



Adrian W.T. Dostal

Gabriele Dostal

Handbuch Gesundheitsmarkt in Deutschland

Gesundheitswesen und Zweiter Gesundheitsmarkt

Zahlen – Fakten – Trends

Vorwort (Preamble)

Inhalt

Einleitung	17
------------------	----

Kapitel 1

Herkunft und Entwicklung von Gesundheitswesen und Zweitem Gesundheitsmarkt

1.1 Heilkunde und Medizin bis um 1800	24
1.2 Weiterentwicklung im 19. Jahrhundert und moderne Schulmedizin	29
1.3 Zweiter Markt im Umfeld von Prävention und Gesundheitsvorsorge	32
1.4 Zusammenfassung	35

Kapitel 2

Gesundheit als volkswirtschaftliche Herausforderung und Chance im 21. Jahrhundert

2.1 Bevölkerungsentwicklung und Zuwanderung	37
2.1.1 Quantitative Bevölkerungsentwicklung	37
2.1.2 Strukturelle Bevölkerungsentwicklung	41
2.2 Erwerbstätigkeit, Renten-/Pensionseintritt und Staatsverschuldung	45
2.2.1 Arbeitsmarkt, Beschäftigung und Erhalt der Arbeitsfähigkeit	45
2.2.2 Rente, Regelrente und Vorruhestand	51
2.2.2 Erwerbstätigkeit und Armut im Alter	56
2.2.3 Staatsverschuldung und Liquiditätswohlstand	60
2.3 Verbraucher und ganzheitliche Gesundheit	64
2.3.1 Gesellschaftlicher Megatrend „Gesundheit“	65
2.3.2 Gesundheits-, Informationsverhalten und Gesundheitskompetenz	66
2.3.3 Typologien zum Gesundheitsverhalten	73
2.4 Produktivitäts- und Wirtschaftsfaktor Gesundheit	76
2.4.1 Die langen Konjunkturwellen von Kondratieff	76
2.4.2 Der 6. Kondratieff und der Engpassindikator „Gesundheit“	79
2.4.3 Produktivitätsfaktor Gesundheit	80
2.5 Zusammenfassung	82

Kapitel 3

Dimensionen des Gesundheitsmarktes und seiner Darstellung

3.1	Gesundheitswesen und Krankheitsversorgung	86
3.1.1	Ausgaben und Leistungsarten im Gesundheitswesen	86
3.1.2	Berufe, Einrichtungen und Akteure	92
3.1.3	Ausgaben-, Kostenträger und Finanzierung im Gesundheitswesen	96
3.2	Einbezug des Zweiten Gesundheitsmarktes	102
3.2.1	Einzelne Modelle der Gesamtschau	103
3.2.2	Satellitenkonto Gesundheit	104
3.2.3	Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung	107
3.3	Gesundheitswesen und Zweiter Gesundheitsmarkt im Überblick	111
3.4	Netzwerke und Kooperationen im Gesundheitsmarkt	115
3.4.1	Definitionen und Systematisierungskriterien	115
3.4.2	Optionsnotwendigkeit und ausgewählte Motivbeispiele	119
3.4	Zusammenfassung	122

Kapitel 4

Ambulante und stationäre medizinische Versorgung (Krankheitsversorgung)

4.1	Ausbildung, Zulassung und Berufsausübung von Medizinern	125
4.2	Ambulante ärztliche Versorgung	128
4.2.1	Regularien	128
4.2.2	Marktgröße	131
4.2.3	Marktstruktur und Einrichtungen	133
4.2.4	Finanzierung und Wirtschaftlichkeit	136
4.2.5	Strukturelle Branchenentwicklungen	138
4.2.6	Branchenklima und Ausblick	142
4.3	Stationäre medizinische Versorgung (einschl. Reha-Einrichtungen)	146
4.3.1	Definitionen	146
4.3.2	Marktgröße	149
4.3.3	Marktstruktur	151
4.3.4	Finanzierung und Wirtschaftlichkeit	155
4.3.5	Strukturelle Entwicklungen	159
4.3.6	Derzeitige und zu erwartende Marktentwicklungen	163
4.4	Zahnärzte und Kieferorthopäden	164
4.4.1	Regularien	164
4.4.2	Marktgröße	165
4.4.3	Marktstruktur	167

4.4.4 Finanzierung und Wirtschaftlichkeit	169
4.4.5 Strukturelle Branchenentwicklungen	173
4.4.6 Branchenklima und Ausblick	175

Kapitel 5

Ambulante, stationäre und teilstationäre Pflege und Homecare

5.1 Ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege	177
5.1.1 Regularien	177
5.1.2 Marktgröße	181
5.2 Ambulante Pflege	183
5.2.1 Marktstruktur	183
5.2.2 Finanzierung und Wirtschaftlichkeit	185
5.3 Stationäre Pflege	189
5.3.1 Marktstruktur	189
5.3.2 Finanzierung und Wirtschaftlichkeit	191
5.4 Homecare	192
5.4.1 Einordnung und Gesetzlichkeiten	192
5.4.2 Marktgröße und -struktur	194
5.5 Strukturelle Branchenentwicklungen Marktentwicklungen	195
5.6 Branchenklima und Ausblick	197

