



## Mediziner: Chancen durch neue Einnahmefelder

15. Januar 2008

Gesundheitssektor weiter im Aufwind. Von 1996 bis 2006 nahmen in Deutschland die Ausgaben für Gesundheitsleistungen von EUR 195 Mrd. auf EUR 248 Mrd. zu. Das Wachstum von insgesamt 27% war um 3%-Punkte stärker als die Zunahme des BIP. Die Entwicklung überproportional steigender Gesundheitsausgaben dürfte sich in den kommenden Jahren fortsetzen. Bis 2015 könnte ihr Anteil am BIP 12% erreichen (derzeit: knapp 11%).

Impulse dank demografischer Entwicklung. Wachstumstreiber der zunehmenden Gesundheitsausgaben ist die alternde Gesellschaft. Die Zahl der über 65-Jährigen wird von derzeit 16,3 auf 17,5 Mio. im Jahr 2015 steigen. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung kommt dann auf 21% gegenüber 20% 2006. Noch eindrucksvoller ist die Entwicklung bei den über 80-Jährigen. Bis 2015 könnte deren Zahl um fast ein Drittel auf knapp 5 Mio. zulegen. Demzufolge expandiert auch die Nachfrage nach Produkten und Dienstleistungen gegen altersbedingte Beschwerden. Unterstützt wird dieser Trend durch den medizinischen Fortschritt und das zunehmende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung.

Gesundheitspolitik ist Weichensteller. Im April 2007 trat das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft, das aber erst bis Anfang 2011 vollständig umgesetzt wird. Die Politik konnte sich nicht zu drastischen Reformen in Richtung Marktwirtschaft durchringen. Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung der Versicherten bleibt weiterhin bestehen. Es kam lediglich zu einem Einbau marktwirtschaftlicher Elemente in die bestehenden Strukturen. So können sich Patienten, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden, künftig verstärkt auch im Krankenhaus ambulant behandeln lassen.

Immer mehr Ärzte. In Zukunft dürfte die Zahl der niedergelassenen Ärzte weiter zunehmen – allerdings verlangsamt. Bis 2015 steigt deren Zahl um 0,3% auf 131.000 (2006/1992: + knapp 2% p.a.). Ein Grund für den lediglich moderaten Anstieg ist der Trend zu Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) dank niedrigerer Kosten und höherer Einnahmen pro Arzt.

www.  
dbresearch.de

### Autor

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

### Editor

Hans-Joachim Frank

### Publikationsassistentz

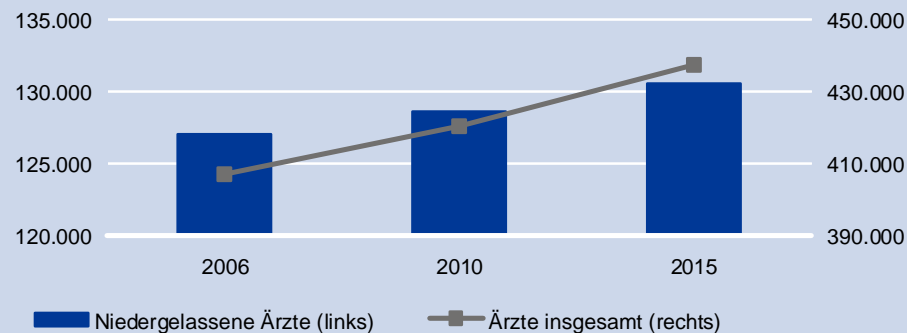
Sabine Berger

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

### DB Research Management

Norbert Walter

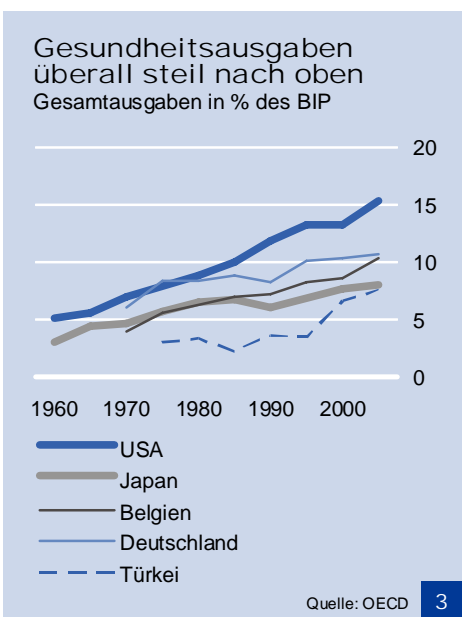
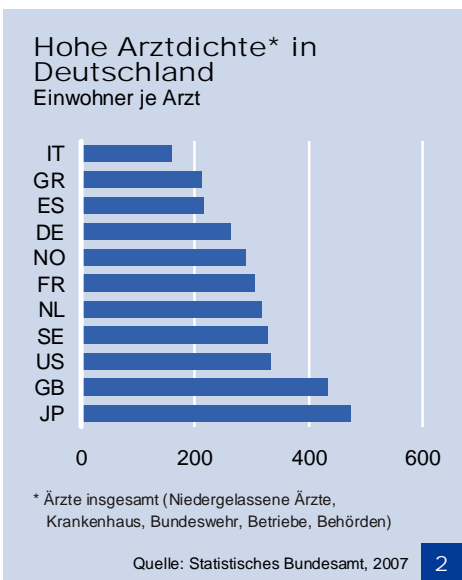
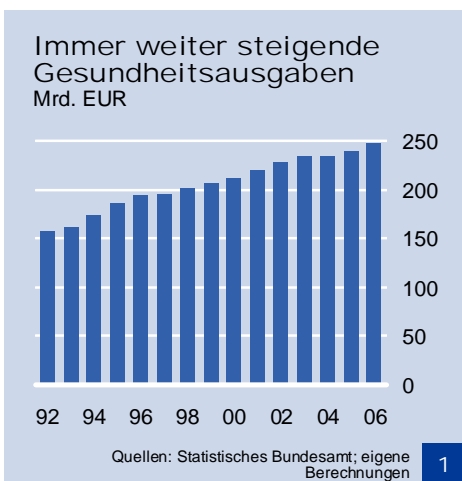
Zunehmende Zahl niedergelassener Ärzte in Deutschland



Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung, DB Research



## 1. Gesundheitswesen: größte Branche in Deutschland



Die Gesundheitssparte in Deutschland wurde immer mehr zum Zugpferd der Wirtschaft. Von 1996 bis 2006 stiegen die Ausgaben in diesem Bereich von EUR 195 Mrd. auf EUR 248 Mrd. Das Wachstum von insgesamt 27% war um 3%-Punkte stärker als die Zunahme des BIP. Die Branche ist schon seit längerem der größte Wirtschaftsbereich. Die Beschäftigtenzahl von 4,3 Mio. ist beispielsweise höher als die der Automobilindustrie und die der Elektroindustrie. Die Arztdichte ist in Deutschland mit 264 Einwohnern je Mediziner deutlich günstiger als in Frankreich (305), den Niederlanden (317) und Großbritannien (433).

In Deutschland kommen die Ausgaben für Gesundheit derzeit auf einen Anteil am BIP von knapp 11%. Damit belegen wir weltweit den vierten Platz hinter den USA (rd. 15%), der Schweiz (knapp 12%) und Frankreich (gut 11%). Auch in Zukunft wird der Gesundheitsmarkt deutlich wachsen. Treiber in den Industriestaaten sind die Alterung der Bevölkerung, der medizinische Fortschritt und das zunehmende Gesundheitsbewusstsein.

