

## **Von der qualitativen zur quantitativen Erfassung der Gesundheitswirtschaft**

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Fassung vom 29. 12. 2008

- 1) Eine funktionale und institutionelle Betrachtung der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung**
- 2) Zur weiteren statistischen Erfassung der Finanzströme**
- 3) Datenlücken und Datenanforderungen im Status Quo**
- 4) Die Erweiterung der vorliegenden Statistiken**
  - a) Zur Erfassung eines zweiten Gesundheitsmarktes*
  - b) Zur Erfassung der Arbeitsmärkte im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt*
  - c) Zur Erfassung des strukturellen Wandels*
  - d) Lässt sich „Health in all Policies“ statistisch erfassen?*
  - e) Zur Erfassung von „intangibles“*
- 5) Fazit: Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft**

Begriffe wie das Gesundheitswesen, das Gesundheitssystem, der Gesundheitssektor, die Gesundheitsbranche, der Gesundheitsmarkt, das Gesundheitsversorgungssystem werden trotz unterschiedlicher Nuancen in ihrer Bedeutung im Sprachgebrauch oft synonym verwendet und nicht klar voneinander getrennt. In diesen Zusammenhang gehört auch der Gesundheitsstand der Bevölkerung, wie er z.B. durch die Epidemiologie mithilfe von Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren gemessen wird. Und schließlich wird neuerdings von Vertretern der Public Health Forschung von einer Gesundheitsgesellschaft gesprochen.

Die Gesundheitswirtschaft hat als Begriff am meisten an Bedeutung gewonnen und tritt immer häufiger an die Stelle des Begriffes Gesundheitswesen. Anhand einer funktionalen und institutionellen Abgrenzung der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung soll der Begriffswirrwarr am Anfang aufgelöst werden. Darauf folgt im zweiten Gliederungspunkt die weitere Erfassung von Finanzströmen, die allesamt der Gesundheitswirtschaft zugerechnet werden können. Datenlücken und Datenanforderung ergeben sich aus der knappen Darstellung des Status Quo im dritten Abschnitt; sie weisen erheblichen Forschungsbedarf auf und würden zum Teil zu erheblichen Innovationen in der informationellen Datenbasis beitragen<sup>1</sup>. Im vierten Teil werden dann die Arten und Richtungen einer Erweiterung der bestehenden Statistiken aufgezeigt bevor zum Schluss noch ein kurzes Fazit gezogen wird.

### **1) Eine funktionale und institutionelle Betrachtung der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung**

Bei einer qualitativen Erfassung können die Ressourcen funktional, d.h. zeit- und raumunabhängig in einem „top-down“ und „bottom-up“ Ansatz dargestellt werden, wobei als Zielebene in beiden Fällen die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit im Vordergrund steht<sup>2</sup>. Diese ziel- und ergebnisorientierte Sichtweise tritt mehr und mehr an die Stelle der Kostendämpfung und der Beitragssatzstabilität als Zielvariable der Gesundheitspolitik. Während die Ausrichtung der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung der Bevölkerung und deren Qualität in den Vordergrund tritt, bleibt die institutionelle Erfassung der Gesundheitswirtschaft naturgemäß inputorientiert.

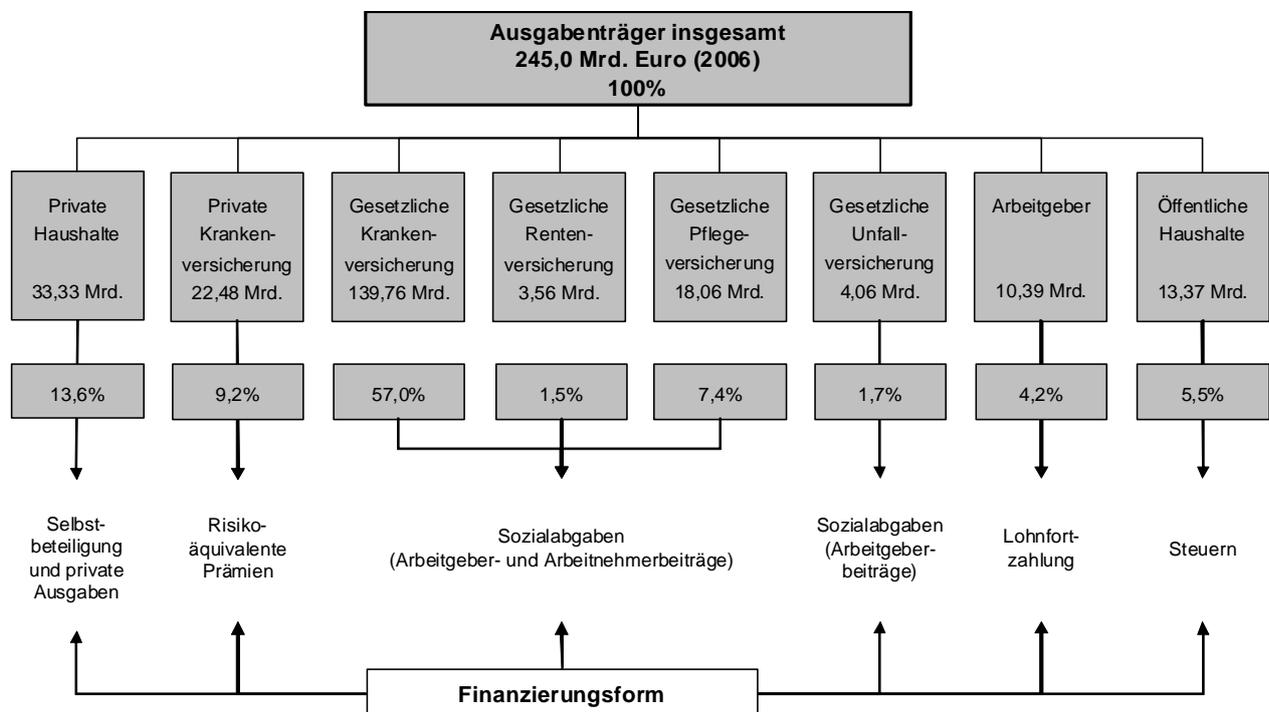
---

<sup>1</sup> Siehe in diesem Zusammenhang auch B. Bühlren und I. Kickbusch, Hrsg., Innovationssystem Gesundheit: Ziele und Nutzen von Gesundheitsinnovationen, Ergebnisse des 1. MetForums „Innovation im Gesundheitswesen, Stuttgart 2008

<sup>2</sup> Siehe hierzu ausführlich K.-D. Henke, Die Allokation der stets zu knappen Ressourcen im Gesundheitswesen aus volkswirtschaftlicher Sicht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, in Druck

Bei der institutionellen Betrachtung stehen die länderspezifischen Gegebenheiten im Vordergrund. So lässt sich bei der Erfassung der Ausgabenträgern feststellen, von welcher Einrichtung in den jeweiligen Ländern die Ausgaben verwendet werden. Die Einteilung erfolgt gleichermaßen in Bismarck- und Beveridgesystemen und folgt den Methoden der Erfassung der Ausgaben durch die jeweiligen statistischen Bundes- und Landesämtern. Im Falle Deutschlands fällt auf (siehe Abbildung 1), dass die Gesetzliche Krankenversicherung mehr als die Hälfte aller Gesundheitsausgaben verausgabt. Während die anderen Zweige der gesetzlichen Sozialversicherung und die Private Krankenversicherung in ihrer Erfassung nicht überraschen, stellen die Lohnfortzahlung und die steuerfinanzierte Krankenhausinvestitionen eine deutsche Besonderheit dar. Die Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber erhöht die Lohnnebenkosten, und die duale Krankenhausfinanzierung macht die Krankenhausinvestitionen abhängig von der jeweiligen Finanzlage und Krankenhausbedarfsplanung der Länder.

