbewerb über Basistarife und kalkulierte Zusatztarife würde eine Angleichung von GKV und PKV stärker vorantreiben.

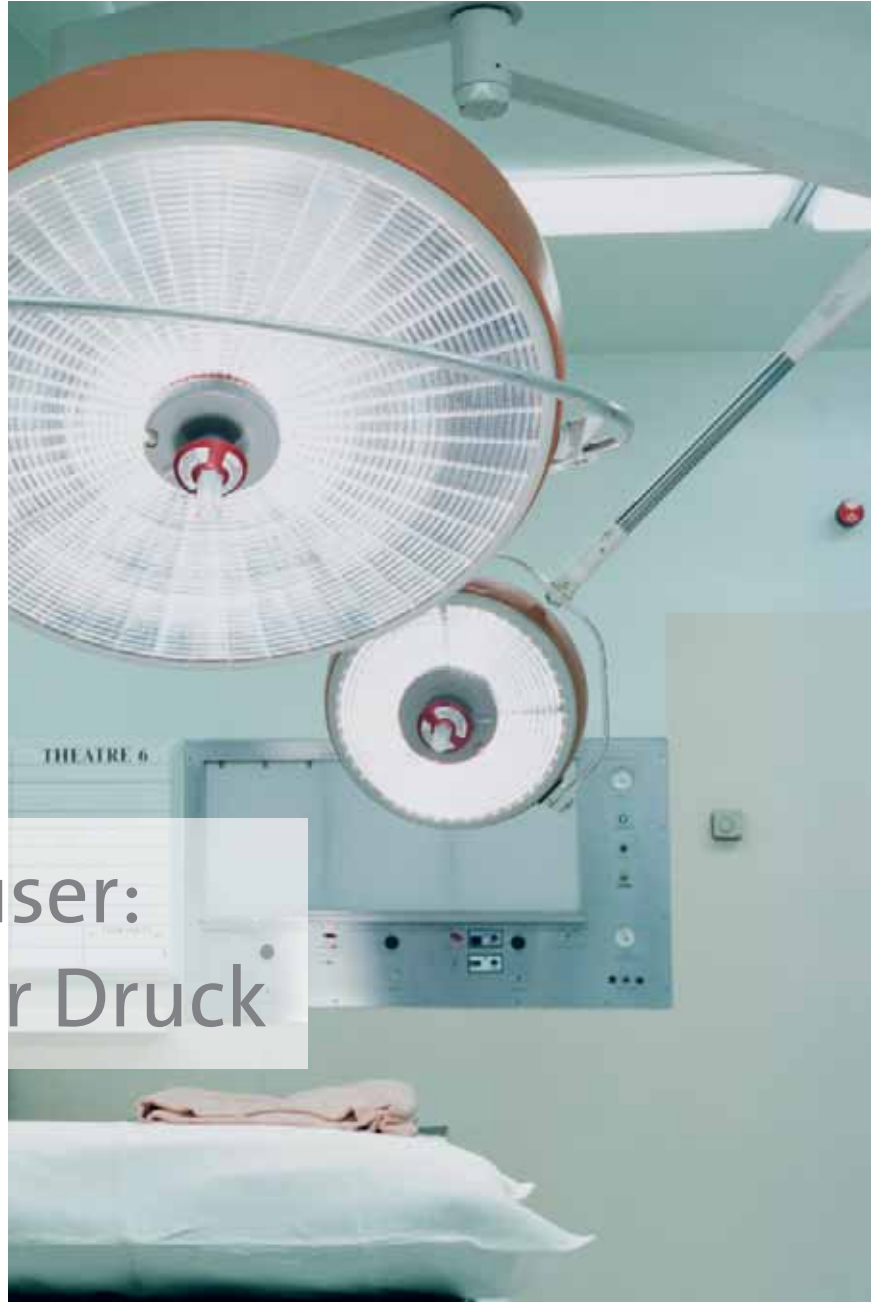
Inkonsequenter Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt. Die Rabattverhandlungen der Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern werden sich wohl auf Rabatte mit Generikaherstellern beschränken. Dagegen bleiben die forschenden Hersteller mit ihren patentgeschützten Originalpräparaten außen vor. Dabei waren in der Vergangenheit gerade die umstrittenen Innovationen wesentliche Treiber des Ausgabenanstiegs. Rabattschlachten auf dem Generikamarkt beschwören eher die Gefahr herauf, dass die Investitionen in nachstoßende biotechnologisch hergestellte Generika ausbleiben werden.

Vollkommen im Unklaren bleibt, warum die zunftähnlichen Strukturen des Arzneimittelvertriebs über Apotheken nicht in den Wettbewerb überführt werden. Sollte der Europäische Gerichtshof (EuGH) insbesondere das Fremd- und Mehrbesitzverbot für nichtig erklären, wird ein geordneter Übergang nicht mehr möglich sein.

Somit bleibt festzuhalten, dass das Wettbewerbsstärkungsgesetz erste Ansätze zu mehr Wettbewerb in sich trägt. Diese gilt es zu nutzen und weiterzuentwickeln. Die aufgrund politischer Kompromisse entstandenen Ungereimtheiten gilt es möglichst zeitnah in der Umsetzung so zu optimieren, dass die hemmenden Faktoren nicht zu weiteren Ineffizienzen im Gesundheitswesen führen.

Krankenhäuser: Weiter unter Druck

Für die stationäre Versorgung in Akutkliniken wurden 2005 insgesamt über 62 Mrd. Euro ausgegeben. Innerhalb der GKV stellt der stationäre Bereich mit über einem Drittel den größten Ausgabenblock. Der Sektor befindet sich weiterhin unter einem starken Effizienzdruck.



Der Anteil der Ausgaben für die stationäre Versorgung an den Gesamtausgaben ist von 1980 bis 2000 relativ stetig angestiegen, befindet sich seit Beginn des neuen Jahrtausends im Zusammenhang mit den Änderungen der Finanzierung im stationären Bereich allerdings wieder auf dem Rückzug.

Im Jahr 2005 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 2 139 Krankenhäuser mit insgesamt 524 000 Betten gezählt. In den letzten 15 Jahren hat sich die Zahl der Krankenhausbetten damit schrittweise um insgesamt mehr als 20% verringert (s. das Schaubild auf S. 21 oben).

Parallel zum Bettenabbau ist die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus im Laufe der letzten Jahre kontinuierlich zurückgegangen. Während sie im Jahre 1991 noch bei 14 Tagen lag, hat sie sich bis 2005 auf 8,6 Tage verringert. Allein diese drastische Reduktion hat trotz eines beachtlichen Anstiegs des Patientenaufkommens von über 15% im gleichen Zeitraum zu einer Reduktion der Bettenauslastung auf zuletzt 75,6% geführt! Im internationalen Vergleich ist die Verweildauer in Deutschland allerdings immer noch als hoch zu bezeichnen (s. das untere Schaubild).

Ähnlich wie die Ärztedichte im ambulanten Sektor ist auch die Krankenhausbettendichte in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägt (s. die Abbildung auf S. 22 oben). Besonders intensiv um einen weiteren Bettenabbau haben sich zuletzt Thüringen, Sachsen, Niedersachsen und Hamburg sowie Nordrhein-Westfalen bemüht. Vor dem Hintergrund der sich mit Sicherheit an das Vergleichsniveau anderer Industrieländer annähernden Verweildauer wird hier ein anhaltender Abschmelzungsprozess erwartet.

Wandel in der Trägerstruktur:

Privatisierungsdynamik durch Kartellamt abgemildert

Nach wie vor ist der Klinikmarkt sehr national ausgerichtet. Internationale Anbieter konnten bisher nicht Fuß fassen. Die Betreiberstrukturen sehen wie folgt aus:

Man unterscheidet zwischen öffentlichen (Kommunen, Länder), freigemeinnützigen (Kirchen, Wohlfahrtsverbände) und privaten Trägern. Die meisten Betten befanden sich auch im Jahr 2005 nach wie vor in

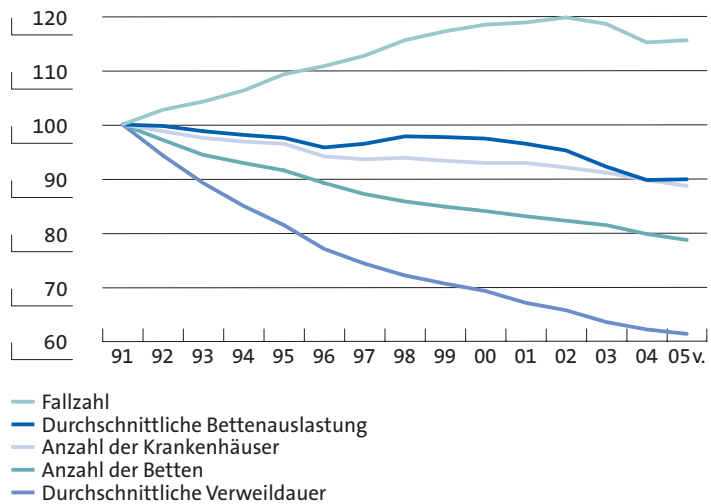
Krankenhäusern öffentlicher Trägerschaft. Allerdings hat ihre Zahl im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser in den letzten Jahren deutlich abgenommen (s. das Schaubild auf S. 22 unten): Von 972 öffentlichen Krankenhäusern im Jahr 1995 sind zehn Jahre später noch 751 übrig geblieben (-26%).

Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der privaten Krankenhäuser durch Übernahmen von ehemals kommunal- oder landesgeführten Häusern um fast 40% auf 570 an. Damit

haben die Privaten zwar 27% aller Häuser, aber nur knapp 13% der Betten in ihrer Verantwortung. Vergleicht man hierzu die Verteilung in den alten und neuen Bundesländern, so beträgt der Anteil der privat gemanagten Betten 10% zu 26%. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die privaten Krankenhausbetreiber bei ihren Übernahmeangeboten zunehmend mit Unternehmen aus dem medizintechnischen Bereich kooperieren (z. B. Asklepios/Braun Melsungen) bzw. sogar fusionieren (z. B. Helios/Fresenius).

Entwicklung zentraler Indikatoren aus dem Krankenhaussektor

Index 1991 = 100



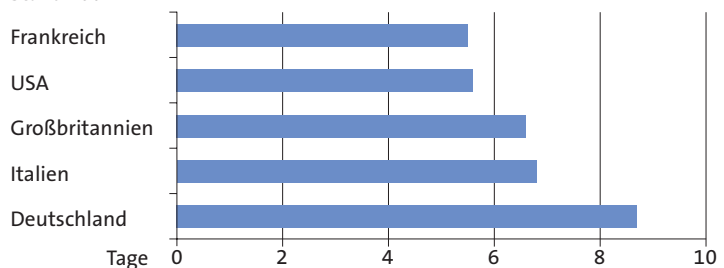
Quelle: Statistisches Bundesamt

v. = vorläufig



Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus

Stand 2004



Quelle: OECD



In diesen Zahlen spiegeln sich deutlich die Privatisierungstendenzen in diesem Sektor in den letzten Jahren wider, die inzwischen auch vor Universitätskliniken nicht mehr haltmachen.

Doch es gibt auch Entwicklungen, die auf eine Verlangsamung des Privatisierungstempos hinwirken. So schaut bei den Übernahmen von Kliniken das Kartellamt zunehmend kritisch hin, was bereits zu Ablehnungen oder verschärften Auflagen führte. Kritiker sehen in diesem Verhalten der Behörde die Gefahr, dass eine zu enge Betrachtung des Krankenhausmarktes durch die Kartellbeamten dazu führen könnte, dass vor allem auf dem Land viele Kliniken als Monopolist eingestuft werden müssten und damit nicht mehr an private Anbieter verkäuflich wären. Letztlich könnte dies sogar dazu führen, dass wirtschaftlich Not leidende öffentliche Krankenhäuser geschlossen werden müssten und die Notfallversorgung vor Ort somit nicht mehr gewährleistet sei.

Krankenhausbettendichte in den Bundesländern

Stand: Ende 2004

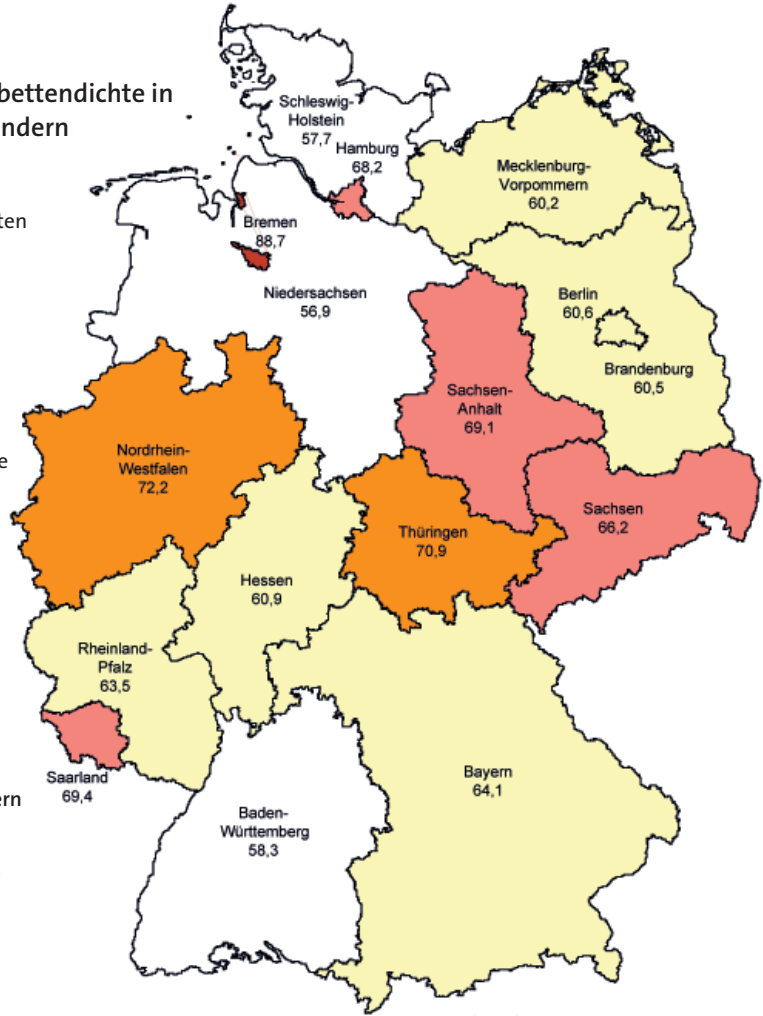
Krankenhausbetten insgesamt: 531 333

Einwohner insgesamt: 82 501 000

Durchschnittliche Bettendichte im Bundesgebiet: 64,4 Betten je 10 000 Einwohner (ohne Vorsorge und Rehaeinrichtungen)

Krankenhausbetten je 10 000 Einwohnern

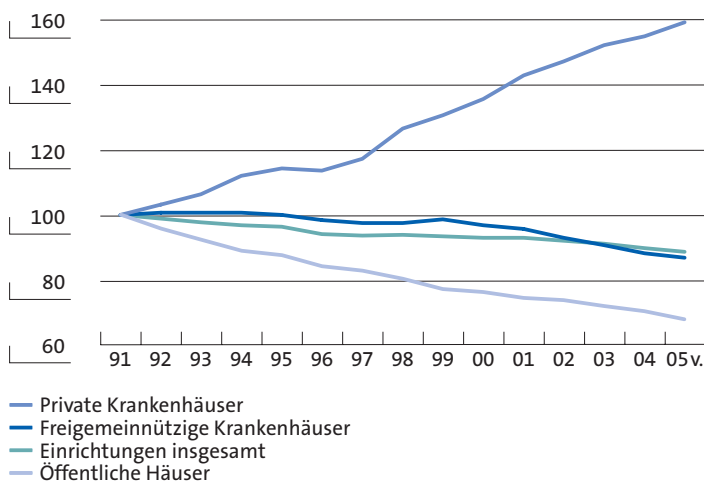
- unter 60
- 60 bis unter 65
- 65 bis unter 70
- 70 bis unter 75
- 75 und höher



Quelle: Statistisches Bundesamt

Trägerstruktur der Krankenhäuser

Entwicklung der Zahl der Häuser; Index 1991 = 100



Quelle: Statistisches Bundesamt

v. = vorläufig

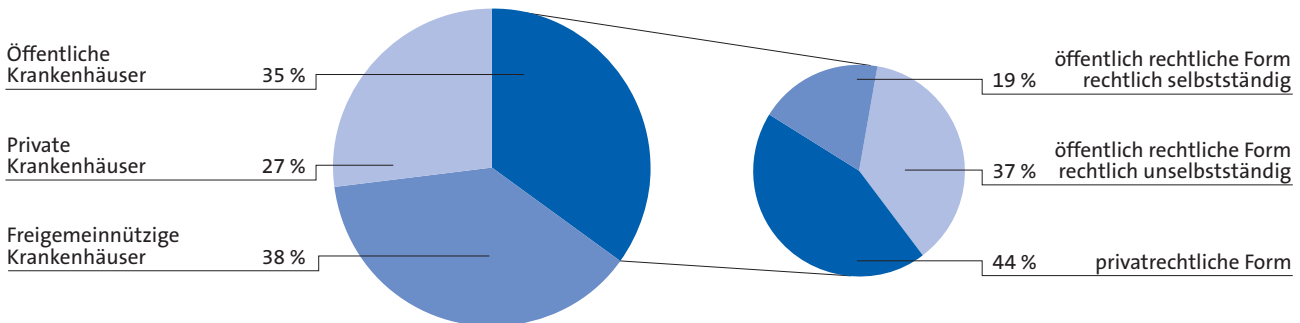


Einen weiteren Grund für eine mögliche Verlangsamung der Privatisierungsdynamik sehen wir in den wieder stärker sprudelnden Steuereinnahmen der Länder und Kommunen aufgrund der derzeit – und wohl auch mittelfristig – guten Konjunktur. Sie könnten in den nächsten zwei bis drei Jahren den „Leidensdruck“ verringern, die bislang oftmals unwirtschaftlichen Häuser aufgrund ihrer Haushaltsdefizite nicht weiter zu betreiben und an private Anbieter zu veräußern.

Im Juni 2007 stehen das Thema Privatisierung und der weitere Umgang mit diesem Thema zwangsläufig auf der Agenda der Gesundheitsminister der

Trägerstruktur der Krankenhäuser

Anteile an der Gesamtzahl der Häuser; Stand 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt



Länder, die die weitere Vorgehensweise in Bezug auf Krankenhausplanung und -finanzierung beraten. Eine Abkehr von der staatlich gelenkten Bettenplanung steht aktuell nicht an.

Umstellung der Vergütungsstruktur hat den Effizienzdruck erhöht

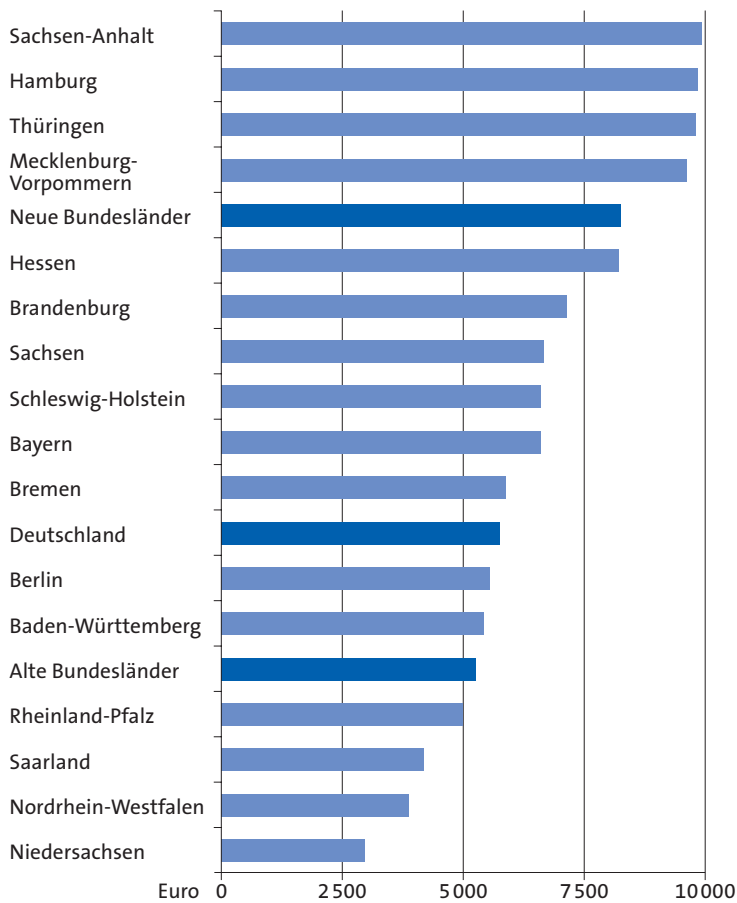
Insgesamt gesehen, vollzieht sich seit der zweiten Hälfte der 90er-Jahre ein spürbarer Wandel in der Krankenhauslandschaft. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) hat den Kostendruck deutlich erhöht. Wirtschaftlichkeit im Sinne eines adäquaten Preis/Leistungs-Verhältnisses wird zum Selektionskriterium für die Beziehung zwischen Patient (Konsument) und Klinik (Leistungserbringer). Die Qualität des medizinischen Personals und der technologischen Ausstattung sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und Servicequalität werden für das einzelne Krankenhaus zu Existenzfragen, da sich Patienten, niedergelassene Ärzte und Krankenkassen bei der Auswahl und Zusammenarbeit mit den Kliniken zunehmend an diesen Kriterien orientieren.

Seit 2004 zwingend vorgeschrieben, müssen sich die Akutkrankenhäuser an bundeslandeseinheitlichen Fallpauschalen, sogenannten Landesbasiswerten, ausrichten. Nach Beendigung einer Konvergenzphase sollen diese ab 2009 von einem bundeseinheitlichen Fallpauschalensystem abgelöst werden. Ob dies tatsächlich zum ursprünglich vereinbarten Zeitpunkt umgesetzt wird, wird derzeit heftig diskutiert.

Die DRG-Einführung, die immer noch vorhandenen Überkapazitäten sowie die deutlich gestiegenen Qualitätsanforderungen werden die beschleunigte Konsolidierung in der Branche auch in den nächsten Jahren vorantreiben. Studien kommen zu dem Ergebnis, dass ca. ein Drittel aller Krankenhäuser nicht in der Lage ist, langfristig wirtschaftlich zu arbeiten. Diese Situation hat sich aktuell noch verschärft durch die verabschiedete Gesundheitsreform, die Einsparungen von weiteren 380 Mio. Euro im Krankenhaussektor vorsieht.