Dank des hohen fachlichen Standards der Mediziner und der Arztdichte ist die Qualität des Gesundheitswesens bei uns relativ hoch. Die Wartezeiten der Patienten für Operationen sind im internationalen Vergleich gering. Die beträchtlichen Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen stehen jedoch im Widerspruch zu einer nicht immer ausreichenden Effizienz. Dies bemängelt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

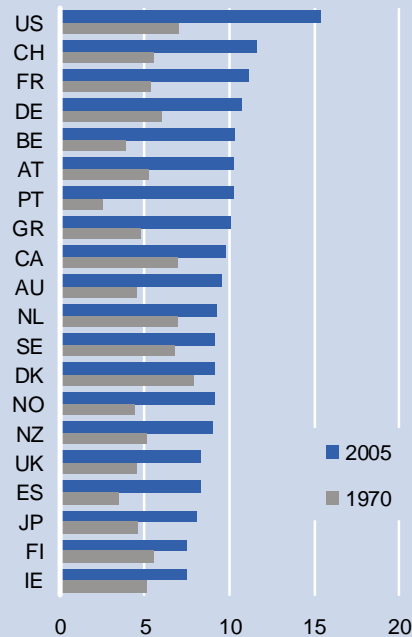
### Zahl der Ärzte und Zahnärzte von Jahr zu Jahr gestiegen

Von 1996 bis 2006 nahm die Zahl der niedergelassenen Ärzte um insgesamt knapp 13% auf 127.000 zu. Etwas ungünstiger war die Entwicklung bei den Zahnärzten. Ihre Zahl stieg im entsprechenden Zeitraum um 11% auf rd. 56.000. Da das Honorarvolumen seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung „gedeckt“ war, bedeutete dies automatisch sinkende Einnahmen pro niedergelassenem Arzt. In den Ballungsgebieten (vor allem in den Großstädten) entstand inzwischen eine kostspielige Überversorgung. Demgegenüber wurden in ländlichen Regionen – hauptsächlich in Ostdeutschland – Praxen geschlossen. Aufgrund der geringeren wirtschaftlichen Attraktivität konnten hier keine Nachfolger gefunden werden. Die Fahrten zum Arzt werden immer länger. Bei Hausarztbesuchen könnten es schon bald bis zu 30 km sein und bei Facharztbesuchen 50 km. Eine Rolle spielt auch, dass die Verdienste der Ärzte in Ostdeutschland rund ein Fünftel unter dem Niveau in Westdeutschland liegen. Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte (zur Behandlung von sozialversicherten Patienten zugelassene und ermächtigte Ärzte) kommt 2006 auf 51,2 Jahre gegenüber 48,7 vor zehn Jahren.

### Große Unterschiede in den einzelnen Bundesländern

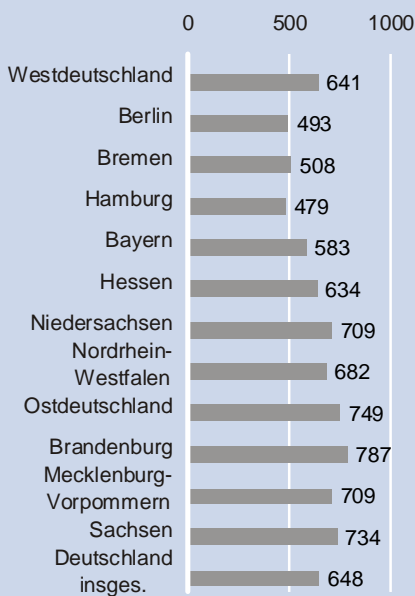
Es ist daher nicht überraschend, dass die Zuwachsraten der niedergelassenen Ärzte in West- und Ostdeutschland sehr unterschiedlich sind. In den alten Bundesländern expandierte die Zahl der Niederlassungen (ohne Berlin) zwischen 1996 und 2006 um insgesamt 15%. Besonders hoch war die Zunahme in Hamburg, Bayern, Nie-

US und CH geben am meisten für Gesundheit aus  
Gesamtausgaben in % des BIP



Quellen: OECD, WHO **4**

Ärztedichte nach Bundesländern unterschiedlich\*  
2006



\*) Einwohner je niedergelassenem Arzt

Quellen: Statistisches Bundesamt, BÄK **5**

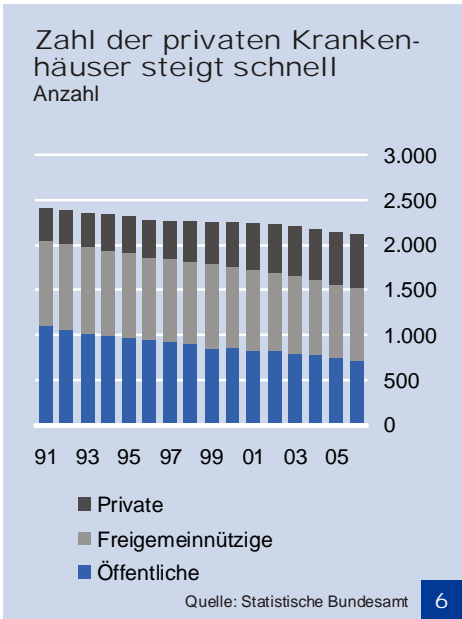
dersachen und Nordrhein-Westfalen. Demgegenüber nahm die Zahl der Niederlassungen in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) nur um 2% zu. Die höchsten Wachstumsraten erreichten hier Brandenburg und Sachsen, während die Zahl der Niederlassungen in Sachsen-Anhalt sogar leicht zurückging. In Berlin machten sich im entsprechenden Zeitraum 13% mehr Humanmediziner selbständig.

Die Arztdichte ist in den alten Bundesländern mit 640 Einwohnern je niedergelassenem Arzt (nicht je Mediziner insgesamt) höher als in Ostdeutschland. Mit einem Wert von 500 erreicht sie in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen ein überdurchschnittliches Niveau. In München und Frankfurt am Main liegt der entsprechende Wert sogar noch merklich höher, in den Flächenstaaten dagegen niedriger. Die geringste Zahl im Westen weisen Niedersachsen und Rheinland-Pfalz mit ca. 700 Einwohnern je niedergelassenem Arzt auf. In den neuen Bundesländern kommen auf einen niedergelassenen Arzt 750 Einwohner. Besonders niedrig fällt die Arztdichte in Brandenburg – trotz der überdurchschnittlichen Zunahme der niedergelassenen Ärzte im Vergleich zu Ostdeutschland insgesamt – mit 800 aus; die niedrige Dichte gilt auch für Sachsen-Anhalt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Einkommen ostdeutscher Haushalte zuletzt um knapp 17% niedriger waren als in Westdeutschland. Dies dürfte eine geringere Zahl von Privatpatienten zur Folge haben, was die Bereitschaft für eine Niederlassung bremst. Zudem kommen in Ostdeutschland auf einen Quadratkilometer nur 156 Einwohner, während es in Westdeutschland 264 sind. Nicht zuletzt war schon in der ehemaligen DDR – vor allem in ländlichen Regionen – die Zahl der Ärzte, bezogen auf die Bevölkerung, deutlich niedriger als in den alten Bundesländern. In Regionen, die durch eine geringe Siedlungsdichte und gleichzeitig durch niedrige Kaufkraft charakterisiert sind, kann ein Ärztemangel gegeben sein – obwohl in Deutschland insgesamt eine Überversorgung vorherrscht.