Kapitel 6

Heilmittelerbringer und nichtärztliche (geregelt) Heilberufe

6.1 Apotheken	200
6.1.1 Regularien	200
6.1.2 Marktgröße	204
6.1.3 Marktstruktur	206
6.1.4 Finanzierung und Wirtschaftlichkeit	209
6.1.5 Strukturelle Branchenentwicklung	213
6.1.6 Branchenklima und Ausblick	215
6.2 Sonstige medizinische Berufe (paramedizinische Berufe)	218
6.2.1 Dimensionen der sonstigen medizinischen Berufe	219
6.2.1.1 Marktgrößen und -strukturen	219
6.2.1.2 Finanzierung und Wirtschaftlichkeit	221
6.2.2 Physiotherapeutische Berufe	223
6.2.3 Ergotherapie	228

6.2.4	Heilkunde und Homöopathie	231
6.2.4.1	Begriffserklärungen und Definitionen	231
6.2.4.2	Marktgrößen und -strukturen	235
6.2.5	Sprachtherapie (Logopädie)	240
6.2.6	Geburtshilfe und Entbindungspflege (Hebammen)	243
6.2.7	Podologische Therapie	246
6.2.8	Berufe in der Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT)	249
6.2.9	Diät- und Ernährungstherapie	252
6.2.10	Musik- und Kunsttherapie	255
6.2.11	Berufe in der nicht ärztlichen Psychotherapie	258
6.2.12	Berufe in der Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	260
6.2.12.1	Berufe in der Ernährungsberatung	261
6.2.12.2	Berufe in der Gesundheitsberatung	262
6.2.12.3	Berufe in der Wellnessberatung	264
6.2.12.4	Berufe in der Ernährungs-, Gesundheitsberatung, Wellness (ssT) ..	266
6.2.12.5	Berufe des Qualitätswesens im Gesundheitswesen	268
6.3	Branchenklima und Ausblick	269

Kapitel 7

Hilfsmittel und Gesundheitsberufe/-branchen nach der Handwerksordnung

7.1	Hilfsmittel, Gesundheitshandwerk und -einzelhandel – Gesamtmarkt	274
7.2	Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik	278
7.3	Augenoptik	282
7.4	Hörgeräteakustik	289
7.5	Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten	292
7.6	Branchenklima und Ausblick	294

Kapitel 8

Gesundheitsbranchen mit Verbraucherzugang außerhalb des Gesundheitswesens (nicht geregelte Berufe Zweiter Gesundheitsmarkt)

8.1	Gesundheitsangebote aus dem organisierten nahen Umfeld	298
8.1.1	Vereinssport	298
8.1.1.1	Begriffe	298
8.1.1.2	Marktgröße und -struktur	300
8.1.1.3	Finanzierung und Wirtschaftlichkeit	302
8.1.2	Fitness	307
8.1.2.1	Begriffe	307

8.1.2.3	Kostenstrukturen und Wirtschaftlichkeit	307
8.1.3	Branchenklima und Ausblick	311
8.2	Entstehende Branchen individueller Gesundheitsförderung mit zunehmender Professionalisierung	314
8.2.1	Individualsport und Bewegung	319
8.2.2	Wandern	323
8.2.3	Kneippen und Fasten	326
8.2.4	Marken und Zertifizierungen als Qualitätsträger des Angebots	328
8.2.5	Herstellergetriebene Gesundheitsanbieter und -berufe	331
8.2.6	Branchenklima und Ausblick	337

Kapitel 9

Importierte Heilslehren, Heilmethoden und Branchen

9.1	Pekinger WHO-Deklaration Traditionelle Medizinsysteme 2008	338
9.2	Die großen Märkte traditioneller Medizinsystemen	343
9.2.1	Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)	343
9.2.2	Traditionelle Japanische Medizin	348
9.2.3	Traditionelle Indische Medizin (Ayurveda und Yoga)	350
9.3	Weitere kleinere Branchen der Traditionellen Medizin	355
9.3.1	Traditionelle graeco-arabische Medizin (unani)	355
9.3.2	Traditionelle Tibetische Medizin	357
9.3.3	Traditionelle Hawaiianische Medizin	358
9.3.4	Indianische Medizin Nordamerikas	360
9.3.5	Exkurs: Geomantie und Gesundheit	362
9.4	Branchenklima und Ausblick	364

Kapitel 10

Branchen „Gesundheit im Betrieb“

10.1	Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement	365
10.1.1	Herkunft und Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF)	365
10.1.2	Verständnisvielfalt „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM)	375
10.2	Bandbreite der Anbieter	383
10.2.1	Rehabilitative und präventive Angebote aus dem „geregelten“ Umfeld des Gesundheitswesens	386
10.2.2	Angebote der „Gesundheitsstärkung“ und Mitarbeitermotivation	387
10.2.3	Unterstützungsleistungen im Umfeld von BGF-/BGM	389

