



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Zusammenhänge der Gesundheitswirtschaft

GESUH01



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Dagmar Ackermann
Barbara Mayerhofer
Jeanine Staber
Olaf Stier
Florian Rinsche

Zusammenhänge der Gesundheitswirtschaft

GESUH01



Prof. Dr. Dagmar Ackermann

(geb. 1955) studierte nach dem Abitur an der Ruhr-Universität Bochum Wirtschaftswissenschaften und arbeitete als wissenschaftliche Assistentin am Lehrstuhl für Kredit- und Finanzwirtschaft. Ihre Erfahrungen im Gesundheitswesen begründen sich auf einer langjährigen Tätigkeit als betriebswirtschaftliche Beraterin niedergelassener Ärzte.

1984 nahm sie eine Tätigkeit als Lehrbeauftragte an der Hochschule Niederrhein auf. Seit ihrer Promotion zum Dr. rer. pol. an der Universität Lüneburg im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften am Forschungsinstitut Freie Berufe ist sie Professorin für Ökonomie und Spezielle Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen der Hochschule Niederrhein.



Dr. phil. Barbara Mayerhofer MBA

war nach einer langjährigen Tätigkeit als Schulleitung einer Krankenpflegeschule viele Jahre bei einem Wohlfahrtsträger als Geschäftsleitung für die Altenhilfe zuständig. Nach dem Studium zum Master of Business Administration (MBA) promovierte sie am Institut für Gerontologie der Universität Vechta zum Thema Führungskompetenzen in der stationären Altenhilfe. Barbara Mayerhofer ist seit 2013 als Studiengangsleiterin für den Studiengang Pflegemanagement an der APOLLON Hochschule sowie als Lehrbeauftragte an der Hochschule Osnabrück tätig.



Dr. rer. pol. Jeanine Staber

(geb. 1979) studierte Allgemeine Verwaltung an der FHöVPR Güstrow, Gesundheitsökonomie an den Universitäten Bayreuth und Maastricht sowie Philosophy & Economics an der Universität Bayreuth. Sie promovierte an der Universität Bremen zum Thema „Wirksamkeit versus Präferenzen: Zum Umgang mit Therapien strittiger Wirksamkeit in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem am Beispiel der Komplementär- und Alternativmedizin“.

Jeanine Staber war als wissenschaftliche Mitarbeiterin an den Universitäten Bayreuth und Bremen sowie an der APOLLON Hochschule tätig. Seit November 2013 ist sie Referentin bei der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz in Bremen im Referat „Beteiligungsmanagement/Kommunale Kliniken“ und Lehrende an der APOLLON Hochschule.



Dipl.-Theol. Olaf Stier (MBA GSBA/SUNY)

(geb. 1972) studierte evangelische Theologie, Ökonomie und Jura in Bonn, Marburg, Göttingen, Helsinki, Freiburg, Zürich, New York und Hagen. Für die Asklepios Kliniken leitete er ein Krankenhaus in Sachsen. Für die Marseille-Kliniken war er für die Restrukturierung mehrerer Rehakliniken zuständig. Er gründete das Online-Magazin sciencegarden, die acapo KG und die taumed eK. Als Unternehmensberater hat er sich auf die betriebswirtschaftliche Beratung im ambulanten Sektor spezialisiert.

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.



Florian Rinsche

(geb. 1986) studierte nach seiner Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger Gesundheitsökonomie (B. Sc. und M. Sc.) an der Universität Bayreuth. Nach dem Studium arbeitete er in einer Unternehmensberatung im Gesundheitswesen vor allem an Projekten zur stationären Versorgung und parallel an der Juniorprofessur Gesundheitsmanagement der Universität Bayreuth. Seit 2019 ist er für die Kassenärztliche Bundesvereinigung zunächst als Fachreferent für ambulante Bedarfs- und Krankenhausplanung tätig und inzwischen als Senior-Referent auch mit der ambulanten Bedarfsplanung und sektorenübergreifenden Versorgung betraut.

Zusammenhänge der Gesundheitswirtschaft

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	3
1 Gesundheitswirtschaft zwischen staatlicher Lenkung und marktwirtschaftlicher Steuerung	7
1.1 Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft	7
1.2 Gesellschaftliche Verantwortung	11
1.3 Rechtsgrundlagen des Gesundheitssystems	14
Zusammenfassung	15
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	17
2 Die Finanzierung des Gesundheitswesens	18
2.1 Versicherungspflicht	18
2.2 Der Gesundheitsfonds	20
2.3 Die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen	21
Zusammenfassung	23
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	24
3 Die stationäre Versorgung	25
3.1 Krankenhäuser	25
3.2 Finanzierung der Krankenhausversorgung	27
Zusammenfassung	33
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	34
4 Die ambulante Versorgung	35
4.1 Niedergelassene Ärzteschaft sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen	38
4.2 Finanzierung der ambulanten Versorgung	42
Zusammenfassung	48
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	49

5 Pharmazeutische Versorgung	50
5.1 Apotheker/-innen und Apotheken	51
5.2 Pharmazeutische Industrie	52
5.3 Finanzierung der Arzneimittelversorgung	53
Zusammenfassung	55
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	56
6 Medizintechnik und Medizinprodukte	57
Zusammenfassung	59
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	60
7 Pflegeversorgung	61
7.1 Das Neue Begutachtungsassessment	61
7.2 Finanzierung der Pflegeversorgung	64
7.3 Einrichtungen der pflegerischen Versorgung	65
7.3.1 Stationäre Langzeitpflege	65
7.3.2 Stationäre Kurzzeit- und Verhinderungspflege	65
7.3.3 Teilstationäre Pflege	66
7.3.4 Ambulante Pflege	66
Zusammenfassung	67
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	68
Schlussbetrachtung und Ausblick	69
Anhang	
A. Bearbeitungshinweise zu den Übungen	73
B. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	75
C. Abkürzungsverzeichnis	78
D. Literaturverzeichnis	79
E. Rechtsquellenverzeichnis	84
F. Abbildungsverzeichnis	86
G. Tabellenverzeichnis	87
H. Einsendeaufgabe	89

Vorwort

Liebe Studierende,

Sie haben sich dazu entschlossen, ein Studium aufzunehmen, in dessen Verlauf Sie sich mit Inhalten aus dem Kontext der Gesundheitswirtschaft beschäftigen werden. Einige von Ihnen arbeiten bereits in den unterschiedlichsten Organisationen der Gesundheitswirtschaft. Andere von Ihnen möchten sich mit dem Studium für dieses Berufsfeld qualifizieren, das Sie bisher nur aus der Sicht des Patienten bzw. der Patientin oder der Angehörigen kennen.