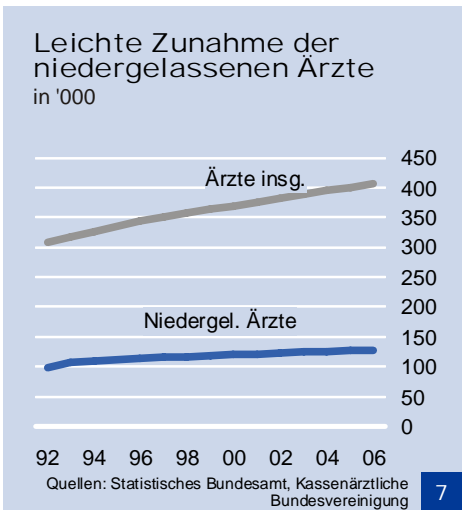
### Fachärztliche Versorgung nahm zu

In den letzten zehn Jahren haben sich in der ärztlichen Versorgung die Anteile zwischen Haus- und Fachärzten merklich verschoben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hält eine Relation Hausärzte zu Fachärzten von 60:40 für optimal. Dieses Verhältnis bestand im Jahr 1991 und hat sich in den folgenden Jahren zu Lasten der hausärztlichen Versorgung verschoben. Während die Hausärzte 1996 noch einen Anteil an der ambulanten Versorgung von 55% erreichten, sank er bis 2006 auf 49%. Dementsprechend hat die fachärztliche Versorgung Anteile gewonnen. Gründe dafür sind die besseren Einkommensmöglichkeiten von Fachärzten.

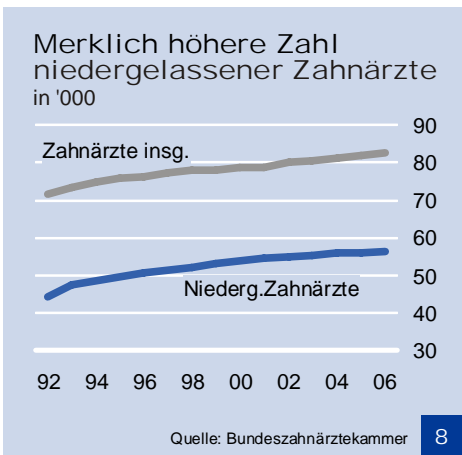
Die mit Abstand höchste Zuwachsrate unter den Vertragsärzten erreichten mit gut 6% die Anästhesisten. Aufgrund des technischen Fortschritts in der Medizintechnik können heute deutlich mehr Operationen ambulant durchgeführt werden als noch vor zehn Jahren. Diese Entwicklung veranlasste zahlreiche Krankenhausärzte, sich selbständig zu machen. Von diesem Trend profitierten auch die Chirurgen, deren Zahl etwas stärker zunahm als die der Vertragsärzte insgesamt. Eine hohe Zuwachsrate verzeichneten auch die Internisten, u.a. weil sich die Zahl der Diabetiker innerhalb von zehn Jahren auf etwa 8 Mio. verdoppelte und viele Patienten zudem mit erheblichen Nebenwirkungen zu kämpfen haben (z.B. Herzerkrankungen oder Nierenschäden). Auch die Zahl der Radiologen nahm spürbar zu. Maßgeblich dafür ist ein verstärktes Vorsorgeverhalten in der Bevölkerung, weil sich mit neuen Diagnoseverfahren Krankheiten



6



7



8

frühzeitig erkennen lassen und damit die Heilungschancen erhöht werden.

Demgegenüber stagnierte bei Kinderärzten die Zahl der Praxisneugründungen aufgrund der geringeren Geburtenzahl; dies bremste auch die Zuwachsrate bei den Frauenärzten. Unterdurchschnittlich war auch der Anstieg bei den Augen- und HNO-Ärzten, weil in diesen Bereichen die Kosten für eine Praxisneugründung (in Westdeutschland) um rd. EUR 90.000 bzw. EUR 60.000 über dem Durchschnitt aller Fachbereiche lagen (knapp EUR 120.000).

### Zahl der Krankenhausärzte gestiegen

Von den 311.000 in Deutschland berufstätigen Ärzten waren 2006 134.000 oder 43% im stationären Bereich tätig (ohne Belegärzte und Ärzte im Praktikum), davon knapp ein Zehntel als leitende Ärzte. Trotz der 2006 gegenüber 1996 um 165 niedrigeren Zahl der Krankenhäuser (Schließungen und Zusammenlegungen) stieg die Zahl der Ärzte um jahresdurchschnittlich 2,5%. Ein Grund für die zunehmende Zahl von Ärzten in Krankenhäusern war ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs von 2004. Danach müssen ärztliche Bereitschaftszeiten in Krankenhäusern in vollem Umfang auf die gesamte Arbeitszeit angerechnet werden.

### Zusätzliche Einnahmen dank privater Zahlungen

Viele Kassenärzte sind derzeit bemüht, ihre Einnahmen über privatwirtschaftliche Leistungen zu verbessern. Die Behandlung eines Privatpatienten bringt einen mehrfach höheren Umsatz als bei Abrechnungen mit der GKV. Im Bereich der Zahnmedizin sind private Behandlungen noch stärker ausgeprägt als bei den Humanmedizinern. Die Zahnärzte in Westdeutschland rechnen derzeit schon rund die Hälfte privat ab; in Ostdeutschland ist es gut ein Drittel.

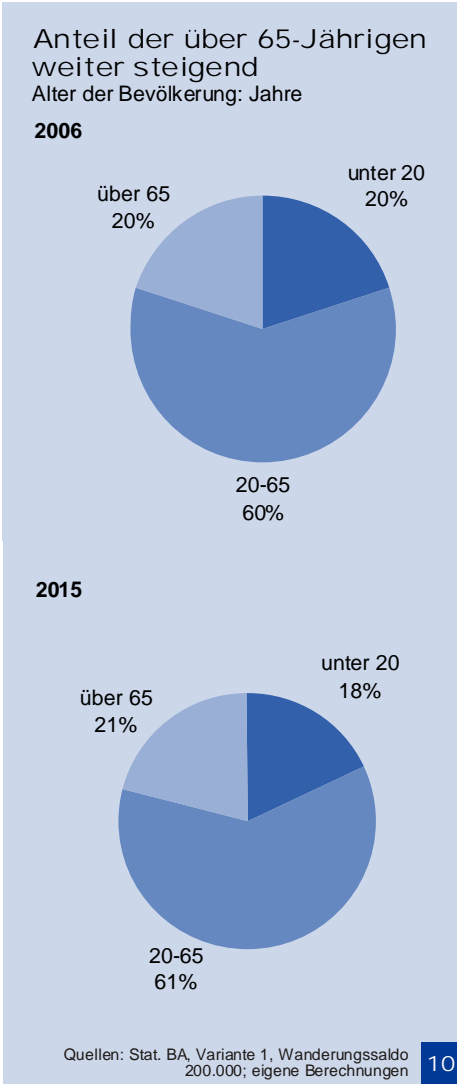
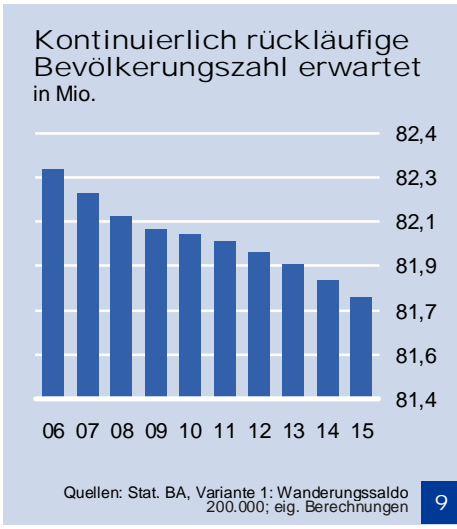
Die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sind eine Möglichkeit, die Ertragsituation der Ärzte zu verbessern. Sie kommen zwar grundsätzlich der persönlichen Gesundheit zugute, werden aber von den Gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt; diese erachten sie nicht als notwendig. Zu den insgesamt etwa 300 IGeL gehören auch alternative Heilverfahren (z.B. Akupunktur, Hypnose, medizinisch-kosmetische Behandlungen). Besonders privatärztlich orientierte Praxen erzielen derzeit mit diesen Leistungen schon bis zu einem Viertel ihres Umsatzes.<sup>1</sup>