**Abb. 1: Erfassung der Gesundheitsausgaben nach ihren Trägern**



Quelle; Statistisches Bundesamt, **Gesundheit: Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2006**, Wiesbaden 2008 und eigene Ergänzung zu den Finanzierungsformen

Auch wenn es sich bei der Erfassung der Ausgaben in Abbildung 1 zunächst nur um eine inputorientierte Erfassung von Finanzströmen geht, so ist deren wirtschaftliche Kraft, die

häufig ins Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt in Form von Gesundheitsquoten gestellt wird, unstrittig. Es handelt sich bei dieser Abgrenzung um die traditionelle quantitative und länderspezifische Erfassung des Gesundheitswesens.

Zusammenfassend ergibt sich das Bild einer funktional und einer institutionell abgegrenzten Gesundheitswirtschaft; institutionell über die Gesundheitsausgaben, wie sie durch das Statistische Bundesamt erfasst werden, und funktional im weitesten Sinne über eine Gesundheitsgesellschaft, in der alle Aktivitäten in ihrer Gesundheitswirksamkeit thematisiert, erfasst und gemessen werden können.

## **2) Zur weiteren statistischen Erfassung der Finanzströme**

Bei den weiteren Ansätzen zur quantitativen Erfassung der Gesundheitswirtschaft durch das Statistische Bundesamt im Status Quo handelt es sich um die:

- Gesundheitsausgabenrechnung (GAR),
- Systems of Health Accounts (SHA),
- Krankheitskostenrechnung (KKR),
- Finanzierungsrechnung
- Gesundheitspersonalrechnung (GPR) und um
- Satellitenkonten

Der Abbildung 2 lassen sich beispielhaft die Gliederungsdimensionen der GAR entnehmen. Sie klassifiziert die Gesundheitsausgaben in drei Dimensionen und zwar nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen. Die entsprechenden Gliederungsdimensionen für das international verwendete „System of Health Accounts“ (SHA) heißen Financing, Agents, Functions und Provider<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Die deutsche Klassifikation (GCHA) wurde zeitlich vor der internationalen Klassifikation (ICHA) entwickelt. Siehe in diesem Kontext auch H.T. Sarrazin, Konzept einer Ausgaben- und Finanzierungsrechnung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2000

**Abb. 2: Gesundheitsausgaben und erweiterter Bereich nach Träger, Leistungsarten und Einrichtungen in der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes**

	Ausgabenträger	Leistungsarten	Einrichtungen
Gesundheitsausgaben	Öffentliche Haushalte	Prävention/Gesundheitsschutz	Gesundheitsschutz
	Gesetzliche Krankenversicherung	Ärztliche Leistungen	Ambulante Einrichtungen
	Soziale Pflegeversicherung	Pflegerische/therapeutische Leistungen	Stationäre und teilstationäre Einrichtungen
	Gesetzliche Rentenversicherung	Unterkunft und Verpflegung	Rettungsdienste
	Gesetzliche Unfallversicherung	Waren	Verwaltung
	Private Krankenversicherung	Transporte	Sonstige Einrichtungen und private Haushalte
	Arbeitgeber	Verwaltungsleistungen	Ausland
	Private Haushalte und Private Organisationen o. E.	Investitionen	Investitionen
Erweiterter Leistungsbereich	Öffentliche Haushalte	Forschung	Nicht erhoben.
	Gesetzliche Krankenversicherung	Ausbildung	
	Soziale Pflegeversicherung	Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	
	Gesetzliche Rentenversicherung	Einkommensleistungen	
	Gesetzliche Unfallversicherung		
	Private Krankenversicherung		
	Arbeitgeber		
	Private Haushalte und Private Organisationen o. E.		

Quelle: Statistisches Bundesamt

Der bisher zwar erfasste aber nicht in die Ausgabenrechnung unter den Leistungsarten aufgenommene Bereich der Ausgaben für Forschung, Ausbildung, krankheitsbedingte Folgeleistungen und Einkommensleistungen lässt sich aus Tabelle 1 für die Jahre 1992 bis 2006 entnehmen. In den letzten Jahren betrug dieser Bereich fast 80 Milliarden EURO. Dieser Leistungsbereich kann zur Gesundheitswirtschaft gezählt werden.

**Tab. 1: Entwicklung des erweiterten Leistungsbereichs in Mio. EURO, 1992 – 2006**

Erweiterte Leistungsbereiche	1992	1995	2000	2005	2006
<b>1. Ausbildung</b>	1.645	1.647	1.624	1.589	1.587
<b>2. Forschung</b>	1.750	1.959	2.296	2.607	2.606
<b>3. Ausgleich krankheitsbedingter Folgen</b>	6.585	8.740	11.747	15.285	15.476
<b>4. Einkommensleistungen</b>	58.429	66.458	64.124	60.304	59.290
<b>Gesamt</b>	<b>68.409</b>	<b>78.804</b>	<b>79.791</b>	<b>79.785</b>	<b>78.959</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt

Um eine gänzlich andere Betrachtungsweise handelt es sich, wenn die Gesundheitsausgaben Krankheitsbildern zugeordnet werden. Legt man die Klassifikation nach dem International Code of Diseases (ICD) zugrunde und verteilt die direkten Kosten, d.h. die tatsächlichen Ausgaben, und die indirekten Kosten, d.h. die verlorene Wertschöpfung, nach Krankheiten, ergibt sich das in der Tabelle 3 wiedergegebene Bild der teuersten Krankheiten. Es lassen sich unterschiedliche Rangfolgen bilden, je nachdem ob die teuersten Krankheiten nach ihren Behandlungskosten oder nach den verlorenen Erwerbstätigkeits- oder Lebensjahren bei Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vermeidbarer Mortalität berechnet werden.

