

B. Aktuelle Rahmenbedingungen des Einweisermarketing von Krankenhäusern

Die folgenden Ausführungen dienen der Darstellung der grundlegenden Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitsmarkts unter besonderer Beachtung der beiden Untersuchungsobjekte Krankenhaus und niedergelassener Arzt. Dabei wird zunächst der Gesundheitsmarkt mit seinen Akteuren und Verknüpfungen erläutert, bevor der ambulante und der stationäre Sektor mit ihren Merkmalen und Managementtherausforderungen näher beschrieben werden.

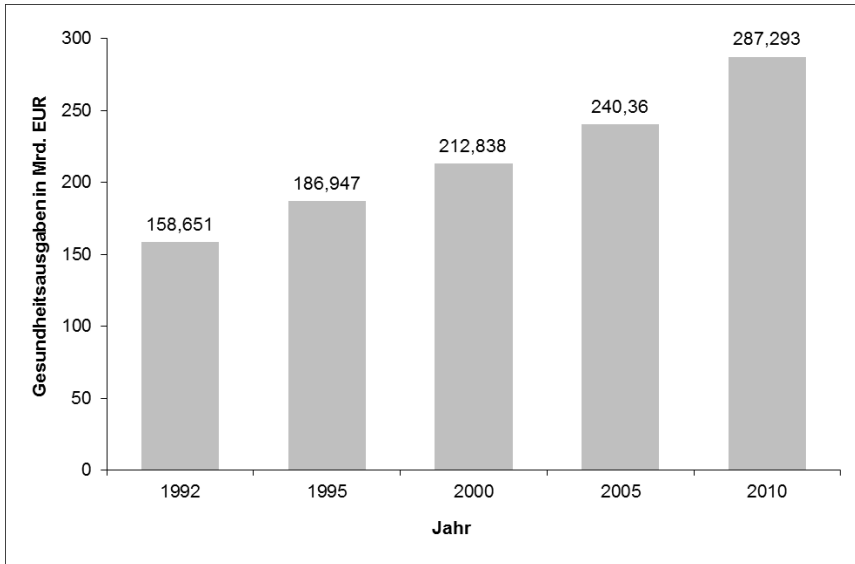
1. Überblick über das deutsche Gesundheitssystem

Zum deutschen Gesundheitssystem zählen alle Personen, Institutionen und Sachmittel, welche die Gesundheit fördern, erhalten und wiederherstellen. Im Rahmen der Aufgabenteilung erfolgt dabei eine Untergliederung in Bereiche Prävention, Kuration, Rehabilitation sowie Forschung, Lehre und Ausbildung.¹²⁰ In den letzten Jahrzehnten haben die finanziellen Probleme des deutschen Gesundheitswesens stetig mehr Raum in den gesundheitspolitischen Diskussionen sowie wissenschaftlichen Veröffentlichungen eingenommen. Schlagworte wie Kostenexplosion, mangelnde Qualität, überhöhte Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und enormer Reformbedarf kennzeichnen die Dauerkrise unseres Sozial- und Gesundheitssystems.¹²¹ So betrugen im Jahr 2010 in Deutschland die Gesundheitsausgaben 287,3 Mrd. EUR.¹²² Seit dem Jahr 1992 stiegen die Gesamtausgaben kontinuierlich um insgesamt 128,6 Mrd. EUR, was nahezu einer Verdopplung dieses Kostenblocks entspricht (vgl. Abb. 5). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag im Jahr 2010 bei 11,6%. Die Gesundheitsausgaben je Einwohner stiegen von 2.680 EUR im Jahr 2001 auf 3.510 EUR in 2010.

¹²⁰ Vgl. Haubrock (2007), S. 46 f.

¹²¹ Vgl. Keller (2002), S. 1.

¹²² Zu den Statistiken des Kapitels B.1 sowie den Definitionen und Abgrenzungen der Schlagworte vgl. StBA (2012b); StBA (2012c).