Die Zahl der Privatärzte hat sich in den letzten Jahren weiter erhöht. Ihr Anteil an den niedergelassenen Ärzten insgesamt stieg bis 2006 auf rd. 6%. Vor zehn Jahren lag diese Quote erst bei knapp 2%. Ein Grund für die merkliche Zunahme der Privatpraxen liegt darin, dass viele Ärzte nach Ausscheiden als Kassenarzt ab dem 68. Lebensjahr weiter arbeiten und ausschließlich Privatpatienten behandeln.

Inzwischen ist in vielen kassenärztlichen Planungsbezirken eine Niederlassung als (Kassen-)Arzt nicht mehr möglich, wenn die Relation Einwohner pro Arzt eine bestimmte Quote unterschreitet. Besonders in Berlin, Hamburg und Bremen sind die Möglichkeiten für eine Neugründung inzwischen sehr schlecht, da dort Anfang 2007 in nahezu allen Kassenbezirken die Kontingente erfüllt waren. Dem steht z.B. ein stärkerer Nachholbedarf bei Hausärzten in Bayern, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt gegenüber.

Die verschlechterte wirtschaftliche Lage der niedergelassenen Ärzte lässt sich u.a. aus dem seit Jahren in Westdeutschland gesunkenen

<sup>1</sup> Siehe Rebmann Research (2007). Managementhandbuch Ärzte.



ideellen Preis für die Übernahme einer bereits bestehenden Einzelpraxis ableiten. Er sank von EUR 89.000 im Zeitraum 2001/2002 auf EUR 79.000 in 2005/2006 (-11%). Für Ärzte ist grundsätzlich die Übernahme einer bestehenden Praxis bzw. der Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis einer Neugründung vorzuziehen. Bei einer Neugründung liegt das Aufgaberrisiko innerhalb von drei Jahren bei über 50%,<sup>2</sup> da jeder Patient neu gewonnen und längerfristig gebunden werden muss. Generell ist das Insolvenzrisiko bei Zahnarztpraxen aufgrund des größeren Investitionsvolumens höher als bei Humanmedizinern. Das Investitionsvolumen für eine Arztpraxis liegt derzeit im Schnitt bei einer Übernahme oder Neugründung in etwa gleich hoch zwischen EUR 200.000 und 250.000 (bei Zahnärzten gut EUR 330.000<sup>3</sup>). Im Vergleich zu anderen freien Berufen ist das Insolvenzrisiko von Ärzten gering.

## 2. Perspektiven der Mediziner von demografischen Trends abhängig

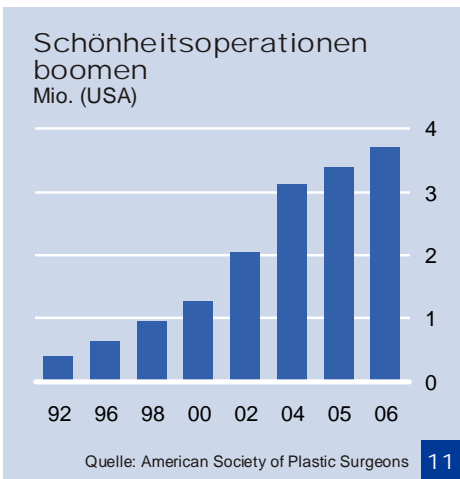
Die Zukunft des Arztberufs wird entscheidend von demografischen Trends bestimmt. Bevölkerungsprognosen beruhen auf Annahmen hinsichtlich Lebenserwartung, Zuwanderung aus dem Ausland und Geburtenhäufigkeit. Allerdings kommt man je nach Prämisse zu stark unterschiedlichen Ergebnissen. So hat das Statistische Bundesamt Ende 2006 in seiner elften Bevölkerungsvorausberechnung bis 2050 fünfzehn Szenarien vorgelegt, die sich um mehrere Millionen Menschen unterscheiden.<sup>4</sup>

### Mittelfristig zwar rückläufige Bevölkerungszahl erwartet ...

Die Bevölkerungs-Prognose von DB Research basiert auf der mittleren Variante dieser Schätzungen. Hierbei wird bis 2015 eine Nettozuwanderung aus dem Ausland von 200.000 pro Jahr, eine Lebenserwartung bei Geburt von 83,5 Jahren bei Männern und 88,0 Jahren bei Frauen und eine Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern pro Frau unterstellt. Die Geburtenhäufigkeit ist in Deutschland seit Jahren erheblich zu niedrig, um die Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung auf dem derzeitigen Niveau zu halten. Um die Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung zu stabilisieren, müsste die Geburtenhäufigkeit bei rd. 2,1 Kind je Frau liegen. Familienpolitische Maßnahmen – wie sie vor kurzem getroffen wurden – dürften aber kaum die Kraft besitzen, diese Entwicklung herbeizuführen. Dagegen hat sich die Lebenserwartung in Deutschland merklich erhöht. Sie beträgt bereits heute bei der weiblichen Bevölkerung 82 Jahre (männlich 77 Jahre; zum Vergleich 1950: rd. 69 bzw. 65 Jahre). Maßgeblich für diese Entwicklung ist der medizinische Fortschritt, das steigende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung sowie der Strukturwandel der Wirtschaft in Richtung weniger körperlich belastende und gefährliche Tätigkeiten.

Insgesamt dürfte die Bevölkerungszahl in Deutschland von derzeit 82,3 Mio. bis 2015 auf 81,8 Mio. zurückgehen. Bis 2050 wird bei dieser Variante sogar nur mit ca. 74 Mio. Einwohnern gerechnet. Gegenüber unserer letzten Prognose hat sich die Erwartung rück-

<sup>2</sup> Ebenda.  
<sup>3</sup> Siehe Rebmann Research (2007). Managementhandbuch Zahnärzte.  
<sup>4</sup> Siehe Statistisches Bundesamt (2006). Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Übersicht der Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Varianten und zusätzliche Modellrechnungen. Wiesbaden.



läufiger Bevölkerungszahlen bestätigt. Seit drei Jahren ist die Zahl in Deutschland zurückgegangen. Die hier unterstellte Nettozuwanderung von 200.000 Personen pro Jahr ist angesichts der aktuell deutlich geringeren Zuwanderungszahl sehr optimistisch. Aber für die medizinisch bedeutende Altersgruppe der über 65-Jährigen entscheidet weniger die Nettozuwanderung in der Zukunft als die Alterung der bereits heute lebenden Menschen.