Krankenhausfinanzierungsgesetz-Mittel je Planbett*



*Voll- und teilstationäre Betten/Plätze in nach § 108 Abs. 2 KHG zugelassenen Krankenhäusern, Stand Januar 2006

Quelle: Umfragen der AOLG-AG Krankenhauswesen, DKG



Investitionsstau weiterhin hoch

Die Krankenhausfinanzierung ist nach wie vor dualistisch aufgebaut: Die Bundesländer tragen die Investitionen für Bau und Instandhaltung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Krankenkassen zahlen die laufenden Betriebsausgaben. Gemäß der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben die Bundesländer ihre Investitionen für die Krankenhäuser in 2006 um 2,7 Mrd. Euro gekürzt. Seit der Wiedervereinigung wurde die Krankenhausfinanzierung damit um über 44% – allerdings bei auch hier deutlichen regionalen Unterschieden –

zurückgefahren. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt, hat sich die Förderung somit auf 0,12% halbiert. Insgesamt ergibt sich daraus ein Investitionsstau von schätzungsweise 30 bis 50 Mrd. Euro.

Die Kliniken müssen immer mehr aus der eigenen Substanz erwirtschaften. Notwendige Modernisierungen und Anschaffungen innovativer Medizintechnik werden somit zunehmend schwieriger (siehe hierzu auch das Kapitel Medizintechnik auf den S. 34ff.). Darüber hinaus ist fraglich, ob der Anteil der Privatversicherten, der zurzeit ca. 10% beträgt, nach den jüngsten gesetzlichen Veränderungen

weiterhin als „finanzieller Antriebsmotor“ für den medizintechnischen Bereich zur Verfügung steht, von dem bisher letztlich alle Krankenversicherer profitieren haben.

Auswertung der Jahresabschlüsse führender privater Krankenhausbetreiber

Einen Einblick, wie gut die deutschen Akutkrankenhausbetreiber den heutigen und zukünftigen Herausforderungen begegnen können, gibt eine Auswertung von Jahresabschlüssen mittelständischer IKB-Kunden aus dem Kreis privater Krankenhausbetreiber für die Jahre 2003 bis 2005.

Insgesamt konnten wir führende deutsche Betreiber, die schwerpunktmäßig ihre Erlöse im Akutsektor erzielen, mit einem Gesamtumsatz von 4,6 Mrd. Euro analysieren.

Die EBITDA-Quote der erfassten Firmen – Gradmesser für die Ertragslage – zeigt für die Jahre 2003 bis 2005 ein sehr konstantes Bild (s. das Schaubild auf S. 25). Offensichtlich ist es den Unternehmen gelungen, ihre Erträge – trotz des Drucks der Kostenträger auf die Erlöse im Rahmen der DRG-Einführung – auf einem konstanten Niveau zu halten.

Dies konnte nicht zuletzt auch durch einen stabilen Personalaufwand und eine Reduktion der sonstigen betrieblichen Aufwendungen, in denen sich die erheblichen Anstrengungen in den Bereichen Facility Management und IT niederschlagen, erreicht werden (s. das Schaubild auf S. 25).

Nachdem die erheblichen Investitionen in Gebäude, Technik – und auch Beteiligungen – bereits in den letzten Jahren nicht vollständig aus dem Cashflow finanziert werden konnten,

stiegen die Verbindlichkeiten der betrachteten Unternehmen 2005 besonders stark an, was zu einer Erhöhung des Verschuldungsgrades (Total Debt/EBITDA) von 2,5 auf 2,9 führte.

Verzahnung von ambulant und stationär als Chance für Akutkliniken

Die steigenden Personalkosten (siehe Tarifabschlüsse) und der wachsende Personalbedarf durch das EuGH-Urteil zum Bereitschaftsdienst tun ihr Übriges dazu, den Kostendruck im Krankenhaus zu verschärfen. Welche Möglichkeiten bestehen hier, gegenzusteuern?

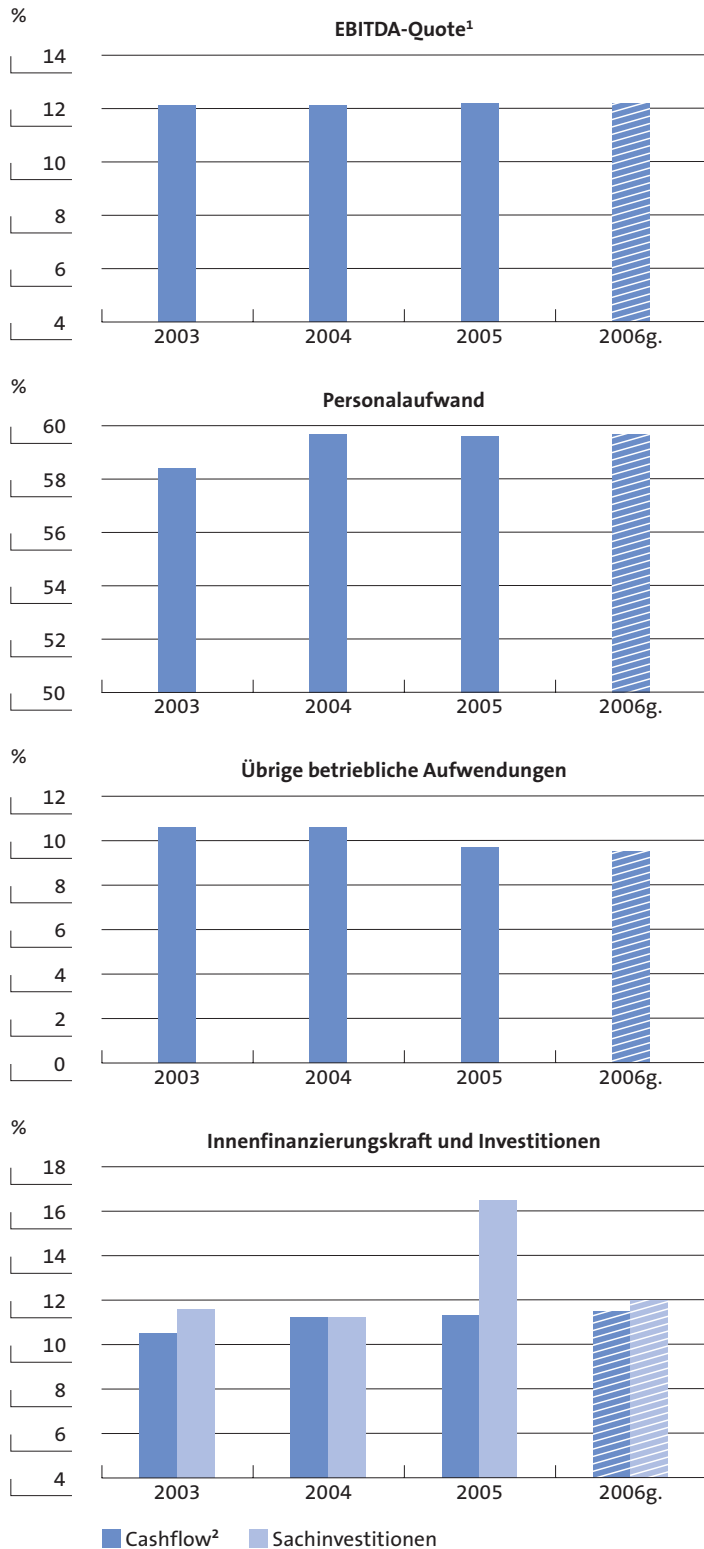
Ergeben sich aus der Kostenrechnung für bestimmte Fallpauschalen negative Deckungsbeiträge, wird die Klinik versuchen, das betreffende Leistungsangebot zurückzufahren, und z. B. über ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) fachärztliche ambulante Leistungen anbieten. Diese können kostengünstiger erbracht werden und das stationäre Leistungsspektrum des Krankenhauses gut ergänzen (s. hierzu das Kapitel zur ambulanten Versorgung auf den S. 27ff.).

Weitere Motive zur Gründung eines MVZ sind die Sicherung des Patientenzulaufs, die Nutzung der „Lotsenfunktion“ der Ärzte des MVZ für die Krankenhausbehandlung, die verbesserte Auslastung des medizinischen Geräteparks und die Nutzung der räumlichen Kapazitäten der Kliniken. Weitere Optionen werden sich durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz z. B. mit der Möglichkeit der Doppeltätigkeit von Ärzten in MVZ und Klinik, Teilzulassungen etc. ergeben.

In den MVZ, die derzeit zu fast 40% in der Trägerschaft von Kliniken sind, arbeiten angestellte und niedergelassene Ärzte im engen Verbund mit der

Ausgewählte Kennziffern aus den Jahresabschlüssen privater Krankenhausbetreiber

jeweils in Relation zur Gesamtleistung



¹ Betriebsergebnis + Normal-Afa in Relation zur Gesamtleistung

² Betriebs- und Finanzergebnis + Normal-Afa in Relation zur Gesamtleistung

Quelle: Jahresabschlüsse von IKB-Kunden g. = IKB-Schätzung



Klinik und anderen medizinischen Einrichtungen zusammen. Ziel der Krankenhäuser ist es, langfristig mit den Ärzten zu kooperieren und die Nutzung der vorhandenen Klinikinfrastruktur, Labore, Funktionsräume und Personal gegen Entgelt zu ermöglichen. Hierdurch werden Klinikleistungen ergänzt, weitere Versorgungsstufen abgedeckt, Synergieeffekte erzielt und Ressourcen geschont: Es werden ganz konkret Einsparungen erzielt und so die Marktposition gesichert.

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, dürfte die Gründung von MVZ – auch für Kliniken – weiter erleichtert werden.

Rehasektor derzeit mit massiven Problemen

Nach wie vor massive Probleme hat der Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, der inzwischen – gemessen an den Ausgaben – nur noch eine Größenordnung von 7,2 Mrd. Euro aufweist. Seit ihrem Höhepunkt in 1996 mit über 1 400 Kliniken schmolz die Branche bis 2005



auf 1 270 Einrichtungen ab. Die Auslastung, die nach gesetzlichen Änderungen 1996 eingebrochen war, hatte sich zwischenzeitlich zwar erholt, in den vergangenen drei Jahren fiel sie allerdings wieder deutlich zurück und erreichte 2005 nur noch 73,4%. Regional betrachtet, zeigt sich hier eine Spanne, die von 83,8% in Brandenburg bis 67,3% in Thüringen reicht.

Der Kosten- bzw. Erlösdruck der stark durch private Anbieter (ca. 55%) geprägten Branche hat gleichzeitig deutlich zugenommen – u. a. durch die Konkurrenz von Akutkliniken, die eigene Betten zu Rehabilitationszwecken umgewidmet haben, sowie durch die Zunahme von Programmen der integrierten Versorgung, die vor allem auf die wohnortnahe Betreuung zielen. Insbesondere die wenig spezialisierten und nicht zielgruppengerecht aufgestellten Rehakliniken, die zudem oftmals in strukturschwachen Gegenden angesiedelt sind, verlieren dabei den Kampf ums Überleben. Nach wie vor bestehen nämlich auch in diesem Sektor beachtliche Überkapazitäten.

Zukünftige Chancen für Rehakliniken

Die Gesundheitsreform hat die Rehabilitation grundsätzlich gestärkt: Seit diesem Jahr gehören Rehamaßnahmen zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen. Außerdem können Patienten sich nun ihre Einrichtung selbst aussuchen und werden nicht mehr von den Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen – oftmals eher vor dem Hintergrund ökonomischer Interessen – gesteuert. Damit wird der Wettbewerb unter den Einrichtungen gefördert. Verän-

dert hat sich allerdings der Einweisungsweg: Seit 1. April 2007 dürfen nur noch qualifizierte Vertragsärzte Rehamaßnahmen verschreiben. Darüber hinaus sorgt die Einführung der DRG dazu, dass die Akutkrankenhäuser daran interessiert sind, Patienten relativ früh in die Rehabilitation zu entlassen.

Die entscheidenden Erfolgsfaktoren sind u. E. ein hohes medizinisches Niveau, eine enge räumliche Vernetzung mit dem Akut- und dem Pflegebereich, die Nähe zu Ballungsgebieten und ein straffes Kosten- und Erlösmanagement. Vor allem die Kombination aus ambulanter und stationärer Reha wird zukünftig reüssieren. Gut positionieren dürften sich z. B. Fachbereiche, die sich dem wachsenden Feld der geriatrischen Erkrankungen widmen sowie sich auf Felder der Präventionsmedizin spezialisieren (siehe z. B. die derzeitige Kampagne der Bundesregierung zur Bekämpfung von Übergewicht).

Fazit

Insgesamt gesehen, wird auch der stationäre Bereich am Wachstum des Gesundheitsmarktes teilhaben – ungeachtet des überaus hohen Effizienzdrucks. Gute Marktchancen eröffnen sich für leistungsstarke Unternehmen aus dem fortschreitenden Konsolidierungs- und Privatisierungsprozess. Hinzu kommen neue Spielräume zur Realisierung innovativer Angebote über bisherige Sektorgrenzen hinweg – Stichwort Medizinische Versorgungszentren.



Ambulante ärztliche Versorgung: Starke regionale Unterschiede

Die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung in Arzt- und Zahnarztpraxen lagen 2005 bei rd. 50 Mrd. Euro. Zu den ambulanten Einrichtungen zählen Praxen von niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Ärztenetze, Notfallpraxen und medizinische Versorgungszentren. Innovative Versorgungsstrukturen gewinnen in diesem Sektor zunehmend an Bedeutung.

Die ambulante ärztliche Behandlung in den vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxen umfasst alle Tätigkeiten des Arztes, die zur Prävention und Behandlung von Krankheiten ausreichend und zweckmäßig sind. Die konkreten Untersuchungs- und Therapiemethoden für den ambulanten Sektor regelt der Gemeinsame Bundesausschuss. Die Vergütung sowie die Zulassung erfolgen durch

eine der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen auf Basis des Leistungskataloges und der Kollektivvereinbarungen auf Bundesebene.

Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland mit rund 371 Ärzten auf 100 000 Einwohner einen Spitzenplatz hinsichtlich der Arztdichte ein. Diese hat sich seit Anfang der 70er-Jahre mehr als verdoppelt.

Ärztedichte in den Bundesländern

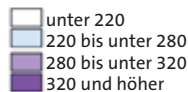
Stand: Ende 2004

Berufstätige Ärzte insgesamt: 307577

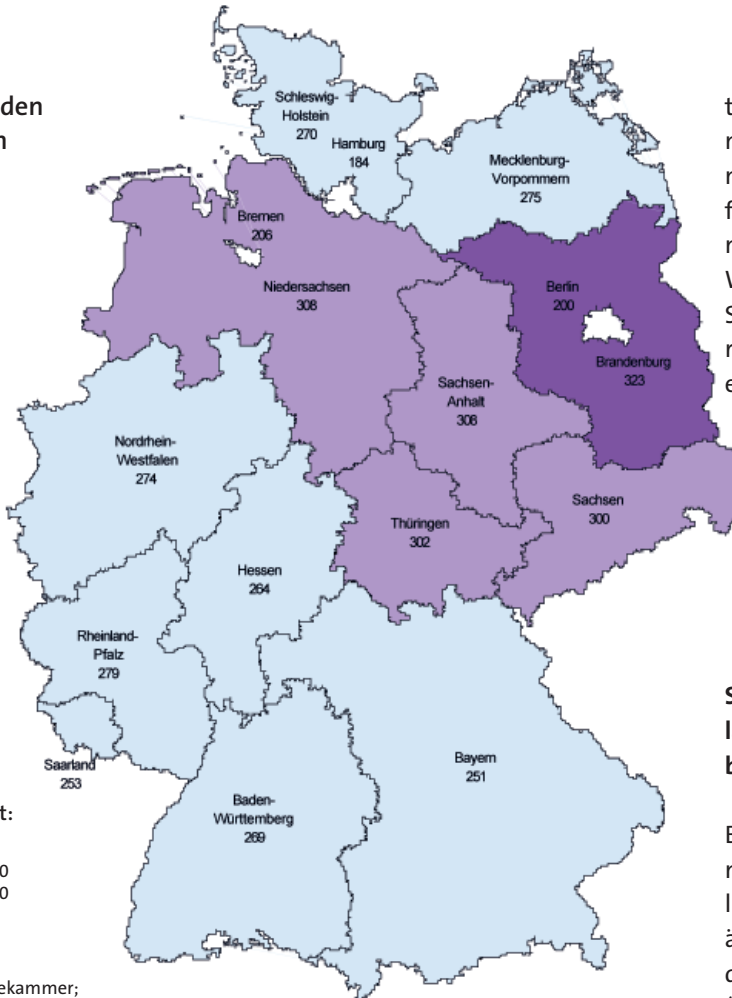
Einwohner insgesamt: 82 501 000

Durchschnittliche Ärztedichte im Bundesgebiet: 268 Einwohner je berufstätigem Arzt

Einwohner je berufstätigem Arzt:



Quellen: Bundesärztekammer; Statistisches Bundesamt 2005



Interessanterweise wird trotz dieser hohen Ärztedichte häufig von einem drohenden Ärztemangel gesprochen, da die vertragsärztliche Versorgung auf regionaler Ebene durch erhebliche Disparitäten in der Versorgungsdichte gekennzeichnet ist: Erstens besteht weiterhin ein Ost-West-Gefälle, zweitens existieren massive Stadt-Land-Unterschiede sowie drittens erhebliche Differenzen im Grad der fachärztlichen und hausärztlichen Versorgung (s. die Abbildung).

Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte erfolgt im Wesentlichen auf Basis einzelner Leistungen im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. im privatärztlichen Bereich über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Kombination aus

- hoher Ärztedichte,
- beträchtlicher Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch die Versicherten,
- fehlendem Preiswettbewerb aufgrund von Kollektivvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie
- einer Budgetdeckung bei den niedergelassenen Ärzten

führt zu steigenden Ausgaben bei einer Reduktion des Einkommens pro Arzt. Vorab festgelegte Budgets sowie eine Vergütung der einzelnen Leis-

tungen in Form von Punkten, deren monetärer Wert erst nach Abrechnung aller Leistungspunkte pro Jahr festliegt, implizieren, dass mit zunehmender Punktzahl im System der Wert des einzelnen Punktes sinkt. Selektive Verträge zwischen Versicherern und einer Gruppe von Leistungserbringern, die nicht auf Einzelleistungsvergütungen basieren, wie sie nun durch das GKV-WSG vorgesehen sind, können Wettbewerb im System generieren und die Zusammenarbeit über die Versorgungsgrenzen hinweg erhöhen.

Strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bröckelt

Bis Ende 2003 war die ambulante medizinische Versorgung im Wesentlichen niedergelassenen Vertragsärzten vorbehalten. Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) haben nun auch Medizinische Versorgungszentren die Möglichkeit, gleichberechtigt neben freiberuflichen Leistungsträgern an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. An die Stelle der bisherigen allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Einzelpraxis in oftmals suboptimalen Räumlichkeiten, in denen die effiziente Nutzung von Ressourcen nicht sinnvoll möglich ist, treten verstärkt räumlich konzentrierte Kooperationen – häufig auch in unmittelbarer Nähe oder auf dem Gelände eines Krankenhauses. In ihnen sind freiberufliche Leistungsträger oder auch angestellte Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen tätig.

Diese Zentren bieten gute Voraussetzungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Leistungsträger, ihre Kompetenzen zu bündeln. Sie sind damit auch prädestiniert für die sogenannte Integrierte Versorgung.

Die besonderen Vorteile, die das MVZ hier bietet, liegen insbesondere in

- einer abgestimmten und kooperativen Diagnostik und Therapie,
- der Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
- der Schließung von Kooperationsverträgen mit Krankenhäusern und sonstigen Leistungsträgern in der Patientenversorgung und
- der Ausnutzung der damit verbundenen vielfältigen Synergiepotenziale.

Insbesondere private Krankenhausketten errichten daher in direkter Kliniknähe zunehmend eigene Versorgungszentren und brechen so die bisher starre Trennung zwischen stationären und ambulanten Leistungen auf.

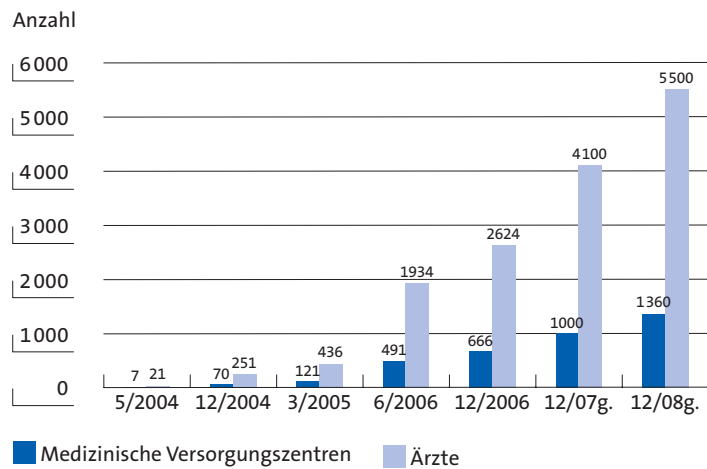
Die derzeit gültige Bedarfsplanung verhindert zwar, dass MVZ in beliebiger Anzahl gegründet werden können, aber dennoch ist die Resonanz recht groß. Seit Ende 2004 haben sich ihre Zahl und die Zahl der dort tätigen Ärzte in etwa verzehnfacht.

Strukturdaten Medizinischer Versorgungszentren

Gesamtzahl	666
Gesamtzahl der in MVZ tätigen Ärzte	2 624
davon: im Angestelltenverhältnis	65%
in % aller ambulant tätigen Ärzte	2%
MVZ-Größe	Ø 4 Ärzte
MVZ in Trägerschaft von Ärzten	64%
Krankenhäusern	36%
Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte, Internisten, Chirurgen
Bundesländer mit der höchsten MVZ-Dichte	Bayern, Berlin, Niedersachsen

Quelle: KBV – Stand Dezember 2006

Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren und der dort tätigen Ärzte



Quellen: KBV; IKB-Schätzung

g. = geschätzt



Auffällig ist, dass sich der Anteil der Krankenhäuser als Träger von MVZ seit 2006 deutlich erhöht hat. Hier sehen wir für die Zukunft auch den Haupttreiber für das Wachstum. Langfristig wäre unseres Erachtens ein Szenario denkbar, dass jedes zweite Krankenhaus ein MVZ gründet – allein dies würde bereits ein Potenzial von knapp 1 000 zusätzlichen Standorten beinhalten (s. das Schaubild).