In den letzten Jahren konnten Sie in der Öffentlichkeit zahlreiche Diskussionen über die Inhalte und den Umfang, die bestehenden Strukturen sowie notwendige und wünschenswerte Veränderungen unserer Gesundheitsversorgung verfolgen. Auch die Fragen nach der Qualität und der Finanzierung haben nicht nur Politiker/-innen beschäftigt, sondern tangieren sowohl den Berufsalltag aller Akteure als auch die Interessen der Versicherten sowie Patienten und Patientinnen. Dabei ist das Gesundheitswesen ein ausgesprochen komplexes System. So sprechen wir heute in der Gesundheitswirtschaft nicht mehr nur über die originäre Gesundheitsversorgung als ersten Gesundheitsmarkt, sondern diskutieren auch über den zweiten Gesundheitsmarkt. Im Verlauf Ihres Studiums werden Sie nicht nur diese Märkte näher kennenlernen, sondern auch das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure innerhalb eines Betriebes der Gesundheitswirtschaft und zwischen den Organisationen betrachten und intensiv bearbeiten.

Dabei werden Sie feststellen, dass diese Bereiche trotz aller Unterschiede doch eng miteinander verzahnt sind. Die Vernetzung der unterschiedlichen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen ist unabdingbar für die Versorgung von Patienten und Patientinnen sowie Bewohner/-innen, je spezialisierter das medizinische Wissen ist und je mehr „der Kunde bzw. die Kundin“ seinen/ihren Anspruch auf umfassende Information artikuliert. Ebenso erfordert die Komplexität des Leistungsangebots die Anwendung unterschiedlicher Managementkompetenzen innerhalb der verschiedenen Organisationen. So ist heute z.B. ein Krankenhaus ohne Managementsystem und IT-Struktur genauso wenig vorstellbar wie ein Arzneimittelhersteller oder eine Pflegeeinrichtung ohne ein Qualitätsmanagement bzw. eine Krankenkasse ohne finanzwirtschaftliche Kompetenzen. Oder wie könnten alle Organisationen ohne Personalmanagement geführt werden?

Unabhängig von Ihren Vorkenntnissen sollen Sie mit diesem Studienheft einen Überblick über grundlegende Strukturen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen erhalten. Es soll Ihnen als erste Orientierung dienen und zentrale Begrifflichkeiten erläutern. Dabei wird bewusst auf eine Vertiefung verzichtet. Diese wird dann in den weiteren Modulen erfolgen.

Wir hoffen, dass das vorliegende Studienheft dazu beiträgt, Sie in Ihrer Studienentscheidung zu bestärken und Neugierde auf die im Studium folgenden Vertiefungen zu wecken. Allerdings werden Sie auch merken, von wie vielen Zusammenhängen Sie in der Gesundheitswirtschaft noch nichts wissen und wie viel Sie noch lernen müssen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

Prof. Dr. Dagmar Ackermann

Dr. phil. Barbara Mayerhofer

Dr. rer. pol. Jeanine Staber

Dipl.-Theol. Olaf Stier

Florian Rinsche, M. Sc.

Einleitung

Fragen Sie einen älteren Menschen, was er sich wünscht, werden Sie regelmäßig die Antwort erhalten: „Gesundheit.“ Gesundheit ist für viele Menschen das höchste Gut, insbesondere dann, wenn die Gesundheit gefährdet oder bereits eingeschränkt ist. Wir alle sind bestrebt, mit unterschiedlichen Maßnahmen unsere Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Wenn das nicht möglich ist, bemühen wir uns, Krankheitsfolgen so weit wie möglich zu lindern und Lebensqualität zu sichern.

Das erfordert einerseits Organisationen mit Mitarbeitenden, die Leistungen anbieten können, um den Wünschen nach Behandlung und besserer Gesundheit nachgehen zu können. Dazu gehören niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime sowie ambulante Pflegeangebote, Therapeuten und Therapeutinnen, Apotheker/-innen und Arzneimittel, Medizinproduktehersteller und die Unternehmen der medizintechnischen Industrie.

Andererseits müssen diese Leistungen bezahlt werden. Nicht selten würden die Ausgaben für die Leistungen den finanziellen Rahmen übersteigen, der einem Einzelnen ad hoc oder auch prinzipiell zur Verfügung steht. Deshalb betreiben wir Vorsorge in Form von Versicherungen, die zeitlich und betragsmäßig einen Ausgleich zwischen Zeiten mit und ohne Krankheit sowie zwischen persönlichem Einkommen und Ausgaben für Krankheitskosten anstreben. Jeder Berufstätige wird mit seiner Gehaltsabrechnung mit der Tatsache konfrontiert, dass von seinem Bruttoverdienst die sogenannten Sozialversicherungsbeiträge abgezogen werden. Diese werden vom Arbeitgeber den Sozialversicherungsträgern zugeführt. Das sind in Deutschland neben den Beiträgen zur Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherung auch die Beiträge zur Kranken- und zur Pflegeversicherung. Per Gesetz sind die Bürger/-innen verpflichtet, in einem vorgeschriebenen Mindestumfang Vorsorge für den Krankheits- und Pflegefall zu treffen. Daraus wird ein großer Teil der Ausgaben bestritten, die wir für unsere Gesundheit tätigen. Da Gesundheit aber auch ein höchst sensibles Gut ist und dementsprechend in unserer Gesellschaft das Recht auf Gesundheitsversorgung einen hohen Stellenwert hat, setzt der Staat Rahmenbedingungen für die Gesundheitswirtschaft, die beachtet werden müssen, wenn man in diesem Sektor tätig werden will.