**Tab. 3: Die teuersten Krankheiten in Zahlen – Gegenüberstellung für 2006**

	2006				
	Rang nach direkten Kosten*	Rang nach indirekten Kosten (= AU + I + M)	Rang nur nach Arbeitsfähigkeit (AU)	Rang nur nach Invalidität (I)	Rang nur nach Mortalität (M)
<b>Verletzungen u. Vergiftungen</b>	9	1	2	2	2
<b>Muskel-Skelett-System</b>	3	4	1	3	5
<b>Psych. Verhaltensstör.</b>	4	2	3	1	4
<b>Neubildungen</b>	5	3	5	3	1
<b>Kreislaufsystem</b>	1	5	4	4	3

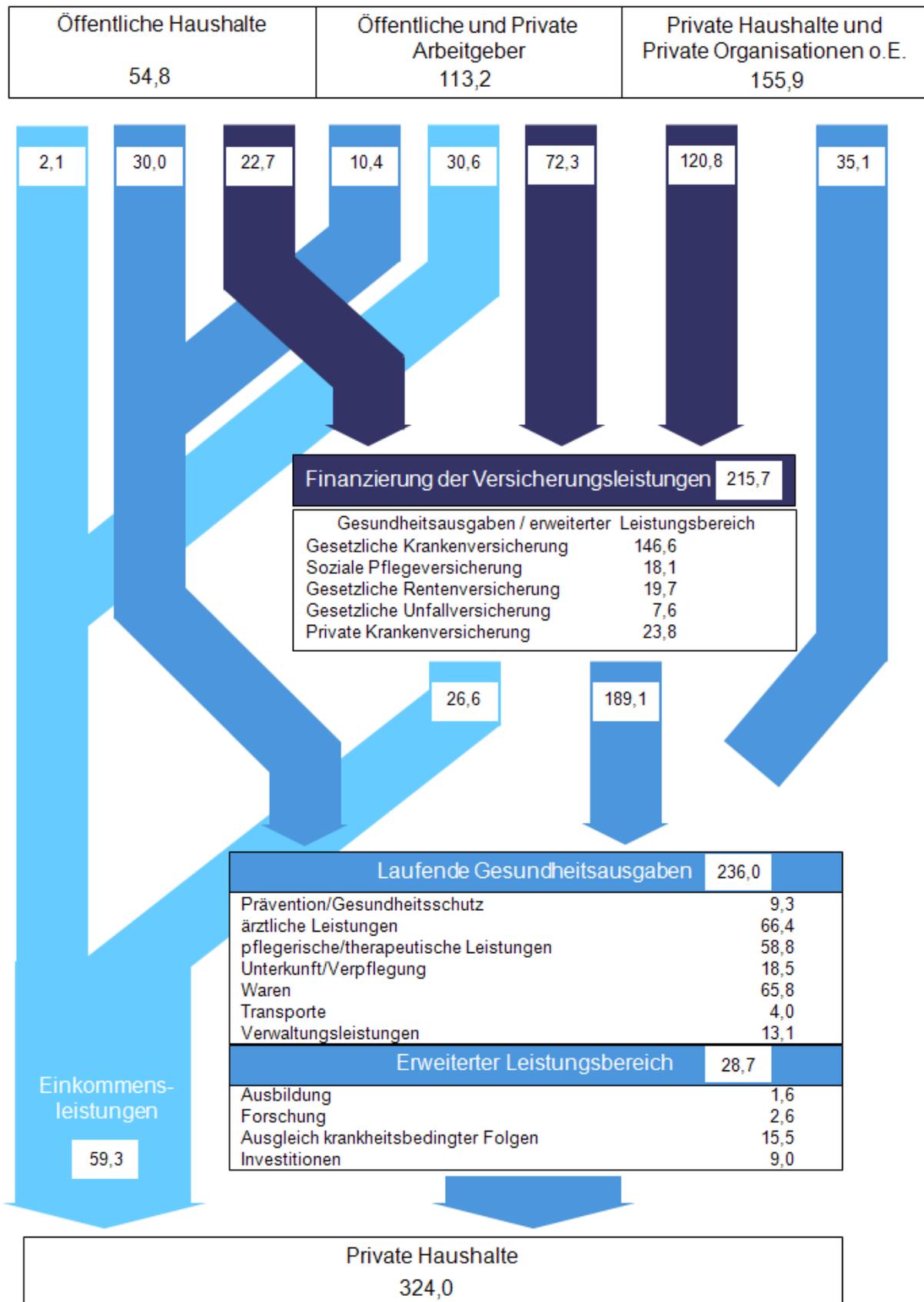
Quelle: Eigene Darstellung: Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Krankheitskosten, Wiesbaden 2008

Ohne auf methodische Einzelheiten der „cost-of-illness-studies“ einzugehen<sup>4</sup> lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse jedoch fragen, ob am richtigen Ende gespart wird, wenn bei der Kostendämpfung im Gesundheitswesen immer nur an die tatsächlichen Ausgaben und nicht und nur in Ausnahmefällen an die Vermeidung von indirekten Kosten gedacht wird.

Schließlich gehört zur Erfassung der Gesundheitswirtschaft. auch die Finanzierungsseite. Dies

<sup>4</sup> Siehe dazu K.-D. Henke, K. Martin, Die Krankheitskostenrechnung als Entscheidungshilfe, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 49, Nr. 1. S. 19-27 und die dort angegebene Literatur.

**Abb. 3: Finanzierungsströme im Gesundheitswesen nach GAR in Mrd. EURO, 2006**



Quelle: Statistisches Bundesamt

erfolgt im Status Quo durch das Statistische Bundesamt im Rahmen der Finanzierungsrechnung in der in Abbildung 3 wiedergegebenen Form. Dort lassen sich die Finanzierungsströme überblicksartig entnehmen. Die Zahlungen der öffentlichen Haushalte, der privaten und öffentlichen Arbeitgeber sowie der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbscharakter fließen als Geld,- Einkommens- und Sachleistungen durch die Zweige der sozialen und privaten Krankenversicherungen und auch zum Teil direkt an die privaten Haushalte. Die Bevölkerung steht am Ende als Empfänger der Zahlungen und Leistungen den Ausgabenträgern gegenüber.

Die Gesundheitspersonalrechnung knüpft an die Klassifikation der Einrichtungen der GAR, allerdings sind die in den Vorleistungsindustrien Beschäftigten, anders als bei der GAR und KKR, eingeschlossen. Sie berücksichtigt die Berufe, Einrichtungen, die Art der Beschäftigung sowie Alter und Geschlecht. Ein erster Überblick ist der Tabelle 3 zu entnehmen.

**Tab. 3: Beschäftigte im Gesundheitswesen, 1999 – 2006**

	<b>1999</b>	<b>2001</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Beschäftigte im Gesundheitswesen (in 1.000)</b>	4.103	4.137	4.230	4.272	4.306	4368
<b>Anteil an den Gesamtbeschäftigten (in %)</b>	10,3	10,2	10,6	10,6	10,6	???