10.2.4 Betriebs- und Unternehmensberatung im Umfeld von BGF/BGM	391
10.3 Integrative BGF-/BGM-Ansätze in Abhängigkeit zur Unternehmensgröße	393
10.4 Marktvolumen und Ausblick	395

Anhang

1. Abkürzungsverzeichnis	398
2. Abbildungsverzeichnis	399
3. Tabellenverzeichnis	411
4. dostal-Publikationen und Veröffentlichungen Themenfeld Gesundheit	414

1.4 Zusammenfassung

1. Die WHO greift in ihrer Verfassung von 1946 bei der Definition von Gesundheit auf die weltweiten Erfahrungswerte der Traditionellen Medizin- bzw. Gesundheitssysteme zurück: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ Bereits in der über dreitausendjährigen Geschichte der abendländischen Heilkunde war dies im Zeitalter der Aufklärung mit Begriffen wie „Theorie der Lebensordnung“ oder „Perfektibilität der Menschen“ aufgegriffen worden. Die früheren *Heiler* oder *Medici* – von Hildegard von *Bingen* bis Christof Wilhelm *Hufeland* – betrachteten die Gesundheit immer als ganzheitliche Gesundheit und nicht nur als medizinische Gesundheit (diesen Begriff gab es allerdings damals noch nicht). Dies spiegelte sich auch in den zahlreichen *unterschiedlichen Kompetenzen* und *Tätigkeiten* der damaligen Heiler oder *Medici* wider.
2. Nach dem Zeitalter der Aufklärung begann verstärkt ein langsames Herauslösen einzelner Wissensgebiete aus dem damaligen Studienkanon wie z.B. bei den Naturwissenschaften um 1760/1770 oder der Biologie etwa zwischen 1800 und 1840. Damit wurden die einzelnen Wissensgebiete deutlich vertieft, weiter spezifiziert und systematisiert, man kann auch sagen „verschult“. Die „Schulmedizin“ ist hier für diesen anhaltenden Spezialisierungsprozess als typisches Beispiel zu benennen. Die zuvor bestehende Wissensintegration in einer Person war aufgrund der Fülle des zunehmend naturwissenschaftlichen Stoffes nicht mehr möglich. Gleichzeitig fielen viele Elemente des klassischen Erfahrungswissens der Heiler aus dem universitären Kanon heraus. Sie wurden lediglich informell oder in Meisterschulen o.ä. weitergegeben. Eine Systematisierung, sprich „Verschulung“ des entsprechenden Wissens – und damit auch eine einheitliche Ausbildung - unterblieb. Dies führte im Rahmen zunehmende Akademisierung der Mediziner ab der 2. Hälfte des 19. Jh. zu einer deutlichen Geringschätzung der „Heilkundler“.
3. Die parallel zur politischen und volkswirtschaftlichen Entwicklung erfolgende Sozialgesetzgebung mit der Einführung der bald alle Medizinkosten übernehmenden Krankenversicherung vertiefte diese Spaltung. Die z.B. Ende des 19. Jh. eingeführten Arbeiterkrankenkassen schlossen Verträge nur mit im Rahmen der Schulmedizin ausgebildeten Ärzten. Diese bildeten dann seit 1931/1932 mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ein Gegengewicht zu den Krankenkassen. Die Zuständigkeiten und Kostenübernahmen bei einer Krankheit wurden in der *Reichsversicherungsverordnung* (RVO) festgeschrieben, die bis 1992 als Kernstück des deutschen Sozialrechts erhalten blieb und ab 1975 schrittweise durch das Sozialgesetzbuch (SGB V) abgelöst wurde. „Heilern“ außerhalb dieser Schulmedizin wurde durch das als „Aussterbe-gesetz“ konzipierte Heilpraktiker-Gesetz von 1939 der Zugang zum staatlich organisierten Gesundheitssystem mit Zuständigkeiten und Kostenübernahmen verweigert. Vom Prin-

ausforderung und Chance betrachtet, leidet allerdings an der bestehenden Güterklassifizierung vgl. Abbildung 3.15). Trotzdem weitet das Satellitenkonto Gesundheit in den engen Grenzen der formalen Klassifizierungen den Blick für ein breiteres Gesundheitsverständnis und bezieht u.a. die Sektoren „Fitness und Wellness“ und „Functional Food“ mit ein (vgl. Abbildung 3.16).