**... aber Verschiebungen in der Altersstruktur begünstigen Gesundheitsberufe**

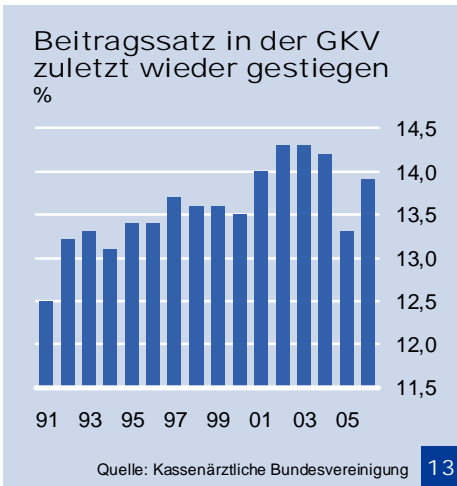
2006 waren von den gut 82 Mio. Einwohnern in Deutschland 16,3 Mio. oder knapp 20% über 65 Jahre alt. Bis 2015 dürfte nach unserer Prognose dieser Anteil auf 21% steigen – das wären 1,3 Mio. Menschen in dieser Alterskohorte mehr. Noch bemerkenswerter ist die Entwicklung bei den Hochbetagten, also den Einwohnern über 80 Jahre. Heute leben in Deutschland etwa 3,8 Mio. Menschen dieser Altersgruppe; 2015 dürften es 4,8 Mio. sein (+ knapp 30%). Der Alterungsprozess der Gesellschaft wirkt sich positiv auf die Gesundheitsberufe aus. Für den Gesundheitsmarkt bedeutet dies, dass in Zukunft verstärkt Produkte und Dienstleistungen gegen altersbedingte Erkrankungen nachgefragt werden. Beispielsweise gibt in Deutschland heute ein 70-Jähriger im Durchschnitt fünfmal so viel Geld für Medikamente aus wie ein 45-Jähriger.

Zwar fällt ein großer Teil der Gesundheitsausgaben in der letzten Lebensphase vor dem Tode eines Menschen an – unabhängig von der Lebenserwartung (z.B. so genannte Sterbekosten im letzten Lebensjahr).<sup>5</sup> Aber andere Gesundheitsausgaben bei chronisch Kranken (z.B. für Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankungen) entstehen nicht zuletzt als Folge des medizinischen Fortschritts auch in jüngeren Jahren und nehmen mit steigender Lebenserwartung zu. Dies gilt auch für Ausgaben im Rahmen der „personal care“, die infolge eines wachsenden Gesundheitsbewusstseins und dank höherer Einkommen an Bedeutung gewinnen. Daher dürften die Gesundheitsausgaben auch künftig deutlich schneller als das BIP zunehmen.

**Zunehmendes Gesundheitsbewusstsein bringt Impulse**

Die steigenden Ausgaben für gesundheitsnahe Leistungen in Deutschland zeigen, dass sowohl in der älteren als auch in der jüngeren Bevölkerung eine steigende Zahlungsbereitschaft für eine bessere Gesundheit und ein ansprechendes Aussehen gegeben ist. Eitelkeit wird immer mehr zum Impulsgeber. Was früher von den alten Menschen als unvermeidliche Alterserscheinung akzeptiert wurde, nehmen sie heute nicht mehr so ohne weiteres hin. Hier eröffnet sich ein riesiger Markt gegen altersbedingte körperliche Einschränkungen. Die Schönheitschirurgie hat sich in Deutschland inzwischen zu einem Milliardengeschäft entwickelt. So werden im Gesichtsbereich eine Vielzahl von operativen Eingriffen angeboten. Lifestyle-Drugs kurieren keine lebensbedrohlichen Krankheiten, sondern sollen in erster Linie Wohlbefinden und Aussehen der Konsumenten verbessern. Bis 2010 dürften Anti-Falten-Mittel, Fettreduzierer und Potenzmittel Wachstumsraten zwischen 10 und knapp

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

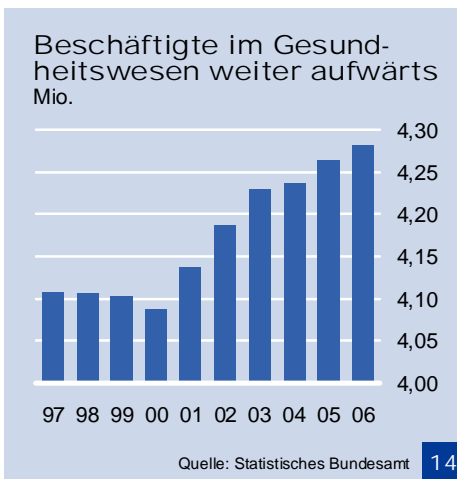


30% p.a. aufweisen.<sup>6</sup> Auch im Dentalbereich gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, Zähne besser aussehen zu lassen. Eine wachsende Zahl von Zahnärzten spezialisiert sich derzeit auf den lukrativen Sektor der ästhetischen Zahnkorrekturen (Bleaching, Zahnreinigung).

Angesichts des Fitness-Trends in der Gesellschaft richten sich die wellness- und gesundheitsnahen Branchen zusehends an den Bedürfnissen des Marktes aus und schaffen dabei eine Fülle neuer Produkte und Dienstleistungen. In den USA wurde Wellness schon vor 25 Jahren zum Motto einer Bewegung. Dabei handelt es sich um eine Strategie, die Gesundheit durch eigenmotiviertes Verhalten zu verbessern. Angesichts der günstigen Perspektiven rüstet auch die Hotellerie seit Jahren auf, denn Wellness, kombiniert mit medizinischen Angeboten, stößt auf großes Interesse der Kunden. Nach Angaben des Deutschen Wellness Verbandes (DWV) stieg der Umsatz in der Wellness-Branche in den letzten fünf Jahren um 5% p.a. auf EUR knapp 78 Mrd. Damit ist der Umsatz der Branche etwa doppelt so hoch wie der des gesamten deutschen Verlags- und Druckwesens. Auch in den kommenden Jahren dürfte sich im Wellness-Bereich der Trend expandierender Umsätze fortsetzen, weil immer neue Marktfelder erschlossen werden können.

Die Entwicklung der verfügbaren Einkommen und der Konsum von Arzneimitteln bzw. Dienstleistungen im Gesundheitsbereich sind eng miteinander verzahnt. Einerseits schafft der tendenziell zunehmende Wohlstand die Voraussetzungen für höhere Gesundheitsausgaben, andererseits führt Wohlstand aber auch zu einem höheren Krankheitsrisiko als Folge etwa von falscher Ernährung und Bewegungsmangel. Insgesamt dürften allmählich steigende Einkommen der Bevölkerung zum Wachstum der Gesundheitsausgaben beitragen.

### 3. Weitere Reformschritte im Gesundheitswesen



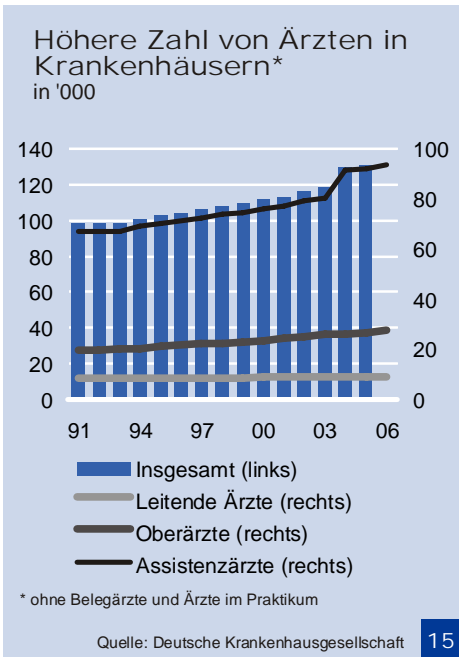
Im April 2007 trat das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft, das vor allem den steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung durch medizinischen Fortschritt und demografischen Wandel Rechnung tragen soll. Das Gesetz wird aber erst bis Anfang 2011 vollständig umgesetzt. Insgesamt gesehen konnte sich die Politik nicht zu drastischen Reformen in Richtung Marktwirtschaft durchringen.<sup>7</sup> Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung der Versicherten bleibt weiterhin bestehen. Es kam lediglich zu einem Einbau marktwirtschaftlicher Elemente in die bestehenden Strukturen. So können sich z.B. Patienten, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden, künftig verstärkt auch im Krankenhaus ambulant behandeln lassen.

