



CIS PAPERS

No. 21

Europäischer Wachstumsmarkt
Gesundheitsdienstleistungen
zwischen Vision und Realität

Leonhard Hajen

Januar 2009

The CIS – Discussion Papers are published on an irregular basis by:

Centre of International Studies

University of Hamburg

Von-Melle-Park 9

D-20146 Hamburg

E-mail: Sarah.Jastram@wiso.uni-hamburg.de

Citation:

CIS Papers, Centre of International Studies Hamburg

Europäischer Wachstumsmarkt Gesundheitsdienstleistungen zwischen Vision und Realität

Referat auf dem Symposium des Instituts für Europäische
Gesundheitspolitik und Sozialrecht der Johann Wolfgang Goethe
Universität, Frankfurt am Main am 25. 11. 2008

1 BEFÜRCHTUNGEN UND HOFFNUNGEN.....	3
2 EUROPÄISCHER BINNENMARKT UND SOZIALE KOHÄSION	4
3 INTERNATIONALISIERUNG VON GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN	8
3. 1 REGIONALE BINDUNG.....	8
3. 2 QUANTITATIVE BEDEUTUNG DER PATIENTENMOBILITÄT.....	9
3. 3 GRÜNDE FÜR PATIENTENWANDERUNG.....	9
4 USA ALS BEISPIEL FÜR DEN ZUSAMMENHANG VON INTERNATIONALISIERUNG UND SOZIALER SICHERUNG.....	12
5 NATIONALE EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS WACHSTUM DER GESUNDHEITSMÄRKTE	15
5. 1 KEIN KONDRATIEFF-ZYKLUS.....	15
5. 2 MIKROÖKONOMISCHE EINFLUSSFAKTOREN AUF DEN MARKT FÜR GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN.....	16
5. 2. 1 Politische Regulierung.....	16
5. 2. 2 Einfluss auf die Nachfrage.....	16
5. 2. 3 Einfluss auf das Angebot.....	17
6 GRÖÖE DES KÜNFTIGEN MARKTES FÜR GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN	18
7 FOLGEN DER FINANZMARKTKRISE FÜR DEN GESUNDHEITSSSEKTOR	20
8 FAZIT	23
LITERATUR	23

1 Befürchtungen und Hoffnungen

Mit dem Wachstum des Marktes für Gesundheitsdienstleistungen verbinden sich je nach Standpunkt Hoffnungen und Befürchtungen. Normalerweise wird in Märkten Wachstum mit der erfreulichen Zunahme von Umsätzen, Einkommen, Renditen oder Arbeitsplätzen assoziiert. Wachsende Ausgaben für Gesundheit sind zwar auch wachsende Einkommen für die Leistungserbringer, aber in der politischen Diskussion überwiegt die Sorge, dass ein wachsender Gesundheitssektor identisch ist mit steigenden Beiträgen für die Krankenkassen, mit höheren Prämien für private Krankenversicherungen oder, je nach Finanzierungssystem des jeweiligen Landes, steigenden Steuern, also einer Verkürzung des für den sonstigen, privaten Konsum verfügbaren Einkommens. Im deutschen Finanzierungssystem, in dem die Beiträge an die Löhne und Gehälter gekoppelt sind, wird das mit höheren Lohnnebenkosten und sinkender internationaler Wettbewerbsfähigkeit gleichgesetzt. Tatsächlich sind die

gesundheitsbedingten Lohnnebenkosten zwar so gering, dass sie im internationalen Wettbewerb eine untergeordnete Rolle spielen, zumal alle Länder mit steigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert sind, aber die Angst vor steigenden Ausgaben dominiert den öffentlichen Diskurs.¹

Dagegen steht die Auffassung, dass gerade wachsende Gesundheitsdienstleistungen eine Perspektive bieten, um angesichts der Wegrationalisierung von Arbeitsplätzen in der Industrie und im Dienstleistungssektor nachhaltig neue Beschäftigung zu schaffen und einen neuen Markt zu entwickeln, auf dem privates Kapital rentierlich angelegt werden kann. In dieser Perspektive sind Gesundheitsdienstleistungen ein Hoffnungsträger, weil sie von einer älter werdenden Bevölkerung, die über wachsende Einkommen verfügt, vermehrt nachgefragt werden.

Gesundheitsdienstleistungen werden in diese Arbeit eng definiert, also als Leistungen, die von Krankenhäusern, Arztpraxen, Arzneimittelindustrie, Apotheken oder dem Gesundheitshandwerk erbracht werden. In den Ländern der europäischen Union werden sie ganz überwiegend kollektiv finanziert, also aus den Beiträgen der Pflichtversicherten, oder aus allgemeinen Steuermitteln in Ländern mit einem nationalen Gesundheitsdienst. In einer sehr weiten Definition könnte man alle Leistungen einbeziehen, die der Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit dienen, wie Präventionsmaßnahmen, Bewegungsangebote oder gesundheitsfördernde Nahrung. Die Grenzen zu privatem Konsum werden dann allerdings fließend, weil auch der Saunabesuch oder das Bio-Brot darunter fallen. Unstreitig ist, dass alle Formen von Wellness-Angeboten auf eine wachsende Nachfrage stoßen und „Gesundheit“ als Marketing-Instrument in vielen Bereichen erfolgreich eingesetzt wird.

Die hier verfolgte engere Fragestellung bezieht sich auf das klassische Verständnis von Gesundheitsdienstleistungen, die überwiegend öffentlich finanziert werden und über die in einem politischen Entscheidungsprozess definiert wird, was als medizinischer Bedarf anerkannt und in der Regel überwiegend öffentlich finanziert wird. Es wird untersucht, welche Faktoren das Wachstum des Gesundheitsmarktes bestimmen. Dabei liegt der Fokus darauf, welche Veränderungen sich im europäischen Binnenmarkt vollziehen, insbesondere, ob es künftig vermehrt grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen geben wird, weil eine nationale Regulierung nicht mehr mit den Binnenmarktfreiheiten in der EU vereinbar ist. Dabei wird sich zeigen, dass das grenzüberschreitende Marktvolumen gering ist, aber erhebliche Veränderungen in der Struktur der Leistungsanbieter zu erwarten sind, weil der Gesundheitsmarkt in Zukunft ein Bereich sein wird, in dem privates Kapital verstärkt nach Anlagemöglichkeiten sucht, um den volatilen Kapitalmärkten auszuweichen.

2 Europäischer Binnenmarkt und soziale Kohäsion

Die europäische Vision ist weitreichender als die vier Marktfreiheiten des Binnenmarktes. Das Ziel ist ein Europa der Bürger, in dem es keine Grenzen mehr gibt und die politische und soziale Teilhabe gesichert ist. Das Recht auf Gesundheit gehört dabei zu den elementaren Menschenrechten, wobei keine Gesellschaft ihren Mitgliedern Gesundheit garantieren kann, aber einen gleichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, um Krankheiten zu verhüten und zu heilen und

¹ Häussler, Ecker, Schneider, 2006, S. 75ff

Gesundheit zu fördern.² Der Europäische Gerichtshof hat in seiner Rechtsprechung durchgehend die Rechte der Bürger gestärkt. Dazu gehört auch, dass die Bürger Gesundheitsdienstleistungen in allen Mitgliedsländern in Anspruch nehmen dürfen, und die nationalen Sicherungssysteme die Kosten übernehmen, die im Inland entstanden wären, allerdings immer mit der Einschränkung, dass auch nach nationalem Recht ein Leistungsanspruch besteht.³ Eine Richtlinie, die Konsequenzen aus den Urteilen des EuGH für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zieht, ist 2008 im Entwurf vorgelegt worden, wobei der Hauptstreitpunkt ist, ob sich dieses Recht auch auf stationäre Behandlung beziehen soll, die keine Notfälle sind.⁴ Dahinter steht die Vision eines Europas, das eben nicht nur einen gemeinsamen Markt realisiert, sondern das Ziel der sozialen Kohäsion verfolgt, was hier heißt, allen Bürgern gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewährleisten.

Die Vision besteht in der sozialen Kohäsion, d. h. der Angleichung der sozialen Standards. Der Weg dahin soll nicht über die Harmonisierung von sozialen Standards erfolgen, was angesichts der Vielfalt der Sozialsysteme auch kaum denkbar wäre, sondern über die Angleichung der Wohlfahrtsunterschiede in der EU, denn das Niveau der sozialen Sicherung, zu dem die medizinische Versorgung gehört, wird vor allem davon bestimmt, wie reich oder arm ein Land ist. Wollte man versuchen, alle Mitgliedsländer mittel- bis langfristig auf einen gleichen Anteil von Sozialausgaben am Sozialprodukt zu verpflichten, müssten das scheitern. Für die ökonomisch schwachen Länder wäre es eine Überforderung, wenn sie ihre Quote stark anheben müssten, um einen mittleren Wert zu erreichen, für die reichen Mitgliedsländer wäre eine starke Absenkung auf ein mittleres Maß politisch kaum durchsetzbar. Deshalb ist die soziale Kohäsion in der Vorstellungen der EU als ein Ziel zu beschreiben, dass in der der langen Frist als Ergebnis der ökonomischen Kohäsion eintreten soll. Durch ökonomisches Wachstum sollen die ärmeren Länder aufholen und im Verlauf dieses Prozesses das Niveau wohlfahrtsstaatlicher Absicherung anheben. Das ist ein Prozess, in dem es über lange Zeit einerseits starke Versorgungsunterschiede zwischen den Mitgliedsländern geben wird, andererseits aber auch ein ständiger Konflikt zwischen den schon weitreichenden Binnenmarktfreiheiten und der nationalen Regulierung der sozialen Sicherung bestehen wird.