Neben dem MVZ gibt es einen weiteren deutlichen Trend des Zusammenschlusses von freiberuflich-niedergelassenen Ärzten in sogenannten Zentren für Gesundheitsversorgung bzw. Gemeinschaftspraxen. 2004 waren bereits über 40 000 Ärzte in solchen Praxisformen beschäftigt (+25% seit 1999) – Tendenz weiter steigend. In dieser Form lassen sich die Chancen, die das MVZ bietet, mit den Vorteilen freiberuflicher Gestaltungen ideal umsetzen. Das hindert nicht daran, in solche Konstruktionen auch die Gestaltungsform MVZ einzubinden, ohne sie auf das gesamte Zentrum auszudehnen. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, haben sich die unternehmerischen Handlungsspielräume für die ambu-

lante und stationäre Versorgung zudem erheblich erweitert. Durch flexiblere Arbeitszeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten sowie die Möglichkeit, in der Arztpraxis und gleichzeitig einer Klinik oder Rehaeinrichtung tätig zu sein, erhalten die Ärzte mehr Gestaltungsmöglichkeiten, die sie zum Aufbau innovativer Versorgungsstrukturen nutzen können. Dadurch erhofft man sich eine Verbesserung in unterversorgten Gebieten sowie eine höhere Attraktivität für junge Ärzte.

Fazit

Die zukünftige Entwicklung im ambulanten Bereich wird durch einen fortschreitenden Wandel in der Angebotsstruktur gekennzeichnet sein. Dabei kommt es immer mehr zu einer Verknüpfung von ambulanten und stationären Leistungen – mit der Chance, die Versorgung insgesamt zu verbessern. Die Strategie für die Zukunft heißt: Kompetenzbündelung, Kooperationen, größere Einheiten.



Pflege: Ein Wachstums- markt

Angesichts der demographischen Entwicklung wird der Bedarf an Pflegedienstleistungen in Zukunft deutlich ansteigen. Dies bedeutet ein kräftiges Marktwachstum sowohl für ambulante Pflegedienste als auch für Pflegeheime. Integrierte und zielgruppenspezifische Angebote gewinnen dabei an Bedeutung. Auch für Wohnungswirtschaft und Städtebau wird die Alterung der Bevölkerung zu einem wichtigen Thema.

Die vor über zehn Jahren eingeführte Pflegeversicherung hatte bereits das Ziel „ambulant vor stationär“ und wollte damit vor allem die ambulanten Versorgungsstrukturen stärken. Fakt ist, dass von den rd. 2 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland immer noch 68 % zu Hause und erst ein knappes Drittel in Pflegeheimen betreut werden. Allerdings geht der Trend bei den zu Hause versorgten Senioren zusehends weg von der oftmals sehr anstrengenden Pflege durch Angehörige, Freunde und Nachbarn hin zur Unterstützung durch

ambulante Pflegedienste. Auffällig ist aber auch, dass ebenfalls die Pflegeheime einen deutlichen Zulauf in den letzten Jahren verspürten (+18 % seit 1999).

Der Pflegemarkt hat damit inzwischen eine Größenordnung von etwa 18 Mrd. Euro erreicht. Er besitzt stark regional bzw. höchstens bundesweit ausgerichtete Wettbewerbsstrukturen. Internationale Anbieter spielen – ähnlich dem Krankenhausbereich – eine völlig untergeordnete Rolle.

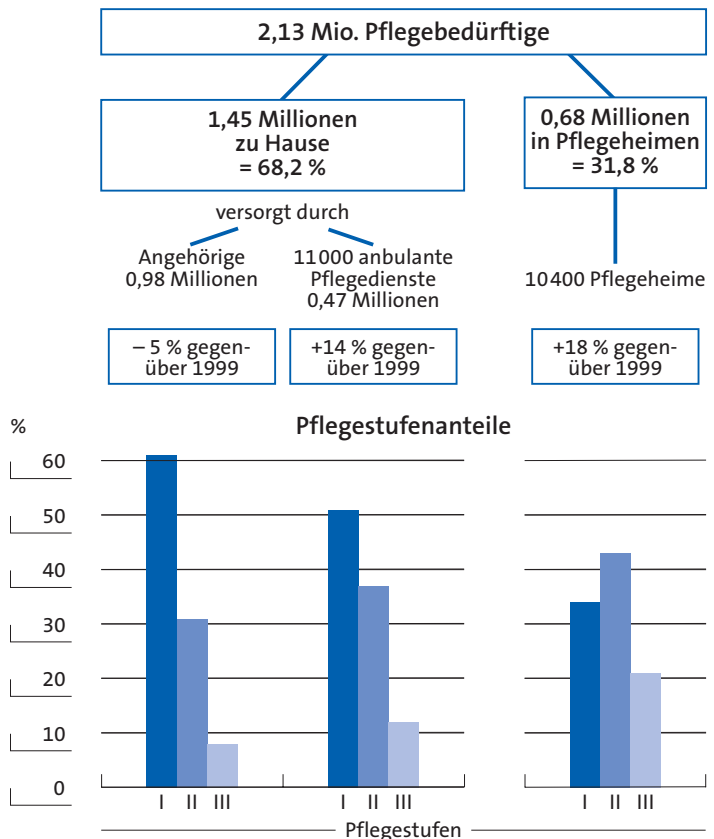
Sowohl Neubau- als auch Modernisierungsbedarf

Neueste Schätzungen gehen unter Einbeziehung der zu erwartenden demographischen Entwicklungen, verknüpft mit altersbedingt stark variierenden Pflegewahrscheinlichkeiten, von einem Bedarf von ca. 170 000 Betten in den nächsten 15 Jahren aus. Dies korrespondiert mit einem Finanzierungsvolumen von ca. 13 Mrd. Euro. Darüber hinaus sind nach unseren Berechnungen rd. 250 000 Plätze modernisierungswürdig, da deren Gebäudesubstanz älter als 20 Jahre ist. Das entspricht rd. einem Drittel der Kapazitäten und damit einem weiteren Investitionsbedarf von 15 bis 20 Mrd. Euro.

Warum wird der Bedarf an Pflegeplätzen langfristig auf jeden Fall steigen ?

- Anteil der Einpersonen-Haushalte nimmt zu (38 % in 2005 gegenüber 34 % in 1991)
- Scheidungsraten sind weiterhin hoch (51,9% in 2005 gegenüber 30,0% in 1991)
- Steigende Erwerbstätigkeit der Frauen senkt in Zukunft die Zahl der Pflegenden
- Es besteht ein Mangel an seniorengerechtem Wohnraum (s. modernisierungsbedürftiger Geschosswohnungsbau)
- Dementielle Veränderungen erschweren die Pflege zu Hause
- Krankenhäuser entlassen Patienten zunehmend früher (s. DRG)

Ausgewählte Daten zur Pflege



Quelle: Pflegestatistik 2005

Allerdings ist der Sanierungsstau regional unterschiedlich ausgeprägt. Erwartungsgemäß verfügen die fünf neuen Bundesländer über den höchsten Anteil an junger Bausubstanz (unter

zehn Jahren), während Schleswig-Holstein, Hessen, Bayern, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen ein hohes Maß an über 30 Jahren alten Beständen besitzt.

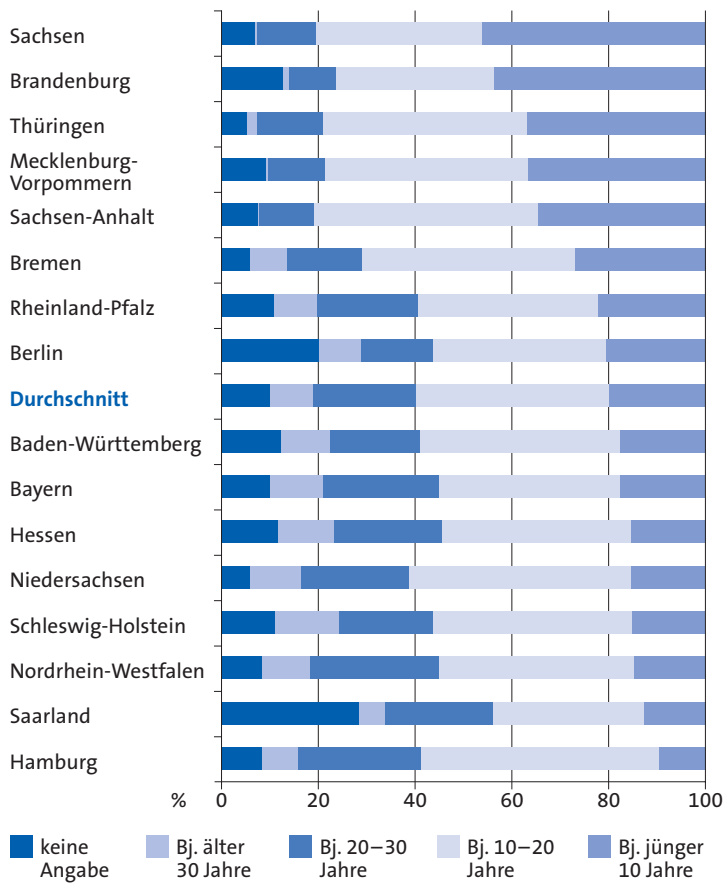
Größe der Heime nach Träger

Pflegebedürftige je Heim	Anzahl insgesamt	Private	Freigemeinnützige	Öffentliche
1 – 30	2 757	1 436	1 190	131
31 – 60	2 773	1 256	1 337	180
61 – 100	2 908	795	1 920	193
101 – 150	1 534	364	1 043	127
> 150	452	123	258	71
	10 424	3 974	5 748	702

■ Erhöhte Insolvenzgefährdung

Stand: 2005

Baujahrklassen von Pflegeheimen



Quellen: Altenheimadressbuch 2005; IKB-Berechnungen



Gründe für den Effizienzdruck bei den Betreibern

- Anhebung der Qualitätsstandards (durch Bewohner und Politik)
- Sparzwänge der Kostenträger führen zu unterdurchschnittlichen Anpassungen der Heimentgelte
- Break-even liegt erst bei rd. 85 % Auslastung
- Zum Teil beachtliche Wegezeiten bei alter Bausubstanz erhöhen die Kosten
- Optimierung der Betreuung (Beschäftigung, Therapie etc.)
- Neue Pflegekonzepte (Demenz, Apalliker, rehabilitative Aufbaupflege etc.)

Marktberreinigung bei kleinen Pflegeeinrichtungen zu erwarten

Die Angebotsstrukturen im Pflegemarkt sind als nach wie vor atomistisch zu bezeichnen. Mehr als die Hälfte der Heime versorgt weniger als 60 Pflegebedürftige. (s. die Tabelle auf S.31). Langfristig dürften diese Größenordnungen von Einrichtungen aufgrund der ständig steigenden Qualitätsansprüche, des Kostendrucks und der oftmals ungeklärten Nachfolge unseres Erachtens als insolvenzgefährdet gelten.

Welche Seniorenimmobilien werden erfolgreich sein?

Grundsätzlich werden sowohl alle Arten von ambulanten Betreuungsdienstleistungen als auch Seniorenimmobilien an Bedeutung gewinnen können, da jede Wohnform je nach Lebensphase und persönlichem Gesundheitszustand ihre Berechtigung hat. Daher werden nicht nur die reinen Pflegeheime, sondern auch alle anderen Wohnformen wie z. B. Betreutes Wohnen, Haus- und Wohngemeinschaften oder Seniorenresidenzen für ältere Menschen und ihre Angehörigen immer interessanter. Trotzdem ist die Schwelle, in eine Einrichtung dieser Art zu ziehen, relativ hoch, solange man in seiner gewohnten Umgebung noch zurechtkommt. Deshalb ist es für die im Schwerpunkt auf Wohnen ausgerichteten Einrichtungen besonders wichtig, dass dort optimale Pflegemöglichkeiten integriert sind, um einen nochmaligen Umzug für die Senioren zu vermeiden.

Hier zeigt sich inzwischen am Markt, dass künftig Objekte in günstigen bis mittleren Preislagen bei den Nachfragern besonders begehrt sein werden („2- bis 3-Sterne“-Segment). Für hochpreisige Seniorenresidenzen dürfte sich der Markt an der Sätti-

gungsgrenze bewegen, da dafür ohnehin nur sehr ausgewählte, zentrale Lagen mit entsprechender Kaufkraft in Frage kommen.

Neue Modelle: Stärkere Betonung der Bedürfnisse älterer Menschen

Neben den enormen Anstrengungen der „klassischen“ Betreiber von Seniorenimmobilien, neue bedarfsgerechte und qualitätsbewusste Angebote für die älteren Bewohner zu entwickeln, gewinnt das Thema auch städtebaulich zunehmend an Dynamik. Vielfältige Initiativen bringen inzwischen Politik, Bau-, Wohnungs- und Immobilienwirtschaft, Wissenschaft und Forschung sowie die Träger von sozialen Einrichtungen zusammen, um über die derzeitige wohnungswirtschaftliche Situation und deren Perspektiven nachzudenken sowie maßgeschneiderte Konzepte für die Zukunft zu finden.

So war z.B. 2006 „Bauen im Lebenszyklus“ das Schwerpunktthema des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen im Rahmen der Initiative „Kostengünstig, qualitätsbewusst Bauen“. Hier wurden vor allem die Anforderungen des Wohnungsbestands an seine Nachhaltigkeit in den Vordergrund gerückt. Dies beinhaltet insbesondere die Anpassung der Bauwerke an die sich im Zeitablauf wandelnden Bedürfnisse ihrer (älter werdenden) Bewohner. Zudem beschäftigt sich eine Kommission beim Deutschen Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung mit der Erarbeitung konkreter Handlungsfäden für die demographischen Herausforderungen der Städte.

Besonderer Wert wird bereits seit einigen Jahren auf das Thema „Barrierefreies Wohnen“ gelegt. Dies gilt nicht nur in Bezug auf die Ausstattung



einzelner individueller Wohnungen, sondern auch bezogen auf die Ausgestaltung ganzer Wohnquartiere. Die städtebauliche Planung berücksichtigt darüber hinaus zunehmend auch generationenübergreifendes Wohnen, das bereits von Anfang an Hilfs- und Betreuungsangebote integriert, somit also im nachbarschaftlichen Umfeld Netzwerke anbietet, die im Bedarfsfall genutzt werden können.

Das zeigt, dass die Wohnungswirtschaft und die Betreuungsorganisationen jeglicher Couleur noch enger als bisher zusammenrücken. Die Beispiele gelungener zukunftsweisender Projekte reichen vom Umbau leerstandsbedrohter Siedlungshäuser in wohngemeinschaftstaugliche Großwohnungen mit Einzel- und Gemeinschaftsräumen bis hin zu Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte, die eng mit ambulanten Pflegediensten verzahnt sind.

Zielgruppenspezifische Angebote haben Zukunft

Auch die Angebote in der Pflege müssen zunehmend individueller werden. So rücken z.B. lokale Spezifika in den

Vordergrund (s. Herkunftsländer und kulturelle Hintergründe der Bewohner; stadtteilbezogene Angebote). Darüber hinaus werden die Bedürfnisse der Senioren nach gesundheitserhaltenden und -fördernden Maßnahmen entdeckt. Davon werden auch die weiter vorne diskutierten integrierten Versorgungsformen (Akut, Reha, Pflege) in Zukunft profitieren können.

Auch wenn seitens der Politik erneut betont wird, dass im Pflegebereich die Prämisse „ambulant vor stationär“ in Zukunft weiter im Vordergrund stehen wird – inwiefern dies vor dem Hintergrund der strukturellen Veränderungen in unserer Gesellschaft und auch der Gesamtkostenbelastung tragbar ist (Schwerstpflege ist ambulant wesentlich kostenintensiver durchzuführen als stationär), bleibt abzuwarten.

Wir sind überzeugt, dass Objekte, die konsequent zielgruppenspezifisch und bedarfsorientiert aufgestellt sind, erfolgreich sein werden und neue Betreuungsformen mittelfristig die bestehenden Strukturen zwar nicht ändern, aber sinnvoll ergänzen werden.

Fazit

Die Alterung der Bevölkerung zieht langfristig einen stark erhöhten Bedarf an Pflegedienstleistungen nach sich. 170 000 Pflegeplätze müssen in den nächsten 15 Jahren neu geschaffen werden; für 250 000 Plätze besteht ein Modernisierungsbedarf. Angesichts eines hohen Kostendrucks und steigender Qualitätsansprüche werden kleine Heime mehr und mehr aus dem Markt gedrängt. Erfolg versprechend sind zielgruppenspezifische, bedarfsorientierte Angebote in Verbindung mit integrierten Versorgungsformen.



Medizintechnik: Auch in Zukunft stark im In- und Ausland

Deutschland baut seine Position als eine der führenden Medizintechniknationen weiter aus, die Branche wächst aber gleichzeitig unterdurchschnittlich im eigenen Land. Die aktuelle Gesundheitsreform soll zu einer effektiveren Anwendung innovativer Medizintechnik führen.

Medizintechnik 2007 – Im Zeichen globalen Wachstums

Der Weltmarkt für Medizintechnik dürfte bis 2010 jährlich um bis zu 5 % wachsen. Das Jahresvolumen des Marktes wird aktuell auf ca. 260 Mrd. Euro geschätzt (s. das Schaubild auf S. 35 oben). Das entspricht aber nur ca. 8 % des weltweiten Gesundheitsmarktes von 3 Bill. Euro.

Neben hohen Schwankungsbreiten bei der wirtschaftlichen Entwicklung der einzelnen Branchensektoren

existieren auch große regionale Unterschiede. Hohe Wachstumsraten für die Medizintechnik werden mittelfristig für den nordamerikanischen Markt, Japan oder die großen Schwellenländer wie Indien oder China erwartet.

Die Medizintechnik ist seit vielen Jahren eine der innovativsten Branchen der deutschen Wirtschaft. Bundesweit beschäftigt der Sektor direkt rund 88 000 Menschen in über 1 200 Unternehmen. Mit über 15 % Welthandelsanteil ist Deutschland

heute der zweitgrößte Medizintechniklieferant nach den USA (31%) und vor Japan (5%). In 2005 gingen fast 40% der deutschen Exporte in die Länder der EU, gut 25% nach Nordamerika und 14% nach Asien (s. das Schaubild unten).

Das Jahr 2006 zeigt mit einem Umsatzwachstum deutscher Hersteller von über 8% auf 16 Mrd. Euro die Dynamik der primär mittelständisch geprägten Branche, in welcher 95% der Unternehmen weniger als 250 Mitarbeiter beschäftigen.

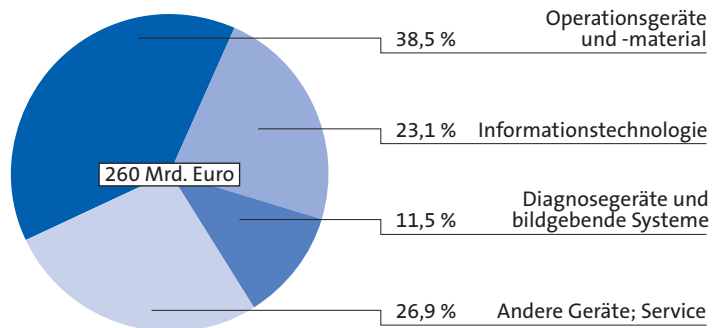
Für 2007 geht die Branche bei gleichem Wachstum wie in 2006 von einem Umsatzvolumen von 17,2 Mrd. Euro aus. In den nächsten zehn Jahren wird insgesamt mit einer Verdoppelung des Umsatzes der deutschen Hersteller gerechnet. Dabei wird auch mittelfristig – wie in der Elektrotechnik oder im Maschinenbau – der Export der Motor des Wachstums bleiben.

Ärzte in aller Welt setzen heute auf Hightech aus Deutschland. Der Export der Medizintechnik bestimmt seit Jahren das Wachstum der Branche. Er erhöhte sich 2006 nochmals um 11% und liegt aktuell bei 64% des gesamten Branchenumsatzes – Tendenz weiterhin steigend (s. das Schaubild auf S. 36). Der wachsende Druck durch ausländische Wettbewerber lässt allerdings gleichzeitig auch die Preise in fast allen Segmenten sinken.

Das Geschäft im Inland entwickelt sich zwar wesentlich weniger dynamisch, wuchs aber nach zwei Jahren Umsatzrückgang in 2006 wieder mit 3,2%, einer im Vergleich mit anderen Branchen durchaus passablen Rate. Deutschland ist – nach den USA und Japan – heute der drittgrößte Abnehmer für Medizintechnik.

Weltmarkt für Medizintechnik

2006; Anteile am Gesamtvolumen

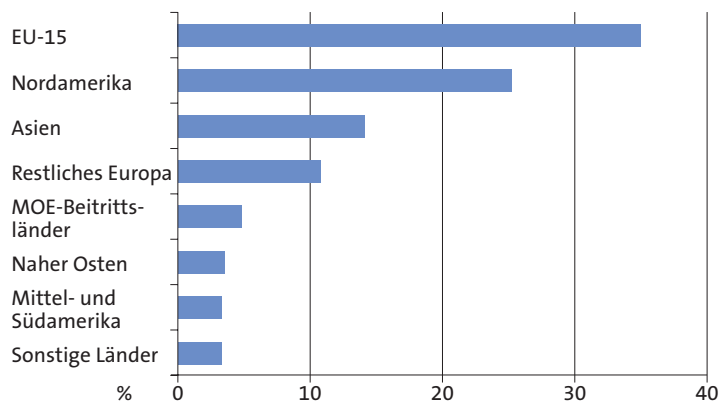


Quelle: FAZ

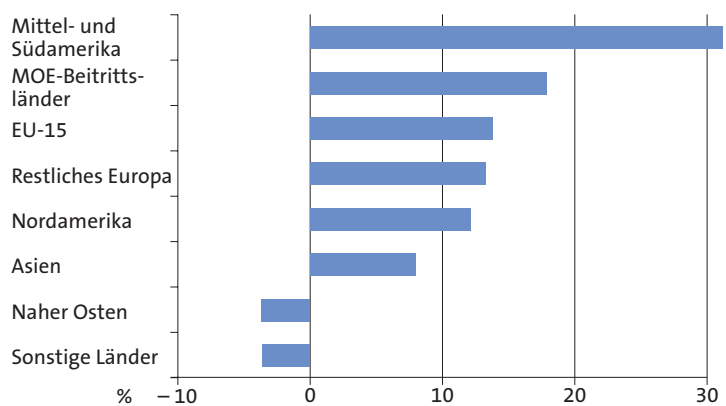


Exporte von Medizintechnik nach Zielregionen

Anteile am Gesamtexport 2005



Veränderung des Exportwertes 2005 gegenüber 2004



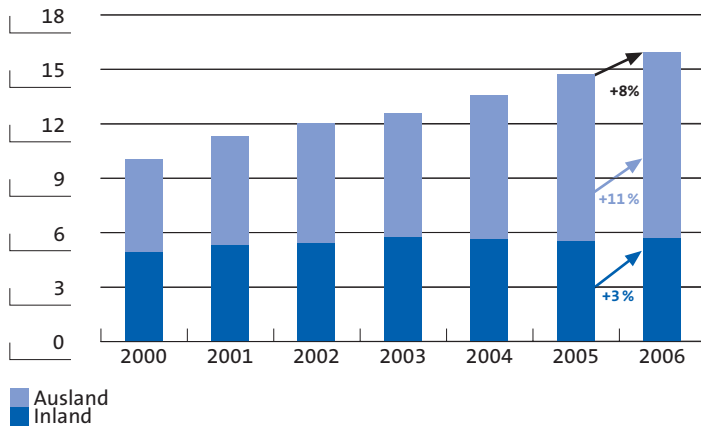
Quelle: Spectaris



Deutsche Medizintechnik auf Wachstumskurs

Entwicklung des Umsatzes

Mrd. Euro



Quelle: Spectaris



Breites Produktspektrum

Die Medizintechnik bildet im engeren Sinne einen Teilbereich der Medizinprodukte, die streng durch entsprechende EU-Richtlinien definiert sind. Man versteht unter Medizintechnik Geräte, Instrumente, Implantate sowie Verbrauchsmaterial, welche weder eine pharmakologische Wirkung aufweisen noch direkt in den Stoffwechsel des Menschen eingreifen. Für das Beispiel der Dialyse bedeutet dies die reine Herstellung der Hämodialysegeräte, nicht aber den Betrieb von Dialysezentren.

