IN DIESEM KAPITEL

Gesundheit und System

Akteure des deutschen Gesundheitssystems

Internationaler Vergleich

Versorgung zwischen Staat, Markt und Verbänden

Kapitel 1
Einführung in das deutsche Gesundheitssystem

Wenn Sie einmal krank sind, ist es in Deutschland normalerweise nicht schwer, in medizinische Behandlung zu gelangen. Es gibt ein dichtes Netz an Ärzten, Krankenhäusern, Notaufnahmen, Apotheken und vielen mehr. Auch über die Kosten müssen Sie sich im Prinzip keine Gedanken machen. Das allermeiste bezahlt ohnehin die Krankenversicherung. Alles ist in bester deutscher Gründlichkeit geregelt. Zusammengenommen ist all das unser *Gesundheitssystem*. Es ist ein Zusammenspiel von verschiedenen staatlichen und privaten Akteuren, die in einem engen Netz von Gesetzen, Rechtsverordnungen, aber auch marktlichem Wettbewerb miteinander interagieren.

Und dennoch ist es nicht ganz einfach, sich im deutschen Gesundheitswesen zurechtzufinden. Diese Einführung soll Ihnen deswegen zunächst einen Überblick zum grundlegenden Aufbau des deutschen Systems geben. Auch sollen Sie es einordnen können im Vergleich zu anderen Varianten in dieser Welt. Die deutsche Idee einer *bismarckschen Sozialversicherung* war nämlich einerseits auch für viele andere Länder prägend, ist andererseits aber nicht die einzige Art und Weise wie man Gesundheitsversorgung organisieren kann. Deshalb stelle ich Ihnen unser System mit all seinen typischen Merkmalen und Prinzipien vor. Außerdem schauen wir uns ganz grundsätzlich an, was eigentlich »Gesundheit« ist und warum es dieses ganze Bündel an Regelungen namens »System« braucht, um *Gesundheit* (möglichst) für die ganze Bevölkerung zu sichern. Für das deutsche System ist dabei typisch, dass staatlicher Zwang und Aufsicht mit marktwirtschaftlich organisierten Elementen zusammenkommen. Wie die Kräfte hier miteinander ringen, auch und vor allem in den zahllosen *Verbänden* des Gesundheitswesens, ist ebenfalls Thema dieses Einstiegskapitels. Am Schluss blicken wir dann noch zusammen in die Zukunft und darauf, was wir aus der

Corona-Pandemie lernen: Wo waren wir gut aufgestellt und wo nicht – was werden langfristige Veränderungen sein, die auf das deutsche Gesundheitssystem zukommen?

Grundaufbau des Gesundheitssystems

Ein Gesundheitssystem wird nicht am Reißbrett entworfen. Der aktuelle Stand ist vielmehr das Ergebnis des Zusammenwirkens der Politik mit verschiedenen Berufs- und Interessengruppen über viele Jahrzehnte. Aus diesem Grund sind die Lösungen auch so unterschiedlich zwischen den Ländern. Aufgrund des sehr dynamischen Umfelds sehen Sie praktisch jährlich größere Gesundheitsreformen. Deutsche Gesundheitsminister zählen schon traditionell zu den umtriebigsten Politikern mit den häufigsten Gesetzesinitiativen. Im Wesentlichen gibt es dabei zwei große Faktoren, die permanent Veränderungsdruck in das Gesundheitssystem hineintragen.

- ✔ **Demografischer Wandel:** Mit der immer älter werdenden Bevölkerung steigt auch die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen, Multimorbidität und Behinderungen.
- ✔ **Medizinisch-technischer Fortschritt:** Innovative Diagnose- und Therapieverfahren erweitern die Behandlungsmöglichkeiten. Auch werden überhaupt mehr Patienten diagnostiziert, therapiert und (glücklicherweise!) länger am Leben erhalten.

In den letzten Jahren kamen noch zwei weitere große Trends hinzu:

- ✔ **Digitalisierung** und
- ✔ **gesellschaftlicher Wandel** in Richtung Gesundheitsbewusstsein, Individualisierung, Urbanisierung und gestiegener Ansprüche von Patienten.

Jede Gesundheitsreform, jeder neue Mitspieler im Markt, jede technische Innovation macht das Gesundheitssystem ein kleines Stück komplexer. Und so stehen wir heute vor einem überaus komplizierten Gebilde, das für Laien oder Einsteiger kaum zu überblicken ist.