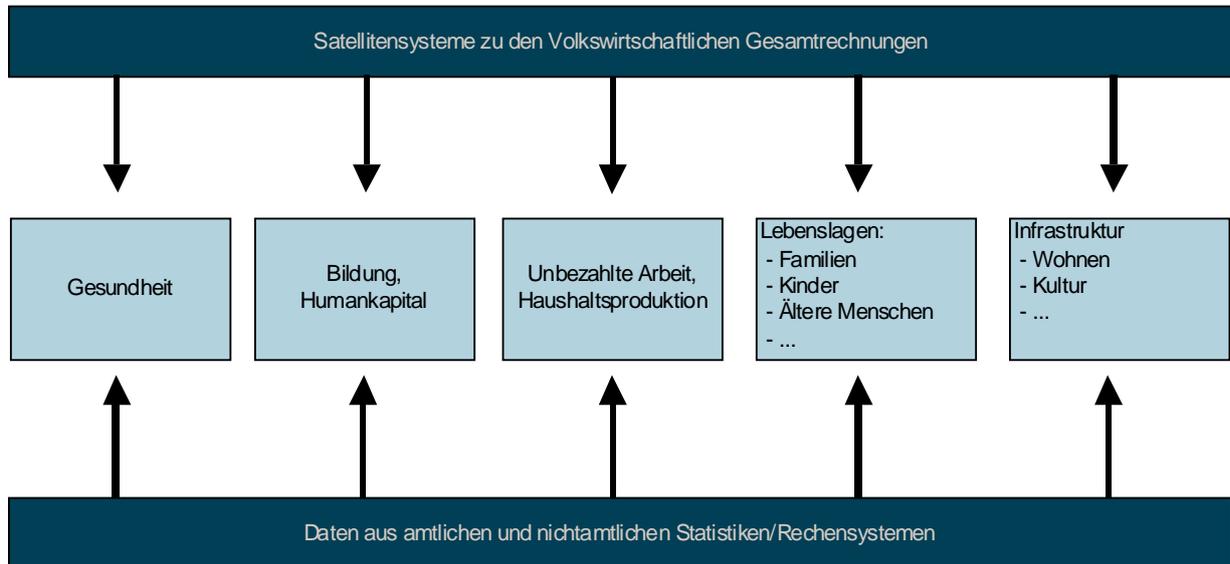
Quelle Statistisches Bundesamt, 2007

Es zeigt sich, dass das Gesundheitswesen bzw. die Gesundheitswirtschaft in der engen Abgrenzung durch die Ausgabenerfassung des Statistischen Bundesamtes gut 10% an den Gesamtgeschäftigen ausmacht.

Zukünftig treten vielleicht neu zu entwickelnde Satellitenkontensysteme dazu, die es zum Teil in Zusammenhang mit den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen bereits gibt (siehe zu den neuen Themenfelder in der Abbildung 2). Über die Daten aus der amtlichen Statistik und

ihre Erweiterung hinaus lassen sich auch mit Hilfe der nichtamtlichen Statistiken Rechensysteme entwickeln, die durch ihre Ergänzungen und Erweiterungen den Umfang der Gesundheitswirtschaft in quantitativer und auch qualitativer Hinsicht erweitern.

**Abb. 2: Mögliche Themenfelder für Satellitensysteme**



Quelle: Norbert Schwarz 2005

### 3) Datenlücken und Datenanforderungen im Status Quo

Aufgrund der beschriebenen Ausgangslage zur statistischen Erfassung der Gesundheitswirtschaft durch die amtliche Statistik bestehen Datenlücken und Datenanforderungen. Folgende ausgewählte Probleme einer genaueren Abbildung der Gesundheitswirtschaft stehen zur Diskussion:

- Erfassung der Vorleistungsverflechtung innerhalb der Gesundheitswirtschaft,
- Ermittlung von Herstellungs- und Verbrauchspreisen,
- Berechnung des Bruttoanlagevermögens,
- Berechnung des Humanvermögens bzw. -kapitals,
- Erfassung und Bewertung der Haushaltsproduktion
- Berechnung der Verflechtung innerhalb der EU,

<sup>5</sup> Siehe hierzu den Ersten Zwischenbericht zur „Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Juli 2008

Neben diesen Datenanforderungen und -lücken ergibt sich noch zusätzlich die Frage, ob, und gegebenenfalls wie, strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen, z.B. durch die demographische Entwicklung und den technologischen Wandel, erfasst und abgebildet werden können. Die Berücksichtigung dieser und anderen struktureller Veränderungen sind insbesondere dann von Bedeutung, wenn es um Prognosen zur zukünftigen Entwicklung von Art, Umfang und Struktur der Gesundheitswirtschaft geht.

#### **4) Die Erweiterung der vorliegenden Statistiken**

##### *a) Zur Erfassung eines zweiten Gesundheitsmarktes*

Mit dem Übergang vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft, vom Kostenfaktor zum Wachstumsmarkt und von den Gesundheitsausgaben als Konsum zu den Gesundheitsausgaben als Investitionen in das Humankapital ergeben sich auch innovative Entwicklungen bei der Erfassung der Gesundheitswirtschaft.