Die nachfolgende Abb. 0.1 zeigt Ihnen in einer ersten Übersicht, welche Akteure an der Gestaltung der Gesundheitswirtschaft mitwirken.

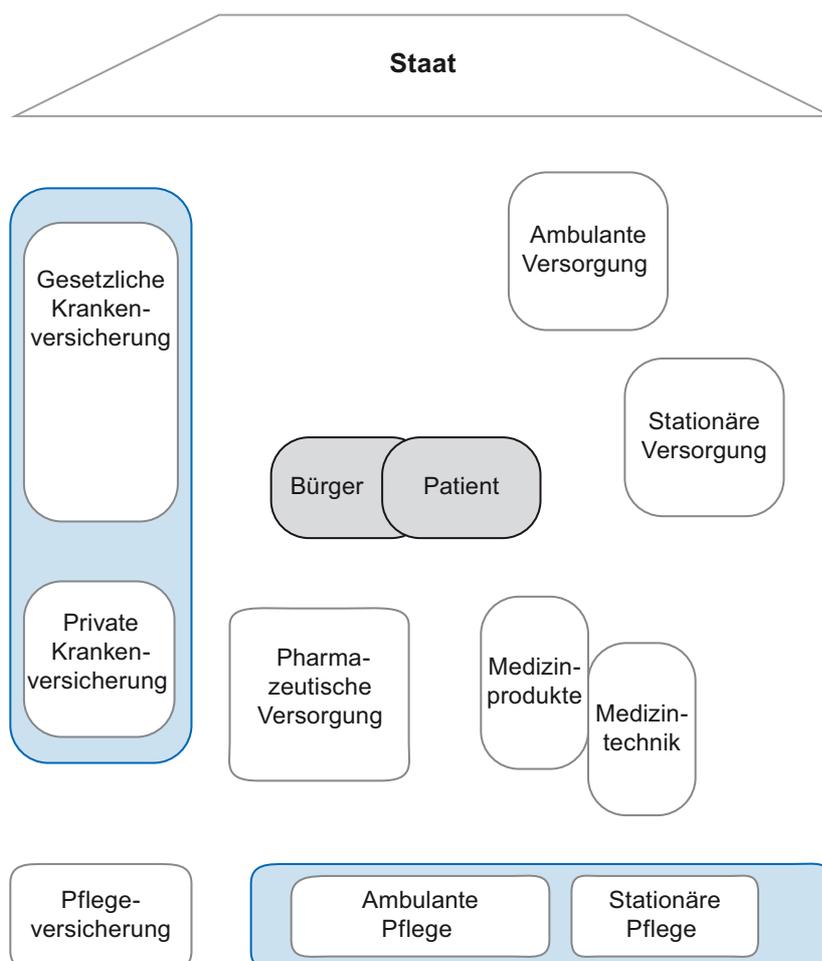


Abb. 0.1: Akteure der Gesundheitswirtschaft

Im weiteren Verlauf des vorliegenden Hefts werden Sie dann erfahren,

- wer sich genauer hinter diesen Gruppen verbirgt,
- wie diese Gruppen strukturiert sind,
- in welcher Form sie zu Bürgern/Bürgerinnen, Versicherten oder Patienten/Patientinnen in Beziehung treten und
- wie sie untereinander agieren.

Dementsprechend wird die Darstellung sukzessive ergänzt.

Im *ersten Kapitel* setzen Sie sich mit der Frage auseinander, welche Prinzipien und Grundeinstellungen unser Verständnis des Gesundheitswesens ausmachen.

Zudem betrachten Sie das Gesundheitswesen aus dem Blickwinkel der Wirtschaft und erkennen das Gesundheitswesen als eine Branche, die einen wesentlichen Beitrag zu unserer Volkswirtschaft leistet.

In *Kapitel 2* lernen Sie die Grundzüge der Finanzierung des Gesundheitswesens kennen.

Die *Kapitel 3 bis 7* haben dann die verschiedenen Bereiche der Gesundheitswirtschaft mit ihren Akteuren zum Gegenstand. Sie erfahren, was Inhalte und Aufgaben der ambulanten und stationären Versorgung sind, wie die pharmazeutische Versorgung gere-

gelt ist, welche Bedeutung Medizinprodukte und Medizintechnik haben und welche Rolle die Pflegeversorgung im Kontext der Gesundheitswirtschaft spielt. Daneben werden Sie für jeden dieser Bereiche einen ersten Überblick über die speziellen Grundlagen seiner Finanzierung erhalten.

Im letzten Kapitel *Schlussbetrachtung und Ausblick* werden wir vor dem Hintergrund der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ein erstes Schlaglicht auf die Reformen des Gesundheitswesens werfen.

1 Gesundheitswirtschaft zwischen staatlicher Lenkung und marktwirtschaftlicher Steuerung

Im ersten Kapitel lernen Sie die grundlegenden Prinzipien kennen, auf denen das deutsche Gesundheitswesen aufgebaut ist, und setzen sich mit der Rolle des Staates auseinander. Sie erfahren, welche Rechtsnormen die Grundlage des Gesundheitswesens sind und welche Rolle der Gemeinsame Bundesausschuss im Kontext des Zusammenwirkens aller Beteiligten spielt.