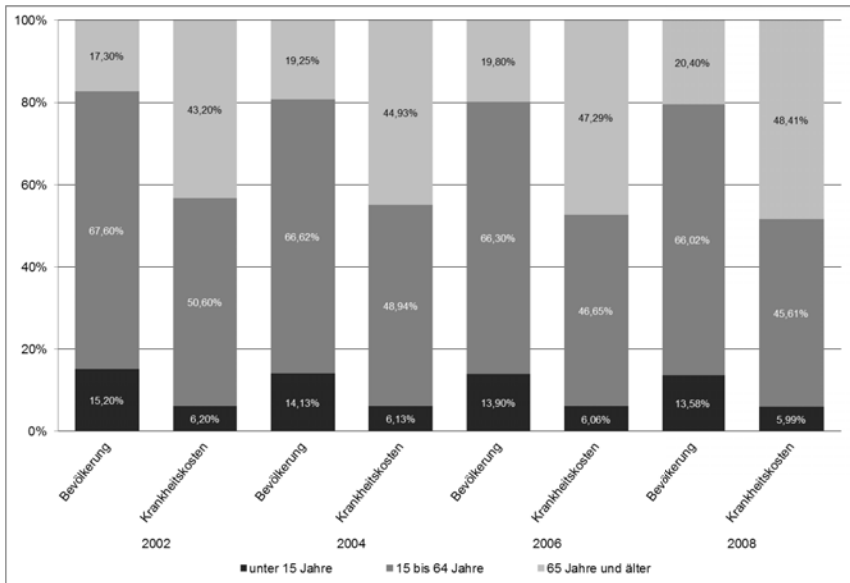


Quelle: StBA (2012b)

Abb. 5: Entwicklung der Gesundheitsausgaben 1992 - 2010

Im Mittelpunkt des Gesundheitssystems stehen die Patienten als Leistungsempfänger. Diese Privatpersonen nehmen im Krankheitsfall bzw. zur Prävention die Dienstleistungen der Leistungserbringer in Anspruch. Dabei verursachen sie im Jahr 2008 insgesamt 254,28 Mrd. EUR Krankheitskosten (Gesundheitsausgaben ohne Investitionen). Bei näherer Betrachtung wird schnell deutlich, dass die Krankheitskosten mit zunehmendem Alter des Patienten kontinuierlich steigen. Wie in Abb. 6 dargestellt, verursachten die über Fünf- undsechzigjährigen 2008 insgesamt 48,41% der Krankheitskosten, während ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung bei 20,4% lag. Im Vergleich zu 2002 erhöhten sich als Konsequenz des demographischen Wandels die Krankheitskosten in dieser Altersklasse um 12,06%, während der Kostenanteil der unter Fünfzehnjährigen von 6,2% auf 5,99% sank. Bei den Krankheitskosten je Einwohner für das Jahr 2008 schlugen für die Gruppe der unter Fünfzehnjährigen 1.360 EUR, für die 15 – 65jährigen 2.140 EUR, für die 65 – 85jährigen 6.520 EUR und für die über Fünfundachtzigjährigen 14.840 EUR jeweils im Durchschnitt zu Buche.

Über die Hälfte, konkret 52,4%, der gesamten Krankheitskosten im Jahr 2008 wurden durch Krankheiten des Kreislaufsystems (36,97 Mrd. EUR), des Verdauungssystems (34,81 Mrd. EUR), des Muskel-Skelett-Systems (28,55 Mrd. EUR) sowie durch psychische und Verhaltensstörungen (28,65 Mrd. EUR) bewirkt. Die Gesundheitsausgaben für Prävention lagen im Jahr 2010 bei 10,35 Mrd. EU, was einem Anteil von 3,6% an den Gesamtausgaben entspricht.