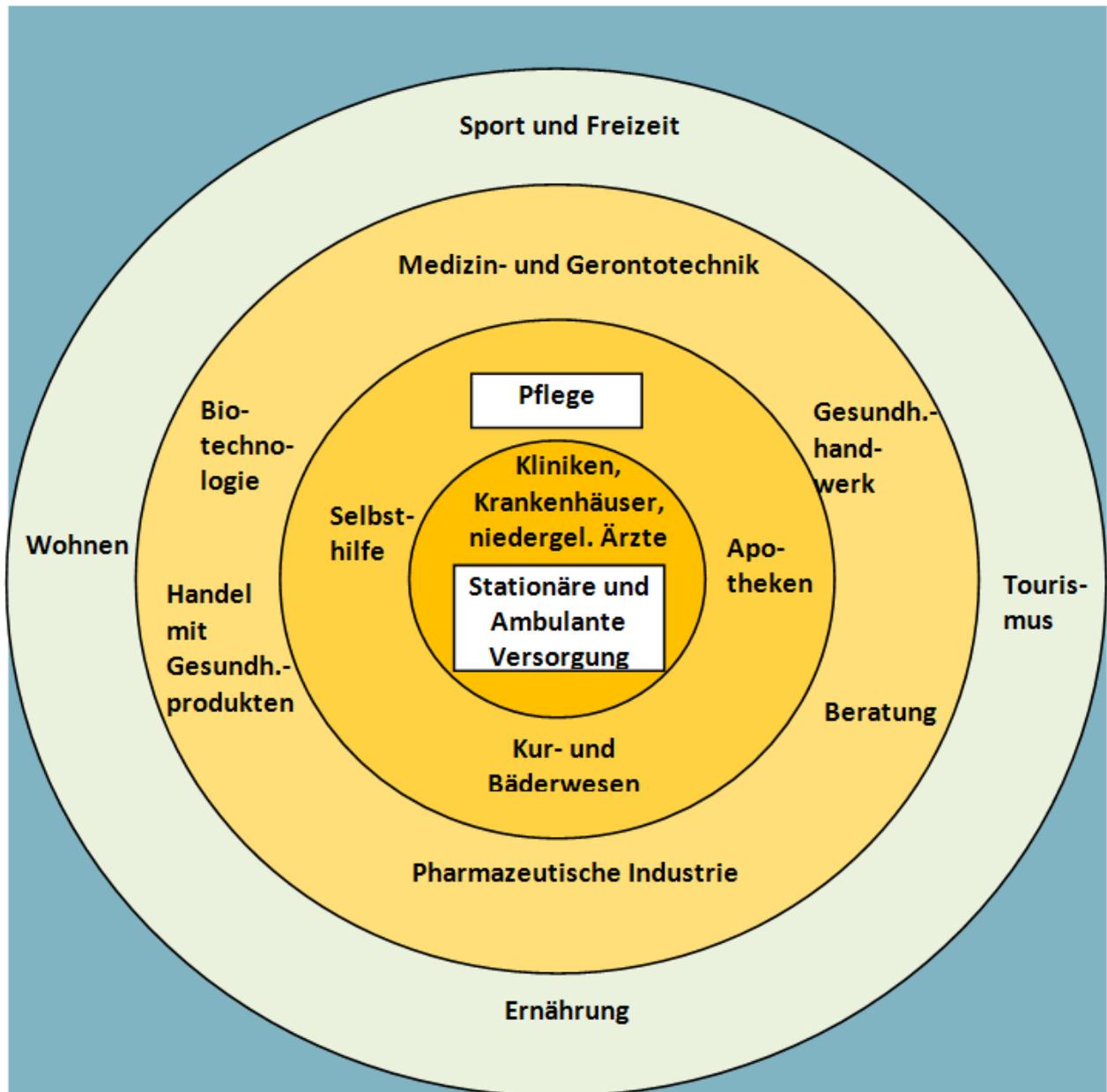
Mit den sog. Ring- und Zwiebelmodellen ergeben sich erste Hinweise auf eine zu erweiternde Erfassung von Gesundheitsleistungen und eine Unterscheidung zwischen einem ersten Gesundheitsmarkt und einem zweiten Gesundheitsmarkt. Der erste Markt wird häufig anhand der erstattungsfähigen Leistungen definiert und umfasst die Gesundheitsleistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, während im zweiten Gesundheitsmarkt die als gesundheitswirksam angesehenen Leistungen direkt durch individuelle Konsumausgaben bezahlt werden<sup>6</sup>. Dieser Bereich außerhalb der erstattungsfähigen Leistungen wächst und gewinnt wegen seiner Auswirkungen auf die Beschäftigung und Produktivität einer Volkswirtschaft auch aus wirtschaftspolitischer Sicht an Bedeutung

Aus der weiten Fassung einer Gesundheitswirtschaft von Hilbert, Fretschner und Dübert in Form von drei Ringen, die um den engeren Bereich des traditionell abgegrenzten Gesundheitswesens gezogen wurden (Abb. 4), ist durch Roland Berger ein Zwiebelmodell geworden, dass im Kern Gesundheitsleistungen im engeren Sinne umfasst, der dann erweitert und ergänzt wurde (Abb. 5).

---

<sup>6</sup> Siehe hierzu J. Kartte, K. Neumann, Der Zweite Gesundheitsmarkt, Berlin 2007

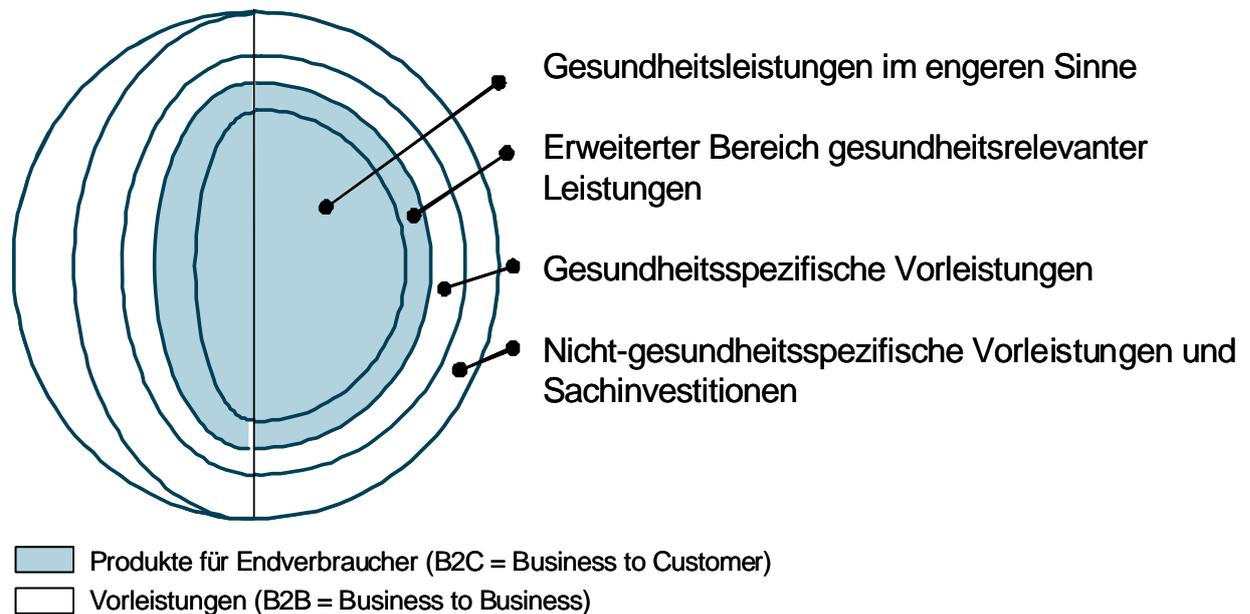
Abb. 4 Das Ringmodell von Hilbert et. al.



Quelle: J. Hilbert, R. Fretschner, A. Dülbert, Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft, Gelsenkirchen 2002

Bei der Erweiterung handelt es sich im Zwiebelmodell um gesundheitsrelevante Leistungen, gesundheitsspezifische Vorleistungen sowie um nicht-gesundheitsspezifische Vorleistungen und Sachinvestitionen. Einer quantitativen Erfassung zugänglich wurde dann aber der Zweite

**Abb. 5: Das Zwiebelmodell von Roland Berger**



Quelle: Roland Berger Strategy Consultants

Gesundheitsmarkt in der Form, wie er in Tabelle 2 wiedergegeben wird. Die dort vorgenommene Unterteilung stellt einen ersten Versuch dar, vorhandene Informationen über Umsätze im Zweiten Markt zu erfassen. In allen Fällen handelt es sich um persönliche Konsumausgaben und nicht um durch die gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen erstattungsfähige Leistungen.