Um den Gesundheitszustand wiederherzustellen bzw. zu erhalten, werden Gesundheitsgüter (z.B. Arzneimittel) und/oder Dienstleistungen (z.B. ärztliche Untersuchungen) benötigt. Würden diese Güter und Dienstleistungen über den freien Markt gehandelt, würden Angebot und Nachfrage den Preis und die angebotene bzw. nachgefragte Menge bestimmen. Dies bedeutet aber, dass nicht alle Personen Güter und Dienstleistungen bekommen können, die sie benötigen. Daher greift der Staat in bestimmten Bereichen der Gesundheitsversorgung in den Markt ein und legt Rahmenbedingungen gesetzlich fest.

1.1 Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft

Gesundheit ist eines der zentralen Elemente, um die sich Individuen und soziale Gemeinschaften sorgen. Der Wunsch nach Gesundheit hat die Menschen von alters her beschäftigt. Bereits im Altertum war in der Gesellschaft des antiken Griechenlands die Sorge um die Gesundheit so bedeutend, dass in der griechischen Mythologie der Heilkunde ein Gott zugeordnet wurde. Apollon, Sohn des Göttervaters Zeus, ist der Gott der Heilkunde und Medizin, der alle Wunden heilen kann. Er kann aber auch in die entgegengesetzte Richtung wirken und Tod und Verderben über die Menschen bringen. Daneben verfügt er noch über weitere vielseitige Fähigkeiten: Er ist zugleich der bedeutendste Orakelgott, der Gott des Lichts, der Jugend, der Weissagung, des Rechts, der Künste, der Musik, der Klarheit und des Todes (vgl. Fauth, 1979). Sohn Asklepios ist als Gott der Ärzte bekannt. Aber nicht nur in der Mythologie der Antike spielt die Heilkunde eine wichtige Rolle. Als Mensch erlangte Hippokrates von Kos (460–370 v. Chr.) als wandernder Arzt Berühmtheit. Er gilt heute als Begründer der Medizin als Wissenschaft. Bekannt ist, dass seit dem 1. Jahrhundert n. Chr. ein Eid der Ärzte ihre Selbstverpflichtung gegenüber Patienten und Patientinnen prägt. Dieser nach Hippokrates benannte Eid ist noch heute Grundlage des Genfer Ärztegelöbnisses und ein elementarer Bestandteil der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (vgl. Breidbach, 2015, S. 309 f.). An der folgenden Gegenüberstellung von Hippokratischem Eid und dem Gelöbnis der Bundesärztekammer können Sie allerdings erkennen, dass es auch erhebliche Abweichungen gibt.

„Ich schwöre, Apollon den Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen anrufend, daß ich nach bestem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Verpflichtung erfüllen werde: den, der mich diese Kunst lehrte, meinen Eltern gleich zu achten, mit ihm den Lebensunterhalt zu teilen und ihn, wenn er Not leidet, mitzuversorgen; seine Nachkommen meinen Brüdern gleichzustellen und, wenn sie es wünschen, sie diese Kunst zu lehren ohne Entgelt und ohne Vertrag; Ratschlag und Vorlesung und alle übrige Beleh-

rung meinen und meines Lehrers Söhnen mitzuteilen, wie auch den Schülern, die nach ärztlichem Brauch durch den Vertrag gebunden und durch den Eid verpflichtet sind, sonst aber niemandem.

Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht.

Ich werde niemandem, auch nicht auf eine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten. Auch werde ich nie einer Frau ein Abtreibungsmittel geben. Heilig und rein werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Auch werde ich den Blasenstein nicht operieren, sondern es denen überlassen, deren Gewerbe dies ist.

Welche Häuser ich betreten werde, ich will zu Nutz und Frommen der Kranken eintreten, mich enthalten jedes willkürlichen Unrechtes und jeder anderen Schädigung, auch aller Werke der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten.

Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht verletze, möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg zuteilwerden und Ruhm bei allen Menschen bis in ewige Zeiten; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, das Gegenteil.“

Hippokratischer Eid (Pschyrembel, 1998, S. 671)

„Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.

Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.

Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.“

Das ärztliche Gelöbnis (Offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf, autorisiert durch den Weltärztebund) (BÄK, 2021)

Seit der Sozialgesetzgebung unter Otto von Bismarck Ende des 19. Jahrhunderts sind die Grundlagen der Sicherung der Gesundheitsversorgung ständig weiterentwickelt worden und unterliegen gerade in jüngster Zeit wiederholten Reformen.

Einerseits ist uns allen bewusst, dass Gesundheit eine Voraussetzung ist, um aktiv am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Alle Bilder des Lifestyles, die uns heute vermittelt werden und denen wir vielfach nacheifern, transportieren das Bild von gesunden und schönen Menschen. Wenn Gesundheit so wertvoll ist, wie wir sie alle einschätzen, dann sollte die Konsequenz daraus sein, sorgfältig mit Gesundheit umzugehen und sparsam mit ihr hauszuhalten. Genau ein solches Verhalten, nämlich mit begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln sorgfältig umzugehen, sie überlegt einzusetzen und ihren Wert zu erkennen und zu beachten, wird als „wirtschaften“ bezeichnet (vgl. Fleßa; Greiner, 2013, S. 1 f.).

Andererseits wissen wir, dass Gesundheit nicht allein durch unser Handeln gestaltet werden kann. Individuelle genetische, physische und psychische Voraussetzungen, die wir nicht beeinflussen können, haben ebenso einen Einfluss auf unsere Gesundheit wie die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen wir leben. Denken Sie nur an das bekannte erhöhte Risiko einer Brustkrebserkrankung bei Frauen, deren Mutter an eben dieser Krankheit erkrankt war, oder einen familiär gehäuft anzutreffenden Bluthochdruck. Ebenso diskutieren wir immer wieder über den in vielen Ländern der Welt zu beobachtenden Einfluss des Wohlstands eines Staates auf die gesundheitliche Situation seiner Bevölkerung (vgl. dazu auch den Gesundheitsbegriff der WHO: Hajen et al., 2017, S. 18 ff.; Obermann, 2008, S. 57 f.).