Wer spielt alles mit? Vor allem drei wesentliche Beteiligte sind zu nennen, die sich in einer Dreiecksbeziehung (siehe hierzu Abbildung 1.1) zueinander befinden:

- ✔ **Leistungsempfänger:** Versicherte/ Patienten
- ✔ **Leistungserbringer:** niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Anbieter, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Hersteller von Arzneimitteln und Medizintechnik, sonstige Heilberufe, die Gesundheitshandwerke und viele weitere mehr
- ✔ **Leistungsfinanzierer:** vor allem private oder gesetzliche Krankenversicherungen, aber auch Selbstzahler, staatliche Beihilfestellen und weitere Sozialversicherungen wie die Unfall-, Pflege- oder Rentenversicherung

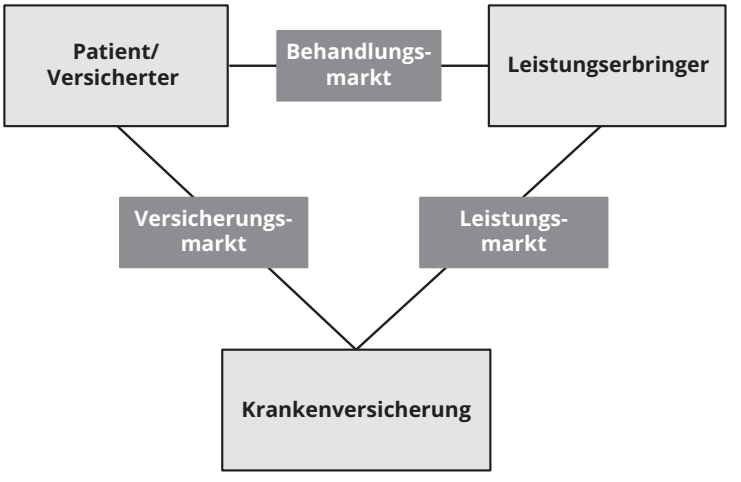

Abbildung 1.1: Dreieck der Beziehungen im Gesundheitswesen, Quelle: Eigene Darstellung.

Hinzu kommen noch einige weitere Beteiligte, von denen ich hier nur die wichtigsten nennen möchte.

- **Staat:** Gesetzgebende Körperschaften wie der Bund oder die Länder, ausführende oder nachgeordnete Stellen wie der Gemeinsame Bundesausschuss oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- **Aufsichts-, Regulierungs- und Überwachungsstellen:** Hierzu zählen zum Beispiel das Bundesamt für Soziale Sicherung, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (welches unter anderem für die Zulassung von Arzneimitteln zuständig ist) oder auf lokaler Ebene die Gesundheitsämter.
- **Verbände und Interessenvertretungen:** Patientenverbände, Selbsthilfeorganisationen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften, GKV-Spitzenverband, Bundesvereinigungen/ Bundesverbände von Anbieter- und Berufsgruppen (zum Beispiel im Bereich Medizintechnik, Pharmaindustrie, Hausärzte, Apotheker, Betriebskrankenkassen). Einige dieser Verbände und Interessenvertretungen übernehmen sogar gesetzlich bestimmte Aufgaben. So zum Beispiel der GKV-Spitzenverband bei Preisverhandlungen mit Arzneimittelherstellern oder die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Sicherstellung ambulanter Versorgung.

Umfangreiche Informationen, Hintergründe und Vertiefungen finden Sie bei folgenden Einrichtungen:

- **Bundeszentrale für politische Bildung (Dossier Gesundheitspolitik)**: `www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/`
- **Bundesministerium für Gesundheit**: `www.bundesgesundheitsministerium.de`

- ✔ **Gesundheitsinformation.de**: `www.gesundheitsinformation.de`
- ✔ **European Observatory on Health Systems and Policies** (ein Angebot der Weltgesundheitsorganisation): `www.euro.who.int/observatory`

Was Gesundheit ist

Bevor wir uns weiter Gedanken machen, wie ein Gesundheitssystem aufgebaut ist, sollten Sie zunächst wissen, was genau eigentlich Gesundheit bedeutet.

Die wohl bekannteste Definition von *Gesundheit* stammt von der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) aus dem Jahr 1948: »Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.«

Für den Philosophen Friedrich Nietzsche galt: »Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen«. Wie Nietzsche hat jeder von uns also seine kleinen Wehwehchen, wie das Zwicken im Rücken oder den verspannten Nacken vom Bürojob. Deswegen würden sich die meisten von Ihnen aber vermutlich noch nicht als krank bezeichnen oder in Behandlung begeben. Auf der anderen Seite ist jedoch nicht jeder, der an keiner akuten Krankheit leidet, auch vollständig gesund.