Die Realität in Europa ist von der Vision eines gemeinsamen, hohen Gesundheitsniveaus, wie es in Art. 3 EGV gefordert wird, noch weit entfernt. Nimmt man Kennziffern wie die Lebenserwartung, Morbiditätsraten, Versorgung mit Ärzten oder Modernität der Apparate und Arzneimittel als Indikatoren für den Gesundheitsstatus eines Landes, sind mit der EU- Erweiterung nach Süden und Osten die Unterschiede größer geworden, was die Wohlstandsunterschiede zwar nicht linear widerspiegelt (z. B. gehört Griechenland nicht zu den reichen EU-Ländern, hat aber die höchste Lebenserwartung), aber dennoch erklärt die Höhe des Sozialproduktes doch einen großen Teil der Bandbreite.⁵ In Abbildung 1 ist für OECD-Länder der Zusammenhang zwischen Wohlstand gemessen im Inlandsprodukt (GDP: Gross Domestic Product) und dem Versorgungsniveau eines Landes gemessen in den Gesundheitsausgaben pro Kopf dargestellt: Die alten Mitgliedsländer haben alle ein

² Artikel 35 der EU-Grundrechtscharta lautet: „Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.“

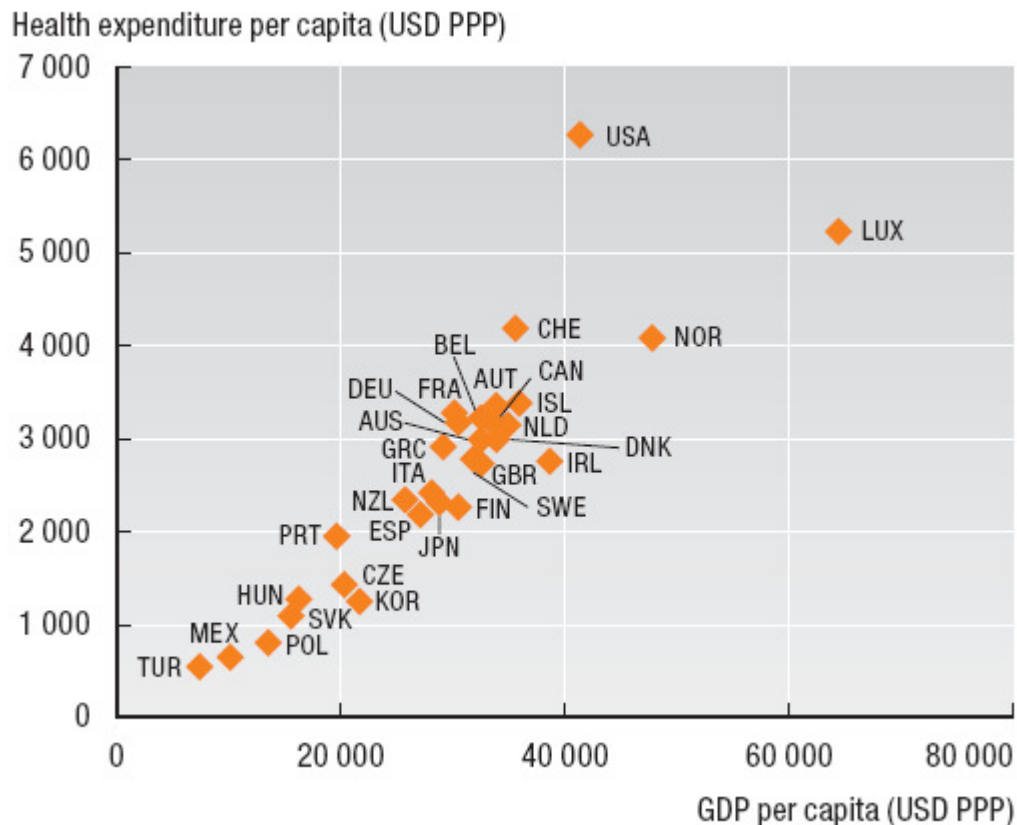
³ Urteile des EuGH in Sachen Kohll (C-158/96), Decker (C-120/95), Molenaar (C-160/96), Vanbraekel (C-368/98), Geraets-Smits und Peerbooms (C- 157/99) und Watts (C-372-04) zum freien Waren- und Dienstleistungsverkehr

⁴ Europäische Kommission, 2008 und Spitzenorganisation, 2008, S. 10f

⁵ OECD, 2007, diverse Tabelle

hohes Sozialprodukt und hohe Gesundheitsausgaben pro Kopf, die Mitgliedsländer im Osten befinden sich alle im unteren, linken Teil der Graphik und verbinden ein niedriges Sozialprodukt mit geringen Gesundheitsausgaben pro Kopf.

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben und GDP pro Kopf für 2005



Quelle: OECD, 2007, S. 89

Die Gesundheitsausgaben werden hier als ein Indikator für die Größe des Gesundheitsmarktes verwendet. Die Bestimmungsfaktoren für Größe und Wachstum dieses Marktes werden im fünften Kapitel näher analysiert, hier soll nur festgehalten werden, dass es einen engen Zusammenhang zwischen der Größe des Sozialproduktes eines Landes und der Größe des Gesundheitsmarktes gibt: Reiche Länder geben mehr für Gesundheit aus als arme. Das ist kein Automatismus, aber ein plausibler Zusammenhang, so dass die europäische Strategie, durch ökonomische Kohäsion auch gleichzeitig das Ziel der sozialen Kohäsion zu erreichen, nachvollziehbar ist. Wenn die Wirtschaft der Mitgliedsländer in Zukunft weiter wachsen wird und die Wachstumsraten in den MOE-Ländern sogar höher sind, kann mit wachsenden Gesundheitsmärkten gerechnet werden.

Die Idee des Binnenmarktes ist, dass der größere Markt Effizienzvorteile hat und die Wahlmöglichkeiten der Konsumenten, in unserem Zusammenhang der Patienten, erhöht. Hier soll nicht diskutiert werden, ob diese Vision, die schon den Ceccini-Bericht über die Vorteile des einheitlichen Binnenmarktes prägte, eingetreten ist.⁶ Die Wohlstandsmehrung ist messbar eingetreten, kritisch zu bewerten sind die Verteilung des Wohlstandes und die hohe Arbeitslosigkeit. Für die Frage, ob ein insgesamt

⁶ Cecchini, 1968, S. 99ff

wachsender Markt für Gesundheitsdienstleistungen auch zu mehr grenzüberschreitenden Märkten führt, also die Vor- oder vielleicht auch Nachteile in diesem Marktsegment spürbar werden, sind aber die Rahmenbedingungen ausschlaggebend:

- In den europäischen Verträgen ist eindeutig geregelt, dass die Organisation der Gesundheitsversorgung eine nationale Aufgabe ist und die EU nur eine ergänzende Funktion wahrnehmen kann.⁷ Im Amsterdamer Vertrag von 1997 ist in Art. 5 das Subsidiaritätsprinzip noch einmal ausdrücklich festgeschrieben worden. Einen Konflikt kann es allerdings mit den Binnenmarktfreiheiten und EU-Wettbewerbsregeln geben. Wenn marktförmiges Handeln vorliegt, gilt die europäische Regulierung und nationale Abweichungen müssen begründet werden.
- In allen Mitgliedsländern ist Gesundheitsversorgung Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und der Marktregulierung weitgehend entzogen, was Ausnahmen von den Wettbewerbsregeln begründet. Die Vielfalt der Gesundheitssysteme ist groß, aber in jedem Mitgliedsland dominiert die kollektive Finanzierung der Gesundheitsdienstleistungen, sei es über Sozialversicherungsbeiträge oder über Steuern. Die Patienten entscheiden also im Wesentlichen nicht als Käufer im Markt von Gesundheitsdienstleistungen, sondern als Wähler im politischen Prozess über Umfang und Struktur des Marktes.
- Sozialpolitik ist immer Umverteilung von Macht und Einkommen, was in der Gesundheitspolitik nicht anders ist. Der Anteil der Gesundheitsausgaben in der EU liegt in den Mitgliedsländern zwischen 6,0 (Polen 2005) und 11,1 Prozent (Frankreich 2005) des Sozialprodukts⁸ und ist ein zentrales Feld politischer Gestaltung, das sich die Mitgliedsländer nicht nehmen lassen wollen, weil darüber die Legitimation und Akzeptanz des Sozialstaates erfolgt. Der wird immer noch als Nationalstaat wahrgenommen, was sich in ferner Zukunft einmal ändern mag, aber davon ist Europa weit entfernt.

Umverteilung ist schon im nationalen Rahmen schwierig, auf europäischer Ebene ist die Bereitschaft dazu absehbar noch geringer ausgebildet. Gegenwärtig liegt der Haushalt der EU unter 1% des europäischen Sozialproduktes, was sich auf lange Zeit nicht wesentlich ändern wird. Mit diesem Finanzvolumen ist eine sozial- und gesundheitspolitisch motivierte Umverteilung jedenfalls ausgeschlossen, so dass das Wachstum der Gesundheitsmärkte auf absehbar Zeit von den nationalen Entscheidungen geprägt sein wird. Dabei ist das Ausmaß der öffentlichen Finanzierung die Schlüsselgröße, denn darüber entscheidet sich das Niveau der Gesundheitsversorgung. Ob eine Leistung dann von niedergelassenen Ärzten als Selbständige, Angestellte eines Medizinischen Versorgungszentrums oder des staatlichen Gesundheitsdienstes erbracht wird, ist ebenso nachrangig wie die Frage, ob ein Krankenhaus in öffentlicher, gemeinnütziger oder privater Trägerschaft betrieben wird. Damit entscheiden die Finanzierungsbedingungen der nationalen Systeme aber auch über den Anteil der Gesundheitsdienstleistungen, die möglicherweise im EU-Ausland oder weltweit in Anspruch genommen werden. Je großzügiger die Finanzierung grenzüberschreitender Leistungen ist, desto größer wird der Markt sein, wenn das Angebot im eigenen Land quantitativ oder qualitativ unzureichend ist.

⁷ Art. 152 (5): „Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“

⁸ OECD, 2007, S. 89, Tab 5.2.1.

3 Internationalisierung von Gesundheitsdienstleistungen

3.1 Regionale Bindung

Gesundheitsdienstleistungen erfordern bis auf seltene Ausnahmen (z. B. Laborleistungen und Ferndiagnose auf der Basis von Befunden) die unmittelbare Nähe des Produzenten der Leistung und des Konsumenten. Sie sind in hohem Maße arbeitsintensiv und regional gebunden, wobei je nach Art und Schwere des Falles (elektive Medizin, seltene Erkrankungen) der Patient in der Lage und Willens ist, weitere Wege auf sich zu nehmen. Grundsätzlich gilt, je näher umso besser, um Wege und Zeit zu sparen. Die Wahl für ein bestimmtes Krankenhaus wird in der Regel auf der Basis der Empfehlung des behandelnden Arztes, oder der Erfahrung von Familienmitgliedern, Freunden und Kollegen getroffen, was auch dafür spricht, dass Gesundheitsdienstleistungen sehr stark an die räumliche Nähe zum Wohn- und Arbeitsort des Patienten gebunden sind. Selbst wenn die Entfernung nicht groß und die Qualität vergleichbar ist, wird die Behandlung im Inland vorgezogen, weil es Sprachbarrieren oder kulturelle Unterschiede gibt, die gerade im Krankheitsfall die Mobilität einschränken.⁹

Medizinische Versorgung ist regionale Aktivität, darin liegt die Bedeutung für das künftige Wachstum von Gesundheitsmärkten und für Arbeitsmärkte der Gesundheitsberufe. Die Wertschöpfung findet regional und nur bei Spezialbehandlungen auch im nationalen Rahmen statt. Im Gegensatz zu anderen Arbeitsprozessen, die im Rahmen der Globalisierung ins Ausland abwandern können, sind Gesundheitsdienstleistungen nur sehr eingeschränkt verlagerbar.¹⁰ Am Beispiel der USA wird in Kapitel 4 gezeigt, dass dies nicht nur eine „technische“ Ursache hat, weil die Mobilität der Patienten begrenzt ist, sondern der Umfang der grenzüberschreitenden Leistungen im Medizinsektor auch davon abhängt, wie das soziale Sicherungsniveau ist. Je marktnäher die Finanzierung ist, desto stärker kommen die Kostendifferenzen zwischen In- und Ausland zum Tragen und führen dazu, dass Gesundheitsdienstleistungen im Ausland nachgefragt werden, wenn sie dort billiger sind.