Wegen dieses besonderen Stellenwertes der Gesundheit im Leben der Menschen stellt sich die Frage, wie viel staatliche Lenkung notwendig und wie viel marktwirtschaftliche Steuerung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für Gesundheit wünschenswert ist. Gerade in der jüngeren Vergangenheit ist diese Frage immer wieder Gegenstand der Reformdiskussionen um die zukünftige Gestaltung des Gesundheitswesens. Kann man Gesundheit und alle Maßnahmen zu ihrer Erhaltung oder Wiederherstellung genauso betrachten wie Produktion, Verkauf und Reparatur eines Autos? Oder muss man nicht vielmehr darauf Rücksicht nehmen, dass Gesundheit ein ausgesprochen sensibles Thema im Leben der Menschen ist, das man nicht wie jedes andere Wirtschaftsgut behandeln darf? Heute muss man dabei noch wissen, dass im Jahr 2020 etwa 13,1 % des Brut-

toinlandsprodukts (BIP) für Gesundheitsaufgaben aufgewendet wurden (vgl. GBE, 2022a). Im Jahr 2019, dem letzten Jahr vor der Corona-Pandemie, lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP noch bei 11,9 %. Es gab also einen Sprung von 1,2 % von 2019 auf 2020. Im Jahr 2020 betragen die Gesundheitsausgaben rund 440,6 Mrd. Euro.

Damit wird ersichtlich, dass das Gesundheitswesen einen relevanten Wirtschaftssektor darstellt. Da aber Geld Voraussetzung für die Beschaffung von Medikamenten, Verbandsmaterialien, medizinischen Geräten und die Beschäftigung von Ärzten und Ärztinnen sowie Pflegekräften ist und dieses Geld nicht in unbegrenztem Umfang zur Verfügung steht, ist es notwendig, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln so zu haushalten, dass so viel wie möglich für die Gesundheit getan werden kann. Das versteht der/die Ökonom/-in unter dem Begriff „wirtschaften“. Der Wunsch, möglichst vielen Menschen eine angemessene Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen, verlangt gerade, sich ökonomisch zu verhalten. So ist es auch in § 12 Abs. 1 SGB V festgeschrieben:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Dass dem Gesetzgeber ein wirtschaftlicher Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen besonders wichtig ist, zeigt sich auch anhand des Wirtschaftlichkeitsgebots, welches sowohl in § 12 Abs. 1 SGB V als auch in § 70 Abs. 1 SGB V in ähnlichen Worten wiederholt wird.

Das Gesundheitswesen erfordert aber nicht nur viel Geld für die zu beschaffenden Güter und Dienstleistungen, es gibt auch zahlreichen Menschen Arbeit, die damit ihren Lebensunterhalt bestreiten und zum Volkseinkommen der Gesellschaft beitragen. Immerhin beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben im Jahr 2020 ca. 13,1 % des BIP und zum 31.12.2020 waren rund 5,8 Mio. Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt (vgl. Destatis, 2022a; 2022b).

Sie haben nun gesehen, dass die Tätigkeiten im Gesundheitswesen oftmals mit Fragen des Wirtschaftens und der Wirtschaft einhergehen. Die Begriffe *Gesundheitswesen* und *Gesundheitswirtschaft* sind eng miteinander verbunden und werden häufig auch alternativ genutzt. Sie sollten sich für Ihr weiteres Studium bewusst sein, dass zwar ein enger Zusammenhang zwischen beiden besteht, aber damit durchaus verschiedene Inhalte verknüpft sind.



Unter Gesundheitswesen verstehen wir alle Einrichtungen und Organisationen sowie das für ihre Beziehungen untereinander geltende Regelwerk, das sich mit der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Menschen in unserer Gesellschaft beschäftigt (vgl. Preusker, 2013, S. 224).

Unter dem Begriff Gesundheitswirtschaft werden alle Anbieter von Gütern und Dienstleistungen zusammengefasst, die der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit dienen (vgl. Preusker, 2013, S. 211 f.).

1.2 Gesellschaftliche Verantwortung

Im vorhergehenden Abschnitt haben Sie lesen können, dass Gesundheit einen hohen Stellenwert sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft als Ganzes hat. Nicht jeder hat jedoch die Möglichkeit, in einem wünschenswerten Umfang allein für seine Gesundheit zu sorgen. Deshalb stellt sich die Frage, inwieweit Gesundheitsversorgung eine Aufgabe der Gesellschaft ist, in der Risiken gemeinsam getragen werden.

Die Gestaltung des gesamten Sozialwesens, also der Versorgung bei Krankheit, Unfall, im Alter, in den Fällen von Pflegebedürftigkeit und Arbeitslosigkeit, beruht in der Bundesrepublik Deutschland auf der Idee der Solidargemeinschaft. Alle Mitglieder der Gesellschaft tragen gemeinsam das Risiko des Eintritts der beschriebenen Umstände. Sie treffen dafür gemeinsam Vorsorge, indem jeder nach seinen Möglichkeiten etwas dazu beisteuert. Dies bezeichnet man als das Solidaritätsprinzip (vgl. Hajen et al., 2017, S. 105 ff.).

„Zentrales und tragendes Prinzip der Sozialversicherung GKV ist das Solidaritätsprinzip, worunter zu verstehen ist, dass alle GKV-Versicherten zu einer Solidargemeinschaft zusammengefasst sind und die GKV-Mitglieder alle anfallenden Ausgaben der GKV gemeinsam tragen (Umlageverfahren). Die Tragung der Ausgaben erfolgt durch einkommensabhängige, für alle Mitglieder prozentual gleich hohe Beiträge (Leistungsfähigkeitsprinzip).“ (Simon, 2021, S. 160)

Im Gesundheitswesen erfordert das Solidaritätsprinzip dementsprechend eine allgemeine Krankenversicherungspflicht, die seit dem 01.01.2009 auf Basis des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007 auch noch die Personenkreise erfasst, die bis dahin aus verschiedenen Gründen nicht versichert waren, was insbesondere für Selbstständige mit Kleinstunternehmen zutreffen konnte, um auch für diese Gruppe eine angemessene Versorgung im Bedarfsfall zu gewährleisten.