**Tab. 2: Nicht in der GAR erfasste Umsätze des Zweiten Gesundheitsmarktes in Mrd. EURO, 2001 - 2007**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. Fitness/Wellness	12.3	13.1	13.8	14.6	15.5	16.4	17.3
2. Gesundheitstourismus	n.a.	2.1	2.3	2.4	2.6	2.8	3.0
3. Bio-Lebensmittel	2.6	2.9	3.1	3.5	3.8	4.4	5.0
4. Functional Food	5.4	5.8	6.2	6.6	7.1	7.6	8.1
5. Sportartikel	7.7	7.5	7.1	7.0	7.0	7.1	6.9
6. Functional Clothing	0.9	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1
7. Oral Care	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
8. Naturkosmetik	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0.4	0.4	0.4
9. Presse	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0.1	0.1	0.1
<b>Gesamt</b>	<b>30.1</b>	<b>33.5</b>	<b>34.7</b>	<b>36.4</b>	<b>38.8</b>	<b>41.0</b>	<b>43.1</b>

Quelle: Roland Berger Strategy Consultants

Im Zusammenhang mit der Finanzierung von Gesundheitsleistungen tritt durch die Einbeziehung des zweiten Gesundheitsmarkts noch eine Besonderheit hinzu, da er den ersten Gesundheitsmarkt durch die wachsende Nachfrage nach individuellen Gesundheitsleistungen finanziell in dreifacher Form finanziell alimentiert. Mit dem zunehmenden Sozialprodukt vergrößern sich auch die Bemessungsgrundlagen der gesetzlichen Sozialversicherung bzw. wächst das versicherungspflichtige Arbeitseinkommen. Diese Entwicklung wirkt z.B. der häufig beklagten Erosion der Bemessungsgrundlage in der gesetzlichen Krankenversicherung entgegen. Ein zweiter davon unabhängiger Finanzierungseinfluss ergibt sich dann, wenn die zunehmende individuelle Gesundheitsvorsorge am sog. zweiten Markt den Gesundheitsstand der Bevölkerung verbessert und damit die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im ersten Markt ceteris paribus sinkt. Schließlich und drittens ist ein gesundes Humankapital ein volkswirtschaftlicher Wachstumsfaktor sui generis

#### *b) die Erfassung der Arbeitsmärkte im Gesundheitswesen*

Um eine ganz andere Kategorie der Gesundheitswirtschaft handelt es sich bei den Arbeitsmärkten im Gesundheitswesen, denen über die bestehende Gesundheitspersonalrechnung (siehe Tabelle 3) hinaus in der personalintensiven Gesundheitswirtschaft eine besondere Bedeutung zukommt<sup>7</sup>.

Neue Ausbildungsmöglichkeiten und Berufschancen stellen neue Anforderungen an Qualifikationen und verändern bestehende Berufsbilder, z.B. in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Ernährungsberatung, im Bereich von Management und Informationstechnologie oder für Mediziningenieure. Der Physician Assistant, die study nurse, der nurse practitioner, der chirurgisch-technische Assistent (CTA), der Orthoptist, die Tele-Gesundheitsschwester sowie der patient scout gehören zu den neuen und zum Teil akademisch auszubildenden Berufen. Die Angehörigen dieser Berufe dienen alle einer besseren Führung der Patienten und Versicherten durch das hochkomplexe Gesundheitssystem mit seinen noch immer überwiegend sektoral erbrachten Leistungen und deren zersplitterter Finanzierung und intransparenter Vergütung. Mit dieser Entwicklung verbunden ergeben sich auch in der Forschung und Entwicklung neue Arbeitsgebiete.

---

<sup>7</sup> Siehe zum Folgenden K.-D. Henke, Neue Berufe im Zweiten Gesundheitsmarkt, in: Public Health, 2008

Über die Vielzahl dieser sich entwickelnden Arbeitsmärkte im Gesundheitswesen fehlt es noch an geeigneten Statistiken. Eine Besonderheit besteht darin, dass die neuen Berufsbilder sich in aller Regel nicht eindeutig dem einen oder anderen Markt werden zuordnen lassen. Ambulante Pflegedienste stehen sicherlich auch außerhalb der gesetzlichen Regelungen im Pflege- und Krankenversicherungsrecht zur individuellen Verfügung, und Physiotherapeuten sowie andere Leistungsanbieter freuen sich über Umsätze die direkt von Patienten bezahlt werden.

Unabhängig von diesen Beispielen einer gemischten Finanzierung aus erstatteten Gesundheitsleistungen und aus privaten Ausgaben und damit einer Finanzierung von erbrachten Leistungen aus unterschiedlichen Quellen, wird es zu weiteren Innovationen auf dem Arbeitsmarkt kommen. Die Zunahme chronischer Erkrankungen und der in diesem Zusammenhang erforderliche und wachsende Unterstützungsbedarf alter Menschen führen angesichts der demographischen Entwicklung zu steigenden Gesundheitsausgaben. Dabei geht es nicht nur um die traditionell über die gesetzliche Kranken- oder Pflegeversicherung bereits erbrachten Gesundheitsleistungen sondern auch um Hilfe bei der Lebensführung im höheren Alter und damit um neuartige Leistungen. Mehr und mehr allein stehende Personen bedürfen der häuslichen Unterstützung bei der individuellen Lebensführung, und in diesem Umfeld werden sich die genannten oder andere Berufsbilder entwickeln.

Angesichts der stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung tritt auch die Qualifizierung der Mitarbeiter mehr und mehr in den Vordergrund. So wird es z. B. im Wellness-Bereich für den Verbraucher immer schwieriger seriöse Angebote von weniger guten Leistungen zu unterscheiden. Zu betonen ist der Bedarf an qualitätsgesicherten Angeboten durch gut ausgebildetes Personal vor allem wenn es um die Versorgung älterer und betagter Menschen – z.B. bei degenerativen Altersleiden - geht. Bei dieser wichtiger werdenden Zielgruppe können unseriöse und unqualifiziert erbrachte Gesundheitsleistungen sogar eine Gesundheitsgefährdung darstellen.