Am besten bringt es deshalb vielleicht das Konzept der *Salutogenese* auf den Punkt: Dieses Modell geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit keine sich gegenseitig ausschließenden Zustände (»entweder/oder«) sind. Es gibt immer ein Spektrum von gesunden und kranken Anteilen, die jeder von uns in sich trägt. Ein Mensch bewegt sich damit auf einem Kontinuum zwischen »absoluter Gesundheit« und »vollständiger Krankheit». Die Übergänge sind fließend und gekennzeichnet durch viele Zwischenstadien, die teils subjektiv unterschiedlich wahrgenommen werden.

Ein Gesundheitssystem soll nun im besten Fall jedem Einzelnen helfen, und damit der Gesellschaft insgesamt, die Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen.

Was ein Gesundheitssystem ist

Das *Gesundheitssystem* ist die Summe aller organisatorischen und finanziellen Regelungen zur Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen.

Ein Gesundheitssystem ist im besten Fall mehr als die Summe seiner Einzelteile. Es umfasst alle

- ✔ **Regelungen und Prozesse**,
- ✔ **Organisationen und Einrichtungen** (vom Gesundheitsministerium über Lobbyverbände bis zum einzelnen Hausarzt)

- ✔ **samt vorhandener Ressourcen** (gemeint sind vor allem: Mitarbeiter, Technik und Geld),

die zur Krankenversorgung und Gesunderhaltung der Bevölkerung benötigt werden. In einem guten Gesundheitssystem sollten dabei gleich mehrere Zielkategorien miteinander in Einklang gebracht werden:

- ✔ **gerechter Zugang** unabhängig von Einkommen und Status
- ✔ **Leistungsfähigkeit** im Sinne zeitnaher und wirksamer Behandlung in möglichst hoher Qualität
- ✔ **Finanzierbarkeit** aus volkswirtschaftlicher (Gesamtausgaben) und individueller Perspektive (Ausgaben des Einzelnen) unter wirtschaftlicher Verwendung knapper Mittel

Typen von Gesundheitssystemen

Im internationalen Vergleich unterscheiden sich die Gesundheitssysteme teilweise sehr stark voreinander. Im Wesentlichen gibt es drei Grundtypen:

1. das Bismarck-Modell: die Sozialversicherung
2. das Beveridge-Modell: der nationale Gesundheitsdienst
3. das Privat-Modell: die Privatversicherung,

wobei auch Mischformen denkbar sind. Eine erste Übersicht sehen Sie in Tabelle 1.1. In der Folge erfahren Sie dann noch mehr zu diesen drei Typen, deren wesentlichen Unterschieden und insbesondere zur in Deutschland etablierten Idee. Vorweg sei schon gesagt, dass es nicht die eine beste Organisationsform gibt – jede hat ihre spezifischen Merkmale und damit Vorzüge oder Nachteile. So können Sie zukünftig mitreden, wenn es wieder einmal um alternative Modelle für Deutschland geht.

Bismarck-Modell – Sozialversicherung	Beveridge-Modell – Nationaler Gesundheitsdienst	Privat-Modell – Privatversicherung
Beitragsfinanzierung	Steuerfinanzierung	Selbstzahler per Versicherungsprämie
Regulierter Markt	Staatliches Angebot	Freier Markt
Mischung staatlicher und privater Leistungserbringer	Vorwiegend staatliche Leistungserbringer	Vorwiegend private Leistungserbringer
Patientensouveränität: mittel	Patientensouveränität: gering	Patientensouveränität: hoch
Beispiel: Deutschland, Österreich, Frankreich	Beispiel: Großbritannien, Schweden, Dänemark	Beispiel: USA

Tabelle 1.1: Drei Grundtypen von Gesundheitssystemen

Bismarck-Modell

Zur Finanzierung des Gesundheitssystems führen die Versicherten Pflicht-*Sozialversicherungsbeiträge* an den Krankenversicherer ab. Die Höhe dieser Beiträge bemisst sich nicht am persönlichen Krankheitsrisiko, sondern am Einkommen. Meist wird ein prozentualer Anteil direkt vom Lohn eingezogen. Die Verwaltung erfolgt dann durch staatlich überwachte (aber im Prinzip recht frei agierende) Krankenversicherer. Oft gibt es in diesen Modellen eine allgemeine Pflicht zur Versicherung, zudem können freiwillige Zusatzversicherungen abgeschlossen werden.