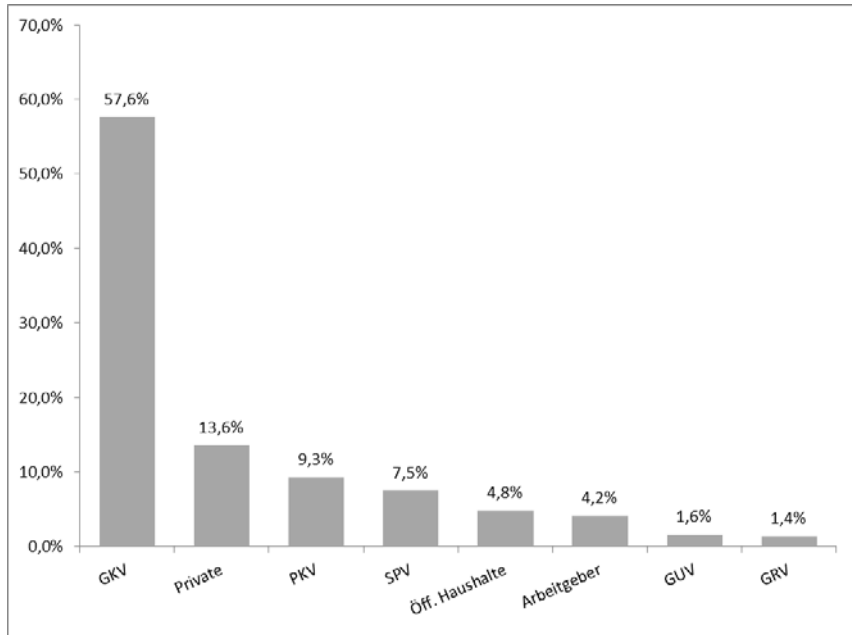


Quellen: StBA (2012b), StBA (2012c)

Abb. 6: Bevölkerung und Krankheitskosten nach Alter im Zeitablauf

Die Vergütung der Gesundheitsausgaben erfolgt durch die öffentlichen Haushalte, die gesetzliche Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, die soziale Pflegeversicherung, die private Krankenversicherung, die Arbeitgeber und die Privaten. Zu den Letztgenannten zählen gemäß Statistischen Bundesamt private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck. 2010 vergütete die GKV als größter Leistungszahler 57,6% der Gesundheitsausgaben, gefolgt von den Privaten (13,6%) und der PKV (9,3%). Abb. 7 zeigt die Verteilung der Ausgabenträger der Gesundheitsausgaben 2010. Möglich machten dies die Leistungsfinanzierer. Dazu gehören alle gesetzlich und freiwillig Ver-

sicherten in der GKV respektive in den PKVen, die Arbeitgeber und die Selbstzahler. Weitere Akteure des deutschen Gesundheitswesens sind beispielsweise die gesetzgebenden Körperschaften des Staates, Patientenverbände, Selbsthilfeorganisationen und die Leistungserbringer.



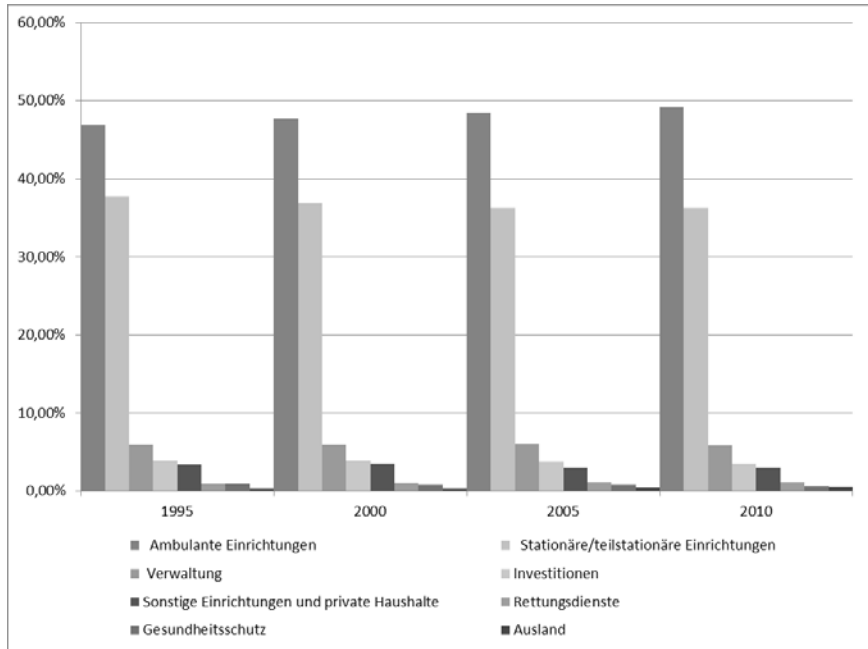
Quellen: StBA (2012b), StBA (2012c)