Abbildung 3.16: Definition Zweiter Gesundheitsmarkt durch das Satellitenkonto Gesundheit



Quelle: Abschlussbericht Satellitenkonto

Ergänzend zur Gliederung der Gesundheitswirtschaft über die Finanzierungsseite in einen Ersten Gesundheitsmarkt (Gesundheitswesen), dessen Produkte hauptsächlich über die gesetzlichen Krankenversicherungen erstattet werden, und einen Zweiten Gesundheitsmarkt, dessen Produkte privat finanziert werden, gliedert das Satellitenkonto Gesundheit die Gesundheitswirtschaft „über die in der amtlichen Wirtschaftsstatistik ihr zuzurechnenden Waren und Dienstleistungen.“¹⁷³ In einem Stufenmodell lässt sich diese erweiterte Definition der Gesundheitswirtschaft darstellen (vgl. Abbildung 3.17). Demnach beinhaltet das Gesundheitssystem:

- *Grundstufe* mit nicht-gesundheitsbezogenen Vorleistungen sowie Güter zur Bereitstellung der Produktionsfaktoren
- *Stufe I*: gesundheitspezifische Vorleistungen, die in die Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft einfließen.
- *Stufe II*: Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (KGW), wird von den Krankenversicherungen erstattet.
- *Stufe III*: Erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW) mit Gütern, die sich nach allgemeinem Verständnis positiv auf die Gesundheit auswirken wie Gesundheitsreisen, Bio-Lebensmittel sowie Kleidung und Kosmetik mit Gesundheitsbezug. Wird privat finanziert.
- *Stufe IV*: Einkommensleistungen bzw. Transferzahlungen wie Krankengelder und Entgeltfortzahlung.

¹⁷³ <http://www.bmwi.de/DE/Themen/Wirtschaft/branchenfokus,did=221418.html>, Abruf: 28. Juli 2016.

Tabelle 3.2: Gesundheitsmarkt nach Branche, Volumina, Beschäftigten und Unternehmen

Branche	Marktvolumen (Mrd. Euro)	Beschäftigte (abs.)	Unternehmen/ Praxen (abs.)
Gesetzliche Krankenkassen	213,7 (2015)	136.500 (2015)	117 (2016)
Private Krankenversicherungen	25,8 (2015)	42.500 (2014)	44 (2015)
Sonstige Kostenträger/Vers.	12,2 (2014)	22.333 (2014)	35 (2014)
Stationäre medizinische Versorgung (Krankenhäuser)	85,9 (2014)	1.192.852 (2015)	700 (2015)
Med. Versorgungszentren (MVZ)	3,0 (2015)	40.000 (2015)	2.156 (2015)
Stationäre Rehabilitation	9,0 (2014)	117.000 (2014)	1.158 (2014)
Stationäre und ambulante Pflege	41,8 (2014)	1.700.000 (2015)	25.775 (2013)
Allgemein- und Fachärzte	50,2 (2014)	676.000 (2014)	82.545 (2015)
Zahnärzte und Kieferorthopäden	24,2 (2014)	344.000 (2014)	43.841 (2013)
Heilmittelanbieter (Praxen sonstiger medizinischer Berufe)	11,51 (2014)	477.000 (2014)	140.000 (2014)
Naturheilkunde, sonstige Heiler inkl. Import-Angebote	5,0 (2015)	400.000 (2015)	300.000 (2015)
Sanitätshandel, Orthopädiehandwerk	4,8 (2015)	31.500 (2014)	3.979 (2014)
Akustik- und Optikhandel	7,1 (2012/13)	72.400 (2013/15)	11.930 (2013/14)
Apotheken	44,7 (2014)	222.000 (2014)	15.968 (2014)
Drogerien, Einzelhandel (anteilig)	25,0 (2015)	150.000 (2015)	20.000 (2015)
(Medical) Wellness, Lifestyle und Gesundheitsreisen	76,0 (2005)	100.000 (2005)	30.000 (2010)
(Individual) Sport und Fitness	82,6 (2011)	500.000 (2015)	80.000 (2015)
Ernährung (anteilig), Functional Food inkl. Beratung	14,0 (2014)	180.000 (2014)	35.000 (2014)
Pharmahersteller einschl. Biotechnologie	45,2 (2009)	146.000 (2009/2010)	1.723 (2009/2010)
Pharmagroßhandel und -Pharmaimporteure (Gesamt)	23,9 (2009)	12.300 (2007)	22 (2007/2009)
Medizinische Labore (inkl. GH)	6,8 (2009)	82.000 (2009)	250 (2007)
Zahntechniklabore, -industrie	6,3 (2009)	200.000 (2009)	1.500 (2010)
Medizinprodukte-, Hilfsmittelhersteller	25,3 (2009)	320.000 (2009)	25.500 (2008)
Medizintechnik, Logistik, Catering, Reinigung (anteilig)	2,5 (2015)	90.000 (2015)	50.000 (2015)
ICT-, Hard-, Software-Betriebe (anteilig)	6,0 (2015)	100.000 (2015)	1.500 (2015)
Agenturen, Verlage und Verbraucherportale (anteilig)	5,0 (2015)	10.000 (2015)	2.000 (2010)
Bildung und Wissenschaft (anteilig)	5,0 (2015)	20.000 (2015)	5.000 (2015)
Gesamtmarkt, Volumen ohne Kostenträger (2005 – 2015)	> 600 Mrd.	> 7.400.000	> 850.000