In kaum einem Land der Welt existieren reinste Formen einer dieser Ideen. Mischformen sind bis zu einem gewissen Grad möglich. Ein *Bismarck-System* in völliger Reinform gibt es auch in Deutschland nicht. Die Beiträge werden hier nämlich noch um weitere Quellen ergänzt: zum Beispiel steuerfinanzierte Anteile und private Eigenbeteiligungen der Patienten.

Das Geld wird anschließend an überwiegend privatwirtschaftliche Leistungserbringer (Niedergelassene, Krankenhäuser, Apotheken) weiterverteilt. Diese sind – anders als in einem staatlichen System – ganz ausdrücklich keine Angestellten des Gesundheitssystems. Dennoch herrscht in aller Regel eine strenge staatliche Regulierung in Form von Preisvorgaben, vorgegebenen Budgets und behördlicher Zulassungsplanung. Im Detail können sich die unterschiedlichen Ausgestaltungen dieses Modells sehr unterscheiden.

Beveridge-Modell

Dieses Modell ist oft durch einen zentral organisierten nationalen Gesundheitsdienst gekennzeichnet. Kernmerkmal ist, dass staatliche Behörden selbst die medizinische Versorgung organisieren. Auch die Leistungen werden größtenteils durch öffentliche Einrichtungen, wie staatliche Krankenhäuser oder (angestellte) Gemeindeärzte, erbracht. Da der Hauptgeldgeber der Staat mit seinen *Steuermitteln* ist, konkurrieren die Gesundheitsleistungen mit allen anderen Ausgabenbereichen der Regierung. Anders als Sozialversicherungsbeiträge basieren Steuern auf verschiedenen Geldquellen (Mehrwertsteuer, Erbschaftssteuer, Energiesteuer, Einkommensteuer und viele mehr) und bieten somit eine breite Einnahmebasis.

Zum Unterschied zwischen Beiträgen und Steuern:

- ✔ **Beiträge** werden für die Bereitstellung einer konkreten Leistung erhoben. Als Versicherte haben Sie also Anspruch auf Leistungen Ihrer Krankenversicherung, weil Sie genau diese Beiträge bezahlt haben.
- ✔ **Steuern** sind dagegen Geldleistungen, die keine Gegenleistung für eine besondere Leistung darstellen. Ein Anspruch auf Krankenversicherung ergibt sich allein aus dem Status als Bürger.

Befürworter sagen, dass diese Art der Finanzierung gerechter und der Aufwand in staatlichen Systemen geringer ist, weil Leistungen standardisiert sind und keine Ressourcen für Wettbewerb (zum Beispiel Werbung) verschwendet werden. Jeder Bürger ist voraussetzungslos krankenversichert und hat den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem.

Es ist jedoch so, dass in vielen dieser Systeme das staatliche Leistungsangebot nur die Grundversorgung bietet. Deswegen besteht für die Bürger natürlich immer die Option zu privaten Zusatzversicherungen, um sich gewisse Extras leisten zu können.

Privat-Modell

In Systemen dieser Art hält sich der Staat weitgehend heraus. Es besteht meist keine Pflicht zur Krankenversicherung und auch die Versicherer dürfen Kunden ablehnen. Die Versicherungsprämien sind abhängig vom Gesundheitszustand des Kunden. Es kann also sein, dass sich Personen mit niedrigem Einkommen oder schlechter Gesundheit keine Versicherung leisten können. Die Versicherungsangebote der verschiedenen Anbieter variieren hinsichtlich des Leistungsumfangs teilweise erheblich, alles ist vertraglich genau geregelt.

Fast in Reinform gibt es dieses private Versicherungsmodell in den USA. Leider gilt das amerikanische System aber gleichzeitig als ziemlich teuer und ineffizient. Die USA leisten sich die weltweit höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit, haben dabei aber gleichzeitig nur eine Lebenserwartung unterhalb des Durchschnitts anderer westlicher Länder.