Die Mindestanforderung, um ein Medizinprodukt in der EU in Verkehr zu bringen, ist die CE-Kennzeichnung, die die Herstellung nach EU-Regeln dokumentiert und vorrangig ein Instrument zur Qualitätssicherung darstellt. Die medizinischen Geräte werden allgemein in zwei große Bereiche aufgeteilt: die klassische Medizintechnik (ca. 70% des Branchenumsatzes) und die Elektromedizin (30%). Der zuerst genannte Bereich gliedert sich wiederum grob in die Sparten:

- Praxis- und Krankeneinrichtungen und Zubehör (z. B. Beatmungsgeräte, Operationstische sowie Kompressen oder Injektions-spritzen usw.),

- Implantate (z. B. Gelenkprothesen oder Herzschrittmacher),
- Hilfsmittel bei Behinderungen (z. B. Rollstühle oder Hörgeräte),
- optische Hilfsmittel (z. B. Kontakt-linsen) und
- chirurgische und zahnmedizinische Instrumente (z. B. Skalpelle oder Bohrer).

Domänen der deutschen Medizintechnik sind heute insbesondere „Bildgebende Verfahren“ mit Röntgengeräten, Computertomographen und Magnet-Resonanz-Tomographen. Sie stellen aktuell auch international eines der bedeutendsten medizinischen Forschungsgebiete dar. Anwendung finden diese Verfahren und Geräte unter anderem in der minimal-invasiven Chirurgie, die eine rasche Erholung und Mobilisierung

Produktion medizintechnischer Geräte

Produktsegment	Produktion		
	2003 in Mio. Euro	2005	Veränderung in %
Verbrauchsmaterial und Instrumente für medizinische und chirurgische Zwecke	3 325	3 936	18,4
Röntgengeräte und Apparate zur Strahlendiagnostik und Therapie	2 304	2 773	20,4
Prothesen und Gelenke, orthopädische Apparate	2 198	2 227	1,3
Elektrodiagnosegeräte und UV/IR-Strahlen	1 156	791	- 31,5
Geräte und Instrumente für zahnärztliche Zwecke	647	703	8,6
Geräte für Psychotechnik, Atmungstherapie, Massagetechnik	314	313	- 0,4
Vorrichtungen zum Beheben von Funktionsstörungen wie Herzschrittmacher etc.	148	168	13,7
Sterilisationsgeräte	52	79	51,6

der Patienten ermöglicht – und damit auch zur Kosteneinsparung aufseiten der GKV beiträgt.

Weitere Schwerpunkte medizinischer Technik mit führender deutscher Position sind die Endoskope und die Bereiche Ultraschall sowie Nuklearmedizin. Aber auch bei Prothesen, künstlichen Gelenken oder zahnärztlichen Materialien, Geräten und Systemen zeigen sich das hohe wissenschaftliche und technische Know-how und die Innovationskraft der deutschen Hersteller (s. die Tabelle auf S. 36).

Die Branche ist durch hohe Markteintrittsbarrieren charakterisiert, die den Eintritt von Billiganbietern durch Patentschutz, hohe Zulassungshürden, etablierte Vertriebsstrukturen sowie ständige, aufwendige Innovationen erschweren. Die stark regulierte Branche besitzt aber im Kern selbst einen hohen Wettbewerb, dem die Unternehmen langfristig nur durch die kontinuierliche Entwicklung innovativer Medizintechnikprodukte standhalten können.

Von der Gesundheitsreform erhofft sich die Branche zukünftig einen wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarkt mit investitionsfreundlicheren Rahmenbedingungen und deutlicherer Patientenorientierung. Damit sollte Deutschland mittelfristig auch weltweit die Position als eine der führenden Medizintechniknationen stärken können.

Eine innovative Branche von Weltgeltung mit großen Herausforderungen

Die weiterhin international sehr guten Wachstumsaussichten und der rasche technologische Fortschritt,

aber auch die staatlichen Regulierungen im Rahmen von Gesundheitsreformen bringen für die Unternehmen der Medizintechnik kontinuierlich neue Herausforderungen im In- und Ausland mit sich.

Die große Stärke der deutschen Hersteller ist ihre Innovationskraft. Nur die USA melden noch mehr Patente an. Dies erfordert allerdings auch einen hohen Einsatz in der Forschung und Entwicklung und bewirkt bei den deutschen Herstellern im Schnitt eine FuE-Quote von fast 8 % des Gesamtumsatzes (gesamte Industrie: 4%). Ca. ein Drittel der Umsätze wird mit Produkten generiert, die jünger als drei Jahre sind.

Erst mit der Überwindung der Erstattungshürde der GKV, die auch als wichtige Voraussetzung für den internationalen Erfolg anzusehen ist, wird der Markteintritt für neue Produkte in Deutschland möglich. So werden auch die Medizintechnikprodukte in Zukunft ihre Wirksamkeit und gleichzeitig ihre Kosteneffizienz verstärkt unter Beweis stellen müssen.

Die Branche sieht dabei u. a. auch eindeutige Vorteile der deutschen Unternehmen im internationalen Wettbewerb. Insbesondere besitzt der deutsche Gesundheitsmarkt kürzere Zulassungszeiten sowie eine sehr gute und kostengünstige klinische Forschung. In Deutschland kostet es durchschnittlich rund 8 bis 10 Mio. Euro, um eine neue Idee im Bereich der Medizintechnik zur Marktreife zu bringen, in den USA liegen die Kosten bei durchschnittlich 80 Mio. US-Dollar.

Allerdings werden zum Teil erhebliche Zeitdefizite bei der letztendlichen Einführung von Innovationen in die Vergütungssysteme gesehen, sodass ein zeitnahe Einsatz beim Patienten nicht immer gewährleistet werden kann.

Zudem erzwingen der medizinische Fortschritt, die Globalisierung und die weltweite demographische Entwicklung eine immer größere Internationalisierung der Vertriebs- und Marketingaktivitäten sowie den Auf- und Ausbau von Kooperationen und strategischen Allianzen in einer Branche, die heute bereits zwei Drittel ihrer Umsätze im Ausland generiert. Es wird daher mit weiteren Konsolidierungstendenzen bei den kleineren mittelständischen Herstellern gerechnet, die nicht über das notwendige Vertriebspotenzial verfügen.

Heutiger und zukünftiger Einsatz innovativer Medizintechnik im Inland

In Deutschland wird der Investitionsstau bezüglich medizintechnischer Neuanschaffungen in Kliniken und Arztpraxen aktuell auf 10 bis 15 Mrd. Euro geschätzt.

Deutsche Krankenhäuser und Arztpraxen geben zwar jährlich ca. 10 Mrd. Euro für innovative Medizintechnik aus; dies entspricht aber gerade einmal 4 % der gesamten Gesundheitsausgaben.

Der große Bedarf resultiert nicht nur aus den notwendigen Ersatzinvestitionen für veraltete Geräte, sondern ist insbesondere auch auf die Einführung des Fallpauschalensystems zurückzuführen. Hier richtet sich die Vergütung von Klinikleistungen nach Krankheitsbildern statt nach der Zahl der Behandlungstage. Dies zwingt viele Krankenhäuser heute dazu, neue Geräte und Softwaresysteme zu erwerben.

Der auf den Krankenhäusern liegende Kostendruck fordert zukünftig alle Klinikabteilungen verstärkt, noch effizientere Abläufe zu realisieren, die

Behandlungsdauer weiter zu verkürzen und somit auch Kosteneinsparungen für die Krankenkassen zu erzielen (s. auch das Kapitel zum Krankenhaussektor auf den S. 20ff.).

Ein kontinuierlicher Abbau des Investitionsstaus im Gesundheitswesen und die zeitnahe Anschaffung teurer innovativer Medizintechnik werden mittelfristig zu einer größeren Kosteneffizienz und damit wiederum zu notwendigen Kostensenkungen führen. Der Erfolg der Gesundheitsreformen wird nicht isoliert von der weiteren Entwicklung der deutschen Medizintechnik zu sehen sein.

Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Hersteller von medizinischen Hilfsmitteln

Das neue GKV-WSG bringt für den Hilfsmittelbereich wesentliche Änderungen, die darauf ausgerichtet sind, weiterhin eine qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung sicherzustellen.

Zu den medizinischen Hilfsmitteln gehören insbesondere Produkte, die für Behinderte, Kranke oder Reha-patienten notwendig sind, z. B. Rollstühle, Gehhilfen, Passteile, Prothesen, Orthesen, medizinische Bandagen bzw. Kompressionsstrümpfe und die Geräte der Respiratorischen Heimtherapie.

Im Jahr 2004 lagen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für Hilfsmittel mit gut 4,5 Mrd. Euro um ca. 16% unter dem Wert des Jahres 2003, bedingt durch die Einführung von Festbeträgen und Fallpauschalen sowie durch Preisverfall. Dieser Wert

reduzierte sich in 2005 nochmals um 1,8%; auch für 2006 zeigen die vorläufigen Zahlen keine Steigerung. Die Hersteller reagieren, sofern möglich, mit einer wesentlichen Ausweitung des Exports ihrer im Ausland stark nachgefragten Produkte.

Die Hilfsmittelversorgung soll nun zugunsten der Versicherten verbessert werden. Hierzu wird der Wettbewerb insbesondere durch Ausschreibungen gestärkt. Bei den vertraglichen Regelungen soll eine wettbewerbskonforme Ausrichtung erfolgen. Kollektiv- und einzelvertragliche Regelungen umfassen auch festbetragsgebundene Hilfsmittel. Der Festbetrag begrenzt als Höchstpreis die Leistungspflicht der GKV.

Die kassenrechtliche Zulassung soll durch vertragliche Regelungen ersetzt und die Versorgung grundsätzlich von Vertragspartnern der Krankenkassen vorgenommen werden. Die Hilfsmittelhersteller sehen hier die Gefahr, dass zukünftig allein der Preis und nicht die Qualität das entscheidende Kriterium bei der künftigen Auswahl der Vertragspartner der Krankenkasse

ist und dadurch die Patientenversorgung leiden könnte.

Bei den leistungsrechtlichen Regelungen wird innerhalb des GKV-WSG insbesondere der Versorgungsanspruch schwerstbehinderter Menschen bei stationärer Pflege über die medizinische Rehabilitation hinaus erweitert. Die Versicherten haben damit Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Behandlung zu sichern, einer Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Das sogenannte Hilfsmittelverzeichnis dient als Orientierungshilfe für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Die Nachweiskriterien zur Aufnahme von Medizinprodukten in das Verzeichnis werden nun geändert. Die materielle Überprüfung von Funktions- und Sicherheitsaspekten entfällt und ist zukünftig durch die CE-Kennzeichnung abgegolten.



Neue Kundenstrukturen: Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren

Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sollen für das gesamte Gesundheitssystem Ressourcen schonen. Teure medizinische Geräte wie Röntgenapparate sollen besser ausgelastet, Doppelaufnahmen vermieden, Behandlungsabläufe für Patienten verbessert, Synergieeffekte erzielt und letztendlich Einsparungen erreicht werden.

Die Zahl der zugelassenen MVZ nimmt ständig zu (s. dazu auch das Kapitel zur ambulanten Versorgung auf den S. 27ff.) Die MVZ zeigen somit für die deutsche Medizintechnik mittelfristig einen neuen Rahmen zur Vermarktung von Großgeräten auf. Daraus resultieren aber nicht automatisch zusätzliche Absatzchancen.

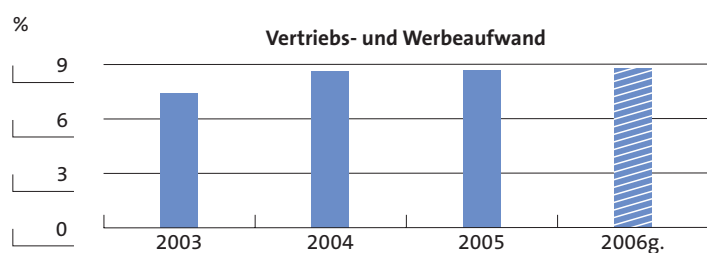
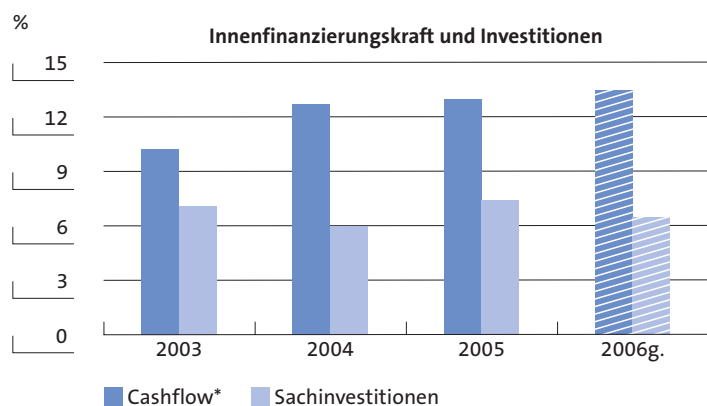
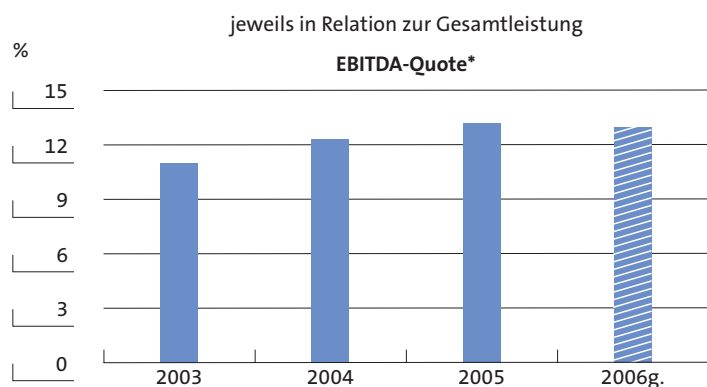
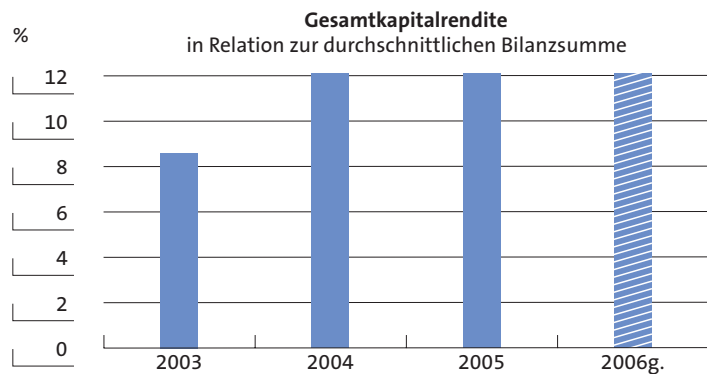
Aktuelle wirtschaftliche Situation der deutschen Medizintechnikhersteller

Einen Einblick, wie gut die deutschen Hersteller den heutigen und zukünftigen Herausforderungen begegnen können, gibt eine Auswertung von Jahresabschlüssen mittelständischer IKB-Kunden aus der Medizintechnik für die Jahre 2003 bis 2005.

Insgesamt konnten wir deutsche Unternehmen mit einem Umsatz von 6,4 Mrd. Euro analysieren, was gut 40 % des Branchenumsatzes repräsentiert. Wir gehen jedoch aufgrund der strengen Bonitätskriterien unseres Hauses eher von einer Positivauslese aus.

2004 konnten unsere Kunden ihre Ertragskraft – hier gemessen an der Gesamtkapitalrendite – um über 3 Prozentpunkte steigern und dieses Niveau auch 2005 halten (s. das Schaubild oben).

Ausgewählte Kennziffern aus den Jahresabschlüssen von Unternehmen der Medizintechnik



* Definition der Kennziffer s. S. 25

Quelle: Jahresabschlüsse von IKB-Kunden g. = IKB-Schätzung



Ein ähnliches Bild zeigt die EBITDA-Quote (s. das Schaubild auf S. 39). Offensichtlich ist es der Branche gelungen, trotz des Drucks der Abnehmerbranchen und trotz der starken internationalen Konkurrenz ihre Ertragslage zu stabilisieren, nicht zuletzt durch eine Reduzierung des Personalaufwands und der sonstigen betrieblichen Aufwendungen.

Die verbesserte Ertragslage wurde von unseren Kundenfirmen zur Stärkung der Eigenmittel genutzt, welche bei komfortablen 42% der gesamten Passiva liegen. Dies ist eine gute Basis, um notwendige Investitionen in die Forschung und Entwicklung risikoadäquat zu finanzieren – anders als in den zurückliegenden Jahren, als teilweise Kurzfristmittel eingesetzt werden mussten.

Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich die Innenfinanzierungskraft deutlich erhöhte und die Firmen, im Durchschnitt betrachtet, ihre Sachinvestitionen in den letzten Jahren aus dem Cashflow darstellen konnten (s. das Schaubild auf S. 39).

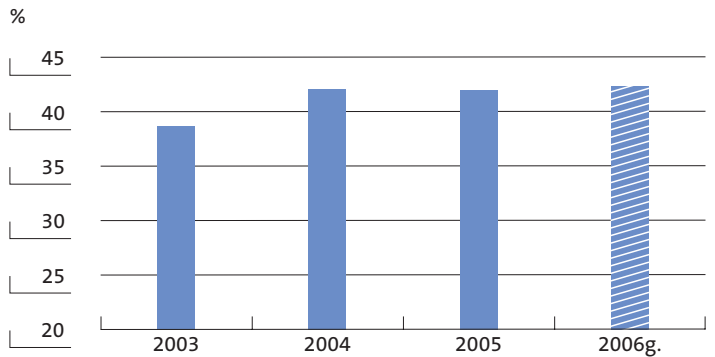
Der in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegene Export machte es für die Unternehmen notwendig, sich nun verstärkt auch mit Investitionen für einen weltweiten Vertrieb und Service zu rüsten. Der gestiegene Vertriebs- und Werbeaufwand spiegelt diese Herausforderung wider.

Insgesamt haben unsere Kunden aus der Medizintechnikbranche in den letzten drei Jahren aufgrund der guten wirtschaftlichen Entwicklung ihre Bonität – die von uns im Rahmen eines quantitativen Ratings aus den Kennziffern Kapitalstruktur, Gesamtkapitalrendite, Verschuldungsgrad, Zinsdeckungsgrad und Cashflow ermittelt wird – erheblich verbessert (s. das untere Schaubild).

Fazit

Die deutsche Medizintechnik besitzt ein hohes Innovationspotenzial. Sie ist heute gut gerüstet, sich den Herausforderungen der globalen Märkte und des internationalen Wettbewerbs zu stellen. Dies ist umso wichtiger, als der medizinische Fortschritt in Zukunft noch an Fahrt zunehmen wird. Die Branche sollte aufgrund der weltweiten demographischen Entwicklung und der hohen internationalen Reputation die aus dem Kostendruck im nationalen Gesundheitswesen resultierenden Dämpfungseffekte kompensieren können.

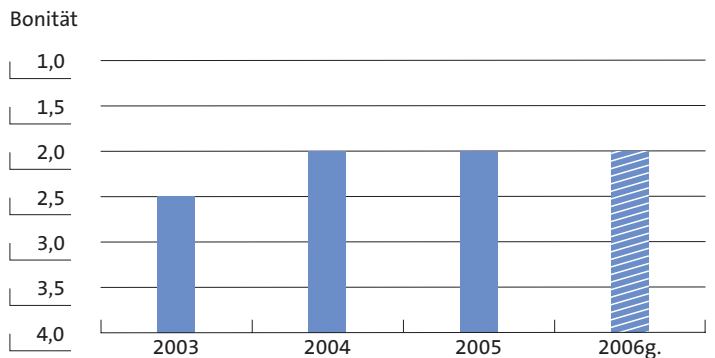
Eigenkapitalquote von Unternehmen der Medizintechnik in Relation zur Bilanzsumme



Quelle: Jahresabschlüsse von IKB-Kunden g. = IKB-Schätzung



Bonitätsentwicklung Medizintechnik



Quelle: Jahresabschlüsse von IKB-Kunden g. = IKB-Schätzung



Sollte sich zudem mittelfristig auch der Inlandsmarkt durch ein tragfähiges Gesundheitskonzept stabilisieren – welches neben dem Zwang zur Kostendämpfung auch die Vorteile innovativer Medizintechnikprodukte als Motor für den Gesundheitserhalt anerkennt und berücksichtigt –, wird die deutsche Medizintechnik ihre internationale Position gut verteidigen und sogar noch weiter ausbauen können. Mit einer möglichen Verdoppelung des Umsatzes in den nächsten zehn Jahren gehört die Branche zu den Wachstumsspitzenreitern in Deutschland.



Arzneimittelmarkt: Nachhaltiges Wachstum trotz fortwährender dirigistischer Eingriffe

Deutschland ist weltweit der drittgrößte Arzneimittelmarkt, der trotz zahlreicher Eingriffe der staatlichen Gesundheitspolitik für die Zukunft stabile Wachstumsperspektiven bietet. Auch die Arzneimittelproduktion in Deutschland wächst – zuletzt deutlich stärker als die Produktion im Verarbeitenden Gewerbe insgesamt.