Medizinische Leistungen sind auch nur sehr begrenzt vom Ort der Behandlung zu trennen. Die besten Beispiele sind Laborleistungen, insbesondere bei Zahnersatz, wo sich durch die Kostendifferenz zu ausländischen Anbietern ein relevanter Markt für grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen entwickelt hat.¹¹ Die Möglichkeiten der Telemedizin bei bildgebenden Verfahren eröffnen auch neue Perspektiven, die Untersuchung am Patienten von der Diagnosestellung, die durch einen Spezialisten an einem anderen Ort erfolgen kann, zu trennen. Zeit und Raum spielen durch die Digitalisierung keine Rolle mehr, so dass hier neue Möglichkeiten der Diagnose und Therapie seltener Krankheiten liegen. Die im Aktionsprogramm Gesundheit (2007-2013) der EU geplanten „Referenzzentren“ sind ein Versuch, den Fortschritt der Medizin bei seltenen Krankheiten für alle Bürger der EU zugänglich zu machen.¹²

⁹ Reichelt, Agasi, 2003, S. 200f

¹⁰ Hajen, 2007, S. 138ff

¹¹ Ferenczi et al., 2008, S. 11 nennen z. B. Preise für Zahnimplantante in anderen Ländern der EU, die im Vergleich zu Deutschland um bis zu mehr als die Hälfte billiger sind.

¹² Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2005, S. 9ff

3. 2 Quantitative Bedeutung der Patientenmobilität

Betrachtet man die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen der Deutschen im Ausland, so zeigen die Ausgaben der GKV für im Ausland erbrachte Leistungen, wie ökonomisch unbedeutend dieser Anteil ist. In 2007 wurden lediglich 0,3% aller Ausgaben der GKV für grenzüberschreitende Leistungen ausgegeben.¹³ Das umfasst ambulante und stationäre Leistungen, für die nach dem Sachleistungsprinzip die Kosten von der Krankenkasse übernommen wurden, oder in Ausnahmefällen erfolgt eine Kostenerstattung. In Notfällen konnten GKV Patienten schon immer Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip in Anspruch nehmen, wenn es bilaterale Verträge zwischen den Ländern gab. Allerdings schloss das SGB V bis 2004 aus, sich zum Zwecke der Behandlung ins Ausland zu begeben, es sei denn, die Krankenkasse hat die Behandlung vorab genehmigt. Danach ist das Gesetz der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes gefolgt und hat den Versicherten das Recht eingeräumt, in einem Mitgliedsland ihrer Wahl Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen, allerdings mit starken Einschränkungen bei der stationären Versorgung.

Die Ausgaben der GKV bilden die die Gesamtheit der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen nicht vollständig ab, weil 10% der Deutschen privat versichert sind. Es werden auch nicht alle Leistungen, die GKV-Versicherte im Ausland in Anspruch nehmen, erfasst. Das Recht auf Abrechnung nach dem Sachleistungsprinzip steht zwar auf dem Papier, aber ist für den betroffenen Arzt im Ausland mit mehr Bürokratie verbunden, so dass nicht selten Barzahlung vom Patienten verlangt wird. Nicht jede Rechnung wird dann bei der eigenen Krankenkasse zur Refinanzierung eingereicht. Es kann auch sein, dass Leistungen im Ausland in Anspruch genommen werden, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören, so dass die Kassen nicht zahlen dürfen, beispielsweise Schönheitschirurgie.¹⁴ Aber die Tendenz der Aussage, dass die grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen von geringer Bedeutung sind, bleibt erhalten. Die Europäische Kommission schätzt den Anteil der grenzüberschreitenden Ausgaben für Gesundheitsversorgung innerhalb der EU auf 10 Mrd. €, was auch lediglich 1% der der öffentlichen Gesundheitsausgaben sind.¹⁵

Betrachtet man umgekehrt, wie viele ausländische Patienten in Deutschland behandelt werden, dürfte das Volumen im Vergleich zu den Leistungen des Gesundheitssektors insgesamt ebenfalls nur gering sein. Von 17 Mio. Krankenhauspatienten in 2006 kamen 54.000 aus dem Ausland, davon waren 40.000 Touristen, die sich einer Notfallbehandlung unterziehen mussten.¹⁶ Für ein einzelnes Krankenhaus mag bei einer gesuchten Spezialisierung und Wartezeiten in den Krankenhäusern des Herkunftslandes daraus ein wirtschaftlich interessantes Feld liegen, weil es extrabudgetäre Einnahmen sind, aber in der Summe ist die Zahl der Fälle gering.

3. 3 Gründe für Patientenwanderung

Wenn es richtig ist, dass aus den oben beschriebenen Gründen die Patienten eine Präferenz für eine Behandlung in ihrer Heimat haben, dann gibt es im Wesentlichen zwei Gründe für eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von

¹³ Bundesministerium für Gesundheit, 2007, KV 45

¹⁴ Reichelt, Agasi, 2003, S. 194f

¹⁵ Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2008, S. 9

¹⁶ Institut für Arbeit und Technik, 2008

Gesundheitsdienstleistungen: Die Leistung ist in der gewünschten Qualität im Inland nicht oder nur mit langer Wartezeit verfügbar, oder die Leistung ist deutlich billiger als im Inland und wird nicht von dem nationalen Gesundheitssystem bezahlt.

Im ersten Fall wird unterstellt, dass in den Mitgliedsländern der EU eine Inanspruchnahme auch im EU-Ausland vom nationalen Gesundheitssystem getragen wird. Das entspricht bei der ambulanten Versorgung, bei Arzneimitteln und bei Heil- und Hilfsmitteln der ständigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes, ist aber noch nicht in allen Ländern die Praxis.¹⁷ Bei der Krankenhausversorgung konzidiert der Gerichtshof besondere Bedingungen, weil Krankenhäuser hohe Investitionen und Vorhaltekosten verlangen, die durch Leistungsanspruchnahme im Ausland unwirtschaftlich werden könnten und die finanzielle Leistungsfähigkeit des nationalen Gesundheitssystems bedrohen könnten. Deshalb lässt der Gerichtshof hier zu, dass eine Krankenhausbehandlung vorher genehmigt werden muss, verlangt aber objektive Kriterien für eine Ablehnung und den Nachweis, dass sonst die finanzielle Stabilität bedroht ist.¹⁸ Der Nachweis dürfte schwer zu führen sein, und es ist absehbar, dass es zu weiterem Rechtsstreit kommen wird. Die EU-Kommission hat im Sommer 2008 den Entwurf einer Richtlinie zur Patientenmobilität vorgelegt, wo dieser Konflikt zugunsten der Versicherten und der Wahlfreiheit der Patienten entschieden wird.¹⁹ Es darf aber bezweifelt werden, ob die Richtlinie in dieser Form durch den Ministerrat beschlossen werden wird, weil die Mitgliedsländer ihre eigenen Krankenhäuser vor Wettbewerb schützen wollen.

Selbst wenn in der Zukunft ein Anspruch darauf bestehen sollte, dass das nationale Sicherungssystem die Behandlungskosten im EU-Ausland trägt, wird absehbar nur das erstattet, was die Leistung im Inland gekostet hätte, immer unterstellt, die Leistung ist nach nationalem Recht Teil des Leistungskatalogs. Patientenmobilität soll auch nach Auffassung der Kommission nie dazu führen, Leistungen zu bekommen, die man nach nationalem Recht nicht bekäme. Das wäre mit Buchstaben und Geist der Europäischen Verträge unvereinbar, weil die Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung Aufgabe der Nationalstaaten ist.

Neben den zusätzlichen Fahrtkosten hat ein Patient den Differenzbetrag zwischen dem Preis im Inland und im Ausland aus eigenen Mitteln zu bezahlen, was prohibitiv wirkt, wenn das Preisniveau für Gesundheitsdienstleistungen im Land der Behandlung höher als im eigenen ist. Also selbst wenn die Wartezeiten für eine Behandlung lang sind, oder eine bessere Qualität im Ausland erwartet wird, sind keine großen Wanderungen von Patienten zu erwarten. Wartezeiten gibt es vor allem in staatlichen Versorgungssystemen wie Großbritannien und den skandinavischen Ländern, die aber auch alles tun werden, um eine Wanderung zu verhindern, selbst wenn europäisches Recht den offenen Zugang erzwingt, weil die Leistung aus dem nationalen Budget zu zahlen ist und den inländischen Leistungsanbietern als Einkommen verloren geht. Insoweit setzt der europäische Wettbewerb die nationalen Gesundheitssysteme unter Druck, eine bessere Versorgung zu schaffen. Eine Inanspruchnahme aus den Ländern der Osterweiterung der EU, in denen es ebenfalls Versorgungslücken gibt, scheitert an den hohen Zuzahlungen aus eigenem Einkommen. Diejenigen, die sich das leisten

¹⁷ Beginnend mit der Rechtssache Decker und Kohll in 1998 bis Watts in 2004 hat der EuGH die Rechte der Patienten auf eine Behandlung im EU-Ausland bejaht oder eine Verweigerung an strenge Voraussetzungen geknüpft.

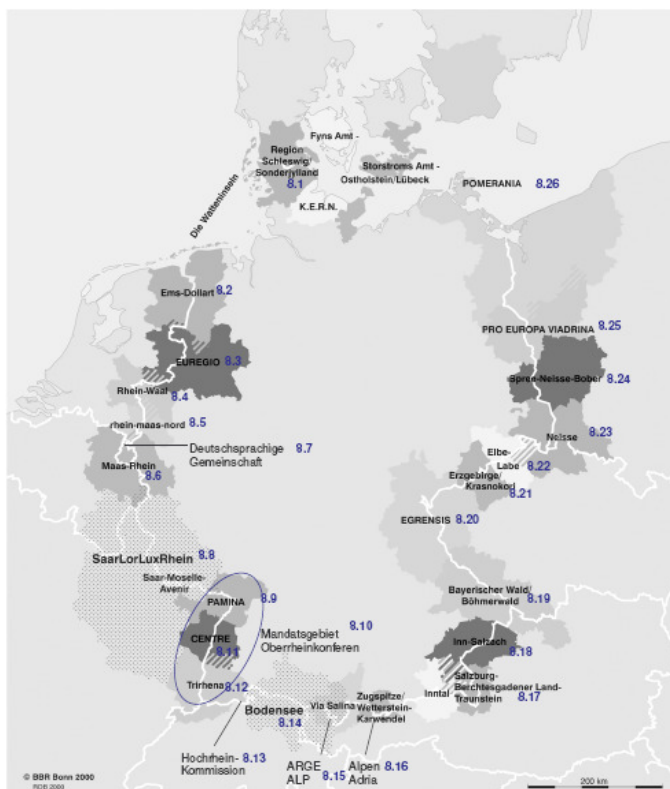
¹⁸ Urteil des EuGH zur stationären Behandlung des britischen Staatsbürgers Watts in einem anderen Land der EU (C-372/04)

¹⁹ Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2008

können, finden auch im eigenen Land genügend Anbieter, die auf der Basis privater Liquidation gute Leistungen ohne Wartezeiten anbieten.

Abweichend von dieser Grundtendenz kann es in Grenzregionen eine vermehrte Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen geben. Das Kriterium der räumlichen Nähe ist dort erfüllt und Sprachbarrieren oder kulturelle Differenzen spielen eine geringere Rolle. An allen Grenzen der Bundesrepublik gibt es Zusammenschlüsse von grenzüberschreitenden Regionen, die die Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung institutionalisiert haben.