Abb. 7: Gesundheitsausgaben in Deutschland 2010 nach Ausgabenträgern

Den größten Anteil an den Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (Einrichtungen) mit fast 85,5% haben der ambulante und der stationäre/teilstationäre Sektor (vgl. Abb. 8). Der ambulante Sektor, bestehend aus den Arztpraxen mit den niedergelassenen Ärzten als eines der Untersuchungsobjekte der vorliegenden Arbeit, den Zahnarztpraxen, den Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Apotheken, Gesundheitshandwerk/-einzelhandel, ambulante Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen,¹²³ ver-

¹²³ Zu den Praxen sonstiger medizinischer Berufe zählen Physio-, Logo-, Ergotherapeutische Praxen, Massagepraxen sowie Praxen von Hebammen, Heilpraktikern und medizinischen Fußpflegern. Mitarbeiter im Gesundheitshandwerk erbringen technische Dienstleistungen

einte im Jahr 2010 insgesamt 141,4 Mrd. EUR der Gesundheitsausgaben auf sich. 140,2 Mrd. EUR entfielen auf Krankenhäuser, Vorsorge-/ Rehabilitationsseinrichtungen und stationäre/teilstationäre Pflege als Einrichtungen des (teil-)stationären Sektors.



Quellen: StBA (2012b); StBA (2012c)¹²⁴

Abb. 8: Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern 1995 - 2010

wie z.B. die Anfertigung und Anpassung von Hilfsmitteln (Augenoptik, zahntechnische Labore etc.). Der Gesundheitshandel hat sich mit dem Verkauf von medizinischen und orthopädischen Artikeln auf die Versorgung kranker und behinderter Menschen spezialisiert. Unter den sonstigen ambulanten Einrichtungen werden Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte, Hospizdienste etc. subsumiert. Vgl. StBA (2011), S. 18 f.

¹²⁴ Gesundheitsschutz bezeichnet beispielsweise Gesundheitsämter, Ämter zur Lebensmittelkontrolle und -überwachung, Landesgesundheitsbehörden, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung etc. Unter Verwaltung fasst man in der Gesundheitsrechnung die Verwaltungskosten der GKV und die Leistungen des Medizinischen Dienstes. Zu den sonstigen Einrichtungen und privaten Haushalten gehören z.B. Taxiunternehmen, die Krankentransporte übernehmen, Privatpersonen, die Angehörige pflegen usw. Alle Gesundheitsleistungen, die die Patienten außerhalb Deutschlands in Anspruch nehmen, werden unter Ausland verbucht. Vgl. StBA (2011), S. 20.

Die Aufgaben der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen liegen gemäß SGB V unter anderem darin, dass im Anschluss an die Krankenhausbehandlung der dabei erzielte Behandlungserfolg gesichert oder gefestigt wird, „auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.“¹²⁵ Im Gegensatz dazu überwiegt bei Krankenhäusern, die analog zu den niedergelassenen Ärzten im Fokus dieser Arbeit stehen, die ärztliche Leistung. Die nächsten Abschnitte stellen diese beiden Untersuchungsobjekte näher dar.