Wachstumsvergleich auf Gesamtmarktebene

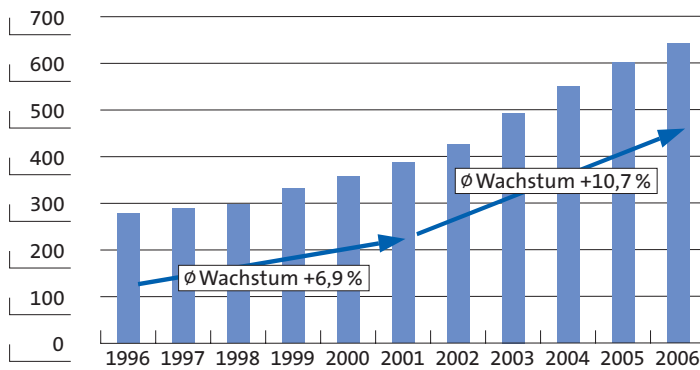
Der Welt-Pharmamarkt wuchs 2006 gegenüber dem Vorjahr um 7%. Damit hat sich das Wachstum etwas abgeschwächt, denn zwischen 2001 und 2006 hat es durchschnittlich über 10% jährlich betragen und lag damit deutlich höher als im Fünfjahreszeitraum davor (s. das obere Schaubild auf S. 42).

Gemessen am Umsatz, ist Nordamerika die wichtigste Region. Allein die USA stellten 2006 über die Hälfte des weltweiten Einzelhandelsumsatzes mit Arzneimitteln. Deutschland ist hinter Japan drittgrößter nationaler Arzneimittelmarkt. Im internationalen Wachstumsvergleich liegt der deutsche Arzneimittelmarkt hinter den übrigen vier wichtigsten nationalen Märkten Europas (Frankreich, Italien, Großbritannien, Spanien)

Nachhaltiges Wachstum des Welt-Pharmamarktes

Entwicklung des Umsatzes

Mrd. US-Dollar

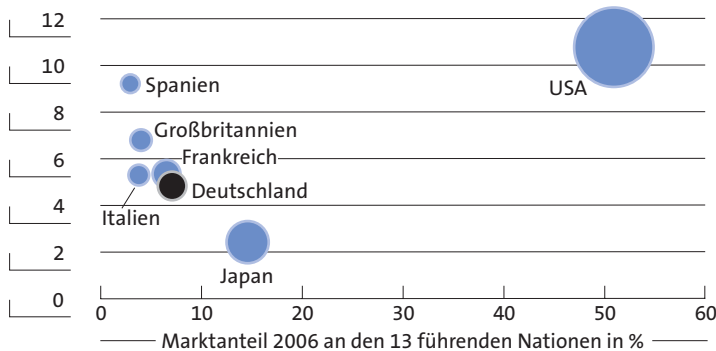


Quellen: IMS Health; VFA



Deutschland drittgrößter regionaler Arzneimittelmarkt weltweit*

Ø Marktwachstum p.a. 1998–2006 in %



* Kreisgröße repräsentiert den Einzelhandelsumsatz. Wachstum bereinigt um Wechselkursschwankungen, für Deutschland ab 2003 bereinigt um Herstellerabschläge

Quellen: IMS Health; VFA



– s. das untere Schaubild. Stärkstes Wachstum weltweit verzeichnen gegenwärtig die BRIC-Staaten – Brasilien, Russland, Indien, China –, wo die Zuwächse im zweistelligen Bereich liegen. Für die kommenden fünf Jahre bewegen sich die Prognosen für den Welt-Pharmamarkt im Bereich von 5 bis 8 % p.a. Dabei wird sich weiterhin die Wachstumsdynamik zunehmend von den Industrie- auf die Schwellenländer verlagern.

Das Wachstum des deutschen Arzneimittelmarktes ist in den letzten Jahren wiederholt durch Eingriffe des Gesetzgebers gebremst worden. Unter dem Einfluss des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) ist der deutsche Apothekenmarkt (zu Herstellerabgabepreisen) 2006 praktisch auf der Stelle getreten. Das Wachstum muss allerdings in der Relation zur Größe betrachtet werden, und so bot der

deutsche Arzneimittelmarkt als größter europäischer und drittgrößter Pharmamarkt weltweit bislang allen Akteuren der Distributionskette stabile Wachstumsperspektiven.

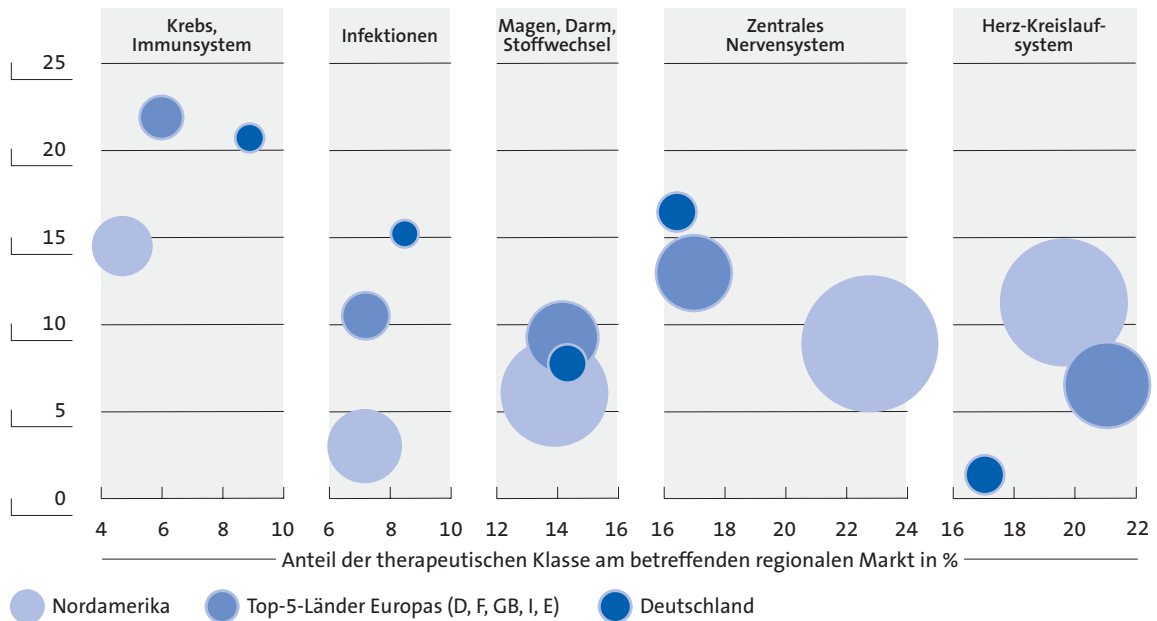
Vergleich bedeutender therapeutischer Klassen

Der weitaus größte Anteil des Welt-Pharmamarktes entfällt gegenwärtig auf Arzneimittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (ZNS) sowie des Stoffwechsel-/Verdauungssystems. Daneben kommt hinsichtlich Marktwachstum und Marktvolumen den Krebstherapeutika und den Arzneimitteln zur Behandlung von Immun- und Infektionskrankheiten eine besondere Stellung zu.

Beim internationalen Vergleich dieser Schlüsselmärkte zeigt sich, dass ZNS- und Herz-Kreislauf-Medikamente in Deutschland deutlich geringere Anteile am Gesamtmarkt haben als in Nordamerika (s. das Schaubild auf S. 43 oben). Während der ZNS-Markt in Deutschland überdurchschnittlich wächst, enttäuschte das Wachstum des deutschen Herz-Kreislauf-Marktes in den letzten Jahren. Die in allen Regionen überdurchschnittlich wachsenden Krebs- und Immuntherapeutika stellen einen vergleichsweise hohen Anteil am deutschen Markt. Bei den Antiinfektiva überrascht Deutschland mit hohen Marktwachstumsraten. Anders als im ZNS-Markt, wo das überdurchschnittliche Wachstum zum Teil mit dem noch unterdurchschnittlichen Anteil der Therapiekategorie am deutschen Gesamtmarkt erklärbar ist, liegt der Marktanteil der Antiinfektiva in Deutschland inzwischen leicht über dem internationalen Schnitt.

Bedeutende therapeutische Klassen im internationalen Vergleich*

Jährliches Umsatzwachstum im Apothekenmarkt
06/2003 bis 06/2006 in %



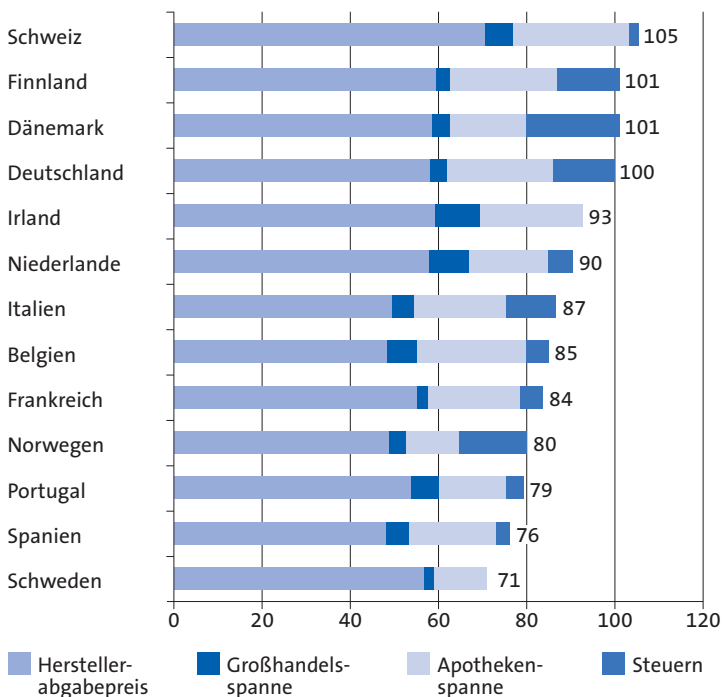
* Blasengröße = Umsatz der letzten 12 Monate, Stand 06/2006; Wachstum jeweils in US-Dollar

Quelle: IMS Drug Retail Monitor 2003–2006



Arzneimittel-Endpreise im internationalen Vergleich

Index Deutschland = 100



Quellen: IKB-Berechnungen nach LMI; EFPIA; VFA (Stand 2004)



Internationale Preis- und Ausgabenvergleiche

Das Ergebnis eines internationalen Preisvergleichs hängt stark davon ab, auf welcher Handelsstufe die Preise verglichen werden. Bei Einbeziehung von Apothekenspanne und Mehrwertsteuer zeigt sich, dass Deutschland zu den Arzneimittelmärkten Europas gehört, die die höchsten Endpreise aufweisen (s. das Schaubild links). Eigentlich ist im EU-Recht klar geregelt, dass für Arzneimittel ein ermäßigter Steuersatz festgelegt werden kann. Anders als die meisten anderen EU-Staaten macht Deutschland hiervon allerdings keinen Gebrauch. Für die Krankenkassen wird die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel zu einem erheblichen Kostenbaustein; die jüngst erfolgte Mehrwertsteuer-Erhöhung belastet das Budget der Kassen zusätzlich.

Der Anteil der Arzneimittelausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben ist in Deutschland in den letzten Jahren zwar deutlicher angestiegen als in den meisten anderen Industriestaaten. Allerdings lag er 2003 immer noch um einen Prozentpunkt unter dem Durchschnittswert von 24 anderen Industrienationen.

Die Analyse des deutschen GKV-Fertigarzneimittelmarktes enthüllt darüber hinaus, dass hier die Preise in den letzten Jahren unter dem Strich nicht gestiegen sind. Maßgeblich für den Anstieg der Umsätze war – bei rückläufigen Verordnungszahlen – vor allem der Anstieg der sogenannten Strukturkomponente, hinter der sich, vereinfacht ausgedrückt, ein Wechsel zur Verordnung teurerer Arzneimittel (Intermedikamenteneffekt) und größerer Packungseinheiten desselben Arzneimittels (Intramedikamenteneffekt) verbirgt. Da beides den Wert je Verordnung in die Höhe treibt, laufen Strukturkomponente und Wert je Verordnung weitgehend parallel (s. das obere Schaubild).

Seit Einführung des Festbetragsystems im Jahr 1989 sind die Preise der zulasten der GKV verordneten Arzneimittel insgesamt relativ stabil geblieben. Festbeträge sind Höchstpreise für bestimmte Arzneimittel: Übersteigt der Preis des Arzneimittels den Festbetrag, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen.

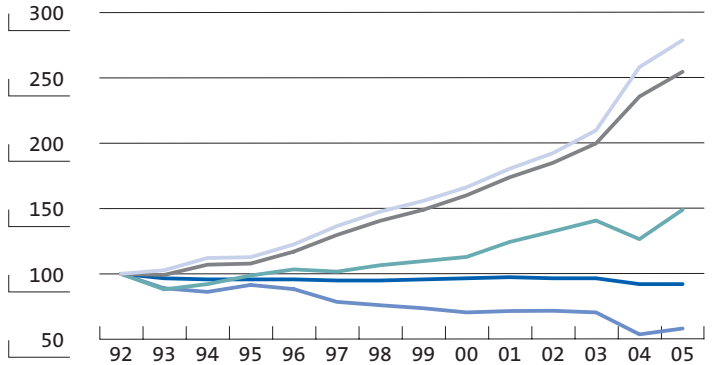
Während die Preise im Festbetragsmarkt in der Folge der Einführung des Systems kontinuierlich fielen, nahmen die Preise im Nicht-Festbetragsmarkt zu (s. das untere Schaubild). Dabei konnten Festbeträge ursprünglich unabhängig davon festgelegt werden, ob es sich um patentgeschützte oder um bereits patentfreie Wirkstoffe handelte. Mit der Beschränkung der Festbetragsregelung auf Generika (wirkstoffgleiche Nachahmerpräparate mit inzwischen

patentfreiem Wirkstoff) wurde ab 1996 indirekt – und ungewollt – ein Anreiz zur Entwicklung von Analogpräparaten geschaffen. Solche Präparate enthalten lediglich Molekülvariationen bekannter Wirkstoffe ohne besonderen therapeutischen Zusatznutzen und können in Deutschland patentiert werden. Damit waren sie wie innovative Arzneimittel von der Festbetragsregelung ausgenommen,

obwohl ihre Entwicklungskosten deutlich niedriger liegen. Durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) sollte dem entgegengewirkt werden: Seit 2004 können Festbeträge auch für patentgeschützte Arzneimittel festgelegt werden. Gleichwohl wird auch heute der Festbetragsmarkt noch überwiegend von Generika geprägt – und deren Fest-

Kein Anstieg bei den Preisen von GKV-Fertigarzneimitteln

Index 1992 = 100



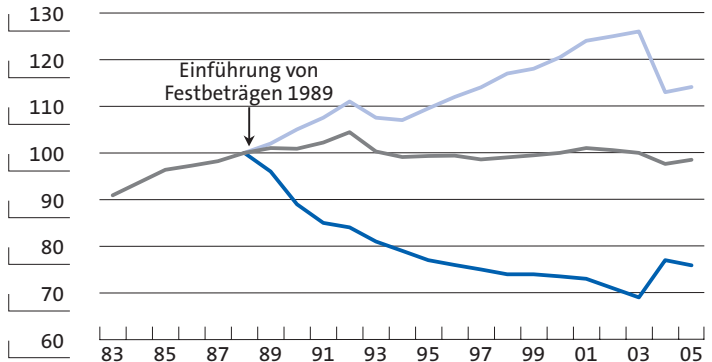
— Strukturkomponente
— Wert je Verordnung
— Gesamtumsatz
— Preisentwicklung
— Verordnungen

Quellen: GKV-Arzneimittelindex; BKK Bundesverband



Preisstabilität im GKV-Gesamtmarkt nach der Einführung von Festbeträgen

Index 1988 = 100



— Nicht-Festbetragsmarkt
— GKV-Gesamtmarkt
— Festbetragsmarkt

Quelle: Arzneiverordnungsreport 2006



beträge sanken stetig, was Preisstabilität im GKV-Gesamtmarkt bedingte. Der Markteintritt echter Innovationen zum Nicht-Festbetragsmarkt treibt dagegen dort die Preise nach oben.

Trendbildner des Arzneimittelmarktes

Trends innerhalb des Arzneimittelmarktes bilden sich als Reaktion des Marktes auf ein Fülle interagierender Einflussfaktoren (s. die Übersicht). Die Arzneimittelnachfrage wird von der Häufigkeit auftretender Erkrankungen (Prävalenz) bestimmt, die in vielen Fällen Ausfluss des **Patientenverhaltens** ist, welches letztendlich auch die demographische Entwicklung steuert. Die **Hersteller von Arzneimitteln** reagieren hierauf mit der Allokation ihres Forschungsbudgets. Der Anteil patentgeschützter Präparate hat dann entscheidenden Einfluss auf das Preisniveau eines Arzneimittelmarktes. Die Hersteller setzen bei der Entwicklung zunehmend biotechnologische Verfahren ein.

Auch die **Ärzte** steuern über ihr Verordnungsverhalten den Markt. **Apotheker** greifen durch ihre Beratung nicht nur in den rezeptfreien Markt ein, sie steuern auch im Verordnungsfall über die Auswahl eines billigeren, wirkstoffgleichen Präparates (Aut idem) – sofern der Arzt dies zugelassen hat – den Generikaverbrauch.

Die **Zulassungsbehörden** nehmen mit der Entscheidung über die Zulassung für eine definierte Indikation, die Zubilligung eines Sonderstatus oder den Entzug bereits erteilter Zulassungen direkten Einfluss auf die Vermarktung eines Arzneimittels. Sie üben aber auch über die Gestaltung des Zulassungsverfahrens (so etwa aktuell bei der Frage der Verfahrensgestaltung für Biogenerika) und die Festlegung des Designs und Umfangs klinischer Studien Einfluss auf die Entwicklungsschwerpunkte der Arzneimittelhersteller aus. Infolge des Anstiegs der Komplexität speziell der Phase-III-Studien stieg zwischen 1995 und 2005 die Zahl der Projekte in dieser Spätphase der Entwicklung weltweit im Schnitt um nur etwa 1% jähr-

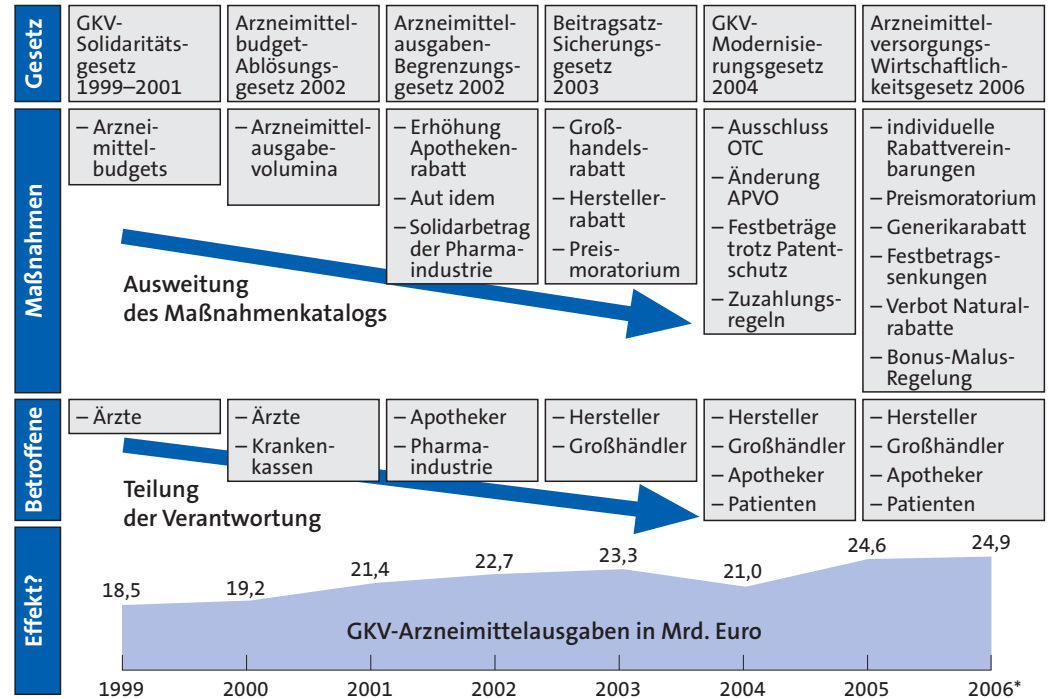
lich, wohingegen die Zahl der Frühphasenprojekte um 7 bis 8% jährlich zunahm. Die damit verbundenen höheren Entwicklungskosten veranlassen Hersteller, verstärkt Analogpräparate zu entwickeln, Einlizenzierungen bereits vorentwickelter Produkte vorzunehmen oder Eigenentwicklungen auszulizenzieren. Auch wird die Wertschöpfungstiefe durch Outsourcing reduziert, um sich auf die teure Forschung und Entwicklung konzentrieren zu können.

Eine ganz wesentliche Rolle kommt schließlich dem **Gesetzgeber** und den von ihm beauftragten Behörden und Gremien zu. Es werden etwa die Spannen von Apotheke und Großhandel definiert, Zwangsrabatte gegenüber den Kassen festgelegt und bestimmte Arzneimittel generell vom Leistungsumfang der GKV ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss konkretisiert über Fest- und Höchstbeträge den Leistungskatalog der GKV und beauftragt hierzu gegebenenfalls das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer Bewer-

Trends im Arzneimittelmarkt werden von einer Fülle komplexer, interagierender Einflussfaktoren bestimmt



Zunehmende Häufung der Eingriffe des Gesetzgebers unter Ausweitung des Maßnahmenkatalogs



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006; *Schätzung Stand 2/2007



tung des Nutzens oder des Kosten/Nutzen-Verhältnisses neuer Arzneimittel.

Speziell der deutsche Arzneimittelmarkt war in den letzten Jahren Ziel zahlreicher regulierender Eingriffe des Gesetzgebers, um die steigenden Arzneimittelausgaben der GKV in den Griff zu bekommen (s. das Schaubild). Dabei weitete der Gesetzgeber den Maßnahmenkatalog je Eingriff stetig aus, ohne ältere Maßnahmen zu streichen, wodurch die Komplexität der Regulierung merklich zunahm. Auch hat sich die Stoßrichtung der Eingriffe gewandelt. Die jüngsten Eingriffe betreffen sämtliche Stufen des Arzneimittelmarktes. Hierdurch soll eine Teilung der Sparverantwortung erreicht werden. Allerdings haben die Eingriffe den Anstieg der Arzneimittelausgaben bislang allenfalls verlangsamt.

Der Patient als Wachstumstreiber

Im Vergleich zum Verarbeitenden Gewerbe entwickelte sich die Produktion pharmazeutischer Erzeugnisse in Deutschland überdurchschnittlich. Im Zeitraum 1995 bis 2005 zog das Produktionswachstum nach einer anfänglichen Schwächephase wieder erheblich an und überholte schließlich das Wachstum des Verarbeitenden Gewerbes deutlich (s. das Schaubild auf S. 47 oben).