Abbildung 2: Gemeinsame Gesundheitsregionen in Grenzgebieten



Quelle: Deutsche Sozialversicherung, 2005, S. 22

Die Formen der Zusammenarbeit sind dabei sehr unterschiedlich. Das kann von Versorgungsverträgen deutscher Krankenkassen mit Krankenhäusern und Ärzten im Nachbarland, gemeinsame Rettungsdienste bis zur Herausgabe eines Fremdwörterbuchs für Heilberufe und Rettungssanitäter führen, um Kommunikationsprobleme zu erleichtern.²⁰ Aus der Zusammenarbeit können sich für alle Beteiligten Vorteile ergeben, insbesondere wenn dadurch spezielle Angebote vorgehalten werden können, die sonst nicht wirtschaftlich zu betreiben wären. Hier wird das Ziel eines Europas der Bürger sehr konkret mit Inhalt gefüllt. Da es sich gleichzeitig aber um Grenzgebiete handelt, die überwiegend dünn besiedelt sind, ist der gesamtwirtschaftliche Effekt dieses Dienstleistungsaustausches gering.

Eine weitere Ausnahme sind Teilmärkte der Gesundheitsdienstleistungen, in denen die Preisdifferenzen zwischen In- und Ausland hoch sind, und gleichzeitig ein hoher Eigenanteil in Form von Zuzahlungen zu leisten ist. Das sind aus deutscher Sicht in

²⁰ Deutsche Sozialversicherung, 2005, S. 12ff

erster Linie Leistungen beim Zahnersatz und Kuren, letztere vor allem, wenn keine medizinische Indikation im engeren Sinne vorliegt, sondern die Grenze zu Wellness-Tourismus schwimmend wird. Eine belastbare Datenbasis gibt es dazu nicht, aber die Berichte, dass der Urlaub mit einer prothetischen Zahnbehandlung verbunden wird oder die Laborleistung im Ausland erbracht wird, nehmen zu. Hier ist auch am deutlichsten der Bedarf für eine europäische Regulierung sichtbar, denn der Patient möchte wissen, welche Qualität er erwarten kann, wie die Haftung geregelt ist und welche Rechte und Pflichten bestehen, wenn ein inländischer Anbieter aufgrund einer schlechten Leistung im Ausland tätig werden muss. Der Teilmarkt der Laborleistungen, der nicht auf die Nähe zum Patienten angewiesen ist, macht auch deutlich, dass die Wachstumsdynamik der grenzüberschreitenden Leistungen sehr stark davon abhängt, ob sie unter die soziale Finanzierung fallen. Deshalb lohnt ein Blick auf die Entwicklung in den Vereinigten Staaten, wo die Internationalisierung von Gesundheitsdienstleistungen trotz der so völlig anderen geographischen Verhältnisse eine ganz andere Dimension als in Europa hat.

4 USA als Beispiel für den Zusammenhang von Internationalisierung und sozialer Sicherung

Unter den OECD-Staaten hatten die USA in 2006 mit 15,3% den höchsten Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt und gaben mit 6.714 \$ (PPP) mit Abstand pro Einwohner am meisten aus.²¹ Der Anteil der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben war jedoch am niedrigsten.²² Deshalb kann man mit gutem Grund die USA als das marktwirtschaftlichste Gesundheitssystem unter den entwickelten Staaten bezeichnen. Die Größe des Marktanteils kann dazu verleiten, dass ein von staatlicher Regulierung weitgehend befreiter Gesundheitsmarkt höhere Wachstumsraten verspricht. Der Preis dafür ist allerdings hoch. 15,4% (45,8 Mio. Menschen) der US-Amerikaner waren im Durchschnitt der Jahre 2005-2007 ohne jede Krankenversicherung, eine große Zahl ist unterversichert²³. Der Commonwealth Fund untersucht alle zwei Jahre, wie die Gesundheitskosten der US-Bürger gedeckt sind und kommt zu dem Ergebnis, dass in 2007 116 Millionen Erwachsene nicht versichert bzw. unterversichert waren, oder sie hatten Probleme, ihre Arztrechnungen zu bezahlen und/oder verzichteten auf Behandlung.²⁴ Gesetzlich versichert sind nur die Senioren über 65, Behinderte und ganz arme Menschen. Der Versicherungsschutz für abhängig Beschäftigte erfolgt zumindest in großen Betrieben durch Privatversicherungen, die der Arbeitgeber abschließt. Selbständige, Beschäftigte in Klein- und Mittelbetrieben und Arbeitslose müssen sich selber versichern, oder sind im Krankheitsfall ohne Schutz. Konkurse wegen unbezahlter Rechnungen von Ärzten und Krankenhäusern machen mehr als die Hälfte aller privater Insolvenzen aus, was unterstreicht, welche enorme Bedeutung der Preis einer medizinischen Dienstleistung in den Vereinigten Staaten hat.²⁵ Das gilt insbesondere für elektive Eingriffe, denn in Notfällen haben zumindest die öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäuser eine Behandlungspflicht.

Wegen der begrenzten kollektiven Finanzierung durch die Sozialversicherung oder den Staat haben Behandlungen im Ausland für US-Amerikaner eine viel größere Bedeutung, obwohl der Weg in ein Land mit niedrigerem Preisniveau für die meisten US-Bürger

²¹ OECD, 2008, Tabelle Gesundheitsausgaben

²² OECD, 2007, S. 87

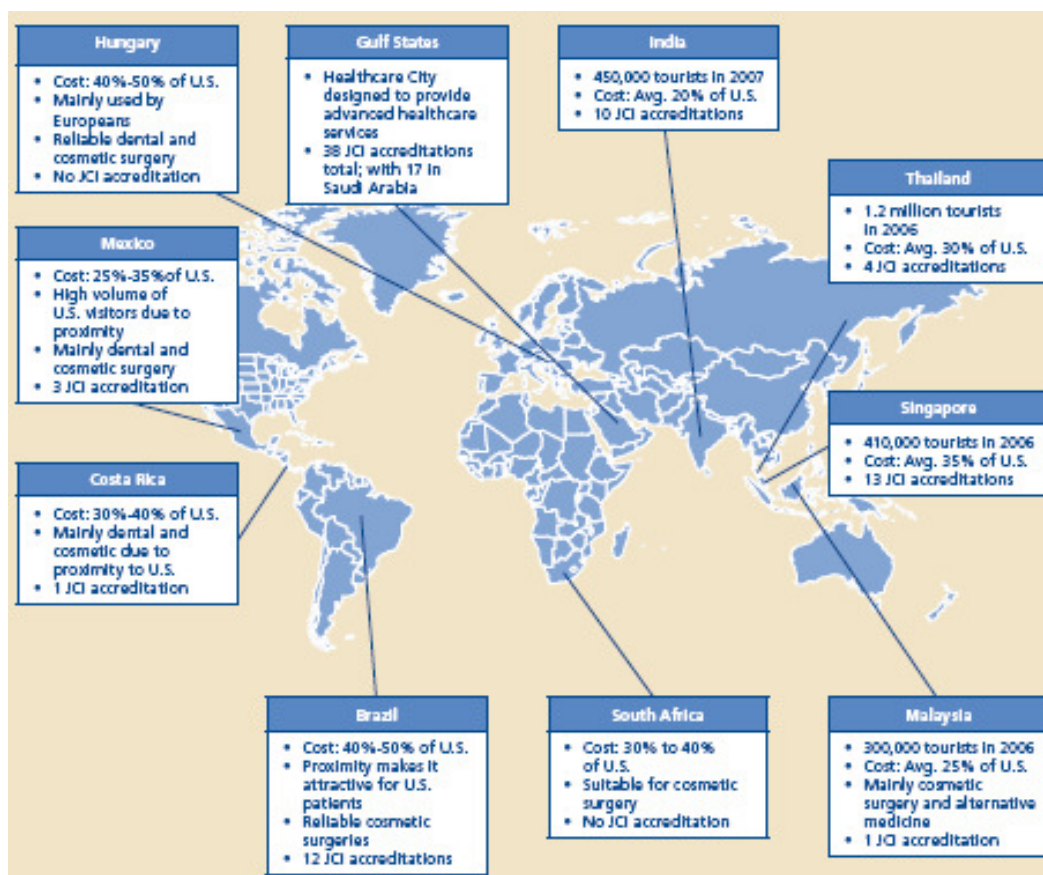
²³ U.S. Bureau of Census, 2008, S. 23

²⁴ Collins, 2008, S. 2ff

²⁵ Himmelstein, 2005, S. W5-66ff

viel weiter als für einen Europäer ist. Neben den größeren kulturellen und sprachlichen Unterschieden kommt noch der klimatische Unterschied hinzu, was für Kranke eine zusätzliche Belastung darstellt. Der Unterschied in den Kosten für eine Behandlung in Lateinamerika oder Asien ist allerdings so gravierend, dass die Beschwerden in Kauf genommen werden, um überhaupt Zugang zu Behandlung zu bekommen. Deloitte hat eine Gegenüberstellung der Kosten für die Behandlung einzelner Fälle veröffentlicht, die im Minimum bei 10% der Kosten in den USA liegen.²⁶ Abbildung 3 zeigt, dass die Schwerpunkte der Behandlungszentren in Asien und Lateinamerika liegen, aber auch Ungarn ein attraktiver Standort ist. Die Behandlungskosten liegen durchschnittlich bei 25-40% des Preises in den USA, so dass selbst bei Einbeziehung der Flugkosten deutliche Ersparnisse erzielt werden.

Abbildung 3: Zentren des Gesundheitstourismus



Quelle: Deloitte, 2008, S. 6

Deloitte schätzt, dass in 2007 ca. 750.000 Patienten aus den USA im Ausland behandelt worden sind und führt den Grund auf die hohen Kosten und fehlende oder unzureichende Krankenversicherung im Inland zurück. Bis 2012 wird eine Steigerung auf 8-12 Mio. Menschen erwartet, was eine exorbitante Zahl von „medical refugees“, so die wörtliche Bezeichnung, ist. Das Marktvolumen wird auf 16-24 Mrd. US\$ geschätzt.²⁷ Die Kennzeichnung als „health tourism“ ist eher eine Beschönigung für eine Versorgungssituation, die die Bürger zu einer Behandlung ins Ausland treibt, weil sie sich andere Alternativen nicht leisten können.

²⁶ Deloitte, 2008, S. 13

²⁷ Deloitte, 2008, S. 4 und S. 14

In einer online-Befragung wurden 3.000 Amerikaner gefragt, ob sie bei gleicher Qualität aber halb so hohen Kosten eine Behandlung im Ausland wählen würden. Fast 39% der Befragten antworteten mit Ja.²⁸ Die Schätzung ist methodisch nicht sehr belastbar: Erstens dürfte eine online-Stichprobe kaum repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sein, zweitens ist es immer problematisch, von Antworten auf hypothetische Fragen auf tatsächliches Verhalten zu schließen. Aber selbst wenn nur die Hälfte der prognostizierten Fälle realisiert würde, ist das eine große Zahl und ein außerordentlich hohes Wachstum der grenzüberschreitenden Dienstleistungen.