Ausbildungsordnungen im System der Berufsausbildung müssen die beschriebenen Entwicklungen flexibel und rasch berücksichtigen. Dabei geht es auch um eine Neuverteilung von Aufgaben in einer sich durch die Telekommunikation verändernden Berufswelt, um die Entlastung manueller Tätigkeiten zugunsten technischer Eingriffe oder um die Arbeit in

neuartigen Teams.<sup>8</sup> Die telemedizinische Betreuung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und die gemeinsame Datendokumentation gehören genauso dazu wie eine Neuausrichtung nicht-ärztlicher Fächer wie etwa der Logopädie, der Physiotherapie, der Krankenhauslogistik oder generell der Pflegewissenschaften. Eine freiberufliche Selbstständigkeit muss ebenfalls ermöglicht werden. Nicht zuletzt ist auch das so wichtige Patienten-Arzt-Verhältnis<sup>9</sup> starken Veränderungen im Umfeld des Internet ausgesetzt. An dieser Entwicklung zeigt sich, dass es bei den Auswirkungen des zweiten Gesundheitsmarktes zu Veränderungen in der Arbeitsteilung und Spezialisierung der zu erbringenden Leistungen und deren Qualitätsüberwachung kommen wird. Nicht ein Gegeneinander sondern ein Miteinander ist angesichts der zu erwartenden Entwicklung wünschenswert.

Aus Tabelle 3 gehen zusammenfassend noch einmal eindrucksvoll die Ergebnisse von Arbeitsmarktprognosen hervor, allerdings in indirekter Form in der Höhe von erwarteten öffentlichen Gesundheitsausgaben.

**Tab. 3: Ergebnisse demographischer Szenarien des EPC für Deutschland**

	2004	2010	2030	2050	Veränderung 2004-2050
<b>Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) am BIP in %</b>					
Pure ageing scenario	6,0	6,3	7,0	7,3	+21,7%
Constant health scenario	6,0	6,1	6,4	6,7	+10%
Death-related costs scenario	6,0	6,2	6,8	7,0	+16,7%
<b>Anteil der öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege am BIP in %</b>					
Pure ageing scenario	1.0	1.0	1.5	2.3	+130%
Constant disability scenario	1.0	1.0	1.3	1.8	+80%

**Quelle: Eigene Darstellung nach EPC and the European Commission (DG ECFIN) (2006).**

Das personalintensive Gesundheitswesen ist also auch eine Wachstumsbranche durch den Ausbau bestehender Arbeitsmöglichkeiten und der Entwicklung immer neuer Berufsfelder<sup>10</sup>. Vor diesem Hintergrund muss die öffentliche Diskussion über die sog. Kostenexplosion und

<sup>8</sup> Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bonn, S. 137 sowie Höppner, K., Stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung, in: Die Ersatzkasse, Heft 10/2007, S. 393-396 aber auch Rabbata, S., „Ärztliche Verantwortung ist nicht teilbar“, in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 44, 2. November 2007, S. A 2988 sowie Lohmann, H., Lohfert, Chr., Medizin im Zentrum des Umbruchs. Erfolgsfaktoren im Überlebenskampf der Krankenhäuser, Hamburg 2007

<sup>9</sup> Siehe Henke, K.-D., Zehn Thesen zur Arzt-Patienten-Beziehung aus gesundheitswirtschaftlicher Sicht, in: Schumpelick, V., Vogel, B., Hrsg., Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel, Freiburg im Breisgau 2006, S. 115-124

<sup>10</sup> Siehe hierzu auch Henke, K.-D., Cobbers, B., Georgi, A., Schreyögg, J., Die Berliner Gesundheitswirtschaft – Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung, 2. Auflage, MVW, Berlin 2006

die damit verbundenen Lohnnebenkosten überdacht werden. Letztere kann man durch neue Finanzierungswege verringern. Aber auch eine Erhöhung der lohn- und gehaltsabhängig finanzierten Gesundheitsausgaben wirkt stärker multiplikativ auf das Wachstum als steigende Rentenausgaben<sup>11</sup>.

### *c) Die Erfassung des strukturellen Wandels*

Die demographische Entwicklung und der technologische Wandel gehören ebenfalls zu den Bestimmungsfaktoren einer zukünftigen Gesundheitswirtschaft. Hierzu gehören der Rückgang der Gesamtbevölkerung und die sich verändernde Altersstruktur ebenso wie die Diskussionen über die Medikalisierungs- versus Kompressionsthese (siehe hierzu Abbildung 6). Jeweils ergeben sich aufgrund von Schätzergebnissen Auswirkungen struktureller Art auf die Einrichtungen, die Leistungsarten und Kostenträger im Gesundheitswesen. Im Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung ist eine Morbiditätskompression besonders vorteilhaft im Vergleich zu den beiden anderen der Abbildung 6 zugrundeliegenden Hypothesen.

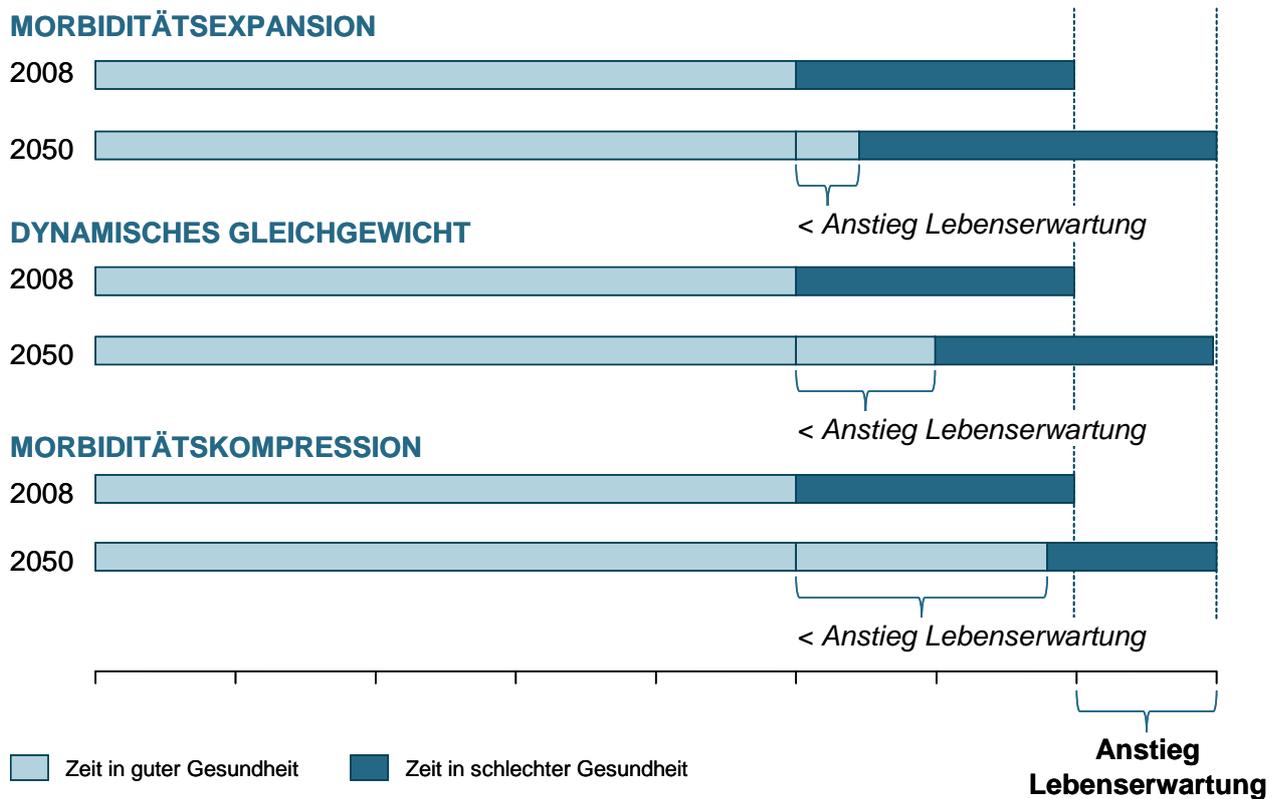
Ähnliche Überlegungen lassen sich im Kontext der unterschiedlichen Erscheinungsformen des medizinisch-technischen Fortschritts mit seinen Besonderheiten darstellen. Auch hier ergeben sich nicht nur Auswirkungen auf die Höhe der Gesundheitsausgaben, sondern ebenso die genannten strukturellen Veränderungen<sup>12</sup>. Diese und andere Entwicklungstendenzen, die sich z.B. aus veränderten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ergeben, müssen einbezogen werden. Wenn die Gesundheitswirtschaft unzureichend erfasst und gemessen wird, lassen sich keine aussagekräftige bzw. nur begrenzte Prognosen über ihre Zukunft anstellen.