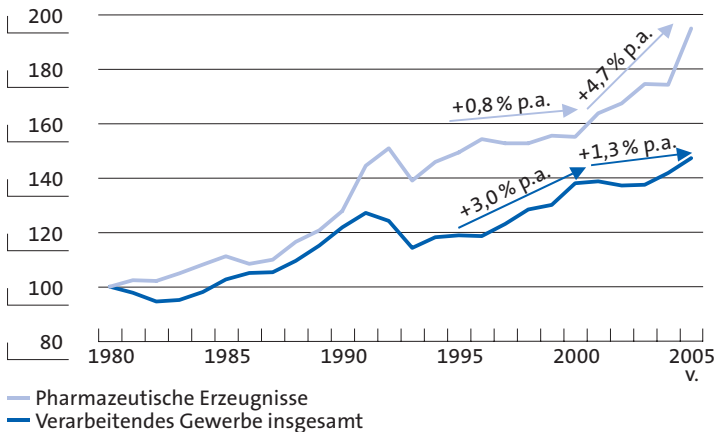
Ursache dafür ist letztlich die demographische Entwicklung. Hierdurch kommt es zu einer Häufung vornehmlich in höherem Alter auftretender Krankheiten (s. das Schaubild auf S. 47 unten). Höhere Ansprüche an die Lebensqualität in dieser Lebensphase lassen den Medikamentenkonsum zusätzlich ansteigen. Pensionierte wenden für ihre Gesundheit bis zu fünfmal mehr auf als Erwerbstätige.

Hinzu treten in den Industrieländern zunehmend sogenannte Zivilisationskrankheiten infolge ungesunden Lebenswandels. Stressfaktoren begünstigen zudem psychische Erkrankungen. Auch jüngere Menschen sind zunehmend betroffen, hier wird der Therapiebedarf auch durch den massiven Anstieg allergischer Erkrankungen zunehmen.

Da ein Großteil des Welt-Pharmamarktes von den Industrienationen gestellt wird, die von den beschriebenen Entwicklungen in ähnlicher Weise betroffen sind, ist es nicht verwunderlich, dass sich unter den gegenwärtig bedeutendsten und künftig am stärksten wachsenden Teilmärkten des Welt-Pharmamarktes diejenigen befinden, die sich mit der Therapie alters- und ernährungsbedingter Krankheiten beschäftigen.

Überdurchschnittliches Wachstum der Produktion pharmazeutischer Erzeugnisse in Deutschland*

Index 1980 = 100



— Pharmazeutische Erzeugnisse
— Verarbeitendes Gewerbe insgesamt

*Abgrenzung nach fachlichen Unternehmensteilen

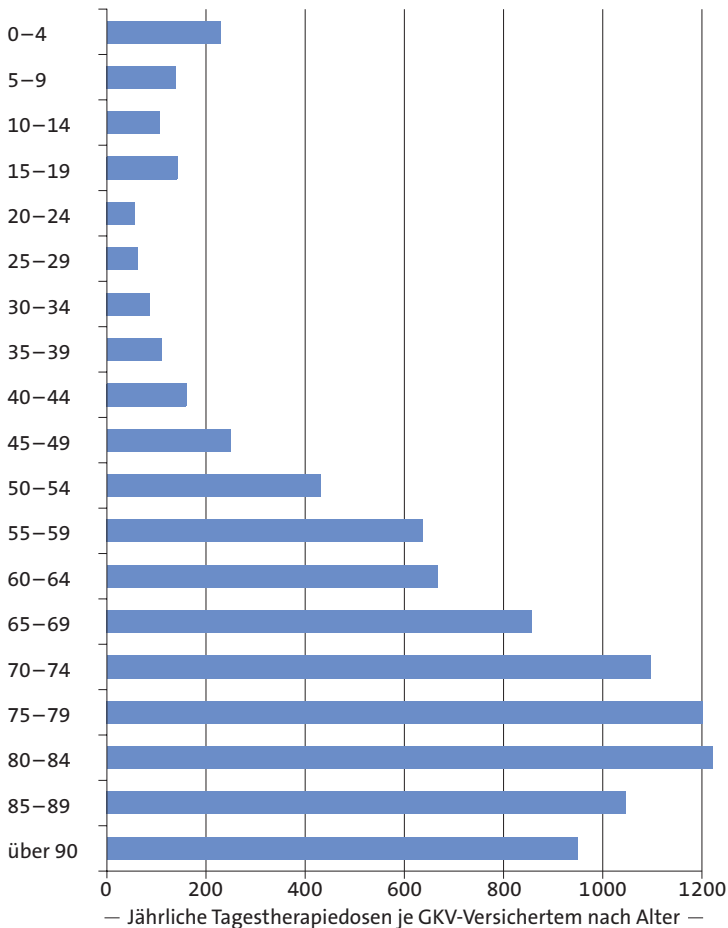
Quellen: Statistisches Bundesamt; VFA

v. = vorläufig



Überproportionaler Anstieg der Therapiekosten bei steigendem Durchschnittsalter

Alter in Jahren



— Jährliche Tagestherapiedosen je GKV-Versichertem nach Alter —

Quellen: Statistisches Jahrbuch; Arzneiverordnungsreport



Angesichts der sich verschärfenden finanziellen Engpässe durch den stetig steigenden Therapiebedarf hat sich die GKV in Deutschland weitgehend aus der Versorgung der Patienten mit nicht verordnungspflichtigen Arzneimitteln zurückgezogen. Als Folge hiervon ging der Umsatz mit solchen Präparaten im Apothekenmarkt 2004 gegenüber dem Vorjahr um annähernd 13 % zurück. Doch ein sprunghafter Anstieg der Selbstmedikation verhinderte einen stärkeren Einbruch (s. das obere Schaubild auf S. 48). Die Bereitschaft der Patienten, Arzneimittel aus eigener Tasche zu bezahlen, ist auch Beleg für den Stellenwert, den sie ihrer Gesundheit einräumen. Da ältere Patienten häufig über ein höheres Einkommen verfügen, ist weiterhin mit einer Zunahme der Selbstmedikation zu rechnen – auch außerhalb des Apothekenmarktes.

Ärztliches Ordnungsverhalten als Wachstumstreiber

Im Verordnungsmarkt spielen naturgemäß die Ärzte eine entscheidende Rolle. Ihr Ordnungsverhalten überlagert sich als zusätzlicher Trendbildner dem vorgegebenen (letztlich vielfach vom Patientenverhalten beeinflussten) Therapiebedarf. Ein Beispiel für diesen Effekt ist der Schmerzmittelmarkt. Hier haben stark wirksame Opioide bei der Behandlung chronischer Schmerzen und in der Palliativmedizin eine besondere Stellung. Die weniger starken, nichtopioiden Schmerzmittel sind meist nicht verordnungspflichtig und wurden demgemäß auch deutlich vom Ausschluss aus dem GKV-Leistungskatalog getroffen. Dass der Schmerzmittelmarkt insgesamt dennoch nicht nachhaltig einbrach, ist vornehmlich auf die zunehmenden Verordnungszahlen bei den Opioiden zurückzuführen. Der hier zum Ausdruck kommende Wandel des ärztlichen Ordnungsverhaltens

hat seine Ursache wohl in der Erkenntnis, dass die deutschen Patienten im internationalen Vergleich unterversorgt sind. Eine 2005 veröffentlichte Studie an Patienten mit chronischen Schmerzen belegte, dass nur 4 % der Patienten starke Opioide erhielten. In Irland waren es 13 %, in Großbritannien 12 %, in Dänemark 11 %.

Biopharmazeutika als Wachstumstreiber

Biopharmazeutika sind Arzneimittel, deren Wirkstoff unter Anwendung biotechnologischer Verfahren gewonnen wird. Der Anteil dieser Arzneimittel am Wert des Welt-Pharmamarktes liegt gegenwärtig bei rund 11 %. Über die Hälfte hiervon entfällt auf sieben Blockbuster-Präparate (also Präparate mit über 1 Mrd. US-Dollar Jahresumsatz), darunter das für die Bildung roter Blutkörperchen mitverantwortliche Hormon Erythropoetin (EPO), das in der Bekämpfung von Multipler Sklerose eingesetzte Glykoprotein Betainterferon und das biotechnologisch hergestellte Analoga des humanen blutzuckersenkenden Hormons Insulin. Die genannten Biopharmazeutika gehören gegenwärtig auch zu den 20 umsatzstärksten Medikamenten in Deutschland. 2005 betrug der Anteil der Biopharmazeutika am deutschen Arzneimittelmarkt rund 12,4 %. Der deutsche Biopharmazeutikamarkt ist seit 2001 um etwa 10,5 % jährlich gewachsen.

Schwerpunkte der Entwicklung von Biopharmazeutika bilden therapeutische Proteine (insbesondere monoklonale Antikörper) und Impfstoffe. In Deutschland werden Biopharmazeutika gegenwärtig vor allem in der Behandlung von Stoffwechselkrankheiten eingesetzt, in Zukunft wird sich das Bild aber wandeln, da die Entwicklungspipeline von Biotech-Wirkstoffen zur Behandlung von Krebs, Infektions- und Immunkrank-

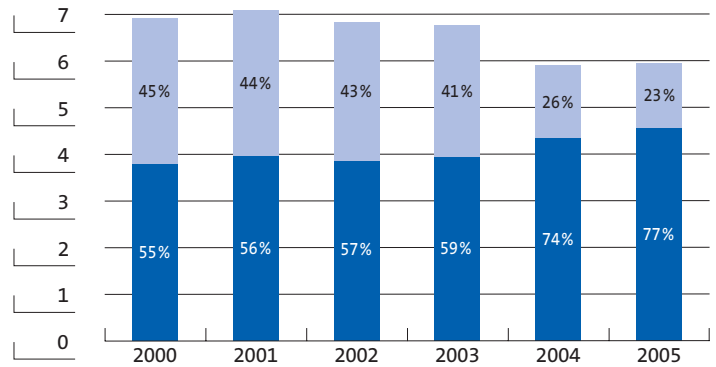
heiten dominiert wird. Biotech-Projekte stellen inzwischen einen Großteil der weltweiten Pipeline, allein über 40 % aller Phase-III-Projekte sind diesem Bereich zuzuordnen (s. das untere Schaubild). Die durchschnittliche Markteintrittswahrscheinlichkeit eines Medikaments in diesem Stadium beträgt zwischen 50 und 70 %; bei vielen Biopharmazeutika,

etwa Antikörpern gegen Krebs, liegt sie am oberen Ende dieser Spanne. Bereits 2010 wird rund etwa die Hälfte aller Neuzulassungen weltweit auf Biopharmazeutika entfallen, ihr Anteil am Welt-Pharmamarkt wird stetig zunehmen.

Zunehmende Bedeutung der Selbstmedikation nach Ausschluss der OTC-Präparate aus dem Leistungskatalog der GKV

Umsatz mit rezeptfreien Arzneimitteln im deutschen Apothekenmarkt*

Mrd. Euro



verordnet
Selbstmedikation

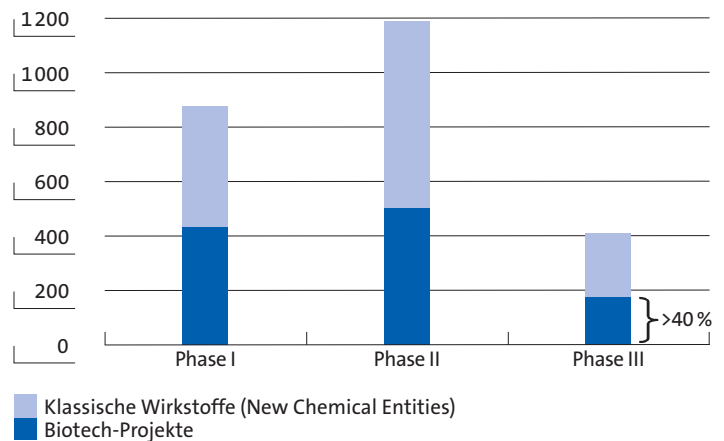
*zu Endverbraucherpreisen

Quellen: IMS Health; BAH, eigene Berechnungen



Hoher Anteil von Biopharmazeutika an weltweiten Entwicklungsprojekten

Anzahl der in klinischen Phasen befindlichen Projekte weltweit; Stand 2005



Quellen: IMS Health; Datamonitor; Pharmaprojects; The Boston Consulting Group; IKB-Berechnungen



Mit Biopharmazeutika werden gezielt „unmet needs“ in der Therapie schwerer Erkrankungen adressiert, weshalb ein überproportional hoher Anteil der Biopharmazeutika echte Innovationen sind. Der Vormarsch der Biopharmazeutika wird daher dazu führen, dass die zahlenmäßige Dominanz von Analogpräparaten unter den patentgeschützten Arzneimitteln abnehmen wird. Da andererseits die Preise von Biopharmazeutika (und Biosimilars) gegenüber klassischen Arzneimitteln mit chemisch-synthetischem Wirkstoff vergleichsweise hoch sind, ist mit steigenden Preisen innerhalb des Nicht-Festbetragsmarktes zu rechnen.

Biosimilars ante portas

Während für viele Biopharmazeutika der ersten Generation der Patentablauf bereits erfolgte oder in der näheren Zukunft erfolgt, stellt sich die Frage nach aufkommendem Wettbewerb durch Generika. Immerhin dürften im Laufe der nächsten Jahre Biotech-Medikamente mit derzeit mehr als 20 Mrd. Dollar Umsatz den Patentschutz verlieren oder sind bereits patentfrei, darunter Blockbuster wie EPO, Neupogen und Interferone.

Allerdings unterscheiden sich Biopharmazeutika grundsätzlich von herkömmlichen (d. h. auf chemischem Wege hergestellten) Wirkstoffen, da es sich um komplexe biologische Moleküle handelt. Die Herausforderung besteht darin, dass das Geschäftsmodell der Generikafirmen nicht auf solche komplexen Moleküle angewendet werden kann. Bei chemisch hergestellten Nachahmerprodukten können Generikafirmen in ihren Zulassungsanträgen auf die klinischen Studien der Originalhersteller verweisen und sich umfangreiche Tests und hohe Forschungsausgaben sparen. Sie müssen nur die „Bioäquivalenz“ (d. h. die gegenüber dem

Originalprodukt gleiche Wirksamkeit) nachweisen.

Bei Biotech-Wirkstoffen steht dieser einfache Weg nicht offen, da die komplizierten Moleküle nur mit Hilfe genveränderter Mikroorganismen oder Säugetierzellen hergestellt werden können. Selbst kleinste Unterschiede im Herstellungsverfahren können dabei zu Änderungen in Molekülstruktur und Wirkung führen. Ein perfektes Imitat des Biotech-Wirkstoffes (und damit ein Generikum im traditionellen Sinn) ist somit ausgeschlossen. Die Imitate sind den Originalwirkstoffen lediglich „sehr ähnlich“ (weshalb man sie häufig auch zutreffender als „Biosimilars“ bezeichnet). Ein Wirkstoffsourcing im patentfreien Ausland, wie es bei chemischen Generika üblich ist, scheidet bei Biosimilars an dem Umstand, dass auch die Produktionsstätte und das Produktionsverfahren Teil der Zulassung sind. Zahllose Patente schützen nicht nur die Wirkstoffe, sondern auch deren Herstellung, Formulierung und Verwendung (Indikationspatente).

Die Zulassungsbehörden tun sich bislang schwer, eindeutige Zulassungsverfahren für Biosimilars zu entwickeln. So hat die europäische Behörde EMEA einen Richtlinien-Entwurf vorgelegt, der nur vage Mindestanforderungen formuliert. Im schlechtesten Fall muss der Generikahersteller ein ähnlich umfangreiches Testprogramm absolvieren wie der Originalhersteller. Die Nachentwicklung therapeutischer Proteine ist mit einer Dauer von ca. sieben bis neun Jahren und Kosten von ca. 40 bis 80 Mio. Euro viel aufwendiger und riskanter als die eines chemisch definierten Wirkstoffs, aber die hohen Preise der Originale könnten die Zulassungsbehörden im Einzelfall dazu veranlassen, Zulassungserleichterungen vorzusehen. Seit April 2006 ist in der Europäischen Union das erste „Generikum“ eines biotechnisch hergestellten Arznei-

mittels zugelassen. Es handelt sich um ein Präparat mit dem Wachstumshormon Somatropin, das vom Unternehmen Sandoz (Generika-Sparte von Novartis) hergestellt wird.

Neben Sandoz stehen fast alle großen Generikafirmen in den Startlöchern, um Biogenerika in die Genehmigungsverfahren zu bringen. In einigen unregulierten Märkten wie Indien, China und Teilen Lateinamerikas werden heute bereits Kopien von Biotech-Wirkstoffen vermarktet, und bestimmte Märkte, wie die der Insuline, werden gegenwärtig bereits von mehreren vergleichbaren Produkten bedient, die lediglich nicht als „biogenerisch“ klassifiziert werden, da der „Nachahmer“ mitunter der Originator selbst ist (sogenannte Follow-On-Biologics). Wir wagen daher die Prognose, dass Biosimilars auf Dauer nicht aufzuhalten sein werden.

Zunehmende Bedeutung von Generika, aber Preisverfall dämpft das Wachstum

Der deutsche Generikamarkt ist mit einem Anteil am Welt-Generikamarkt von über einem Zehntel der zweitgrößte Markt weltweit, allerdings mit großem Abstand zum US-Markt, der über 40 % des Welt-Generikamarktes repräsentiert. Zwischen 2000 und 2005 lag das Wachstum des deutschen Marktes (zu Herstellerabgabepreisen) durchschnittlich um 1,5 bis 2 Prozentpunkte über dem des deutschen Arzneimittel-Gesamtmarktes. Getrieben wird das überdurchschnittliche Wachstum zum einen von einer Fülle von Patentabläufen. Nach Berechnungen von Insight Health werden Arzneimittel, deren Gesamtwert 2004 etwa 3 Mrd. Euro betrug, bis 2010 patentfrei – 2004 stellten sie immerhin annähernd die Hälfte des mit patentgeschützten Originalpräparaten in Deutschland erzielten Umsatzes (s. das Schaubild auf S. 50).

Zum anderen ist der Verordnungsanteil von Generika in Deutschland deutlich gestiegen. Hier wie auch vielfach im Ausland wird deren Verordnung infolge bestehender Sparzwänge staatlich gefördert. Nach Untersuchungen von IMS Health stieg der Volumenanteil von Generika bei verordnungspflichtigen Präparaten in den sieben bedeutendsten Pharmamärkten weltweit zwischen 2000 und 2005 um über 10 Prozentpunkte auf rund 53 %. Deutschland lag neben Großbritannien und den nordamerikanischen Märkten über dem Durchschnitt, Frankreich, Italien und Spanien deutlich darunter. Die vergleichsweise hohe Penetration des deutschen Marktes mit Generika führt zu einer geringeren Wachstumsrate gegenüber den unreiferen Märkten. Weltweit wird in den nächsten Jahren mit einem Wachstum des Generikamarktes um 10 bis 13 % jährlich gerechnet. Das Wachstum liegt damit etwa 5 Prozentpunkte über dem des Welt-Pharmamarktes.

Der deutsche Generikamarkt wurde mit Inkrafttreten des Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) massiv durch die Absenkung von Festbeträgen getroffen. Für zahlreiche Festbetragsgruppen gilt ferner seit Juli 2006 eine Befreiung der Patienten von der Zuzahlung, wenn der Apothekeneinkaufspreis des Arzneimittels um mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegt. Intensiver Preiswettbewerb der Hersteller war die Folge. Anfang April 2007 war bereits jede sechste Verordnung zulasten der GKV zuzahlungsbefreit. Die Generikapreise liegen in Deutschland inzwischen bei einer Vielzahl von Präparaten unter dem Durchschnitt der fünf bedeutendsten europäischen Arzneimittelmärkte. Die Preissenkungen bedingten, dass die Umsätze mit Generika in den ersten neun Monaten 2006 um 0,3 % unter denen des entsprechenden Vorjahreszeitraums lagen. Der Einbruch ist vor allem

wegen Vorzieheffekten (Bevorratung der Apotheken vor dem Wegfall der Naturalrabatte) geringer ausgefallen als vermutet. Belastend wirkte auch ein mit dem AVWG ins Leben gerufener 10-prozentiger Zwangsrabatt der Hersteller zugunsten der Krankenkassen.

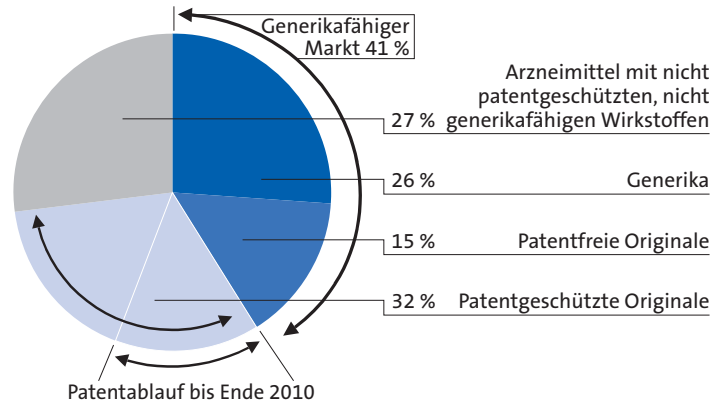
Fazit

Der deutsche Arzneimittelmarkt wird – ungeachtet staatlicher Regulierungen – auch in den nächsten Jahren

von stabilem Wachstum geprägt sein, nicht zuletzt bedingt durch die Zunahme alters- und ernährungsbedingter Krankheiten. Überdurchschnittlich entwickelt sich das Segment der Biopharmazeutika. Trotz einer Wachstumsabschwächung nimmt auch die Bedeutung der Generika weiter zu; auf diesem Feld bieten die sogenannten Biosimilars mittelfristig neue interessante Absatzchancen.

Patentabläufe treiben das Wachstum des Generikamarktes an

Umsatzanteile im deutschen Arzneimittelmarkt 2004*



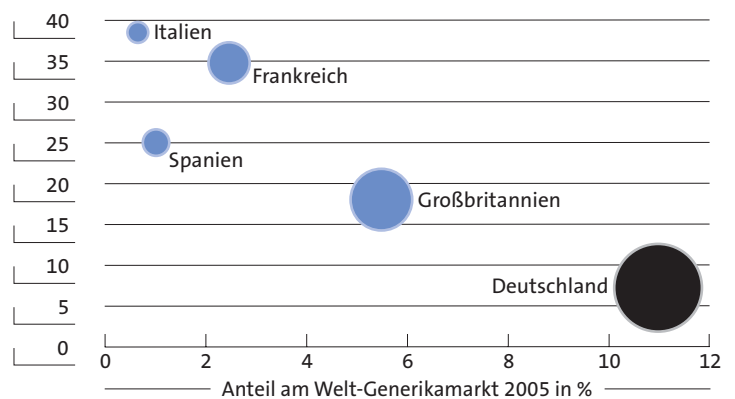
*zu Herstellerabgabepreisen

Quellen: Insight Health; IMS Health



Der deutsche Generikamarkt ist vergleichsweise reif*

Ø Marktwachstum 2000–2005



*Kreisgröße repräsentiert die Marktgröße; alle Angaben zu Herstellerabgabepreisen

Quellen: IMS Health; Insight Health; Simoens/De Coster; IKB-Berechnungen





Arzneimitteldistribution: Wandel der Anbieterstruktur auf allen Ebenen

Die Akteure auf den einzelnen Stufen des Arzneimittelmarktes sind einer Konsolidierungsbewegung unterworfen, die sich in den kommenden Jahren fortsetzen wird. Allerdings ist der Prozess auf den verschiedenen Ebenen des Arzneimittelmarktes unterschiedlich weit fortgeschritten.