Das hohe Wachstum der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen ist nicht nur aus der schlechten sozialen Absicherung im Krankheitsfall zu erklären, sondern auch aus einer veränderten Angebotslage im Ausland. In den „emerging countries“ ist in den letzten Jahren eine kaufkräftige Schicht von Menschen entstanden, die medizinische Leistungen auf hohem Niveau nachfragen und bezahlen können. Damit hat sich ein Angebot von Krankenhäusern entwickelt, das dem westlichen Niveau entspricht und in der Behandlung ausländischer Patienten ein zusätzliches Marktpotential erschließt. Die Krankenhäuser behandeln nach den medizinischen Standards in den USA und lassen sich nach US-Standards zertifizieren, so dass die Patienten gesicherte Qualität vorfinden. Die Kliniken werben damit, dass ihre Ärzte in den USA ausgebildet wurden. Renommiertere US-Kliniken wie Harvard Medicine, Cornell Medical School oder das John Hopkins Hospital haben Niederlassungen oder Kooperationen in Asien und Lateinamerika, so dass der amerikanische Patient darauf vertrauen kann, nicht schlechter als im eigenen Land behandelt zu werden.²⁹

Das Beispiel der Vereinigten Staaten zeigt, dass das Volumen grenzüberschreitender Dienstleistungen sehr stark davon abhängig ist, ob im Inland das Krankheitsrisiko durch gesetzliche oder private Versicherung ausreichend abgesichert ist. Es zeigt aber auch, dass im Ausland Kapazitäten aufgebaut wurden, die bei gleicher Qualität weniger als die Hälfte kosten, so dass auch im Gesundheitssektor die Globalisierung zu völlig veränderten Wettbewerbsverhältnissen führt. Der Chef des Bumrungrad Hospital in Bangkok, einer der großen Kliniken, die um US-Patienten werben, bringt es auf die griffige Formel: „W’re selling Cadillacs at Chevy prices“.³⁰

Die alles entscheidende Frage ist, ob Gesundheitsdienstleistungen wie in Europa ein öffentlich finanziertes Gut bleiben, oder ob sie privat zu finanzieren sind. Dann entscheiden über Angebot und Nachfrage Preis und Qualität, aber auch das Einkommen der Patienten, was nachgefragt wird. Die Regeln des Automobilmarktes werden dann auf den Gesundheitssektor übertragbar: Wer einen Mercedes zum Preis eines Golf anbietet, bekommt den Markt. Die Veränderungen auf der Angebotsseite auf den Weltmärkten für Gesundheitsleistungen sollten zumindest auch deutsche Klinikchefs zu etwas weniger Optimismus verleiten, durch Patienten aus dem Ausland die eigene Einnahmesituation dauerhaft zu verbessern. Gute medizinische Qualität findet man mittlerweile auch in anderen Ländern, aber billiger. Im Bereich der elektiven Medizin ist die medizinische Versorgung nicht zwingend ein Gut, das nur lokal erbracht werden kann.

²⁸ Deloitte, 2008, S. 5

²⁹ Deloitte, 2008, 16f

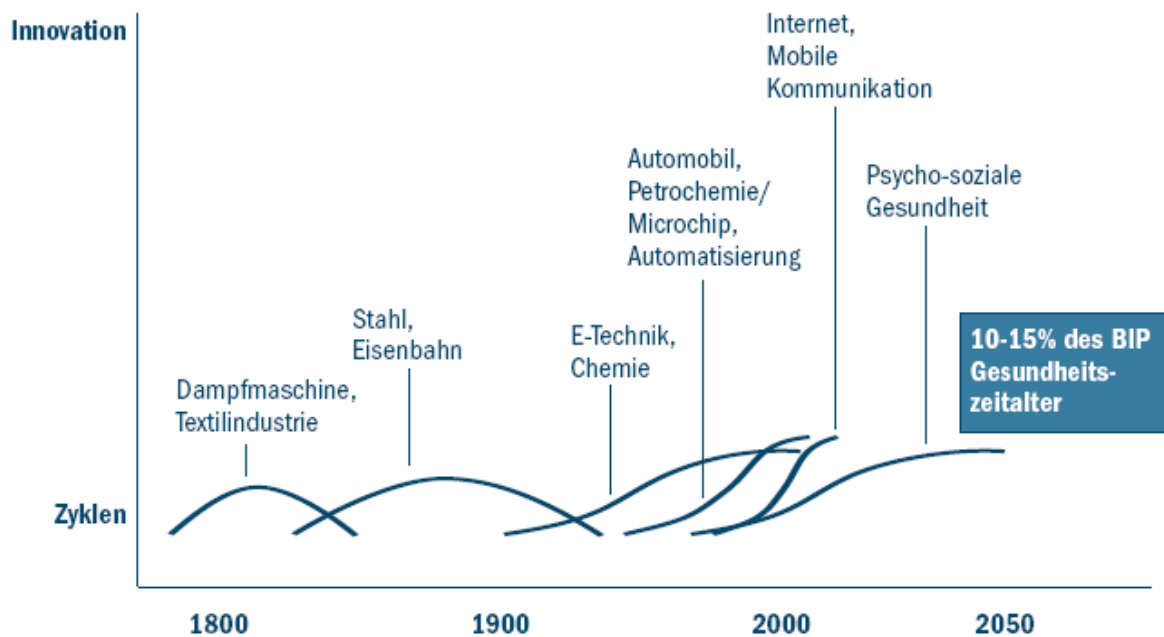
³⁰ o. V., 2008

5 Nationale Einflussfaktoren auf das Wachstum der Gesundheitsmärkte

5.1 Kein Kondratieff-Zyklus

Der russische Ökonom Kondratieff hat in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts die „Theorie der langen Wellen“ entwickelt. Entgegen der pessimistischen Sicht, dass die kapitalistische Wirtschaft durch dauerhafte Stagnation gekennzeichnet sei, sah er in technologischen Innovationen, die alle Bereiche der Wirtschaft durchdringen, den Auslöser zu immer neuen Wachstums, so dass die ökonomische Entwicklung durch bei langfristiger Betrachtung durch technikinduzierte Wellen gekennzeichnet ist. Dampfmaschine, Eisenbahn, Elektrotechnik, Automobil und Internet und Telekommunikation sind Beispiele für fünf lange Wellen, die von Erfindungen ausgingen und die Wirtschaft aus der Krise geführt haben.

Abbildung 4: Kondratieff-Zyklen der Wirtschaftsentwicklung



Quelle: Berger, 2005, S. 3

Der sechste Kondratieff soll nach Nefiodow durch die psycho-soziale Gesundheit geprägt sein, die theoretische und empirische Untermauerung ist aber schlecht.³¹ Dahinter verbirgt sich eher eine Überzeugung, der Gesundheitssektor müsse wachsen, weil die Gesellschaft immer kränker würde. Die Abgrenzung des Gesundheitssektors ist dabei jenseits aller sonst üblichen Definitionen, weil dazu auch Biotechnologie, Umweltschutz und alles gehört, was dem spirituellen Wohlbefinden nutzt, gezählt werden.³² Eben alles, was benötigt wird, um eine als „krank“ definierte Gesellschaft besser zu machen. Soweit technologische Faktoren als Wachstumsmotor genannt werden, nur darauf stützt Kondratieff seine Theorie, sind sie eher die Verbreitung der Technologien des 5. Zyklus in der Medizin, z. B. neue bildgebende Verfahren oder

³¹ Nefiodow, 2006, S. 55ff

³² Nefiodow, 2006, S. 64

Telemedizin. Der pseudo-religiöse Ansatz von Nefiodow wird aber gerne zitiert und aufgegriffen, um der eigenen Vorstellungen eines wachsenden Gesundheitsmarktes auf der Basis von feien Marktkräften einen theoretischen Unterbau zu geben.

In der Theorie von Gesundheitsmärkten herrscht in der Literatur wenig Übereinstimmung, weil die zentralen Fragen von staatlicher oder marktlicher Regulierung berührt sind. Entsprechend groß sind die ideologischen Differenzen und die Empirie ist eher notleidend. An der Prognose von Marktvolumen und Beschäftigung der Dienstleistungen haben sich in Deutschland in den letzten Jahren nur noch Wirtschaftsberatungsunternehmen versucht.³³ Es ist auch außerordentlich schwierig, ökonometrische Modelle zu entwickeln, weil die Datenlage im Vergleich zur Industrie bei Dienstleistungen viel schwieriger ist, erst Recht gilt das für die sehr heterogenen Gesundheitsdienstleistungen. Deshalb soll im nächsten Abschnitt lediglich skizziert werden, welche mikroökonomischen Einflussfaktoren auf Angebot und Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen wirken und im sechsten Kapitel wird referiert, welche Ergebnisse die Studien von Roland Berger und IKB/Prognos haben.

5. 2 Mikroökonomische Einflussfaktoren auf den Markt für Gesundheitsdienstleistungen

5. 2. 1 Politische Regulierung

Kennzeichen aller Mitgliedsländer der Europäischen Union ist, dass der Gesundheitsmarkt in hohem Maße reguliert ist, weil Angebot und Nachfrage nicht wie bei privaten Gütern funktionieren können. Gesundheitsgüter sind Vertrauensgüter, bei denen der Konsument in der Regel nicht die Voraussetzungen einer rationalen Entscheidung unter Marktbedingungen erfüllen kann. Markt setzt voraus, dass Anbieter und Nachfrager getrennt sind, schon daran scheitert der Gesundheitsmarkt, weil der Anbieter real entscheidet, was für den Patienten notwendig ist. Zumindest unter den Bedingungen einer fast vollständigen Finanzierung der Leistungen durch Versicherung oder Staat kann auch der Preismechanismus nicht funktionieren.³⁴ Er soll es auch nicht, weil der Kern des europäischen Sozialstaatsmodells bei Gesundheit gerade darin besteht, dass der medizinische Bedarf und nicht das Einkommen entscheidend sein soll. Das schließt nicht aus, dass bei Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen auch wettbewerbliche Anreize gesetzt werden, wozu auch Preise gehören können, aber immer im Rahmen einer politischen Regulierung, in der das Individuum als Wähler, aber nicht als nachfragender Konsument entscheidet. Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistung sind in staatliche Regulierung eingebettet.