---

<sup>11</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1997, Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden 1997/98, S. 45 ff

<sup>12</sup> Siehe hierzu M. Kraft, Innovationsprozesse in der Medizintechnik, in: Das Einsparpotential innovativer Medizintechnik im Gesundheitswesen, Berlin 2007 sowie K.-D. Henke, L. Reimers, Finanzierung, Vergütung und Integrierte Versorgung im medizinisch-technischen Leistungsgeschehen, ZiGprint, Berlin 2006

**Abb. 6: Hypothesen zur Entwicklung der Gesundheitserwartung**



Quelle: Eigene Darstellung nach EPC and the European Commission (DG ECFIN) (2006).

*d) Lässt sich „Health in all Policies“ statistisch erfassen?*

Zur Gesundheitswirksamkeit von Leistungen und Einrichtungen in allen Lebensbereichen gibt es bisher nur wenige Informationen und schon lange keine Daten, die europaweit in die Routineberichterstattung von Eurostat oder der OECD aufgenommen werden können. Die Grundaussage besteht darin, dass die gesundheitliche Situation einer Bevölkerung von vielen Faktoren beeinflusst wird, die nicht unmittelbar in Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen im engeren Sinne stehen. Der Arbeitsplatz, die Ernährung, der Alkoholkonsum, das Raucherverhalten, die Verkehrsverhältnisse, die Umwelt etc. wirken auf die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen ein und werden meist in einen Vergleich von Gesundheitsindikatoren im internationalen entweder gar nicht oder nur unsystematisch erfasst<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Siehe zum Beispiel folgende Studien: Preventing road-traffic Accidents in Sweden, World report on road traffic injury prevention, California Environmental Protection Agency: Health Effects Associated with Traffic-

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch ein Blick in die Praxis, die über die Erfassung durch das Statistische Bundesamt hinausgeht. Dabei geht unter anderem beispielsweise um<sup>14</sup>

- das Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Instituts
- die Mikrodaten zur Gesundheit
- den WIdOmonitor – Versichertenbefragung zur Gesundheitsversorgung
- den Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung
- den European Health Survey und
- um eine regionalisierte Gesundheitsberichterstattung.

*e) die Erfassung von „intangibles“*

Es fragt sich darüber hinaus, wie zukünftig nichtmonetäre Informationen oder schwer messbare Besonderheiten im Gesundheitswesen erfasst werden sollen. Wenn nicht auf diese oft zur Beurteilung von Gesundheitssystemen wichtigen Indikatoren verzichtet werden soll, müssen diese oft immateriellen Gesundheitsleistungen einfach aufgelistet werden. Hierbei handelt es sich beispielsweise um die Qualität in der Erbringung von Gesundheitsleistungen, um die Hygiene in Krankenhäusern, die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit sowie die Bezahlbarkeit erbrachter Leistungen<sup>15</sup>.

## **5) Fazit**

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Indikatoren und Informationssysteme, mit deren Hilfe Gesundheit, das Gesundheitswesen bzw. die Gesundheitswirtschaft erfasst und gemessen werden soll, ergibt sich abschließend noch die zentrale Frage nach dem Informationsbedarf dieser sich erweiternden Gesundheitsberichterstattung. Wer liest was, wann und zu welchem Zweck? Welche Akteure einschließlich der politisch Verantwortlichen ziehen welche Gesundheitsindikatoren heran und warum? Und wo bestehen gegebenenfalls Informationsdefizite, und wo liegen die Möglichkeiten der Abbildung der Gesundheits-

---

Related Air Pollution oder die Studie des Europäischen Verkehrssicherungsrates (ETSC) zur Verkehrssicherheit in Großstädten („Berlin hat die sichersten Straßen der europäischen Hauptstädte“

<sup>14</sup> Siehe hierzu im einzelnen unter \* <http://www.destatis.de>

<sup>15</sup> Beispielhaft lässt sich die Anzahl der Betten und Qualität von Leistungen heranziehen, die Hygiene von sanitären Anlagen in Krankenhäusern anführen und in den internationalen Vergleich aufnehmen. Ebenso ließen sich Durchschnittsprofile in der bei Schwangerschaften erbrachten Leistungen ermitteln und vergleichen, nur um einige ausgewählte Beispiele zu nennen.

wirtschaft in einem neu zu entwickelnden Gesundheitssatellitenkonto in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen?

Diese und andere Fragen sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass Gesundheit zusammen mit Bildung, mehr und mehr als Humankapital oder Humanvermögen verstanden wird und damit als ein wichtiger Wachstumsfaktor. Gesundheitsausgaben sind nicht Konsum sondern Investitionen in die Zukunft. Die Produktivität einer Volkswirtschaft lässt sich durch einen bessern Gesundheitsstand verbessern, so dass Gesundheit mehr und mehr als zentrale Ressource und weniger als Kostenfaktor gesehen wird. Aus diesen Gründen könnte die Gesundheitswirtschaft in einer Gesundheitsgesellschaft aus der Finanz- und Wirtschaftskrise der Jahre 2008/2009 gestärkt hervorgehen, da in ihr die Binnenkräfte und die Personalintensität verglichen mit anderen volkswirtschaftlichen Sektoren stärker im Vordergrund stehen.