Quelle: Eigene Zusammenstellung

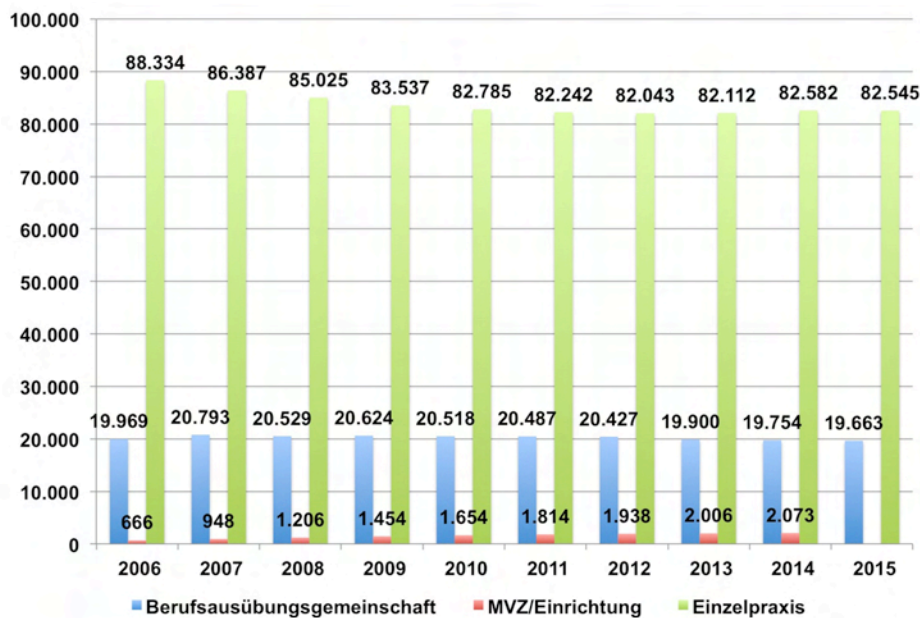
Anm.: kursiv = geschätzt

Dies ist ein Anstieg der Gesundheitsausgaben in Arztpraxen um rd. 67 Prozent seit dem Jahr 1998, d.h. über 3,9 Prozent jährlich. Insgesamt fallen damit 15,3 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland in Arztpraxen an (vgl. Kapitel 3.1.2). Der Anstieg des in den Arztpraxen beschäftigten Personals verlief im Vergleich zu den Gesundheitsausgaben – z.B. von 2013 auf 2014 mit nur rd. 1,2 Prozent – deutlich moderater (vgl. Abbildung 4.6).²⁰⁹

4.2.3 Marktstruktur und Einrichtungen

Unter den (ambulanten) Arztpraxen werden sowohl Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) als auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) verstanden. Nach wie vor ist die Einzelpraxis die beliebteste Niederlassungsform (vgl. Abbildung 4.7). Der Rückgang bei hausärztlichen Praxen fiel stärker aus als bei den fachärztlichen Praxen.

Abbildung 4.7: Anzahl ambulanter ärztlicher Einrichtungen 2006 – 2015 (abs.)



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, MVZ-Statistik, KBV

57,3 Prozent der Ärzte arbeiten in einer Einzelpraxis, 33,6 Prozent in einer Berufsausübungsgemeinschaft und 9,1 Prozent in einem MVZ (vgl. Abbildung 4.8). Die durchschnittliche Anzahl der Ärzte pro Einrichtung blieb von 2010 bis 2015 in Einzelpraxen mit \bar{o} 1,1 Ärzten gleich und stieg in Berufsausübungsgemeinschaften von \bar{o} 2,4 auf \bar{o} 2,7 Ärzten an (vgl. Abbildung 4.9). Ein deutlicheres Größenwachstum zeigten MVZ mit \bar{o} 5,1 Ärzten in 2010 und \bar{o} 6,4 Ärzten in 2014.

²⁰⁹ Ein Vergleich der Gesundheitspersonalrechnung mit Angaben aus früheren Publikationen ist nicht möglich. Die Ergebnisse der Gesundheitspersonalrechnung haben sich gegenüber früheren Ausgaben aufgrund einer Änderung des Rechenwerks deutlich verändert. Neben geänderten Berufsklassifikationen werden z.B. auch die Auszubildenden nicht mehr in die Beschäftigtenzahlen mit einbezogen. Quelle: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile, Abruf: 1. August 2016.

sowie über ein Netzwerk aus bundesweit über 650 Pflegekräften verschiedener Aus- und Weiterbildungsprofilen verfügt. Daneben sind 1.000 freie Mitarbeiter aus sämtlichen Qualifikationsstufen vom erfahrenen Assistenzarzt bis hin zum Chefarzt abrufbar.²¹⁹