5. 2. 2 Einfluss auf die Nachfrage

Gesamtwirtschaftlich und einzelwirtschaftlich bestimmt die Höhe des Einkommens die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Reiche Gesellschaften können mehr Ressourcen nachfragen als arme. Wie viel Einkommen in welchem Sektor verwendet wird, ist im Wesentlichen Ergebnis der politischen Regulierung. Der Elastizität auf die

³³ Berger, 2005 und Deutsche Industriebank/Prognos AG, 2007

³⁴ Hajen, Paetow, Schumacher, 2008, S. 45ff

Höhe des Preises spielt im Unterschied zu privaten Gütern so gut wie keine Rolle, zumindest solange durch Versicherung oder staatliche Versorgung der Preis bei der Inanspruchnahme für den Patienten Null ist, oder er nur geringe Zuzahlungen zu leisten hat. Bei allen Schwierigkeiten, Prognosen über das gesamtwirtschaftliche Wachstum für die mittlere und lange Frist zu erstellen, wird durchgehend davon ausgegangen, dass die Produktivität der Volkswirtschaften weiter wächst und steigende Einkommen realisiert werden. Gesundheitsgüter gehören zu den superioren Gütern, d. h. sie werden überproportional nachgefragt, wenn das Einkommen wächst, so dass aus der Kombination von steigenden Einkommen und größerer Wertschätzung von Gesundheitsleistungen eine größere Nachfrage zu erwarten ist.³⁵

Der Einfluss der Einkommenshöhe wird noch durch die Alterung der Bevölkerung verstärkt. Alte Menschen fragen mehr Gesundheitsgüter nach als junge. Auch wenn die Empirie dafür spricht, dass mit wachsender Lebenserwartung nicht eine lineare Erhöhung der Ausgaben für Gesundheit eintritt, sondern bei größerer Langlebigkeit eine Kompression der Kosten in den zwei Jahren vor dem Tod eintritt, ist durch die bloße Zunahme der Zahl alter Menschen mit einer Steigerung der Ausgaben zu rechnen. Zumindest in den nächsten Jahren haben die Rentner auch vergleichsweise gute Einkommen, so dass auch über die durch das Sozialsystem abgesicherten Leistungen hinaus Gesundheitsdienstleistungen nachgefragt werden. Das ist auf die lange Frist sehr viel schwerer zu beurteilen, weil das Niveau der Sozialrenten abgesenkt wird und nicht voll absehbar ist, welchen Wert und welches Ausmaß kapitalgedeckte Zusatzrenten künftig haben werden.

5. 2. 3 Einfluss auf das Angebot

Beim Angebot von Gesundheitsdienstleistungen werden zwei zentrale Einflussfaktoren diskutiert, nämlich der Preisstruktureffekt und der technische Fortschritt. Preisstruktureffekt meint, dass die Ausgaben für Gesundheit wachsen müssen, weil es sich überwiegend um Personalausgaben handelt. Die Produktivität bei sehr personalintensiven Dienstleistungen wächst aber nicht in dem Maße wie die Produktivität der Gesamtwirtschaft, dennoch müssen die Gehälter mindestens so stark wie im Durchschnitt wachsen, wenn man Arbeitskräfte für diesen Sektor gewinnen und halten will. Allein daraus resultieren Mehrausgaben, die als ein Wachstum der Gesundheitsdienstleistungen gemessen werden, ohne dass sich dadurch etwas an der Versorgungssituation ändert.³⁶ Hinzu kommt, dass der technische Fortschritt in der Medizin überwiegend aus Produktinnovationen und weniger aus Prozessinnovationen besteht, die ein Produkt billiger machen. Es sind auch überwiegend sogenannte add-on-Technologien, d. h. sie werden zusätzlich eingesetzt und ersetzen nicht ein vorher verwendetes Produkt. Es handelt sich dabei um Fortschritte in der Diagnostik und Therapie, aber insbesondere auch um neue Arzneimittel, mit denen gezielter behandelt werden kann, oder die überhaupt erst eine Heilung ermöglichen. Die meisten Analysen zum Einfluss des technischen Fortschritts auf die Ausgaben im Gesundheitssektor gewichten diesen Faktor höher als die Auswirkungen des demographischen Wandels.³⁷

³⁵ Getzen, 1997, S. 415ff

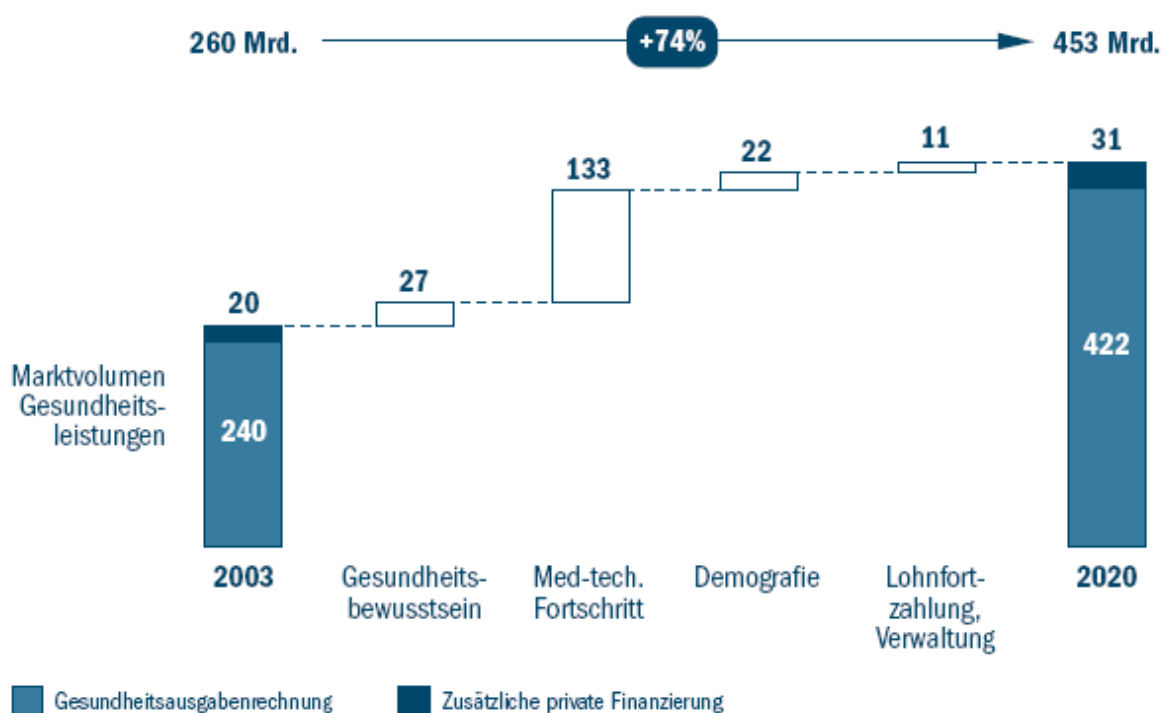
³⁶ Baumol, 1993, S. 17ff

³⁷ DIW, 2001, S. 51ff

6 Größe des künftigen Marktes für Gesundheitsdienstleistungen

Die diskutierten Einflussfaktoren auf das Angebot und die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen beschreiben ein äußerst komplexes Modell. Das Drehen an einer Stellschraube, z. B. eine spürbare Erhöhung der Zuzahlungen, kann wesentliche Modellparameter stark verändern. Deshalb kommt man ohne Annahmen über die künftige Entwicklung nicht aus und die Prognosen haben ein hohes Maß an Unsicherheit. Roland Berger schätzt das Marktvolumen für Gesundheitsdienstleistungen im Jahr 2020 auf 453 Mrd. €; was gegenüber dem Basisjahr 2003 eine Steigerung um 74% ist (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Entwicklung des Marktes für Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland bis 2020 (in Euro)



Quelle: Berger, 2005, S. 11

In den Gesundheitsausgaben sind nicht nur die Ausgaben der Sozialversicherung, des Staates, der Lohnfortzahlung der Arbeitgeber und der Privaten Krankenversicherung enthalten, sondern auch private Ausgaben der Haushalte für Gesundheitsdienstleistungen (in 2003 29 Mrd. von 240 Mrd.) und weitere 20 Mrd. Ausgaben, die vom Statistischen Bundesamt nicht erfasst werden. Zu den letzten beiden Gruppen zählt Roland Berger ein Potpourri von Ausgaben, die von OTC-Medikamente, Individuelle Gesundheitsleistungen bei Ärzten über Beiträge zu Sportvereinen, Wellness und Bio-Lebensmitteln und „Functional Food“ reichen.³⁸ Wie die beiden letzten Bereiche erfasst wurden, ist nicht nachvollziehbar und enthält angesichts der fließenden Grenzen zwischen Gesundheitsdienstleistungen und Wellness-Angeboten ein hohes Maß an Willkür. Für beide Bereiche werden aber besonders hohe Wachstumsraten behauptet, was nicht unplausibel ist, wenn man die Entwicklung der

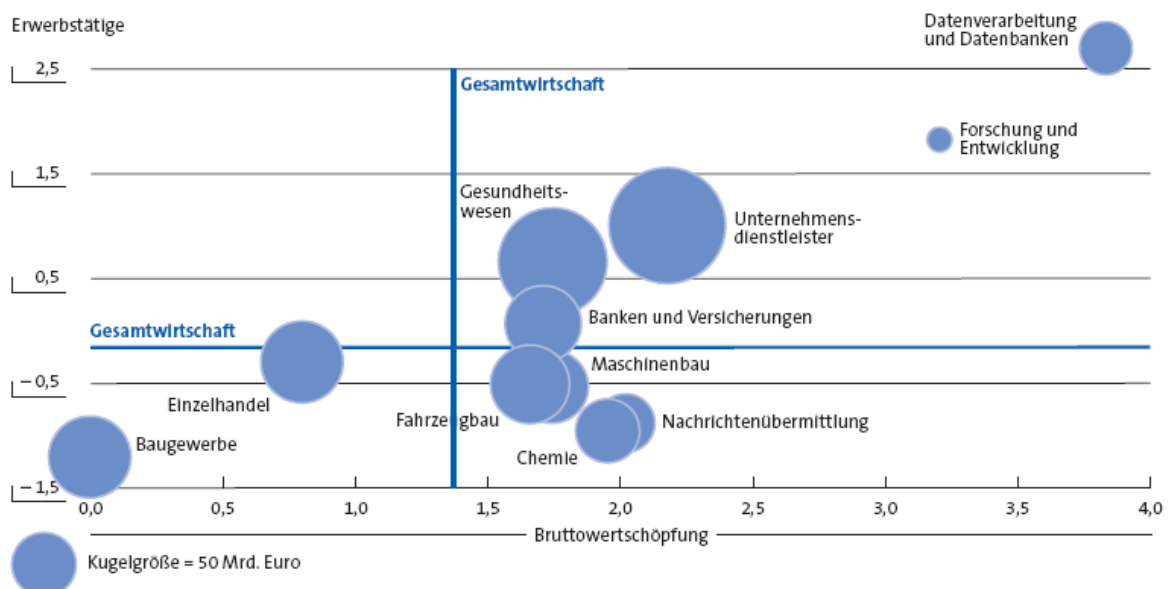
³⁸ Berger, 2005, S. 7ff

letzten fünf Jahre betrachtet. Dabei sollte aber nicht unterschlagen werden, dass die hohe Steigerung der in der amtlichen Statistik ausgewiesenen privaten Ausgaben für Gesundheitsdienste und Pflege in den letzten Jahren zu einem erheblichen Teil durch höhere Zuzahlungen und Ausgrenzung von Leistungen in der GKV verursacht wurden, was nicht als eine größere Konsumbereitschaft für diese Produkte interpretiert werden kann.³⁹

Die Schwierigkeit, die verschiedenen Komponenten des Angebots und der Nachfrage in der künftigen Entwicklung abzuschätzen, wird in der Studie von Roland Berger deutlich: 133 Mrd. des Zuwachs von 193 Mrd. bis 2020 werden dem technischen Fortschritt zugerechnet. Als Indikator für die Größe dieses Faktors wählt Roland Berger die Ausgaben für Gesundheit. Sie sind in den letzten 10 Jahren immer ein Prozentpunkt stärker gestiegen als das Bruttoinlandsprodukt, für das in der Prognose ein jährliches Wachstum von 1,9% unterstellt wird, so dass daraus das gesamte Marktvolumen hochgerechnet wird, was dem technischen Fortschritt zuzurechnen ist.⁴⁰ In den Ausgaben ist aber der oben beschriebene Preisstruktureffekt enthalten, so dass zumindest nicht nur der technische Fortschritt gemessen wird, sondern auch die Steigerung der Arbeitsentgelte. Deshalb sollte man die quantitativen Aussagen vorsichtig interpretieren, aber die Tendenz der Prognose akzeptieren: Gesundheitsdienstleistungen werden künftig wachsen.