Neu geschaffen wurde der Gesundheitsfonds, mit dem die Finanzierung der GKV grundlegend geändert wurde. In diesen „Topf“ fließen die Beiträge der Arbeitnehmer und -geber sowie Steuergelder.

Während die gesetzlichen Krankenkassen bisher die Höhe ihrer Beiträge selbst festsetzen konnten, sollen alle Mitglieder ab 2009 den gleichen Beitragssatz zahlen. Dieser wird jährlich vom Bun-

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

<sup>7</sup> Siehe Bräuninger, Dieter (2006). Gesundheitspolitik. Ohne Marktorientierung kein nachhaltiger Erfolg. Aktuelle Themen Nr. 348. April 2006. Frankfurt am Main.



desministerium für Gesundheit festgesetzt und orientiert sich an den Ausgaben der GKV. Der Beitragseinzug verbleibt auch weiterhin bei den Krankenkassen, die die Beiträge ab 2009 an den Gesundheitsfonds weiterleiten. Ab 2011 erhalten die Arbeitgeber die Option, sämtliche Beiträge nur noch an eine Kasse zu entrichten. Dadurch wird der Beitragseinzug vereinfacht und es ist zu erwarten, dass es zu einer Beschleunigung des Konzentrationsprozesses bei den Krankenkassen kommt.

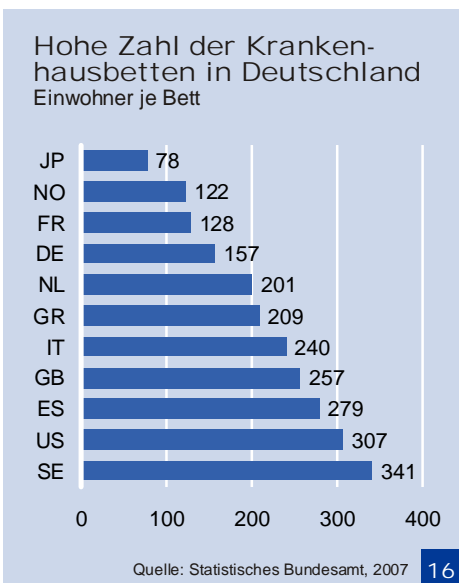
Neben diesen Einnahmen sieht das Gesetz eine umfangreiche Steuerfinanzierung vor. Der Zuschuss aus allgemeinen Steuermitteln lag im Jahr 2006 bei EUR 4,2 Mrd. und soll in den kommenden Jahren bis zu einem Höchstbetrag von EUR 14 Mrd. steigen. Aus diesem Fonds erhält jede Krankenkasse eine Zuweisung. Reichen die gesamten Einnahmen zur Ausgabendeckung der Kassen nicht aus, müssen diese einen Zusatzbeitrag erheben. Durch diese Regelung verlieren die Kassen aber weitestgehend ihre Finanzautonomie, da sich ihr finanzieller Spielraum lediglich auf eine mögliche Erhebung des (gesetzlich eng begrenzten) Zusatzbedarfs beschränkt. Eng verknüpft damit ist die Reform der Privaten Krankenversicherung, die ab 2009 einen Basistarif anbieten muss, dessen Leistungsumfang dem der GKV entspricht.

Sehr wahrscheinlich ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen auch künftig unter einem erheblichen Sparzwang stehen. Dementsprechend ist mit weiteren Einschnitten im Leistungskatalog der GKV zu rechnen. Diese Aussage deckt sich in etwa mit einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach von Ende 2007. Zwar wird die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens insgesamt überwiegend positiv bewertet (rd. 65% der Befragten), doch rechnen etwa 85% mit weiter steigenden Belastungen.

### Zunehmender Wettbewerb für Ärzte und Krankenhäuser

Neben die heutigen kollektiv-vertraglichen Regelungen zwischen den Krankenkassen(verbänden) und den Verbänden der Leistungserbringer treten mehr und mehr individuelle Verträge der Krankenkassen mit einzelnen Ärzten und Krankenhäusern oder Gruppen dieser Anbieter (integrierte Versorgung). Derzeit muss jede Krankenkasse für ihre Versicherten einen Hausarzttarif anbieten, der schon 2004 auf freiwilliger Basis eingeführt wurde, um die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Ärzten zu verbessern. Nach diesem System verpflichten sich die Patienten, in einem bestimmten Zeitraum immer erst zu ihrem Hausarzt zu gehen. Ambulante fachärztliche Leistungen erfolgen nur auf Überweisung des Hausarztes. Er ist von den Patienten autorisiert, Untersuchungsergebnisse an die Fachärzte weiterzuleiten. Dadurch werden aufwändige Doppeluntersuchungen vermieden, was die GKV entlastet.

Für die Patienten bedeutet dies zwar eine ausreichende Versorgung, doch wird die freie Arztwahl dadurch erheblich eingeschränkt. Anhand von individuellen Therapieplänen arbeiten Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser eng zusammen, um dadurch Kosten einzusparen. Zudem kann die Kasse für die Teilnahme an solchen Modellen ihren Versicherten einen Bonus gewähren – z.B. die Befreiung von der Praxisgebühr.



## 4. Auswirkungen auf Mediziner

Unsere aktuelle Prognose basiert auf der Reform des Gesundheitswesens von Anfang 2007 und bestätigt im Wesentlichen das Ergebnis der Veröffentlichung von Juni 2006.<sup>8</sup> Wir hatten damals angenommen, dass die Politik mehr marktwirtschaftliche Strukturen in das Gesundheitswesen einbaut und an einer stärkeren Eigenbeteiligung der Bürger an ihren Krankheitskosten kein Weg vorbeigeht. Zudem wurde ein schärferer Wettbewerb für Ärzte und Krankenhäuser unterstellt.

Nach unserer neuen Schätzung nimmt die Zahl der niedergelassenen Ärzte bis 2015 um 0,3% p.a. auf 131.000 zu, gegenüber knapp 2% p.a. im Zeitraum von 1992 bis 2006. Die Zahl der (niedergelassenen) Zahnärzte steigt von 2006 bis 2015 um insgesamt rd. 1.000 auf 57.200 (+0,2% p.a.). Demgegenüber wächst die Zahl der Humanmediziner insgesamt (einschließlich Ärzten in Krankenhäusern, Betrieben, Behörden und bei der Bundeswehr) bis 2015 um rd. 1% p.a. auf 437.000, zum Vergleich 1992 bis 2006: +2% p.a. Ein Grund für die vergleichsweise geringe Zunahme der Zahl niedergelassener Ärzte ist – neben der aktuell guten Versorgung in Deutschland insgesamt – die Tendenz zu Gemeinschaftspraxen und MVZ. Die Zahl der Gemeinschaftspraxen dürfte bis 2015 nach unserer Prognose um 3% p.a. und die der MVZ um knapp 10% p.a. zulegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Zuwachs bei den MVZ deshalb so hoch ist, weil diese Form erst seit 2004 möglich ist.