Daneben gibt es Personengruppen, die von der Versicherungspflicht in der GKV befreit sind (§ 6 SGB V). Diese werden sich, wenn keine besonderen Formen der Sicherung der Krankenversorgung durch ihren Arbeitgeber vorgesehen sind, in aller Regel freiwillig in der GKV oder privat krankenversichern. Den privaten Krankenversicherungen liegt das Äquivalenzprinzip zugrunde. Das bedeutet, dass Versicherungsprämien individuell kalkuliert werden „nach Umfang des Versicherungsschutzes, Eintrittsalter und Versicherungsrisiko gemäß versicherungsmathematischen Grundsätzen“ (Preusker, 2013, S. 1).

Im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung ist die Gestaltung des Gesundheitswesens auf drei Entscheidungsebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) verteilt (vgl. Klusen, 2008, S. 27 ff.).

- *Auf der Makroebene* entscheiden der Bundestag, der Bundesrat und das Bundesgesundheitsministerium über den Rahmen für die Gesundheitsversorgung. Diese Entscheidungen betreffen die Struktur der Versorgung, ihre Qualität und Finanzierung sowie den Zugang zu den Versorgungseinrichtungen. In den einzelnen Bundesländern sind die Sicherung und der Ausbau der gesundheitlichen Infrastruktur wichtige Aufgaben der Landesgesundheitsministerien, d. h. die bedarfsgerechte Versorgung der Bürger/-innen mit leistungsfähigen Krankenhäusern, ausreichende Angebote für eine ortsnahe Versorgung psychisch Erkrankter und eine Optimierung der Hilfen für besondere Personengruppen (vgl. hierzu beispielsweise die Vorstellung des Landesgesundheitsministeriums Nordrhein-Westfalen).

- *Auf der Mesoebene* tragen Selbstverwaltungspartner Entscheidungsverantwortung. Der Staat überträgt damit bestimmte Steuerungsaufgaben an die Akteure des Gesundheitswesens. Damit ist das korporatistische Prinzip wesentliches Gestaltungselement des deutschen Gesundheitswesens (vgl. Preusker, 2013, S. 284 f.).



Das korporatistische Prinzip besagt, dass relevante Interessensgruppen an Entscheidungen des Staates beteiligt werden.

Als Selbstverwaltungspartner werden sämtliche Gruppen von Akteuren zu verschiedenen Fragestellungen und Aufgaben herangezogen. Im Einzelnen sind dies:

- für die Gruppe der Krankenkassen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die verschiedenen Krankenkassenverbände, die die gruppenspezifischen Interessen der unterschiedlichen Krankenkassentypen vertreten, sowie der Medizinische Dienst (MD) zusammen mit dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) als Spitzenorganisation der 15 Medizinischen Dienste,
- für die Gruppe der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und -ärztinnen, medizinischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die (Bundes-)Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeutenkammern,
- für die Krankenhäuser die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften,
- für die Patienten und Patientinnen Patientenverbände.

Diese Gruppen sind Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der als wichtigstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung über die Art und den Umfang der Leistungen entscheidet, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden dürfen. Das Beschlussgremium des G-BA (Plenum) setzt sich aus dem/der Vorsitzenden und zwei unparteiischen Mitgliedern, fünf Vertreter/-innen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und fünf Vertreter/-innen der Leistungserbringer zusammen. Vertreten werden die Krankenhäuser durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die niedergelassenen Vertragsärzte und -ärztinnen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (§ 91 Abs. 2 S. 1, 2 SGB V). Hinzu kommen noch bis zu fünf Patientenvertreter/-innen, die allerdings nur beratende Funktionen haben und damit Entscheidungen nur indirekt beeinflussen können (§ 140 f. Abs. 2 S. 1, 2 SGB V). Das wichtigste Instrumentarium des G-BA ist seine Richtlinienkompetenz, beispielsweise hinsichtlich der vertragsärztlichen und pharmazeutischen Versorgung, Qualitätssicherung, Früherkennungsuntersuchungen und Rehabilitation. Ebenso ist er zuständig für die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln. Für die einzelnen Akteure der Mikroebene haben diese Richtlinien den Charakter verbindlicher Rechtsnormen (vgl. Simon, 2021, S. 84).

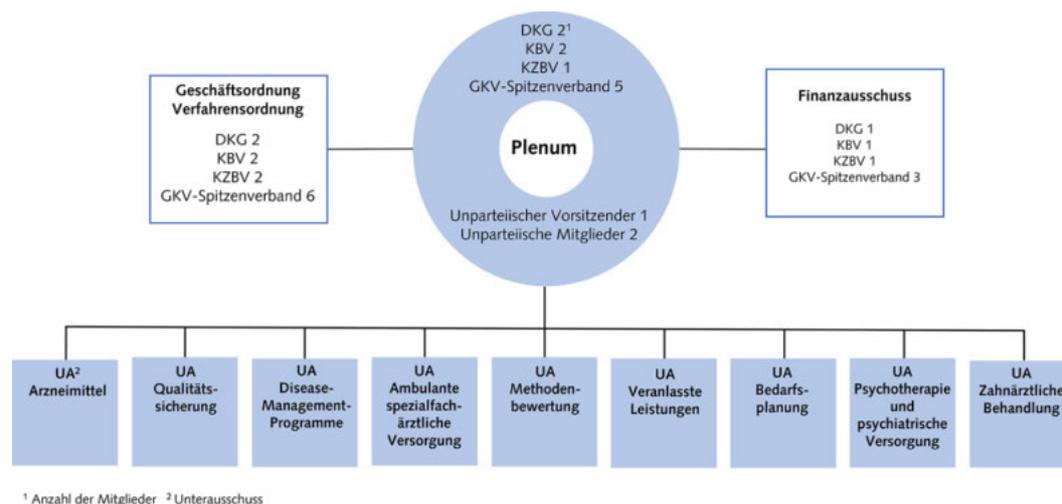


Abb. 1.1: Plenum und Unterausschüsse des G-BA (vgl. G-BA, 2022a)