Von den Ursprüngen Bismarcks

Die grundsätzliche Idee, sich innerhalb einer Gesellschaft in schwierigen Lebenssituationen gegenseitig wirtschaftlich zu helfen, ist schon sehr alt. Bereits im späten Mittelalter gab es soziale Netze in den Zünften und Gilden dieser Zeit. Mit Beginn der Industrialisierung ab Mitte des 19. Jahrhunderts kam es auch in Deutschland zu massiven gesellschaftlichen Veränderungen. Durch die neuen Lebens- und Arbeitssituationen in Stadt und Fabrik wurden die Menschen zunehmend mit Krankheit, Unfällen und Invalidität konfrontiert. Auf breiter Basis fehlten Absicherungsmechanismen, sodass sich der Staat ab Ende des 19. Jahrhunderts dieser Themen mehr und mehr annahm. Deutschland war dabei das erste Land, das ein Sozialversicherungssystem auf gesamter nationaler Ebene eingeführt hat. Zu dieser Zeit wurden durch die bismarcksche Gesetzgebung nämlich die verschiedenen Formen sozialer Absicherung vereinheitlicht. Inzwischen gibt es bei uns insgesamt fünf Säulen, auf denen die Sozialversicherung aufgebaut ist.

- ✔ Die *Krankenversicherung* ist die älteste dieser fünf Säulen und stammt aus dem Jahr 1883.
- ✔ Ein Jahr später folgte dann 1884 die gesetzliche *Unfallversicherung*.
- ✔ Die *Rentenversicherung* kam 1889.
- ✔ Im Jahr 1927 entstand die *Arbeitslosenversicherung*.
- ✔ Zuletzt, und das erst 1995, wurde die *Pflegeversicherung* eingeführt.

Letztere übernimmt einen Teil der Kosten für Betreuung und Pflege, wenn jemand dauerhaft pflegebedürftig wird. Dies ist wichtig zu erwähnen, da Pflege natürlich etwas mit Gesundheit zu tun hat. Langzeitpflege ist aber ganz explizit nicht Aufgabe der Krankenversicherung,

sondern eben dieser Pflegeversicherung. Die gesetzlichen Vorgaben zu den fünf Zweigen der Sozialversicherung sind in Sozialgesetzbüchern festgehalten. Für die medizinische Versorgung ist vor allem das fünfte Sozialgesetzbuch (oder kurz: SGB V) relevant.

Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem ist also der Urvater aller Bismarck-Modelle. Es basiert auf einigen nahezu unverrückbaren Grundprinzipen, die tief in unseren Vorstellungen verwurzelt sind. Langfristige Werthaltungen und Überzeugungen in der Gesellschaft sind über Jahrzehnte hieraus gewachsen. Es geht dabei vor allem um die Prinzipien, die für die gesetzliche Krankenversicherung konstitutiv sind. Da etwa 90 Prozent der Deutschen hier versichert sind, haben diese Gedanken natürlich eine zentrale Bedeutung für das gesamte System.

Sozialstaats- und Solidarprinzip

Das in Deutschland herrschende *Sozialstaatsprinzip* leitet sich aus dem Grundgesetz ab. Demnach ist es Aufgabe des Staates, soziale Gerechtigkeit und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sicherzustellen. Dies umfasst auch eine grundsätzliche Verantwortung des Staates für die gesundheitliche Versorgung seiner Bevölkerung. Er hat dabei zwar nicht die Pflicht, alles selbst anzubieten, muss aber durch die Gestaltung von Gesetzen für geeignete Rahmenbedingungen sorgen.

Die zentrale Idee sozialer Absicherung ist dabei die *Solidargemeinschaft*, in der man sich gegenseitig Unterstützung gibt. Alle Versicherten tragen gemeinsam das Risiko, welches durch Krankheit entsteht. Jeder Versicherte hat den gleichen Anspruch auf die medizinisch notwendigen Leistungen, wenn er einmal selbst krank ist. Dabei ist völlig egal, wie hoch sein Einkommen ist oder wie viel Beiträge er in der Vergangenheit eingezahlt hat. Die Beiträge wiederum richten sich alleine nach dem Einkommen, nicht aber nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Es kommt also zu Umverteilung, da Leistungen nach dem medizinischen Bedarf gewährt werden, sich die Finanzierung aber an der finanziellen Leistungsfähigkeit orientiert. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Höhe eines Beitrags und dem Umfang der Leistungen. Auf diese Weise entsteht ein *solidarisches System*, in dem Reiche für Arme und Gesunde für Kranke einstehen.