Rechtliche Rahmenbedingungen verhinderten bislang die Konsolidierung auf der Apothekenstufe

Im Apothekenbereich wurde das im Gesetz über das Apothekenwesen geregelte Mehrbesitzverbot durch das GMG gelockert. Danach kann seit Anfang 2004 unter dem Dach einer Betriebserlaubnis jeder Apothekenleiter bis zu drei Filialen im selben oder benachbarten Kreis betreiben. Geblieben ist aber das sogenannte Fremdbesitzverbot, d. h. Apotheker, die eine öffentliche Apotheke betreiben wollen, müssen diese laut Apothekengesetz persönlich und eigenverantwortlich leiten. Der Fremd-

besitz (also das Betreiben einer Apotheke nicht durch einen niedergelassenen Apotheker, etwa ein Unternehmen) ist nicht gestattet. Die Anbieterstruktur bei apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist durch das Zusammenwirken beider Verbote auf der Apothekenebene bislang von einer Konsolidierung praktisch ausgeschlossen.

Auf europäischer Ebene befindet sich der Arzneimittelvertrieb dagegen seit einiger Zeit in einem tiefgreifenden Wandel. Noch vor zehn Jahren waren Apotheken auch in den meisten EU-Ländern vorwiegend inhabergeführt. Heute gehört dagegen bereits jede

zehnte Apotheke einer Kette an. In Norwegen, Großbritannien und den baltischen Ländern überwiegen diese bereits. Da es keine dem Fremdbesitzverbot vergleichbaren Regelungen gibt, treten als Eigentümer der Apothekenketten Pharmagroßhändler, Drogeriemarktketten, Arzneimittelhersteller, Krankenkassen und Universitäten auf.

Mit Deutschland, Frankreich, Italien und Spanien halten gegenwärtig die apothekenreichsten Nationen des Kontinents am eingeschränkten Fremd- und/oder Mehrbesitzverbot fest. Der inzwischen vor dem Europäischen Gerichtshof ausgetragene Streit um eine vom niederländischen Arzneimittel-Versandhändler DocMorris in Deutschland erworbene Apotheke könnte, sollte DocMorris obsiegen, einen Fall aller den Fremdbesitz einschränkenden Regelungen auf europäischer Ebene nach sich ziehen und damit einen massiven Konsolidierungsschub des Arzneimittel-einzelhandels einläuten – auch in Deutschland.

Starke Konsolidierung dagegen bei den Arzneimittelherstellern

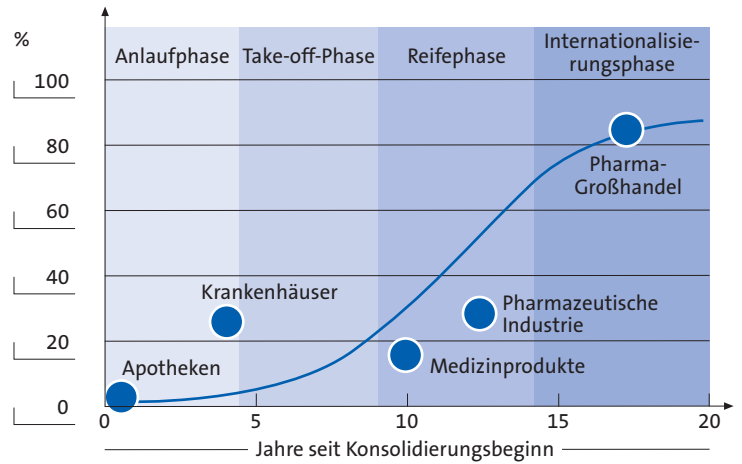
Auf der Ebene der Arzneimittelhersteller bestehen keine vergleichbaren Beschränkungen, sodass die Konsolidierung, die sich hier bereits seit längerem und auf internationaler Ebene vollzieht, bestenfalls an wettbewerbsrechtliche Grenzen stößt. Im deutschen Arzneimittelmarkt äußert sich diese Entwicklung zum einen in einem deutlichen Marktanteilszuwachs der zehn führenden Unternehmen, zum anderen darin, dass parallel dazu der Anteil deutscher Unternehmen deutlich zurückging. In der jüngeren Vergangenheit hat sich die Entwicklung durch größere Transaktionen, wie die Übernahme von Schering durch Bayer, den Verkauf von Altana Pharma an die dänische Nycomed und die Über-

nahme der schweizerischen Serono durch die deutsche Merck noch beschleunigt. Treiber ist dabei jeweils der Wunsch, die eigene Forschungs-pipeline zu stärken und gleichzeitig den Konkurrenzdruck zu senken.

Die Konsolidierung spielt sich auch unter den Generikaherstellern ab. Bereits vor der Übernahme von Hexal durch Novartis im Jahr 2005 war der wertmäßige Marktanteil der drei größten Hersteller Ratiopharm, Hexal

Konzentrationswelle im Gesundheitssektor

Marktanteil der Top 5

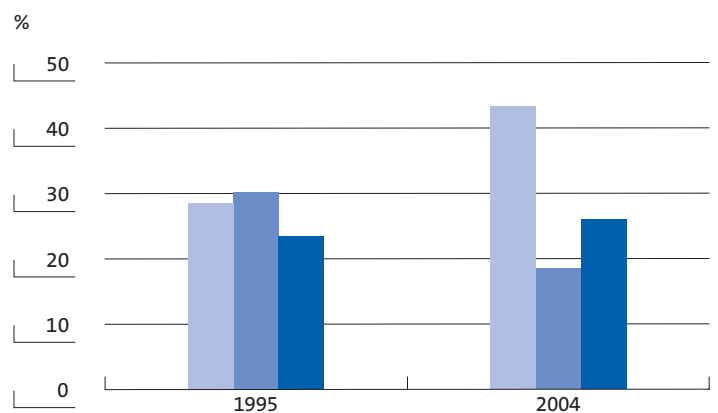


Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik (angelehnt an A. T. Kearney)



Konsolidierung auf Herstellerebene geht mit einer Internationalisierung und einer Verschiebung zum Generikabereich einher

Anteil der Top-10-Hersteller im GKV-Fertigarzneimittelmarkt



¹zu Apothekenverkaufspreisen

²Spätere Übernahme von Hexal durch Novartis bereits berücksichtigt

Quellen: Arzneiverordnungs-Report 2005; GKV-Arzneimittelindex



und Stada am deutschen Generikamarkt (inklusive ihrer Tochterunternehmen) auf über 50% gestiegen. Es überrascht daher nicht, dass auch der Anteil von Generikaherstellern am Gesamtumsatz der zehn führenden Pharmaunternehmen ansteigt. Auch hier ist begleitend eine Internationalisierung zu beobachten, wobei vor allem indische Unternehmen versuchen, durch Übernahmen im deutschen Generikamarkt Fuß zu fassen.

Andererseits ist der stark gestiegene Anteil des Auslands am Gesamtumsatz inländischer Hersteller pharmazeutischer Erzeugnisse allein mit dem stärkeren Wachstum ausländischer Arzneimittelmärkte nicht zu erklären. Hier zeigt sich, dass auch die inländischen Unternehmen durch Übernahmen von Firmen im Ausland aktiv an der internationalen Konsolidierung teilnehmen.

Großhandel: Stabiles Oligopol, aber zunehmend schwieriges Umfeld

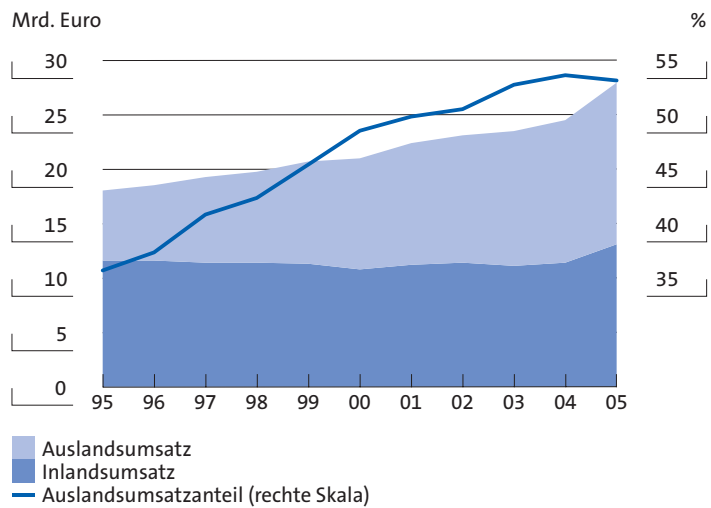
Beim pharmazeutischen Großhandel ist die Konsolidierung der Anbieterstruktur in Deutschland am weitesten fortgeschritten. Dort hat sich eine oligopolistische Marktstruktur herausgebildet, in der fünf Großhändler über 80% Marktanteil erreichen. Allein die inzwischen primär europäisch ausgerichteten Großhändler Phoenix und Celesio stellen annähernd die Hälfte des gesamten Umsatzes des pharmazeutischen Großhandels in Deutschland. Phoenix und Celesio-Mehrheitseigner Haniel halten zudem zusammengekommen etwas über ein Viertel der Anteile an Anzag, dem drittgrößten Wettbewerber im deutschen Markt. Hier sind auch die Apothekergenossenschaften Sana-corp und Noweda beteiligt, die ihrerseits jeweils größere Teile des Gesamtmarktes halten. Von den kleineren der

insgesamt 16 im Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels (Phagro) organisierten vollsortierten Großhandelsunternehmen hat sich der überwiegende Teil in der Kooperation Pharma Privat zusammengeschlossen, die gegenwärtig einen Marktanteil von rund 8% hält. Die Anteile der einzelnen Anbieter waren in den letzten Jahren relativ stabil.

Größere Verschiebungen sind nur durch Fusionen oder Übernahmen möglich, was allerdings durch kartellrechtliche Beschränkungen erschwert wird.

Der Großhandel sieht sich zunehmendem Wettbewerb durch ein schleichendes Wachstum des direkten Vertriebsweges ausgesetzt. Deutschland

Steigende Bedeutung des Auslands für heimische Arzneimittelhersteller

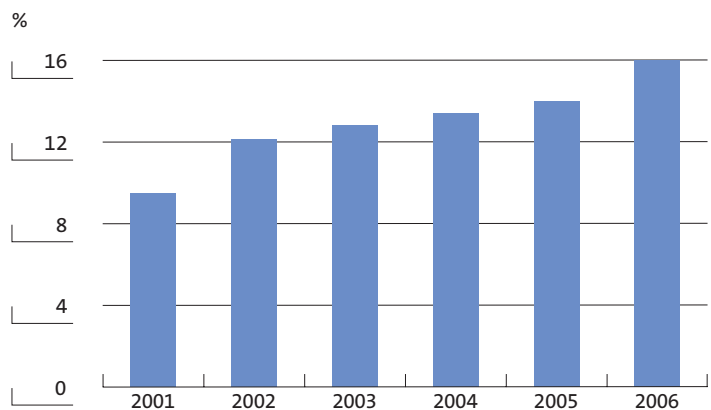


Quellen: Statistisches Bundesamt; VFA



Pharmazeutischer Großhandel: Zunehmende Konkurrenz durch Direktvertrieb

Direktvertriebsanteil am deutschen Apothekenmarkt



Quellen: Phagro; Anzag



liegt hier an der Spitze einer Entwicklung, die europaweit zu beobachten ist. In den letzten sechs Jahren hat sich der Anteil der Direktbelieferungen deutscher Apotheken durch die Pharmaindustrie annähernd verdoppelt (s. das untere Schaubild auf S. 53). Er beträgt gegenwärtig etwa 16%. Die Direktvertriebsproblematik gewinnt für den Pharmagroßhandel auch angesichts des Vorstoßes des US-Pharmakonzerns Pfizer an Brisanz. Um Exporte von Arzneimitteln, die für einen bestimmten europäischen Markt produziert wurden, in Länder, in denen das Preisniveau höher liegt, zu unterbinden, will Pfizer in Europa seine Medikamente ausschließlich im Direktvertrieb an Apotheken liefern. Die Arzneimittel sollen unter Eigentumsvorbehalt an den Großhandel geliefert werden, der diese dann gegen eine Logistikgebühr zu den Apotheken befördern soll.

Der Großhandel fürchtet, dass nicht an diesem Modell beteiligte Großhändler einen wichtigen Teil ihres Sortiments verlieren und aus dem Markt gedrängt werden. Wird zudem das Modell von anderen großen Arzneimittelherstellern imitiert, käme dem Großhändler insgesamt mehr und mehr die Rolle eines reinen Logistikers zu.

Tangiert werden Großhandel und Apotheken grundsätzlich auch durch zunehmenden Versand- und Internethandel mit Arzneimitteln. Dieser ist seit Anfang 2004 mit Inkrafttreten des GMG möglich. Grundsätzlich ist es in Deutschland aber nicht erlaubt, eine reine Versandapotheke zu führen. Eine Erlaubnis zum Versandhandel wird nur Apothekern erteilt, welche eine Offizin-Apotheke führen.

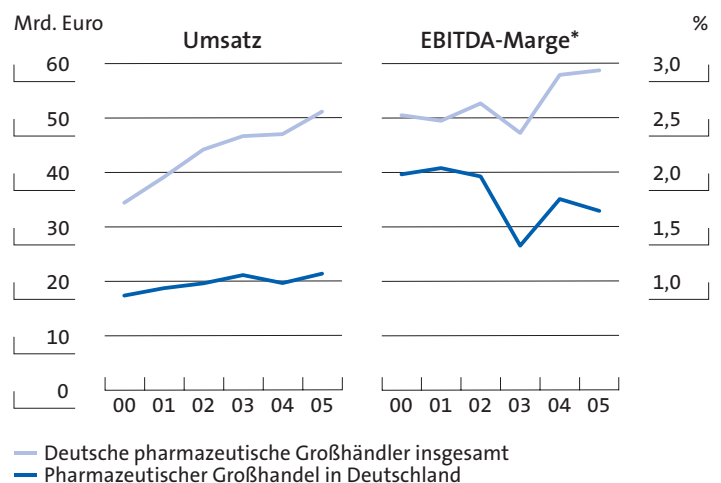
Vor dem Hintergrund der Preisunterschiede in Europa gewinnen Versand- und Internetapotheken, die grenz-

überschreitende Lieferungen vornehmen, an Bedeutung. Strittig war dabei lange Zeit, ob ausländische Versandapotheken (sie stellen etwa 70% des gegenwärtigen Versandhandelsumsatzes in Deutschland) der deutschen Arzneimittelpreisverordnung unterliegen. Erst kürzlich hat der Bundesgerichtshof dies in einem Urteil verneint. Da die Versandapotheken in der Regel direkt beim Hersteller bestellen und infolge der Nichtbindung mit Preisvorteil in den deutschen Markt liefern können, sind inländische Apotheken wie inländische Großhändler betroffen. Die zentrale Bündelung des Einkaufs ermöglicht den größeren Versandapotheken ähnlich gute Einkaufskonditionen wie den Großhändlern. Sie profitieren zudem – trotz höherer Transportkosten – von niedrigerem Personalaufwand und geringeren Immobilienkosten. Bislang liegt der Anteil der (inländischen wie ausländischen) Versandapotheken am Einzelhandelsumsatz mit Arzneimitteln noch unter 2%. In Zukunft wird er aber vermutlich speziell bei der Dauermedikation steigen.

Margenerosion leistet Internationalisierung des Großhandels Vorschub

In der Beteiligung des britischen Großhändlers Alliance Boots an Anzag, Anzags eigenem Mehrheitserwerb am rumänischen Großhändler Farmexpert und dem geplanten Zusammenschluss von Sanacorp mit der französischen Apothekergenossenschaft CERP zeigt sich die zunehmende Internationalisierung des Großhandels auf europäischer Ebene. Bei Celesio (Auslandsumsatzanteil fast 80%) und Phoenix (rund 70%) ist dieser Prozess ohnehin bereits sehr weit fortgeschritten. Kommt es zu einem Fall des Fremdbesitzverbotes, so werden die international erfahrenen Großhändler rasch in die sich öffnende Lücke stoßen und über den Erwerb eigener Apotheken ihre Marktposition sichern und ausbauen. Angesichts der zunehmenden Tendenzen, den Großhandel durch alternative Vertriebsformen ganz zu umgehen, wird bei Wegfall des Fremdbesitzverbotes der vorwärtsintegrierte Großhandel vermutlich rasch an Bedeutung gewinnen, zumal die sich konsolidierende Herstellerland-

Beschränkung auf das Inland hemmt Wachstum und Profitabilität pharmazeutischer Großhändler



* gewogener Durchschnitt

Quellen: Phagro, IKB-Analyse



schaft auch eine Bündelung der Verhandlungsmacht der Hersteller mit sich bringt und die Integration dem Großhändler Margenvorteile bringt.

Vergleicht man das Wachstum deutscher Großhändler mit den entsprechenden Durchschnittsgrößen für den pharmazeutischen Großhandel in Deutschland, so zeigt sich eine auffällige Diskrepanz: Während der Umsatz des Großhandels im Inland infolge der Eingriffe des Gesetzgebers in den letzten Jahren nur verhalten wuchs, wirkte sich das stärkere Wachstum der anderen europäischen Arzneimittelmärkte auf die Umsatzentwicklung der international agierenden Konzerne deutlich positiv aus (s. das Schaubild links).

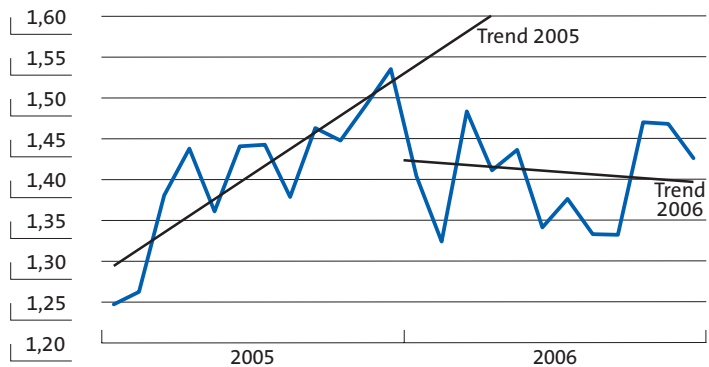
Vergleicht man die Margen inländischer Großhändler mit den im Inland im Schnitt erzielten (jeweils gewogener Durchschnitt), so fällt gleichfalls eine deutliche Diskrepanz auf. Hintergrund ist hier, dass der Besitz eigener Apotheken die im Ausland realisierbare Marge günstig beeinflusst. Die bei der Inlandsbetrachtung infolge des geltenden Fremdbesitzverbotes ohnehin geringere Marge hat sich in den letzten Jahren rückläufig entwickelt, wohingegen bei einigen Großhändlern im Ausland Margensteigerungen möglich waren, die den schwachen Inlandsbeitrag überkompensierten.

Die Margenerosion im Inland ist auf gesetzliche Eingriffe und – hierdurch induzierten – zunehmenden Wettbewerb zurückzuführen: Der deutliche Einbruch der Margen im Jahr 2003 ging zunächst auf das Abschöpfen eines Teils der bis dato seitens der Großhändler den Apotheken eingeräumten Rabatte durch die Krankenkassen in Form eines Zwangsrabatts zurück. Die Apotheker gaben sich

Deutliche Dämpfung des Umsatzes des pharmazeutischen Großhandels durch das AVWG

Umsatz mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln

Mrd. Euro



Quelle: Phagro



aber nicht mit niedrigeren Nachlässen zufrieden, und ein Rabattwettbewerb unter den Großhändlern setzte ein, der deren Rohertrag belastete.

Im Folgejahr wurde dann durch das GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) die durchschnittliche Handelsspanne für rezeptpflichtige Arzneimittel ungefähr halbiert, der Zwangsrabatt der Hersteller entfiel dafür. Zugleich wurden die Handelsspannen für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel freigegeben, sofern keine Verordnung zulasten der GKV erfolgt. Da solche Arzneimittel zugleich weitgehend aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen wurden, betraf die Freigabe der Handelsspanne den weitaus überwiegenden Teil dieser sogenannten Over-the-Counter (OTC)-Präparate. Da diese aber nur etwa ein Fünftel der Umsätze des pharmazeutischen Großhandels repräsentieren und die Großhändler im rezeptpflichtigen Bereich einen fortwährenden Rabattwettbewerb trotz Halbierung der Spanne nicht vermeiden konnten, kam es zu einer weiteren Erosion des Rohertrags im rezeptpflichtigen Bereich, der durch die Freigabe im OTC-Bereich nicht zu kompensieren war.

Im abgelaufenen Jahr wurde der Umsatz des Großhandels ferner durch das AVWG belastet. Vor allem die Preissenkungen im Generikabereich ließen den Umsatz mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln nach Angaben des Phagro gegenüber dem Vorjahr um rund 0,4% zurückfallen (s. das Schaubild).

Durch das AVWG wurden aber nicht nur Naturalrabatte verboten, die Barrabatte wurden auf die Höhe der Großhandelsspanne beschränkt. Damit findet jeglicher Wettbewerb der Großhändler untereinander, der Hersteller untereinander sowie der direkt liefernden Hersteller mit dem Großhandel nur noch im Rahmen der Großhandelsspanne statt. Da der Großhandel seine Spanne zur Kostendeckung und zur Erwirtschaftung eines betriebswirtschaftlichen Ergebnisses einsetzen muss, während die Hersteller über die gesamte Großhandelsspanne verfügen können, benachteiligte die Regelung die Großhändler gegenüber dem Direktvertrieb.

Beteiligungs- und Kooperationsmodelle gewinnen an Bedeutung

Der klassische dreigliedrige Vertrieb mit unabhängigen Apotheken, die nur über Geschäftsbeziehungen mit dem Großhändler verknüpft sind, ist bereits jetzt starker Konkurrenz durch das genossenschaftliche Modell ausgesetzt, bei dem zu den Geschäftsbeziehungen ein Beteiligungsverhältnis tritt. Neuartige Modelle bieten den Apotheken inzwischen sogar die Möglichkeit, sich als Aktionär am Arzneimittelhersteller zu beteiligen. Auch hier wird eine stabile Verbindung durch ein zu den Geschäftsbeziehungen tretendes Beteiligungsverhältnis geschaffen.