Das Prognos-Institut wagt zusammen mit der Industriekreditbank einen noch weiteren Blick in die Zukunft. Für 2030 werden für den Dienstleistungssektor die höchsten Steigerungsraten bei der Bruttowertschöpfung und den Erwerbstätigen in den Sektoren Datenverarbeitung, Forschung und Entwicklung und Unternehmensdienstleistungen erwartet. Auf Platz vier folgt dann bereits das Gesundheitswesen (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Entwicklung von Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigkeit bis 2030
Jeweilige Veränderung in % p. a.



Quelle: Prognos, IKB, 2007, S. 5

Prognos formuliert vorsichtig, dass ein jährliches Wachstum der Bruttowertschöpfung von 1,7% „nahe“ liegt. Als Ursachen werden der demographische Wandel, medizinisch-

³⁹ DIW, 2007, S. 162f

⁴⁰ Berger, 2005, s. 10f

technischer Fortschritt und die hohe Personalintensität der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen genannt, die die Beschäftigung in diesem Sektor auf 4,7 Mio. ansteigen lässt.⁴¹ Die Abgrenzung, was unter Gesundheitssektor subsumiert wird, bleibt dabei unklar, weil unter den Folgen der demographischen Alterung auch ein verändertes Gesundheitsbewusstsein diskutiert wird, das zu einer höheren Nachfrage nach Präventionsmaßnahmen, Selbstmedikation bis hin zu „Anti-Aging“-Therapien verstanden wird. Damit ist aber die Grenze zu medizinischem Hokusfokus und Wellness-Angeboten überschritten. Wenn dieser weite Begriff des Gesundheitswesens gewählt wird, zerfließen die Grenzen und die Zahl der Beschäftigten in diesem breit definierten Sektor dürfte schon heute höher liegen. Deshalb gilt auch für diese Prognose, dass die in der Studie von Roland Berger beschriebene Tendenz plausibel ist, aber die Quantifizierung nicht frei von willkürlichen Annahmen ist. Der entscheidende Faktor wird sein, über welche Einkommen die künftigen Senioren verfügen können, um Gesundheitsdienstleistungen nachzufragen. Dabei wäre es leichtsinnig, die Einkommenssituation der gegenwärtigen Generation von Senioren in die Zukunft fortzuschreiben, weil das Prinzip einer Sozialrente, die den Lebensstandard sichert, aufgegeben wurde und nicht absehbar ist, ob die politische gewünschte Ergänzung durch kapitalgedeckte Renten tatsächlich die absehbare Lücke schließen wird.

Bei einem Prognosehorizont bis 2030 ist auch schwer abzuschätzen, wie hoch der Anteil der Gesundheitsausgaben sein wird, der im Umlageverfahren über die Krankenkassen finanziert wird, bzw. der aus dem verfügbaren Einkommen in Form von Eigenanteilen zu decken ist. Auch Länder mit einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem stehen vor der gleichen Frage, welcher Anteil des laufenden Sozialprodukts für kollektiv finanzierten Konsum und welcher Anteil für privaten Konsum verwendet wird. Darüber entscheidet die nächste Generation. Absehbar ist in allen Mitgliedsländern der EU, dass sie vor vergleichbaren Problemen der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts stehen, die das künftige Volumen von Gesundheitsdienstleistungen bestimmen werden. Dabei wird die zentrale Frage sein, ob das Krankheitsrisiko zunehmend privatisiert wird, oder ob es weiter ein zentraler Bestandteil der Daseinsvorsorge bleibt, der öffentlich finanziert wird. Der Druck auf eine Privatisierung des Risikos wird zunehmen, weil die wohlfahrtsstaatliche Absicherung angesichts der beschriebenen Probleme schwieriger wird. Die Auswirkungen der Finanzmarktkrise 2008 werden auch Folgen für den Gesundheitssektor haben, denn der Druck aus der Wirtschaft wird sich erhöhen, auch hier Felder für rentierliche Anlage zu öffnen.

7 Folgen der Finanzmarktkrise für den Gesundheitssektor

Die dramatische Entwicklung auf den globalen Finanzmärkten, die in den staatlichen Rettungsmaßnahmen im Herbst 2008 einen vorläufigen Höhepunkt fanden, hat das gesellschaftliche Bewusstsein dafür geschärft, dass ein Markt ohne Einbettung in klare Regeln, die das Gewinnstreben begrenzen, nicht funktioniert. Insofern haben die Befürworter einer sozialen Regulierung des Gesundheitssektors Rückenwind, weil Gesundheitsgüter vergleichbar mit einer stabilen Geldordnung alle Eigenschaften eines öffentlichen Gutes haben. Der Streit wird sich aber absehbar verschärfen, wo die Grenze der öffentlichen Bereitstellung ist, denn die Katastrophe auf den Kapitalmärkten wird dazu führen, dass vermehrt nach rentierlichen Anlagen auf Märkten für Güter und Dienstleistungen gesucht wird. Die Gesundheitsbranche ist dabei ein lohnendes Feld,

⁴¹ Prognos und IKB, 2007, S. 5

und zwar sowohl für Anbieter von Versicherungsleistungen, als auch in der stationären und ambulanten Versorgung.

Auf dem Kapitalmarkt waren im langfristigen Durchschnitt sichere Renditen zwischen vier und fünf Prozent zu erzielen. Alles was darüber lag, war „Zitterprämie“, was die Kapitalmarktkrise nachdrücklich gezeigt hat. Gewinnerwartungen von 15% und mehr „...sind mit einem normalen, soliden Geschäft einfach nicht machbar.“⁴² Die Stärke der Krise ist Ergebnis einer weitgehenden Deregulierung der Geld- und Kapitalmärkte, die absehbar nicht von Bestand sein wird und das Auf- und Ab der Kurse wieder auf eine normale Schwankungsbreite zurückführen wird. Aber Investoren werden vermehrt auf Realmärkte gehen, wo sie eine Mindestverzinsung über dem Kapitalmarktzins erzielen können. Philippe Jorion hat die jährliche Gesamtrendite von Aktien für die letzten 60 Jahre für dreißig Länder ermittelt. Die höchste Rendite wurde in den USA erzielt, die aber real auch nur bei 4,31% lag, was ein deutlicher Hinweis ist, dass die Börsenentwicklung der letzten Jahre keinesfalls ein Spiegel der langfristigen Entwicklung ist.⁴³ Eine vergleichbare Untersuchung für Renditen im deutschen Gesundheitsmarkt liegt nicht vor und kann es auch nicht geben, weil private Investitionen in Krankenhäuser oder ambulante Versorgungseinrichtungen eine relativ junge Entwicklung sind. Soweit private Krankenhausbetreiber ihre Gewinne veröffentlichen, wird von hohen Renditen berichtet.⁴⁴ Internationale Finanzinvestoren drängen in den deutschen Markt, weil sie hier Wertsteigerungen für ihre Anlagen erwarten.⁴⁵

Der wachsende Anteil privater Krankenhäuser in Deutschland zeigt zumindest, dass auch unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen einer sozialen Krankenversicherung eine attraktive Rendite zu erzielen ist. Die privaten Krankenhausbetreiber erreichen das durch Spezialisierung und Rationalisierung, die ihnen Einkaufsmacht und günstigere Kostenstrukturen verschafft.⁴⁶ Die Gesundheitsreform 2007 hat auch den Weg geöffnet, dass Krankenhäuser Träger von Medizinischen Versorgungszentren werden können. Zurzeit kaufen private Krankenhäuser in großem Stil die Praxen von niedergelassenen Ärzten auf, um sich in der ambulanten Versorgung zu etablieren.⁴⁷ Wolfgang Phöhler, Chef des größten, privaten Krankenhauskonzerns Rhön-Klinikum, wird in der Financial Times vom 15. 5. 2008 mit der Absicht zitiert: „Wir werden unsere Akquisitionsstrategie konsequent auf den ambulanten Sektor ausdehnen. Das Potenzial ist heute kaum vorstellbar.“ Diese Entwicklung gilt auch für andere private Krankenhauskonzerne.

Unter dem Gesichtspunkt einer besseren Integration von ambulanter und stationärer Versorgung ist das eine durchaus begrüßenswerte Entwicklung, die Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen kann, ohne die Qualität der Versorgung zu mindern. Welcher Anteil der Rationalisierungsgewinne dann den privaten Eignern, oder den Versicherten über günstige, selektive Verträge, die sich auf die Höhe der Krankenkassenbeiträge auswirken, zukommen, wird über die politischen Rahmenbedingungen und die Verhandlungsmacht von Kassen und privaten Trägern

⁴² Zitat aus einem Interview der „Börsenzeitung“ mit dem Chef der Privatbank Sal. Oppenheimer in Frankfurter Rundschau vom 31. Juli 2008

⁴³ Jorion, Philippe, 2003, S. 14

⁴⁴ Rhön-Kliniken hat laut FOCUS-MONEY vom 15. 10. 2008 eine **Nettorendite** von 6% erwirtschaftet. Eine Analystin der DZ-Bank wird mit der Aussage zitiert, dass Gesundheitsaktien gerade in „unruhigen Zeiten als relativ sicher“ angesehen werden.

⁴⁵ Stumpfögger, 2007, S. 11ff

⁴⁶ Wettke, 2007, S. 30ff

⁴⁷ Heiny, 2008, MP 19

entschieden. Auf jeden Fall wird sich aus der Verbindung von Krankenhaus und ambulanter Versorgung ein breites Feld ergeben, in dem dauerhaft Renditen zu erzielen sind, die absehbar höher als auf dem Kapitalmarkt sind.

Die seit 2004 nach § 95 SGB V zugelassenen Medizinische Versorgungszentren können nicht nur von Krankenhäusern betrieben werden, sondern auch von anderen Anbietern im Gesundheitswesen. Die Finanzierung kann auch durch Kapitalgesellschaften erfolgen, so dass hier ein weiterer Bereich für private Investoren erschlossen wird. Die Financial Times vom 15. 5. 2008 berichtet unter der Überschrift „Der Krieg der Ärzte“ über die vielfältigen Ansätze privater Investoren und Kapitalfonds, im ambulanten Sektor in Deutschland Fuß zu fassen. Das geschieht eher unauffällig, weil der kollektive Widerstand der niedergelassenen Ärzte gefürchtet wird, aber die Erschließung der ambulanten Versorgung als Feld der Kapitalanlage ist deutlich.