Eine zentrale große Herausforderung der ambulanten medizinischen Versorgung ist zudem die Zunahme des *Ärztemangels* auf dem Lande. Hier wird von einer zunehmenden Fehlverteilung der Kapazitäten mit einer Konzentration in urbanen Regionen und einer Ausdünnung in ländlichen Räumen gesprochen.²²⁰ Dazu kommt, dass mittlerweile jeder vierte Arzt älter ist als 60 Jahre, gleichzeitig waren Ende 2013 zwei Drittel der niedergelassenen Mediziner mindestens 50 Jahre alt.²²¹ Vor diesem Hintergrund reagiert z.B. die KV Baden-Württemberg mit dem Konzept „*RegioPraxis BW*“. Die KV plant, zusätzlich hausärztlich bestimmte Praxen, in denen auch Ärzte angestellt sein können, auf den Weg zu bringen. Diese Praxen sollen in Form von *Nebenbetriebsstätten* auch Raum für die Arbeit von Fachärzten bieten. Räumlichkeiten und Einrichtung werden Ärzten dabei dauerhaft gestellt. Das nötige Geld will die KV bei Kassen, Land und Gemeinden einwerben. Anfang 2012 wurden die Förderrichtlinien für die RegioPraxen, hausärztlich orientierte Ärztezentren in unterversorgten Gebieten, verabschiedet. Das Projekt ist vorläufig begrenzt auf 500.000 Euro und vier Standorte. 2012 ging die erste RegioPraxis an den Start.²²² Ein Einbinden des *Zweiten Gesundheitsmarktes* mit seinen Angeboten an Gesundheitsförderung und Prävention (Vgl. Kapitel 8 bis 10) ist bislang fast nirgends zu erkennen.

Neben solchen *institutionellen* Initiativen gibt es auch *private* Initiativen vor Ort in den betreffenden Regionen wie die *HausArztMacher* im Bayerischen Wald (vgl. Abbildung 4.13). Hier haben sich „vier Landärzte im Arberland, die gerne Arzt sind, gerne auf dem Land arbeiten und diese positiven Erfahrungen mit anderen teilen wollen, um sie für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land zu begeistern. Die Arbeit mit dem ärztlichen Nachwuchs liegt [... den Initiatoren, Anm.] ganz besonders am Herzen und motiviert [...] zu den ehrenamtlichen Projekten für junge Menschen, die sich für das Medizinstudium interessieren, aber auch für Studierende der Medizin und Ärzte [...] in Weiterbildung.“²²³ Dazu werden seit einigen Jahren Schul-, Studenten- sowie Weiterbildungsprojekte in einem Weiterbildungsverbund angeboten.

Neben diesen Initiativen zeichnet sich ab, dass immer mehr ärztliche Leistungen an *Assistenten* delegiert werden können und müssen. So übernehmen beispielsweise Medizinisch-administrative Assistenten für Internisten die seit Jahrzehnten anschwellende Büroarbeit des Unternehmens „Arztpraxis“. Auf neue Berufsfelder haben sich hierzu der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) verständigt. Bereits 2011 wurde

²¹⁹ vgl. http://www.viamed.de/ueber_uns_struktur.htm, Abruf: 12. August 2016.

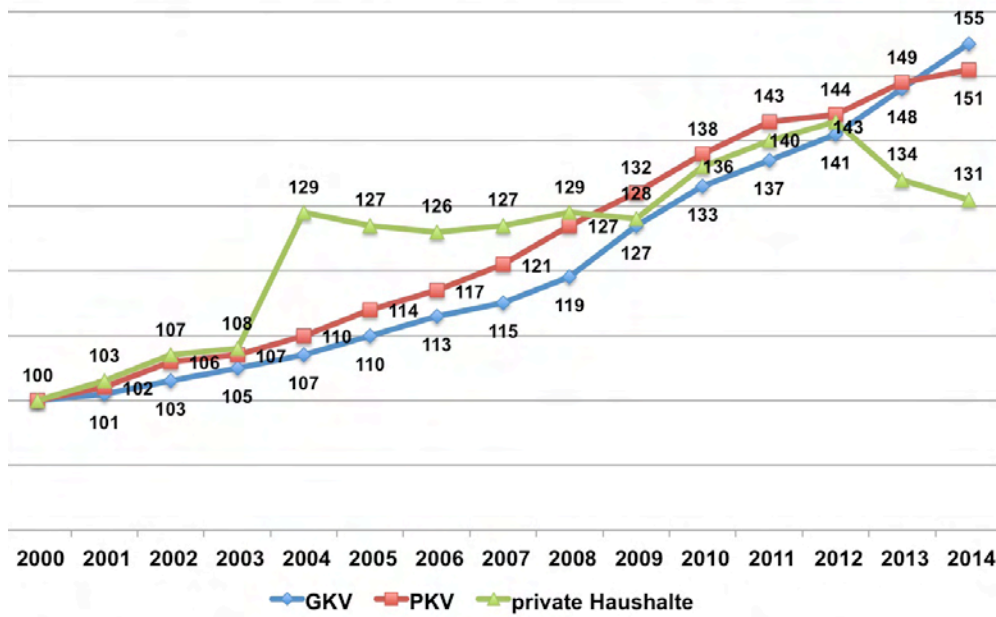
²²⁰ vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.), Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=528>, Nr. 681.