Subsidiaritätsprinzip

Die Solidarität der Versichertengemeinschaft kann und soll jedoch nicht vollständig die Eigenverantwortung und Selbsthilfe einer Person ersetzen. Daher wird das Solidarprinzip durch das *Subsidiaritätsprinzip* ergänzt. Dieses besagt, dass Lasten, die von Individuen und kleineren Solidargemeinschaften getragen werden können, auch jeweils von diesen übernommen werden. Eine größere Solidargemeinschaft tritt erst dann ein, wenn die kleinere

Gemeinschaft überfordert ist. Ganz konkret bedeutet das im Bereich der Krankenversicherung zum Beispiel, dass Bagatellarzneimittel von der Erstattung ausgeschlossen sind und Versicherte Zuzahlungen leisten müssen (wenn nicht Härtefall- oder Überforderungsregelungen greifen). Der einzelne Versicherte hat zunächst die Lasten selbst zu tragen, die ihm zumutbar sind. Solidarität und Eigenverantwortung gehen Hand in Hand.

Selbstverwaltungsprinzip

In Deutschland setzt der Staat die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung in der Sozialgesetzgebung. Die weiteren Details zur Organisation und Ausführung sind dann aber Aufgabe der *Selbstverwaltung*. Besonders charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist die Rolle, die Verbänden und Körperschaften zukommt. Der Staat delegiert an sie an vielen Stellen die unmittelbare Gestaltung. Diese Besonderheit nennt man auch *korporatistisches Steuerungsmodell*.

Zu den Einrichtungen der Selbstverwaltung gehören insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen als hoheitlich handelnde Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie dürfen ihre eigenen Belange selbst regeln und verfügen über Entscheidungskompetenzen. Sie selbst sind nicht unmittelbarer Teil der staatlichen Verwaltung und daher auch keine bloßen Weisungsempfänger der Politik. Allerdings gibt der Staat den Rahmen vor und führt Aufsicht über sie. Beispielsweise ziehen Krankenkassen die Beiträge ein. Sie machen das sozusagen im Auftrag des Staates.

Das oberste und wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist aber der *Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)*, der auch »kleiner Gesetzgeber« genannt wird. Vertreter der Krankenkassen und Leistungserbringer entscheiden hier zum Beispiel gemeinsam, welche Leistungen für die gesetzlich Versicherten übernommen werden. Der Anspruch auf konkrete Behandlungen und Untersuchungen ist also nicht direkt im Sozialgesetzbuch geregelt, sondern wird vom G-BA in Richtlinien konkretisiert. Einen echten *Leistungskatalog* im Sinne einer Liste gibt es also gar nicht. Auch erlässt der G-BA in weiteren Bereichen Richtlinien, die für die beteiligten Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherten verbindlich gelten. Beispiele sind:

- ✔ Details zur Bewertung und Verordnung von Arzneimitteln,
- ✔ Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und
- ✔ qualitätssichernde Maßnahmen in der Versorgung wie die Festlegung von Mindestmengen im Krankenhaus.

Wer ist da alles drin und wie werden die Entscheidungen im G-BA getroffen?

Das Plenum setzt sich zusammen aus Vertretern der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Außerdem nehmen Patientenvertreter an den Sitzungen teil. Letztere haben jedoch kein Stimmrecht, sondern nur ein Antrags- und Mitberatungsrecht.

Leistungserbringer und Krankenkassen sind durch jeweils fünf Personen vertreten. Hinzu kommen die drei unparteiischen G-BA-Mitglieder als Hauptamtliche (sowie die Patientenvertreter).

Beitragsfinanzierung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird zum größten Teil durch *Beiträge* der Versicherten und ihrer Arbeitgeber finanziert. Darüber hinaus gibt es natürlich noch einige andere Quellen zur Finanzierung eines Gesundheitssystems. In manchen Ländern sind das *Steuern*, in anderen gibt es teilweise deutlich höhere *Eigenbeteiligungen* der Patienten.

- ✔ **Staatlich geprägte Gesundheitssysteme** (wie in Großbritannien oder Schweden) setzen in größerem Maße auf Steuerfinanzierung.
- ✔ **Marktwirtschaftlich orientiert Systeme** (wie in den USA) sind von höheren Eigenanteilen der Versicherten geprägt.

Beides gibt es in Deutschland auch, so zum Beispiel einen pauschalen Steuerzuschuss des Bundes in den Topf der gesetzlichen Krankenversicherung und Selbstbeteiligungen der Versicherten in der Apotheke oder komplette Selbstzahlungen beim Optiker. All diese Komponenten sind im Vergleich zum Beitragsanteil der Finanzierung aber vergleichsweise klein.