2. Leistungserbringung durch Haus- und Fachärzte im ambulanten Sektor

Wie bereits in Abschnitt A.2.4 erörtert, muss die Gruppe der niedergelassenen Ärzte als Kundenstakeholder maßgeblich durch das Marketingmanagement bei der Krankenhausführung beachtet werden. Zunächst wird deshalb im folgenden Abschnitt die vertragsärztliche Versorgung mit ihren Besonderheiten dargestellt, bevor in B.2.2 die Vergütung und die damit verbundenen Herausforderungen für diese Berufsgruppe im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

2.1. Vertragsärztliche Versorgung im Überblick

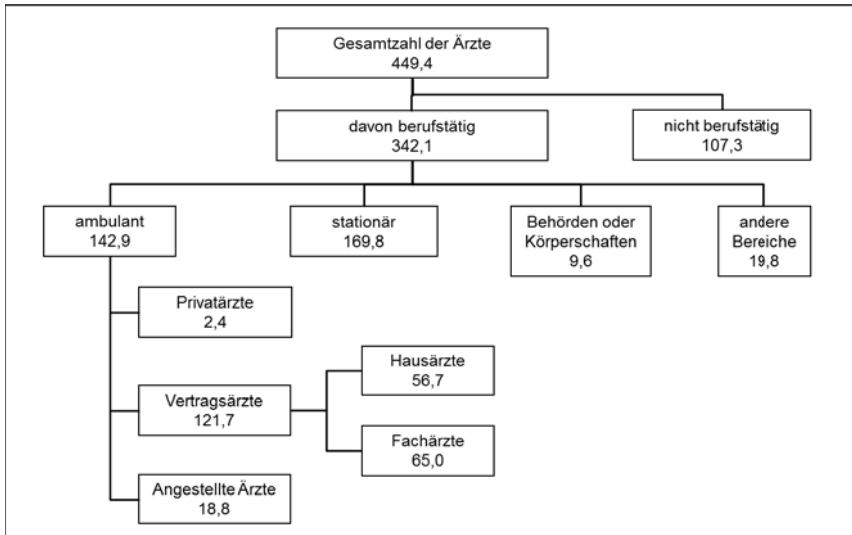
Im Jahr 2011 gab es in Deutschland gemäß der Statistik der Bundesärztekammer insgesamt 449,4 Tsd. Ärzte.¹²⁶ Davon waren 107,3 Tsd. Ärzte im Ruhestand, arbeitslos oder berufsfremd tätig. Von den 342,1 Tsd. berufstätigen Medizinerinnen arbeiteten 49,6% im stationären Sektor, 41,8% im ambulanten Bereich, 3,0% bei Behörden oder Körperschaften und 5,8% in anderen Bereichen (vgl. Abb. 9).¹²⁷ Während im ambulanten Sektor 2,4 Tsd. Privatärzte ihrer Tätigkeit nachgingen und ausschließlich Privatpatienten behandelten, erfolgte die ambulante Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten durch die 121,7 Tsd. Vertragsärzte, also jene niedergelassenen Ärzte, die eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung haben. Die Zulassung erfolgt in einem zweistufigen Verfahren - der Eintragung in das Arztregister und der Zulassung durch

¹²⁵ § 107 Abs. 2, Nr. 1 SGB V.

¹²⁶ Zu den Statistiken des Kapitels B.2 sowie den Definitionen und Abgrenzungen der Schlagworte vgl. BÄK (2012), und KBV (2011).

¹²⁷ Vgl. BÄK (2012), S. 1.

den zuständigen Zulassungsausschusses bestehend aus drei Vertretern der Ärzte und drei Vertretern der Krankenkassen. Die Zulassung wird u.a. nicht erteilt, wenn die Arztdichte in einem Zulassungsbezirk für eine Arztgruppe eine festgelegte Grenze überschreitet.¹²⁸



Quelle: BÄK (2012), S. 1.

Abb. 9: Struktur der Ärzteschaft 2011

Neben den Vertragsärzten wird die vertragsärztliche Versorgung durch die im ambulanten Bereich angestellten Ärzte und die dazu nach § 116 SGB V ermächtigten Krankenhausärzte durchgeführt. Mit der vertragsärztlichen Versorgung soll „eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet“¹²⁹ werden und umfasst

- die ärztliche Behandlung,
- die zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung,
- die Versorgung mit Zahnersatz,

¹²⁸ Vgl. Rost (2002), S. 42 f.

¹²⁹ § 72 Abs. 2 SGB V.