### Anästhesisten auch weiterhin gute Chancen

Bis 2015 dürfte die Zahl der niedergelassenen Ärzte insgesamt zwar um fast 3.500 höher sein als 2006, doch ist die Entwicklung in den einzelnen Fachzweigen sehr unterschiedlich. Eine überdurchschnittliche Zuwachsrate werden mit knapp 2% p.a. auch weiterhin die Anästhesisten aufweisen, weil der Trend zu ambulanten Operationen anhält. Auch die Zahl der Radiologen nimmt überdurchschnittlich zu (+ rd. 1% p.a.). Hier spielt eine wichtige Rolle, dass die Zahl der Krebskranken von derzeit 425.000 p.a. weitersteigen dürfte. Die höheren Erkrankungszahlen sind vor allem auf den vermehrten Einsatz diagnostischer Verfahren zur Früherkennung zurückzuführen, wie die Strahlentherapie, mit deren Hilfe Krebszellen zerstört werden können und die Computertomographie. Nur marginal zulegen dürfte die Zahl der Augenärzte, weil die verbesserten Dienstleistungen der Augenoptiker sich nachteilig auf die Patientenzahl der Ärzte auswirken; zudem bremsen die hohen Kosten für eine Neugründung eine Niederlassung. Letzteres gilt auch für die Orthopäden. Demgegenüber dürfte die Zahl der Kinder- und Frauenärzte aufgrund der weiterhin geringeren Geburtenzahlen stagnieren.

### Steigender Trend zu Gemeinschaftspraxen

Die Zahl der Gemeinschaftspraxen nahm in den letzten Jahren merklich zu. 2006 gab es in Deutschland mit knapp 20.000 etwa 4.000 mehr als im Jahr 2000. In einer Gemeinschaftspraxis nutzen die Mediziner eine gemeinsame Patientenkartei und rechnen zusammen ab. Dagegen beschränkt sich die Zusammenarbeit der Mediziner in einer Praxisingemeinschaft lediglich auf die Nutzung von Räumen und Geräten sowie die Anstellung von Mitarbeitern. In Ge-

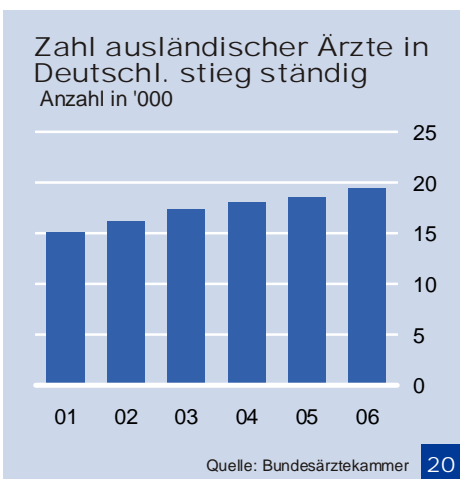
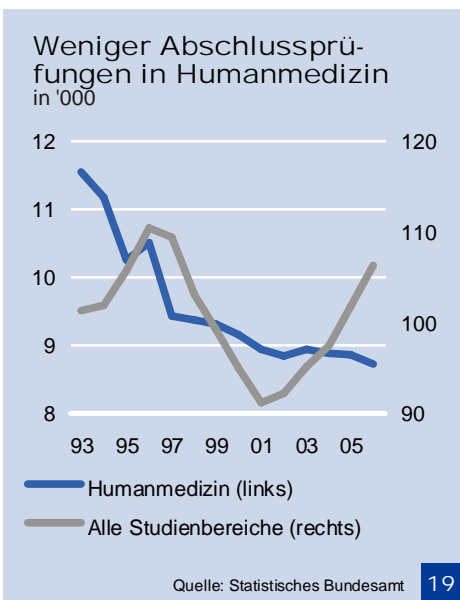
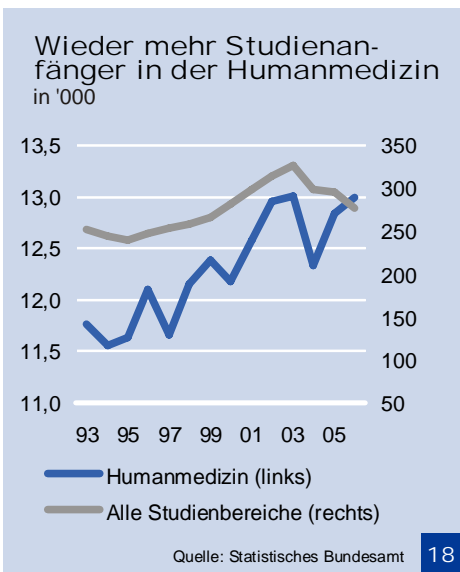
### Anzahl der Vertragsärzte (Kassenärzte) gestiegen

	2006/1996 % p.a.	absolut
Allgemeinärzte	2,1	6.373
Internisten	1,9	3.161
Frauenärzte	0,3	304
Kinderärzte	0,0	4
Augenärzte	0,2	89
Orthopäden	0,8	362
Nervenärzte	0,7	303
HNO-Ärzte	0,3	106
Chirurgen	1,1	381
Hautärzte	0,2	54
Anästhesisten	6,4	1.262
Radiologen	2,3	525
Urologen	0,7	181
Laborärzte	2,0	126
Sonstige Ärzte*	-2,3	-4.072
<b>Summe Vertragsärzte insges.</b>	<b>0,8</b>	<b>9.159</b>

\* Praktische Ärzte, Pathologen, ärztl. Psychotherapeuten, Nuklearmediziner, Neurochirurgen u.a.

Quelle: KBV 17

<sup>8</sup> Siehe Perlit, Uwe (2006). Demografische Entwicklung begünstigt Mediziner. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen Nr. 356. Juni 2006. Frankfurt am Main.



meinschaftspraxen waren 2006 rd. 45.000 Ärzte (außer Zahnärzte) tätig (Anteil an niedergelassenen Ärzten: 35%), gegenüber nur 34.000 im Jahr 2000. Gemeinschaftspraxen gibt es auch im zahnärztlichen Sektor – z.B. im Bereich der Kieferorthopädie. Die Tendenz zu mehr Gemeinschaftspraxen dürfte sich künftig sowohl im ärztlichen als auch im zahnärztlichen Bereich fortsetzen. Maßgeblich dafür sind die niedrigeren Kosten im Vergleich zu einer Einzelpraxis und die damit verbundenen höheren Einnahmen pro Arzt.

### Medizinische Versorgungszentren expandieren

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 1.1.2004 hat erstmals die Gründung eines MVZ ermöglicht. Ausschlaggebend ist, dass ein gemeinsamer Träger die Einrichtung verwaltet und eine ärztliche Leitung die Führung der Mediziner übernimmt. Die Vorteile dieser Einrichtungen gegenüber der traditionellen Versorgung sind die Bündelung medizinischer Kompetenz unter einem Dach, Zeiterparnis für die Patienten durch kurze Wege und gemeinschaftliche Nutzung der Medizintechnik sowie Wegfall des wirtschaftlichen Risikos einer alleinigen Praxisgründung bzw. -übernahme.