Versicherungspflicht

Die Solidarität im Gesundheitssystem ist für die allermeisten Mitglieder der Krankenkassen nicht freiwillig, sondern durch eine *allgemeine Versicherungspflicht* per Gesetz erzwungen. Alle Bürger mit Wohnsitz in Deutschland sind verpflichtet, sich eine Krankenversicherung zu nehmen. Für die allermeisten besteht dabei eine spezielle Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Und die Krankenkassen sind im Gegenzug dazu verpflichtet, alle versicherungspflichtigen Personen aufzunehmen (*Kontrahierungszwang*).

Wichtig zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass es bei uns keinen staatlichen Einheitsversicherer gibt, zu dem alle gehen müssen. Ganz im Gegenteil: Innerhalb des Versicherungsmarktes gibt es Wahlfreiheit für die Versicherten und einen lebhaften Wettbewerb verschiedener Anbieter um Kunden. Einige Gruppen (Gutverdiener, Beamte und Selbstständige) dürfen ihre persönliche Versicherungspflicht auch bei Anbietern der privaten Krankenversicherung erfüllen.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Versicherten haben Anspruch auf die medizinisch notwendigen Leistungen. Das *Wirtschaftlichkeitsgebot* in § 12 SGB V besagt allerdings gleichzeitig, dass die Krankenbehandlung

- ✔ »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« sein muss und
- ✔ »das Maß des Notwendigen nicht überschreiten« darf.

Zudem gilt der *Grundsatz der Beitragssatzstabilität*. Im Sozialgesetzbuch heißt es dazu explizit, dass eine Beitragssatzerhöhung zwar zulässig ist. Dies jedoch nur, wenn die notwendige medizinische Versorgung anders nicht zu gewährleisten ist.

Staat und Markt

Solidarprinzip auf der einen und Wirtschaftlichkeitsgebot auf der anderen Seite zeigen schön, mit welchen Widersprüchen Patienten, Leistungserbringer und auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen jeden Tag umzugehen haben. Mal schlägt die eine Seite, mal die andere stärker durch.

- ✔ **Staat:** Es ist Aufgabe des Staates, eine angemessene Gesundheitsversorgung für seine Bürger sicherzustellen. Weite Bereiche des Gesundheitssystems sind deswegen durch Gesetze eng reguliert. Dementsprechend groß ist der Einfluss von Politik und Behörden.
- ✔ **Markt:** Die allermeisten Leistungserbringer (wie Ärzte, Hersteller, Pflegeheime und auch viele Krankenhäuser) sind aber privatwirtschaftlich organisiert. Die Gesundheitswirtschaft ist auch ein Wirtschaftsfaktor und zudem als Arbeitsmarkt überaus relevant.

Wettbewerb und Ökonomisierung: Gut gegen Böse

Die immer stärker wettbewerbliche Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens hatte ihren Anfang in den 1990er-Jahren. Während bis Ende der 1970er-Jahre steigende Ansprüche und Kosten beim Aufbau des deutschen Gesundheitssystems akzeptiert waren (Stichwort *Selbstkostendeckungsprinzip*), hatten die darauf folgenden Budgetierungen spätestens seit Mitte der 1990er-Jahre einen dämpfenden Effekt zum Ziel. Heute sind alle Beteiligten aufgefordert, ihre Ressourcen effizient einzusetzen.

Ausgangspunkt all dieser Effizienzüberlegungen ist die Erkenntnis, dass keine Ressource uferlos zur Verfügung steht. Es geht übrigens nicht nur um das liebe Geld: Auch die Knappheit von Fachpersonal ist gemeint. Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden und auch jeder Arzt oder jede Pflegekraft kann im jeweiligen Moment nur an einem einzigen Bett stehen. Hier gilt es, die knappen Mittel bestmöglich einzusetzen – oder kurz gesagt: sie nicht zu verschwenden.

Wettbewerb und *Ökonomisierung des Gesundheitswesens* sind direkte Folgen dieser Gedanken. Auch die Versicherten und Patienten spielen in diesem Wettbewerbssystem eine zentrale Rolle: Sie sollen mit ihren Füßen abstimmen, bei welchem Versicherer und bei welchem Leistungserbringer sie die beste Versorgung zu den besten Rahmenbedingungen (Wartezeiten, Zusatzbeiträge, Zuzahlungen) erwarten. Dieser wird gewinnen.

Dahinter steht die Hoffnung, dass *Wettbewerb* als Motor für Wirtschaftlichkeit und Innovation funktioniert. Wenn mehrere Anbieter um die Gunst des Kunden buhlen, steigt die Qualität. Wenn mehrere Anbieter um Geld der Kostenträger konkurrieren, setzt sich derjenige mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis durch. »Konkurrenz belebt das Geschäft«, so die Hoffnung!