Der ambulante Sektor wird sich sehr stark verändern und die heute übliche Form der Einzelpraxis dürfte zum Ausnahmefall werden. Deshalb ist die Veränderung der Struktur der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen die wichtigste Veränderung der nächsten Jahre. Es sprechen viele Argumente dafür, dass sich die kapitalmäßige und organisatorische Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung in einem insgesamt wachsenden Markt vollzieht, aber auch bei einem konstanten Wertschöpfungsvolumen würde privates Kapital im Gesundheitssektor eine rentierliche Anlage suchen. Eine veränderte Träger- und Organisationsstruktur, die die Wirtschaftlichkeitsreserven einer integrierten Versorgung durch Rationalisierung der Abläufe erschließt, hat auch Auswirkungen auf die Zahl der Arbeitsplätze, so dass eine Prognose der Zahl der Erwerbstätigen mit großer Unsicherheit behaftet ist.

Die zunehmende Erschließung des Gesundheitssektors in Deutschland für privates Kapital ist keine Folge der europäischen Integration oder der Binnenmarktfreiheiten, sondern sie folgt der Logik von Investoren, die eine sichere Rendite suchen. Als Folge der Kapitalmarktfreiheit in der EU können sich auch ausländische Investoren auf dem deutschen Markt engagieren, aber auch ohne die Binnenmarktfreiheiten wären Gesundheitsdienstleistungen als Renditeobjekt gesucht. Das gilt auch für die Frage, ob es eine private oder kollektive Absicherung des Krankheitsrisikos gibt. Die EU hat keine Kompetenzen hinsichtlich der Art und Weise, wie die Mitgliedsländer ihr Gesundheitssystem finanzieren. Aber die EU-Verträge verpflichten die Mitgliedsländer auf die Stabilität der öffentlichen Haushalte, zu denen auch die Sozialversicherungssysteme gehören. Der Druck kommt also vor allem von den Finanzministern, die nachhaltige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zu garantieren. In diesem Zusammenhang wird dann die private Verantwortung für die Gesundheit betont, was im Klartext nichts anderes heißt, als die Bürger stärker individuell an der Finanzierung zu beteiligen.

Von der privaten Versicherungswirtschaft wird daran gerne angeknüpft, um ein Versicherungsmodell zu fordern, das die sozialen Systeme auf eine medizinische Grundversorgung beschränkt. Alle darüber hinaus gehenden Leistungen sollen privat versichert werden, was der privaten Assekuranz ein weites Geschäftsfeld eröffnen würden. Das entspräche dann einem Sozialstaatsmodell, das in letzter Konsequenz auf Armenfürsorge hinausläufe. In Deutschland sind wir davon noch weit entfernt, aber in 2007 zeigte der Konflikt innerhalb der privaten Versicherungswirtschaft, wohin die Entwicklung gehen könnte. Große Versicherungen wie Allianz und AXA hatten in einem Papier gefordert, was später als Privatmeinung der Autoren qualifiziert wurde, ein Modell der Bürgerversicherung zu unterstützen, das sich auf Grundleistungen

beschränkt und weitergehende Leistungen der privaten Vorsorge zu überlassen.⁴⁸ Was Grundversorgung inhaltlich bedeutet, wird in der öffentlichen Diskussion in der Regel nicht konkretisiert, weil es auch außerordentlich schwierig ist. Aber die Tendenz wird deutlich, wenn man den medizinischen Fortschritt zum hauptsächlichen Kostentreiber erklärt und daraus den Schluss zieht, dass er künftig als Teil der sozialen Krankenversicherung nicht mehr finanzierbar sei. Dann hätte man einen relativ klaren Schnitt und künftig hätten nur noch die Bürger Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung, die es sich leisten können. Dann würden die europäischen Länder in eine Situation geraten, in denen sich die Vereinigten Staaten heute befinden: Gesundheitsdienstleistungen würden im Ausland nachgefragt, weil sie dort billiger sind, und eine Behandlung im Inland für viele Patienten nicht bezahlbar ist.

8 Fazit

Demographischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt sind die beiden wesentlichen Treiber für das Wachstum der Gesundheitsdienstleistungen. In Grenzregionen wird innerhalb der EU auch die Inanspruchnahme von Leistungen im Nachbarland zunehmen, aber insgesamt werden die grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen keine große Rolle spielen. Die Patienten ziehen eine Behandlung in der Nähe ihres Wohnortes vor. Selbst wenn eine bessere Versorgung im Nachbarland möglich ist, stellen die vom Versicherten zu tragenden Mehrkosten für eine Auslandsbehandlung eine sehr hohe Hürde dar.

Eine Zunahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen ist allerdings zu erwarten, wenn die soziale Absicherung der Krankheitskosten im nationalen Gesundheitssystem nicht mehr gewährleistet und eine Behandlung im Ausland deutlich billiger ist. Insofern ist das Ausmaß der sozialen Absicherung des Krankheitsrisikos die entscheidende Größe und das zentrale Element im europäischen Sozialstaatsmodell. Eine Folge der Kapitalmarktkrise wird sein, dass private Investoren verstärkt im Gesundheitssektor eine rentierliche Anlage suchen. Davon wird ein spürbarer Anreiz ausgehen, ambulante und stationäre Versorgung zu integrieren, wofür Medizinische Versorgungszentren das strategische Instrument sind. Das wird die Struktur der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen grundlegend verändern.

Literatur

Baumol, W.J. (1993), Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice, in: Public Choice, Vol. 77, S. 17-28

Berger, Roland (Verf. Kartte, Joachim u. a.), (2005), Innovation und Wachstum im Gesundheitswesen www.rolandberger.com/rdf.rb_press/public (17. 9.2008)

Bundesministerium für Gesundheit (2008), Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV 45 (1. – 4. Quartal 2007) vom 21. 4. 2008

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1193098/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/kv45-4-07.html (28 9. 2008)

Cecchini, Paolo (1968), Europa 92, Cecchini-Bericht, Der Vorteil des Binnenmarktes, Baden-Baden

Collins, Sara R. et al. (2008), Losing Ground: How the Loss of Adequate Health Insurance Is Burdening Working Families, Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Surveys, 2001-2007

http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Collins_losinggroundbiennialsurvey2007_1163.pdf?section=4039 (28. 10. 2008)

Deloitte Center for Health Solutions (2008), Medical Tourism, Consumers in Search of Value, Washington

Deutsche Industriebank und Prognos (Verfasser Berkermann, Uwe et al.) (2007), Die

⁴⁸ o.V., 2008b, S. 7ff

Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention, Düsseldorf und Basel <http://www.prognos.com/Publikationen.97.0.html> (17. 9. 2008)

Deutsche Sozialversicherung, Observatorium EUREGIOsocial, (2005), Euregionale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, Brüssel

DIW (Verfasser: Breyer, Friedrich et al.), (2001), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Berlin

DIW (Verfasser: Buslei, Hermann; Schulz, Erika; Steiner, Viktor) (2007), Auswirkungen des demographischen Wandels auf die private Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen in Deutschland bis 2050, DIW Berlin: Politikberatung kompakt, Nr. 26, Berlin

Ferenczia, H. et al. (2007), Medizintourismus - Operation unter Palmen, in: Focus Ausgabe 28 vom 9. 7. 2007, S. 58-69

Getzen, Thomas E. (1997), Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds, New York et al.

Hajen, Leonhard (2007), Gesundheitsdienstleistungen: Regional produziert – national und europäisch reguliert, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 44, Hamburg, S. 138-157

Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald (2008), Gesundheitsökonomie, 4. Aufl., Stuttgart

Häussler, Bertram; Ecker, Thomas; Schneider, Markus (2006), Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich, Baden-Baden

Heiny, Lukas (2008), Die Firma heilt mit, in: Financial Times Deutschland, MedBiz vom 5. 6. 2008, MP 19

Himmelstein, David et al. (2005), Illness and Injury as Contributors to Bankruptcy, in: Health Affairs, Web Exclusive, S. W5 63-73
<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w5.63v1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=Himmelstein&fulltext=Bankruptcy&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT> (28. 10. 2008)

Institut für Arbeit und Technik (2008), Trotz Weltmeisterschaftseffekt – Zahl der ausländischen Patienten in der Bundesrepublik stagniert, Presseerklärung vom 11. 8. 2008
http://www.iatge.de/aktuell/presse/presse_info.php?pfad=2008/080811.html&presse_id=200808110 (25. 9. 2008)

Jorion, Philippe (2003), The Long-Term Risks of Global Stock Markets, in: Financial Management, Winter 2003, Vol. 32, Issue 4, S. 5-26

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005), Aktionsprogramm der Gemeinschaft in den Bereichen Gesundheit und Verbraucherschutz (2007 – 2013), KOM (2005) 115 endgültig vom 6. 4. 2005, Brüssel

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008), Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM (2008) 414 endgültig

Kondratieff, Nikolai D. (1926), Die langen Wellen der Konjunktur, in: Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik, Band 60, Heft 1, S. 1-85

Meidenbauer, Timo (2005), Das Wachstum der Gesundheitsausgaben – Determinanten und theoretische Ansätze, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere 07-05, Universität Bayreuth, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Bayreuth

Nefiodow, Leo A. (2006), Der sechste Kondratieff, Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, 6. Aufl., Sankt Augustin

o. V. (2008), Operating Profit, in: Economist, Vol. 387, Issue 8593, S. 74-76

o. V. (2008b), Auf der falschen Hochzeit, Wollen sich Branchenriesen der PKV als Vollversicherung entledigen?, in: Gesundheitspolitischer Informationsdienst, 13. Jg., Nr. 22 vom 20. 6. 2008, S. 7-15

OECD (2007), Health at a Glance, OECD Indicators, Paris

OECD (2008), Gesundheitsdaten 2008, Version 26. 6. 2008

Reichelt, Peter; Agasi, Susanne (2003), Die Zukunft der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung aus der Perspektive der Versicherten, in: Klusen, Norbert, Hrsg., Europäischer Binnenmarkt und Wettbewerb – Zukunftsszenarien für die GKV, Baden-Baden, S. 191-210

Rothgang, Heinz; Cacace, Mirella; Grimmeisen, Simone; Wendt, Claus (2005), The Changing Role of the State in Healthcare Systems, in: European Review (13), 2005, S. 187-212

Spitzenorganisation der Deutschen Sozialversicherung (2008), Stellungnahme zum Richtlinienvorschlag KOM (2008) 414 endgültig, Brüssel http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/europa/dokumente/dl1/Stellungnahme_DSVAE_RL_Vorschlag_Patientenrechte_KOM_2008_414_endg.pdf (21. 10. 2008)

Stumpfögger, Niko (2007), Krankenhausfusionen und Wettbewerbsrecht, Unternehmenskonzentration im deutschen Krankenhausmarkt 2003-2007, Auszüge aus einer Studie für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft www.gesundheit-soziales.verdi.de/krankenhaeuser/krankenhausmarkt-2007.pdf (16. 10. 2008)

U.S. Bureau of Census (2008), Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2007, Washington <http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf> (21. 10. 2008)

Wetke, Jürgen (2007), Deutscher Krankenhausmarkt im europäischen/internationalen Umfeld, in:
Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner, Hrsg., Krankenhausreport 2006, Stuttgart,
New York, S. 21-33
Zimmermann, Thomas (2008), Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des
deutschen Gesundheitssystems, Status quo, Bestimmungsgründe und Entwicklungspotenzial, Baden-
Baden

Prof. Dr. Leonhard Hajen
Universität Hamburg
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaft
Fachbereich Sozialökonomie
Von-Melle-Park 9
20146 Hamburg
Leonhard.Hajen@wiso.uni-hamburg.de