Das Plenum des G-BA wird in seiner Arbeit unterstützt von Unterausschüssen (UA), die wiederum paritätisch von Krankenhäusern und (Zahn-)Ärzten und Ärztinnen auf der einen Seite und die GKV-Vertretung auf der anderen Seite besetzt sind. Die Unterausschüsse bereiten die Entscheidungsgrundlagen zu speziellen Themenbereichen, für die sie zuständig sind, zur Beschlussfassung im Plenum vor.

Darüber hinaus wirken berufspolitische und fachgruppenspezifische Verbände der Ärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Verbände der Apotheker/-innen und Arzneimittelhersteller, Bewertungsausschüsse, Vertretung der Bundesländer und Schiedsämter im Rahmen der Selbstverwaltung mit, indem sie als Experten und Expertinnen bei Entscheidungen hinzugezogen werden.

- *Auf der Mikroebene* entscheiden die Akteure der Gesundheitswirtschaft weitgehend autonom im Rahmen der gesetzten Bedingungen. Dies sind Patienten, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, Therapeuten, Apotheker und Krankenversicherungen (vgl. Klusen, 2008, S. 43 f.). Für alle wirtschaftlich tätigen Leistungsanbieter bedeutet dies, dass sie die unternehmerischen Risiken ihrer Entscheidungen tragen müssen. Sie sind aber einer Reihe von Handlungsbeschränkungen unterworfen, die ihren Ursprung in der staatlichen Sicherstellung des Systems der Gesundheitsversorgung haben.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde im Jahr 2015 der Innovationsfonds unter der Trägerschaft des G-BA etabliert (Deutscher Bundestag, 2022). Ab dem Jahr 2016 bis (zunächst) 2019 standen in zwei jährlichen Förderwellen insgesamt 300 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurde der Innovationsfonds bis ins Jahr 2024 verlängert, wobei sich die Förderung auf nunmehr 200 Millionen Euro pro Jahr reduzierte.

Ziel des Innovationsfonds ist es, die Versorgung innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherungen weiterzuentwickeln. Dies geschieht zum einen durch die (evidenzbasierte) Erprobung neuer Versorgungsformen und zum anderen durch die Förderung der Versorgungsforschung zur Evaluation der bereits bestehenden Versorgung. Sofern sich die neuen Versorgungsformen bewähren und positiv evaluiert werden, sollen sie in die Regelversorgung überführt werden. Durch die organisatorische Angliederung

beim G-BA können positiv evaluierte Projekte – sofern sie in die Regelungskompetenz des G-BA fallen – direkt in die reguläre Gremienarbeit zur Beratung über die Integration in die Regelversorgung aufgenommen werden.



Übung 1.1:

Bitte informieren Sie sich auf den Seiten des G-BA über seine Struktur und seine Aufgaben.

1.3 Rechtsgrundlagen des Gesundheitssystems

Das Gesetz, auf dem die Vorgaben zur Selbstverwaltung und die darauf aufbauenden weiteren Regelungen des Gesundheitswesens basieren, ist das Fünfte Sozialgesetzbuch, „Gesetzliche Krankenversicherung“ (SGB V). Es regelt die gesetzliche Krankenversicherungspflicht und stellt klar, in welcher Form das Gesundheitswesen finanziert wird. In diesem Zusammenhang benennt es die Akteure des Gesundheitswesens und definiert deren Aufgaben und die sich daraus ableitenden Pflichten und Rechte. Damit werden grundsätzliche Strukturen des Gesundheitswesens festgelegt und die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Gesundheitswirtschaft geschaffen.

Im Einzelnen besteht das SGB V aus 15 Kapiteln mit allgemeinen Vorschriften und speziellen Regelungen zum versicherten Personenkreis, den Leistungen der Krankenversicherung, den Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, der Organisation der Krankenkassen und der Finanzierung sowie zu Datenschutz und organisatorischen Fragen.



Übung 1.2:

Machen Sie sich mit dem Aufbau des Sozialgesetzbuchs vertraut, indem Sie sich entweder eine gedruckte Ausgabe oder eine Online-Version im Internet anschauen. Recherchieren Sie mithilfe des Inhaltsverzeichnisses, zu welchem prinzipiellen Handeln das SGB V die Akteure des Gesundheitswesens verpflichtet.

Neben dem Sozialgesetzbuch gibt es zahlreiche weitere Gesetze, Verordnungen, Vereinbarungen, Ordnungen und Richtlinien, die zum einen die Bestimmungen des SGB V spezifizieren und zum anderen weitere Regelungsbereiche betreffen. Dazu gehören:

- in erster Linie alle Reformgesetze, auf deren Grundlage das SGB V selbst verändert wird und weitere Gesetze angepasst werden, wie das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-WStG),
- das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG),
- das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG),
- das Medizinproduktegesetz (MPG),
- das Arzneimittelgesetz (AMG),
- die Heilberufegesetze (HeilBerG),

- Soziale Pflegeversicherung (SGB XI),
- Berufsordnungen,
- Weiterbildungsordnungen.