²²¹ vgl. http://www.kma-online.de/nachrichten/medizin/statistisches-bundesamt-jeder-vierte-arzt-ist-aelter-als-60-jahre__id__35776__view.html, Abruf: 2. März 2016.

²²² <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/engagement/regiopraxiskvbw>, Abruf: 7. Oktober 2016.

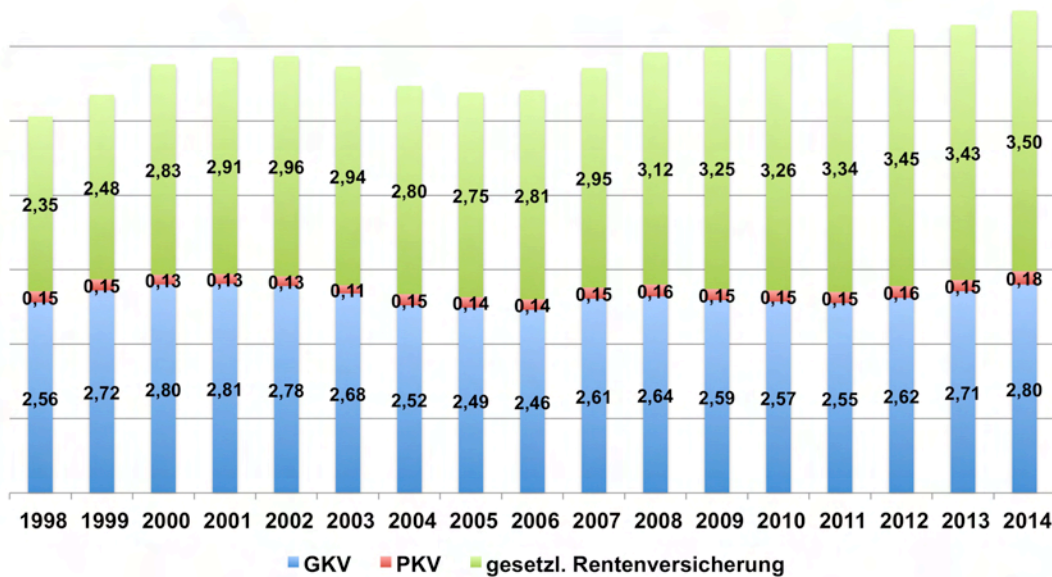
²²³ vgl. <http://www.landarztmacher.de/wer-wir-sind>, Abruf: 10. November 2016.

Abbildung 4.27: Gesundheitsausgaben für Krankenhausbehandlungen 2000 - 2014 nach Hauptausgabenträgern (Index-Werte basierend auf dem Jahr 2000)



Quelle: GAR, eigene Berechnungen

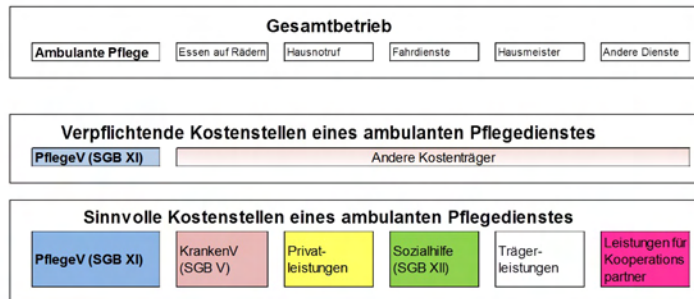
Abbildung 4.28: Gesundheitsausgaben in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen 2000 - 2014 nach Hauptausgabenträgern (Mrd. Euro)



Quelle: GAR

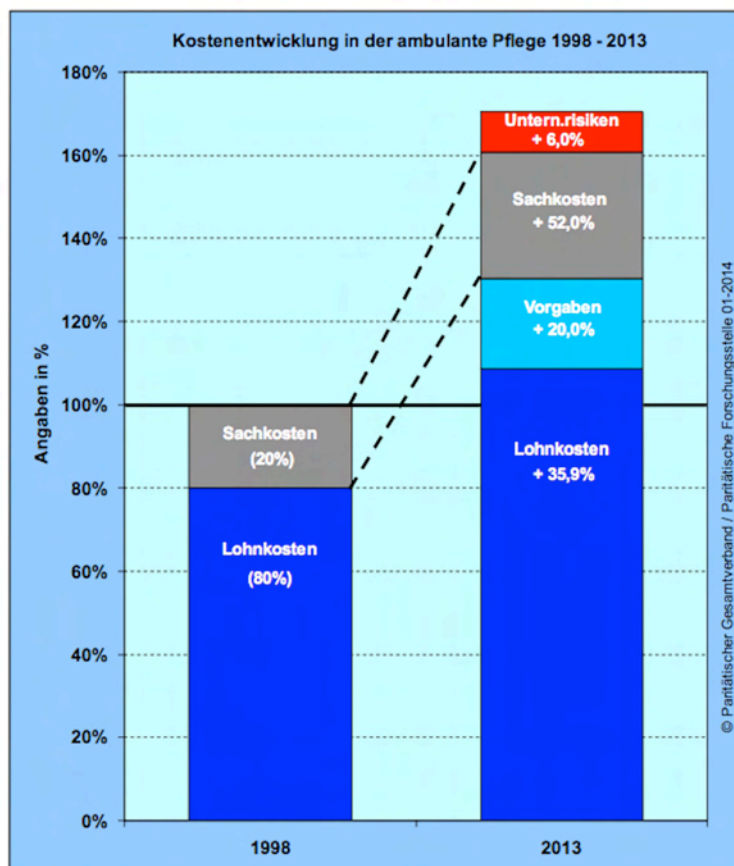
Wie komplex das „Einnahmen-Geschäft“ der ambulanten Pflegedienste ist, zeigt beispielhaft die Darstellung der zu betrachtenden Kostenträger aus dem Jahr 2012 (vgl. Abbildung 5.9).