- die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
- die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- die Verordnung häuslicher Krankenpflege,
- die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
- die medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft.¹³⁰

Sichergestellt wird dieser Versorgungsauftrag durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung¹³¹. Sie müssen „die Gewähr dafür (...) übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung und die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst)“.¹³²

Die Aufteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden niedergelassenen Ärzte inklusive der Partner-Ärzte und Psychotherapeuten auf die einzelnen Fachgebiete zum 31.12.2010 zeigt Tab. 4.

¹³⁰ Vgl. § 73 Abs. 2 SGB V.

¹³¹ Alle Vertragsärzte einer Region gehören der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung als Mitglieder an. Die KVen und die KBV zählen zur Selbstverwaltung der Ärzte.

¹³² § 75 Abs. 1 SGB V.

Arztgruppe	Anzahl	in % der Vertragsärzte
Allgemeinärzte/Praktische Ärzte	39.709	28,72
Internisten	19.934	14,42
psychologische Psychotherapeuten	13.457	9,73
Frauenärzte	9.909	7,17
Kinder- und Jugendärzte	5.833	4,22
Orthopäden	5.395	3,90
Psychotherapeutisch tätige Ärzte	5.261	3,80
Augenärzte	5.136	3,71
Nervenärzte	4.809	3,48
Chirurgen	4.023	2,91
Hals-Nasen-Ohrenärzte	3.935	2,85
Kinder- und Jugendpsychiater	3.395	2,46
Hautärzte	3.324	2,40
Radiologen/Strahlentherapeuten	3.115	2,25
Anästhesisten	2.861	2,07
Urologen	2.686	1,94
sonstige Ärzte	5.484	3,97

Quelle: KBV (2011), S. 11.

Tab. 4: Fachgebietsgruppen der Vertragsärzte und ihre Verteilung 2010

Weiterhin können die Vertragsärzte anhand der Aufgabengebiete der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung untergliedert werden. Erstere wird hauptsächlich von Allgemeinärzten, praktischen Ärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, erbracht.¹³³ Zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe zählen insbesondere

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,

- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
- die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.¹³⁴

Alle anderen Vertragsärzte zählen zu den Fachärzten, die als Spezialisten im Vergleich zu den Hausärzten ein schmaleres, aber tiefer gehendes Leistungsspektrum besitzen.¹³⁵ Zur Förderung der in § 73 Abs. 1 Nr. 2 SGB V verankerten Lotsen-Funktion des Hausarztes im Rahmen der Beratung und Über-/Einweisung der Patienten zu Fachärzten und in Krankenhäuser wurden im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung verankert. Teilnehmende Versicherte verpflichten sich dabei, fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung ihres Hausarztes in Anspruch zu nehmen.¹³⁶

Betrachtet man die Entwicklung der Arztzahlen in den letzten zwanzig Jahren in Tab. 5, lässt sich konstatieren, dass die Zahl der niedergelassenen Ärzte u.a. zur Sicherstellung des Versorgungsauftrags zwischen 1990 und 2011 um 54,8% von 92,3 Tsd. auf 142,9 Tsd. gestiegen ist. Dennoch kursieren Schlagworte wie Ärztemangel und daraus resultierende Versorgungsengpässe verstärkt in den gesundheitspolitischen Diskussionen der letzten Jahre. Als Ursachen dieser Entwicklungen werden der medizinische Fortschritt und der demografische Wandel auf Nachfrageseite sowie die Bürokratisierung, die schwache Infrastruktur auf dem Land, der allgemeine Trend zur Arbeitszeitverkürzung und die Feminisierung des Arztberufs mit dem Wunsch nach fle-

¹³³ Vgl. § 73 Abs. 1a SGB V.

¹³⁴ Vgl. § 73 Abs. 1 SGB V.

¹³⁵ Vgl. Zimmer (2010), S. 41; Amelung/Janus (2006a), S. 28.

¹³⁶ Vgl. § 73b SGB V und Abschnitt B.2.3.

Einweiserorientierung von Krankenhäusern
Messung der Einweiserpräferenzen mittels einer
internetbasierten Conjoint Analyse

Leining, I.

2014, XXIII, 277 S. 59 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-07082-3