Der Regelungsbedarf ist umfangreich und unterliegt der Notwendigkeit, sich mit dem medizinischen, pharmazeutischen und technischen Fortschritt auseinanderzusetzen. Aber auch gesellschaftlicher Wandel und wirtschaftliche Möglichkeiten führen dazu, vorhandene Strukturen des Gesundheitswesens zu überdenken und gegebenenfalls zu verändern. Dies hat insbesondere vor dem Hintergrund steigender absoluter Ausgaben im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen verschiedene Reformen initiiert. Nachdem über viele Jahre die Versorgungsstrukturen anbieterzentriert ausgerichtet waren, findet zurzeit ein Umdenken hin zur Patientenzentrierung statt. Gefordert wurde dies vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen), u. a. in den Jahresgutachten 2001 und 2003 (vgl. SVR, 2001, S. 144 ff.; SVR, 2003, S. 21 ff.).

Patientenzentrierung bedeutet, dass die Aufgabe der Koordination von Leistungen verschiedener Anbieter für einen Patienten bei den Anbietern liegt. Der Patient steht im Mittelpunkt aller Bemühungen.



Zusammenfassung

Gesundheit ist für alle Menschen ein bedeutsamer Zustand, für dessen Förderung und Erhaltung hohe Ausgaben getätigt werden. Das Gesundheitswesen ist der Bereich einer Gesellschaft, in dem die dazu notwendigen Maßnahmen angeboten und durchgeführt werden. Als Wirtschaftsfaktor trägt es im Jahr 2020 mit ca. 13,1 % zum Bruttoinlandsprodukt bei. Der Staat setzt die Rahmenbedingungen, in denen die Gesundheitswirtschaft tätig wird.

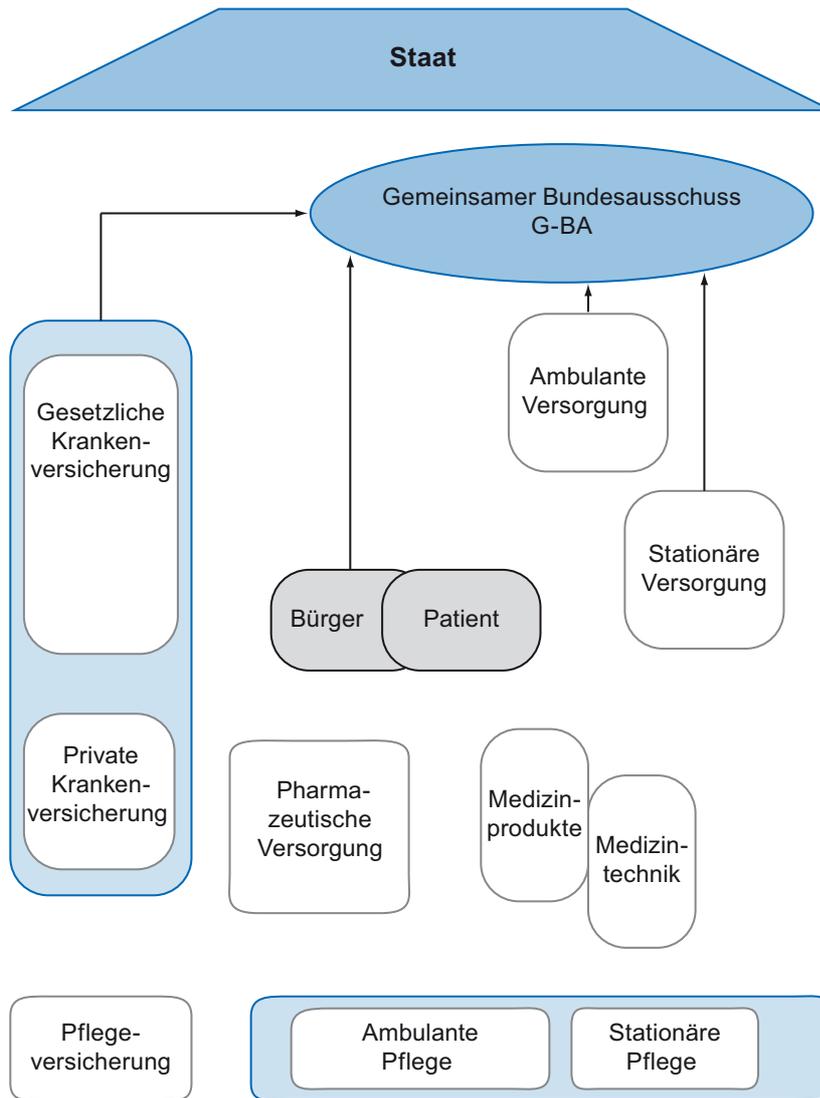


Abb. 1.2: Staat und G-BA im Kontext der Gesundheitswirtschaft

Alle Bürger/-innen unterliegen prinzipiell der Versicherungspflicht bezüglich eines Erkrankungsrisikos. Ein Großteil von ihnen ist in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Das Solidaritätsprinzip und die Selbstverwaltung sind systemgebende Merkmale der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Versicherten zahlen Beiträge im Umfang ihrer wirtschaftlichen Möglichkeiten und erhalten Leistungen unabhängig von der Höhe der eingezahlten Beiträge nach Maßgabe der medizinischen Erfordernisse. Die Leistung erfolgt entweder ambulant oder stationär, wobei sich Art und Umfang der Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte nur in dem Rahmen bewegen können, der vom G-BA festgelegt worden ist. Im G-BA sind die Selbstverwaltungspartner vertreten, die gemeinsam über die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen entscheiden, welche vom Staat, vertreten durch Bund, Bundesrat und Bundesgesundheitsministerium, vorgegeben werden.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung



Die Aufgaben zur Selbstüberprüfung können Sie auch interaktiv online bearbeiten. Folgen Sie dazu dem unten stehenden Link oder scannen Sie den QR-Code.

www.aon.media/jxb6tr



- 1.1 Welche sind die systembildenden Prinzipien des deutschen Gesundheitswesens?
- 1.2 Welches ist das zentrale Organ der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen?
- 1.3 Warum spricht man im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen auch häufig von der Gesundheitswirtschaft?