Abbildung 5.9: Grundlagen einer differenzierten Kostenrechnung eines ambulanten Pflegedienstes



Quelle: System&Praxis SysPra®

Abbildung 5.10: Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege 1998 – 2013



Quelle: Der Paritätische, Paritätische Forschungsstelle

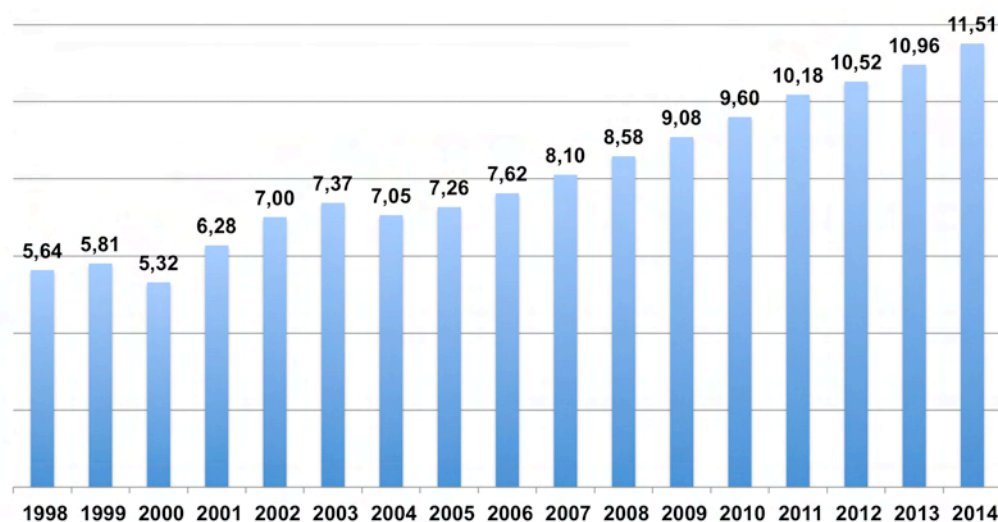
Eine Analyse der Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege von 1998 bis 2013 erfolgte auf Basis der „anerkannten Kostenstruktur von Pflegediensten mit 20 Prozent Sachkosten

6.2.1 Dimensionen der sonstigen medizinischen Berufe

6.2.1.1 Marktgrößen und -strukturen

Die Gesundheitsausgaben für die oben definierten sonstigen medizinischen Berufe beziffert die Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes 2014 auf 11,51 Mrd. Euro (vgl. Abbildung 6.14). Dies ist im Vergleich zu 1998 eine Verdoppelung der Ausgaben.

Abbildung 6.14: Gesundheitsausgaben in Praxen sonstiger medizinischer Berufe 1998 – 2014 (Mrd. Euro)



Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung (GAR)

Im sogen. *GKV Heilmittel-Informationssystem* (GKV-HIS) des GKV-Spitzenverbandes werden die Ausgaben für alle verordneten und von Heilmittelerbringern abgerechneten therapeutischen Leistungen der Physio-, Ergo- und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Podologischen Therapie erfasst. Diese beliefen sich für das Jahr 2015 auf rd. 6,16 Mrd. Euro, darin sind Zuzahlungen von knapp 587,3 Mio. Euro enthalten (vgl. Abbildung 6.15). Dies entspricht 9,5 Prozent.³⁵² Damit stiegen die Ausgaben um 53,6 Prozent, d.h. im Betrachtungszeitraum um knapp 4,7 Prozent p.a.

Deutlich höher als die laufenden Steigerungen der Ausgaben fiel der Zuwachs an Beschäftigten in Praxen sonstiger medizinischer Berufe von 246.000 (2000) auf 477.000 Beschäftigte (2014) mit 93,9 Prozent, d.h. um knapp 6,3 Prozent p.a. aus (vgl. Abbildung 6.16).

³⁵² vgl. GKV Spitzenverband, GKV-HIS, http://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2015_04/Bundesbericht-HIS_201504.pdf, Abruf: 16. September 2016.