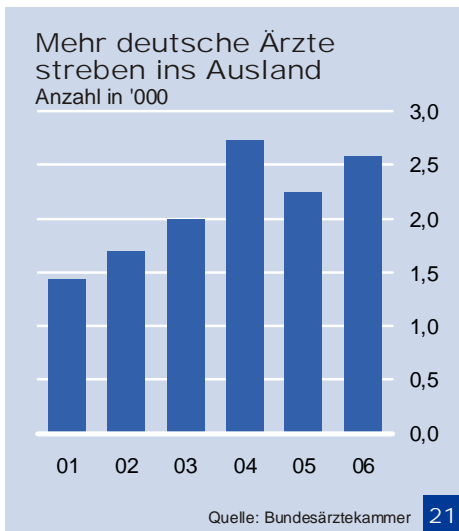
Engagierten sich bei der Gründung von MVZ zuerst die niedergelassenen Ärzte, sind jetzt auch die Krankenhäuser im Vormarsch. Derzeit gibt es bereits knapp 900 MVZ, von denen zwei Drittel von Ärzten und ein Drittel von Krankenhäusern betrieben werden. Mitte 2004 lag diese Relation noch bei etwa 85:15. Auch in den kommenden Jahren dürfte sich diese Tendenz fortsetzen, da viele Kliniken inzwischen die Einrichtung von MVZ planen. So kündigte z.B. das Rhön-Klinikum an, im kommenden Jahrzehnt neben jedem Konzernkrankenhaus ein MVZ zu betreiben. Damit droht den niedergelassenen Ärzten massive Konkurrenz, weil die MVZ für viele Patienten attraktiver sind. Zudem sind die Kosten in diesen Einrichtungen pro Arzt erheblich niedriger als in Einzelpraxen.

### Honorare nehmen zu

Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz soll sich ab 2009 auch die Vergütung ärztlicher Leistungen ändern. Durch das neue System soll die Transparenz für die Kassen und die Kalkulationssicherheit für die niedergelassenen Ärzte erhöht werden. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen Ende 2007 beschlossene Neubewertung der ärztlichen Leistungen ist ein erster Schritt in Richtung Honorarreform. Im Durchschnitt sollen die Leistungen um 10% höher bewertet werden. Dabei schneiden die Hausärzte besser ab als die Fachärzte. Dies wird aber 2008 noch keine Auswirkungen haben, da letztmalig ein gesetzlich vorgeschriebenes Honorarbudget die Ausgaben der Kassen begrenzt. Erst ab 2009 wird dieses Budget in der jetzigen Form abgeschafft und die Bewertung wird von einem Punktesystem auf Euro und Cent umgestellt. Wie viel Geld ein Arzt für eine Leistung dann tatsächlich erhält, wird aber erst Ende 2008 von den zuständigen Gremien beschlossen. Zudem dürften immer mehr Leistungen für die Patienten privat abgerechnet werden. Hierbei erzielen die Ärzte höhere Sätze als bei Abrechnungen über die gesetzlichen Kassen. Der anhaltende Trend zu freiwilligen Zahlungen im Wellnessbereich, wo die Umsätze in den letzten Jahren expandierten, ist hierfür ein Beleg.

### Wieder mehr Studienanfänger in der Humanmedizin

In der letzten Zeit sieht es so aus, als ob das Interesse für den Arztberuf wieder zunimmt. Während die Zahl der Studienanfänger in der Humanmedizin im Jahr 2004 deutlich zurückging (-5%), legte sie in



den beiden folgenden Jahren merklich zu (+3% p.a.). Die Zahl der bestandenen Abschlussprüfungen ist aber in diesem Bereich schon seit längerem rückläufig, und zwar von knapp 11.000 im Jahr 1996 auf nicht ganz 9.000 in 2006 (- knapp 2% p.a.). Gründe dafür sind die relativ hohen Prüfungshürden, die zum Umstieg vieler Medizinstudenten auf andere Studiengänge führten. Diese Entwicklung scheint aber in den letzten Jahren zum Ende gekommen zu sein. Von 2001 bis 2006 hat sich die Zahl der Abschlüsse auf etwa knapp 9.000 stabilisiert. Ferner ist im Bereich Humanmedizin mit steigenden Abschlussprüfungen aufgrund einer höheren Zahl von Studienanfängern zu rechnen.

Demgegenüber ging in der Zahnmedizin die Zahl der Studienanfänger 2006 zwar um 1% zurück, dennoch liegt sie mit rd. 2.500 noch über der des Jahres 2004. Die Zahl der Abschlussprüfungen kommt derzeit auf rd. 1.500. Sie bewegt sich damit in etwa auf dem Niveau des Jahres 2000.

Im Bereich Humanmedizin dürften nach Angabe der Universität Duisburg-Essen bis 2015 aus Altersgründen jährlich etwa 5.400 Vertragsärzte und aus den Krankenhäusern etwa 1.200 Ärzte ausscheiden. Dazu kommt, dass jährlich im Schnitt etwa 900 Ärzte aus dem Ausland zu- und nur ca. 300 aus Deutschland ins Ausland abwandern, so dass diese Lücke mehr als ausgeglichen werden kann. Bei den Zahnärzten dürften jährlich etwa 1.500 aus Altersgründen ausscheiden. Dem stehen rd. 2.500 Studienanfänger gegenüber; die Zahl der Abschlussprüfungen hat zuletzt wieder zugelegt und dürfte sich bei 1.600 einpendeln.

Alles in allem ist bis 2015 für Deutschland insgesamt nicht mit einem Mangel an Humanmedizinern und an Zahnärzten zu rechnen. Dennoch bleibt auch künftig die regional sehr unterschiedliche Arztdichte bestehen.

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

© Copyright 2008. Deutsche Bank AG, DB Research, D-60262 Frankfurt am Main, Deutschland. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „Deutsche Bank Research“ gebeten.

Die vorstehenden Angaben stellen keine Anlage-, Rechts- oder Steuerberatung dar. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers wieder, die nicht notwendigerweise der Meinung der Deutsche Bank AG oder ihrer assoziierten Unternehmen entspricht. Alle Meinungen können ohne vorherige Ankündigung geändert werden. Die Meinungen können von Einschätzungen abweichen, die in anderen von der Deutsche Bank veröffentlichten Dokumenten, einschließlich Research-Veröffentlichungen, vertreten werden. Die vorstehenden Angaben werden nur zu Informationszwecken und ohne vertragliche oder sonstige Verpflichtung zur Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Angemessenheit der vorstehenden Angaben oder Einschätzungen wird keine Gewähr übernommen.

In Deutschland wird dieser Bericht von Deutsche Bank AG Frankfurt genehmigt und/oder verbreitet, die über eine Erlaubnis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht verfügt. Im Vereinigten Königreich wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG London, Mitglied der London Stock Exchange, genehmigt und/oder verbreitet, die in Bezug auf Anlagegeschäfte im Vereinigten Königreich der Aufsicht der Financial Services Authority unterliegt. In Hongkong wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG, Hong Kong Branch, in Korea durch Deutsche Securities Korea Co. und in Singapur durch Deutsche Bank AG, Singapore Branch, verbreitet. In Japan wird dieser Bericht durch Deutsche Securities Limited, Tokyo Branch, genehmigt und/oder verbreitet. In Australien sollten Privatkunden eine Kopie der betreffenden Produktinformation (Product Disclosure Statement oder PDS) zu jeglichem in diesem Bericht erwähnten Finanzinstrument beziehen und dieses PDS berücksichtigen, bevor sie eine Anlageentscheidung treffen.

Druck: HST Offsetdruck Schadt & Tetzlaff GbR, Dieburg