Die Liberalisierungserwartungen lassen nicht nur die im Ausland bereits fest etablierten deutschen Großhändler auf die Ausweitung ihres Geschäftsmodells auf das Inland und die noch nicht liberalisierten europäischen Märkte hoffen, auch die Betreiber von Drogeriemarktketten erwägen im Fall einer Aufhebung des Fremdbesitzverbotes den Einstieg in den deutschen Apothekenmarkt. Finanzinvestoren nehmen den Apotheken-

markt ins Visier, um von einer Marktliberalisierung zu profitieren. Auch die Übernahme von DocMorris durch Celesio ist vor dem Hintergrund der erwarteten Liberalisierung zu sehen.

In diesem Umfeld suchen immer mehr Apotheker ihr Heil in Marketingkooperationen. Diese können unabhängig (so z. B. Parmapharm) oder vom Großhandel initiiert sein. Auch hier existieren Modelle, bei denen sich die Apotheker am Großhändler beteiligen (so ist beispielsweise die Kooperation Vivesco eine 100-prozentige Tochter der Anzag, bei der die Apotheker stille Gesellschafter werden). Rund die Hälfte der über 20 000 Apotheken in Deutschland, so schätzt man beim Bundesverband der deutschen Apotheker, gehören bereits einem Zusammenschluss an. Die Zusammenschlüsse bieten ein Bündel von Einkaufs-, Marketing- und Weiterbildungsvorteilen. Speziell für kleinere, als Familienunternehmen geführte Großhändler sind die Kooperationen zum wichtigen Instrument geworden, um die Kundenbindung zu erhöhen und im Wettbewerb zu bestehen.

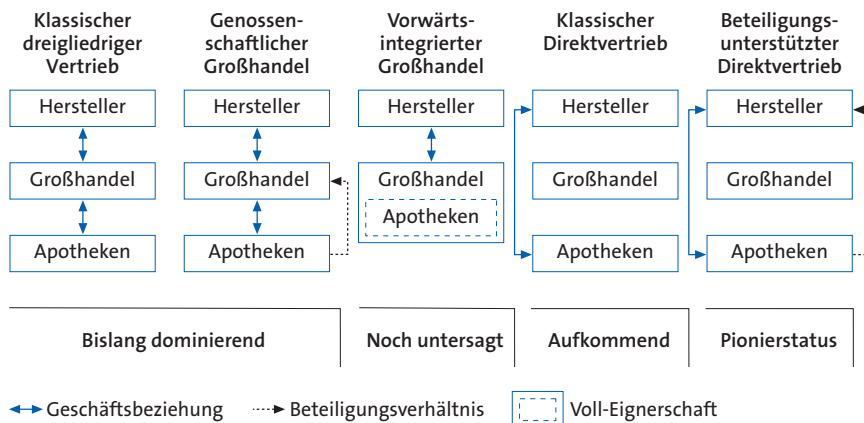
Auswirkungen der Gesundheitsreform 2007

Durch das im April d. J. in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist auch der Arzneimittelbereich erneut Ziel von Eingriffen geworden. Einen Überblick über einige der wichtigsten Änderungen vermittelt die Abbildung auf S. 57.

Keine gravierenden Änderungen für die Apotheken. Künftig bleibt es (vorerst) bei einheitlichen Apothekenabgabepreisen für rezeptpflichtige Fertigarzneimittel (nicht rezeptpflichtige Arzneimittel sind und bleiben ohnehin von der Preisbindung ausgenommen). Den Apotheken wird zwar ein höherer Zwangsrabatt aufgebürdet, aber sonst ändert sich für sie wenig.

Zu beachten hat der Apotheker allerdings künftig eine Einschränkung der Aut-idem-Regelung im Falle bestehender Rabattverträge zwischen Kasse und Hersteller: Hat eine Krankenkasse mit einem Hersteller einen Preisnachlass für ein Arzneimittel vereinbart (dies ist seit 2004 möglich) und wird zulasten dieser Kasse der betreffende Wirkstoff ohne Angabe des Arzneimittels verordnet, so hat der Apotheker das Arzneimittel auszuhandigen, für das die Vereinbarung besteht. Besteht keine Vereinbarung, bleibt es bei der im Übrigen fortbestehenden Aut-idem-Regelung. Auch hier ist der Apotheker nur ausführendes Organ – er sieht sich allerdings angesichts der Fülle der Rabattverträge einem erheblichen Abwicklungsaufwand ausgesetzt.

Wandel der Vertriebsformen im Arzneimittelbereich



Quelle: IKB



Rabattverträge bringen den Generikamarkt in Bewegung.

Für die Arzneimittelhersteller ist die zuletzt beschriebene Regelung hingegen vor dem Hintergrund des kollektiven Auftretens von Kassen als „Einkaufsgemeinschaft“ – so etwa zu beobachten bei den 16 Ortskrankenkassen, die zu Jahresbeginn mit elf Herstellern umfangreiche Rabattverträge aushandelten – brisant, da diese einen Großteil der Nachfragemacht der Versicherer in Deutschland hinter sich scharen. Da die Hersteller für aufwendig entwickelte, noch unter Patentschutz stehende Arzneimittel nur begrenzt zu Rabattzugeständnissen bereit sein werden, dürften Rabattvereinbarungen vorrangig im Generikabereich relevant werden, wo Hersteller, die im deutschen Markt bislang keine größere Marktstellung innehatten, die Rabattvereinbarungen als Gelegenheit betrachten, Marktanteilsgewinne zu erzielen. Unter ihnen finden sich nicht nur kleinere mittelständische Unternehmen, sondern auch international führende Unternehmen wie Teva. Zwar soll künftig das Verhalten der Kassen bei Rabattverträgen den Bestimmungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen unterliegen, in praxi muss sich aber noch zeigen, wie wirksam dieser Schutz ist.

Kosten/Nutzen-Bewertung patentgeschützter Arzneimittel – Abschied von der unbeschränkten Erstattungs-fähigkeit.

Ein wesentlicher Baustein der Reform ist die Kosten/Nutzen-Bewertung von „erstmalig verordnungsfähigen Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen sowie für andere Arzneimittel, die von Bedeutung sind“. Eine entsprechende Bewertung durch das IQWiG zielt auf die Festlegung eines Erstattungshöchstbetrages ab und erfolgt somit generell nicht für patentfreie im Markt befindliche Arzneimittel, für die bereits ein Festbetrag festgelegt ist.

Wesentliche Maßnahmen der Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) im Arzneimittelbereich

- ➔ Erhöhung des Apotheken-Zwangsrabatts (§ 130 SGBV) von 2 auf 2,30 Euro je Rezept. Darüber hinaus Verpflichtung des Apothekers zu vorrangiger Berücksichtigung von Präparaten, für die Rabattverträge zwischen Kasse und Hersteller (§ 130a VIII SGBV) bestehen.
- ➔ Verbot der Übermittlung von Verordnungsdaten sowie regional differenzierten Marktdaten gegenüber dem Arzneimittelhersteller durch Ärzte, Apotheken, Großhändler, Dienstleister (§ 305a SGB V n.F.).
- ➔ Übergang von einer reinen Nutzenbewertung zu einer Kosten/Nutzen-Bewertung (Änderung der §§ 31 und 35b SGBV). Bestimmung von Höchstbeträgen für die Kostenübernahme bestimmter Arzneimittel.
- ➔ Vier-Augen-Prinzip: Bei der Verordnung innovativer, teurer Arzneimittel muss künftig unter Umständen eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt werden (neu eingefügter § 73d SGBV).

Quelle: Bundesgesundheitsministerium



Nicht durch die Kosten/Nutzen-Bewertung angetastet wird der *grundsätzliche* Anspruch eines Versicherten der GKV auf eine Versorgung mit innovativen Arzneimitteln. Durch die Neuregelung soll lediglich erreicht werden, dass die zusätzliche Kostenbelastung für die GKV in einem angemessenen Verhältnis zu dem medizinischen Zusatznutzen dieser Arzneimittel steht.

Ein Höchstbetrag darf nicht festgelegt werden, wenn die Kosteneffektivität des Arzneimittels erwiesen ist oder falls eine zweckmäßige Therapiealternative fehlt. Damit ist klargestellt, dass weder für Orphan Drugs (Arzneimittel zur Behandlung seltener Leiden) noch für sämtliche anderen neuen Therapien Höchstbetrag gebildet werden können. Die Kosten/Nutzen-Bewertung kann auch nicht (wie ursprünglich von forschenden Arzneimittelherstellern befürchtet) zu einer vierten Hürde für den Marktzutritt werden (nach der Prüfung von Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität im Rahmen des Zulassungsverfahrens), nachdem klargestellt wurde, dass die Erstattungsfähigkeit dem Grunde nach nicht zurückgestellt werden darf, bis eine

Kosten/Nutzen-Bewertung vorliegt. Letztere kann erst erstellt werden, wenn hinreichende Erkenntnisse über die Wirksamkeit des Arzneimittels nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin vorliegen, was üblicherweise erst nach drei bis fünf Jahren der Arzneimittelanwendung der Fall ist. Die Bewertung muss auf der Grundlage internationaler Standards erfolgen, wobei das Institut eine hohe Verfahrenstransparenz zu gewährleisten hat und die Arzneimittelhersteller angemessen einbezogen werden müssen.

Trotz dieser Einschränkungen und Zugeständnisse an die pharmazeutische Industrie – die Kosten/Nutzen-Bewertung stellt einen bedeutenden Einschnitt in die Erstattungsfähigkeit innovativer Arzneimittel dar. War bislang eine Einschränkung der Erstattung nur bei zweifelhaftem therapeutischem Zusatznutzen möglich, so wird eine Einschränkung künftig auch bei unzweifelhaftem Zusatznutzen, jedoch gegenüber alternativen Therapien höheren Behandlungskosten möglich. In Großbritannien ist die Kosten/Nutzen-Bewertung bereits heute Standard, in Deutschland wird

sie vorerst vor allem in der Form einer ergänzenden Kostenbewertung nach bereits erfolgter Nutzenbewertung Bedeutung erlangen. Mittelfristig werden unseres Erachtens die Fälle völlig unbeschränkter Erstattung aber deutlich rarer werden. Zudem ist die verstärkte Mitwirkung der Hersteller an der Kosten/Nutzen-Bewertung aus deren Sicht zwar grundsätzlich zu begrüßen, allerdings auch mit erheblichen zusätzlichen Kosten verbunden.

Ärztliche Zweitmeinung – keine ernste Bedrohung für Biopharmazeutika. Eine weitere Neuerung, die Notwendigkeit eines ärztlichen Zweitgutachtens im Falle der Verordnung von Arzneimitteln mit besonders hohen Jahrestherapiekosten oder „über das übliche Maß hinausgehenden Risiken für den Patienten“, zielt klar auf die besonders teuren Biopharmazeutika. Beispielsweise betragen die Jahrestherapiekosten von Immunsuppressiva bei Multipler Sklerose das Zehnfache im Vergleich zu chemisch definierten Arzneimitteln; entsprechende Kostenrelationen können das 20-Fache in der Brustkrebsbehandlung und mehr als das

100-Fache bei der rheumatoiden Arthritis erreichen. Ein „Arzt für besondere Arzneimittel-Therapie“ soll künftig ein Zweitgutachten stellen, sofern der Gemeinsame Bundesausschuss dies als erforderlich festlegt. Ärzte des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung dürfen nicht zu Zweitbegutachtern bestellt werden, damit sie nicht mit dem Sparinteresse der Kassen in Konflikt geraten.

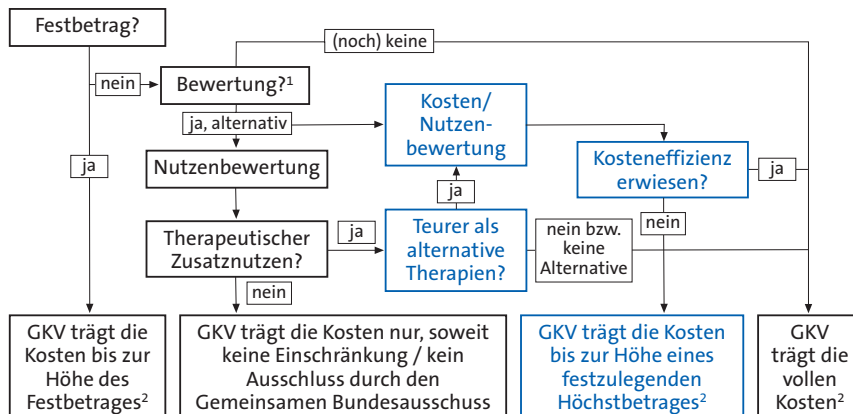
Ob indes nennenswerte Einsparungen realisiert werden können, ist fraglich, denn die Verordnung von Biopharmazeutika erfolgt praktisch ausschließlich durch Fachärzte mit spezieller Ausbildung und überwiegend bei Patienten mit schwerem Krankheitsbild. Häufig kennt der verordnende Arzt den Krankheitsverlauf sehr gut, und die Wahrscheinlichkeit eines Dissens unter Fachleuten ist gering. So dürfte es im Falle der Notwendigkeit einer ärztlichen Zweitmeinung weder zu einer signifikanten Beeinträchtigung der Patientenversorgung kommen noch zu deutlichen Umsatzrückgängen der Hersteller. Höhere Bürokratiekosten sind allerdings gewiss.

Verbot der Übermittlung von Verordnungszahlen – indirekte Förderung des Direktvertriebs. Die Gesundheitsreform 2007 schränkt ferner die Zulässigkeit der Übermittlung und Auswertung regionaler Verordnungsdaten deutlich ein. Durch die Regelung soll verhindert werden, dass Arzneimittelhersteller das Ordnungsverhalten einzelner Ärzte überprüfen und darauf Einfluss nehmen können. Die Einschränkungen sind so bemessen, dass die Datengrundlagen nicht ausreichen, um Prämiensysteme für Pharmaberater zu entwickeln, durch die eine gezielte Förderung von Verordnungen bei einzelnen Ärzten belohnt wird.

Tatsächlich aber nutzen differenzierte Arzneimittelverordnungsdaten, die nicht nur der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen zugänglich sind, dem Wettbewerb und tragen damit zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung bei. Die nun festgelegte Rasterung ist so grob gewählt, dass den Arzneimittelherstellern die Grundlage für eine effiziente Vertriebssteuerung weitgehend entzogen wird. Da die Regelung sich auch auf die vom Großhandel gelieferten Daten erstrecken soll, ist auch der Großhandel signifikant betroffen, weil die Arzneimittelhersteller quasi gezwungen werden, ihn als Handelsstufe zu umgehen, um durch Direktverkauf an Apotheken eigene Daten zu erheben. Die Hersteller erhalten hierdurch Zugriff auf Daten einzelner Apotheken, die auch Rückschlüsse auf das Ordnungsverhalten der Ärzte im Umfeld der jeweiligen Apotheke zulassen. Der angepeilte Nutzen wird durch diesen Effekt verfehlt.

Erstattungsfähigkeit von Fertigarzneimitteln

(Blau: Änderungen durch das GKV-WSG)



¹Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des Nutzens oder des Kosten/Nutzen-Verhältnisses von Arzneimitteln beauftragen

²jeweils abzüglich Patientenzahlung und Rabatten

Fazit

Der Gesundheitssektor wird in den kommenden Jahren zu den wachstumsstärksten Bereichen unserer Wirtschaft zählen. Träger des Wachstums sind vor allem die demographische Entwicklung und die überaus starke Innovationsdynamik in der Pharmaindustrie und der Medizintechnik. Hinzu kommt das wachsende Gesundheitsbewusstsein in weiten Teilen der Bevölkerung – in Verbindung mit der zunehmenden Bereitschaft, die Ausgaben für Gesundheitsleistungen, gegebenenfalls zulasten anderer Konsumzwecke, auszuweiten.

Alle Branchen des Gesundheitswesens (und auch Zulieferer und Dienstleister aus anderen Wirtschaftsbereichen) werden an dem starken Wachstum partizipieren, allerdings einhergehend mit einem nachhaltigen Wandel in den Angebotsstrukturen. Denn der rasante technologische Fortschritt und der kräftig zunehmende Bedarf an Gesundheitsleistungen stoßen ständig an finanzielle Grenzen, die durch regulierende Eingriffe der staatlichen Gesundheitspolitik immer wieder neu definiert werden. Dies führt in den einzelnen Sektoren zu einem wachsenden Effizienzdruck, der wiederum erhebliche Konsolidierungsprozesse auslöst und die Schaffung gänzlich neuer Angebotsformen initiiert. Dabei werden bislang recht starre Grenzen zwischen den Sektoren zunehmend aufgebrochen; ein sektorübergreifendes Zusammenwirken (etwa zwischen Arzt und Krankenhaus, Reha und Pflege, Apotheken und Arzneimittelhersteller) gewinnt mehr und mehr an Bedeutung.

Eine solche Entwicklung, die bereits heute eine gewisse Eigendynamik erkennen lässt, ist letztlich die Voraussetzung dafür, dass leistungsfähige Unternehmen die zukünftigen Marktchancen im Gesundheitswesen tatsächlich nutzen können – und damit gleichzeitig auch für die Patienten eine optimale Bedarfsdeckung sicherstellen.

Ambulante Versorgung. Krankenhaus. Reha. Pflege. Vor allem im ambulanten und stationären Bereich werden die Sektorgrenzen zunehmend verschwimmen. Eine inhaltliche und konzeptionelle Verknüpfung dieser Sektoren wird daher zwingend notwendig sein und kündigt sich bereits in vielfältigen innovativen Aktivitäten und Strategieentscheidungen der hier tätigen Unternehmen an. Zu beobachten ist dieser Trend z.B. auch an Kooperationen zwischen Krankenhausbetreibern, IT-Unternehmen, Facility-Managementfirmen, Baukonzernen und Unternehmen der Medizintechnik.

Allein die demographische Entwicklung wird unseres Erachtens die gesamte Branche in einem Fünfjahreshorizont real um mindestens 2 % p.a. wachsen lassen. Der Fokus wird dabei verstärkt auf der gezielten Behandlung multipler geriatrischer Krankheitsbilder liegen. Darüber hinaus werden die Themen Prävention und Gesunderhaltung – auch vor dem Hintergrund der verlängerten Lebensarbeitszeit – in den Vordergrund rücken.

Medizintechnik. Die deutsche Medizintechnik sieht in den kommenden Jahren einem weiterhin dynamischen Wachstum entgegen – eine Umsatzverdoppelung innerhalb der nächsten zehn Jahre wird erwartet. Dieses Wachstum wird auch mittelfristig durch die ausländische Nachfrage dominiert sein.

Dank der hohen Innovationskraft und Reputation besitzt die Branche heute die notwendige treibende Kraft, ihre Position im internationalen Wettbewerb noch weiter auszubauen.

Trotz des hohen Kostendrucks besteht aber für den Sektor auch im Inland die Chance zu größerem Wachstum, wird das Potenzial neuer innovativer Medizintechnik von allen Beteiligten des deutschen Gesundheitswesens als direkter Motor zum Gesundheitserhalt und damit auch als Werkzeug zur Vermeidung einer zukünftigen Kostenexplosion erkannt.

Arzneimittelbereich. Der deutsche Arzneimittelmarkt ist und bleibt schon infolge seiner Größe ein bedeutsamer Markt – auch im internationalen Kontext. Er wird auch künftig nachhaltig wachsen, getrieben von der Zunahme alters- und ernährungsbedingter Krankheiten sowie von der Anwendung biotechnologischer Verfahren in der Entwicklung neuer Arzneimittel und Diagnostika. Allerdings werden auch Eingriffe des Gesetzgebers das Wachstum bremsen. Sie leisten einer Internationalisierungsbewegung Vorschub, durch die sich die Marktakteure – Hersteller wie Großhändler – gegenüber den negativen Folgen der Spar-

bemühungen zu immunisieren versuchen. Die erwartete Liberalisierung des Apothekenmarktes lässt neue Modelle der Beteiligung und Kooperation zwischen den Akteuren der verschiedenen Marktebenen entstehen, durch die sie sich auf den verschärften Wettbewerb einstellen.

Da die Entwicklung von Arzneimitteln immer kostspieliger und riskanter wird, gewinnen Entwicklungskooperationen, Ein- und Auslizenzierungen für die Hersteller an Bedeutung. Einige fokussieren sich ganz auf die Forschung; andere versuchen, durch eigene Generika-Aktivitäten die Vermarktung ihrer chemischen Wirkstoffe über den Patentablauf hinaus zu verlängern. Der durch gesetzgeberische Eingriffe erzeugte Preisdruck lässt die Bedeutung von Größenvorteilen gerade im Generikabereich zunehmen und heizt dort die Konsolidierung an. Erst auf längere Sicht wird die sinkende Bedeutung chemischer Wirkstoffe dem klassischen Generikageschäft ein Stück weit den Wind aus den Segeln nehmen, sodass auch hier vorerst stabile Marktaussichten bestehen.

Abkürzungsübersicht

AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EuGH	Europäischer Gerichtshof
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PKV	Private Krankenversicherung

Bildnachweis

AOK-Bundesverband
Seiten 10, 23, 30

corbis
Seiten 6 und 9

Curanum AG
Seite 33

gettyimages
Titelseite
Seiten 3, 4, 8, 18, 20, 26, 34, 41 und 51

Hexal
Seite 27

Leuleu/mediacolors
Seite 15

Spectaris
Seite 38

Verantwortlich für den Inhalt

IKB Deutsche Industriebank AG
Bereich Volkswirtschaft
Wilhelm-Bötzkes-Straße 1
40474 Düsseldorf
www.ikb.de

Prognos AG
Geschäftsfeld für Gesundheit und Soziales
Aeschenplatz 7
4010 Basel · Schweiz
www.prognos.com

Autoren:

Dr. Uwe Berkermann, IKB
Medizintechnik

Johanna Eckert-Kömen, IKB
Krankenhäuser, Reha, ambulante Versorgung, Pflege

Andreas Heffels, IKB
Pharma, Pharmadistribution

Karin Kramer-Huber, Prognos AG
Markus Matuschke, Prognos AG
Michael Steiner, Prognos AG
Allgemeine Trends, Strukturen des Gesundheitssystems, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Redaktion:

Dr. Günter Kann
Petra Heidrich
Tel.: +49 (0)211 8221-4499; -4296
E-Mail: Guenter.Kann@ikb.de

Ansprechpartner bei der Prognos AG:
Michael Steiner
Tel.: + 41 613273302
E-Mail: Michael.Steiner@prognos.com

Gestaltung und Gesamtherstellung:
schmitzdruck&medien, Brüggen

1. Auflage Juni 2007