Kritiker befürchten dagegen, dass nach und nach alles unter das Diktat der Ökonomie gestellt wird. Negative Beispiele wie die Ablehnung von eigentlich sinnvollen Reha-Maßnahmen oder eine zwischenzeitlich fast katastrophale Inkontinenzversorgung einiger Krankenkassen, die immer nur den billigsten Windellieferanten bevorzugt hatten, sind Verwerfungen, die den eigentlichen Gedanken von Effizienz konterkariert haben.

Gesundheit als Wirtschaftsfaktor

Häufig wird die Gesundheitsversorgung nur als Kostenfaktor gesehen. Dieser Blick vernachlässigt aber, dass eine gute Gesundheitsversorgung gleichzeitig großen Nutzen für die Gesellschaft und auch für die Wirtschaft eines Landes hat. So trägt das Gesundheitssystem wesentlich dazu bei, dass Erwerbsfähigkeit und Produktivität erhalten bleiben und die Menschen selbst aus eigener Kraft für ihren Unterhalt sorgen können.

Auch hat die Gesundheitswirtschaft als eigener Wirtschaftszweig eine enorme Bedeutung. Sie ist für mehr als ein Zehntel der gesamten Wirtschaftsleistung in Deutschland verantwortlich. In der Summe wird eine »Bruttowertschöpfung« von jährlich rund 400 Milliarden Euro im Gesundheitswesen erzielt. Die Gesundheitswirtschaft wächst dabei deutlich stärker als die Wirtschaft allgemein. Zudem gilt die Branche als weitgehend konjunkturunabhängig und damit auch in schwächeren Zeiten als wirtschaftlich stabilisierend. Auch während der Corona-Pandemie wurde dies wieder einmal offensichtlich.

- ✔ **Der erste Gesundheitsmarkt** umfasst den Bereich der »klassischen« Gesundheitsversorgung, die größtenteils durch die Kranken- und Pflegeversicherung finanziert und organisiert wird.
- ✔ **Der zweite Gesundheitsmarkt** sind alle privat finanzierten Gesundheitsleistungen. Dieser Markt umfasst zum Beispiel frei verkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Wellness und Gesundheitstourismus. Der Patient ist Direktzahler aus eigener Tasche.

Der Gesundheitsbereich ist eine personalintensive Branche mit bemerkenswerten Zuwächsen über die Zeit. Im Gesundheitswesen arbeiten derzeit 5,7 Millionen Menschen. Damit ist heute etwa jeder achte Erwerbstätige in dieser Branche beschäftigt. Seit dem Jahr 2000 hat die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um rund 1,7 Millionen zugenommen. Bei einer weiter gefassten Definition (inklusive Randbereichen wie Wellness oder Gesundheitstourismus) arbeiten sogar rund 7,5 Millionen Menschen in der Gesundheitswirtschaft.

Lobbyismus: Einfluss von Verbänden im Gesundheitssystem

Es ist kaum verwunderlich, dass bei mehreren Hundert Milliarden Euro Jahresbudget und fast sechs Millionen Beschäftigten eine ganze Heerschar von Verbänden und Lobbying-Organisationen im Gesundheitssystem aktiv ist. So ist die Liste von Interessengruppen, Netzwerken und Fachverbänden im Gesundheitswesen besonders lang.

Verbände und Vereinigungen

Ein kleiner Auszug aus der langen Liste großer Verbände und Vereinigungen im Gesundheitswesen:

- ✔ Ärztekammern
- ✔ Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen
- ✔ Berufsverbände, wie beispielsweise die Ärztegewerkschaft Marburger Bund
- ✔ Deutsche Krankenhausgesellschaft und Landeskrankenhausgesellschaften
- ✔ Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI), Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH)
- ✔ Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)
- ✔ GKV-Spitzenverband
- ✔ Verband der Ersatzkassen, AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband
- ✔ Verband der Privaten Krankenversicherung
- ✔ Patientenorganisationen wie beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen, der Deutsche Behindertenrat oder die Verbraucherzentrale Bundesverband

Das Gesundheitssystem ist hochkomplex und sogar von Politikern und Ministerialbeamten kaum in seiner Gesamtheit überschaubar. Genau dies machen sich einige Verbände zunutze: Sie versuchen den Informationsbedarf in Politik und Behörden schnell und kostenlos zu befriedigen.

Neben der schieren Vielzahl an Interessenverbänden ist die Besonderheit des Politikfeldes außerdem, dass einige Gruppen einen außergewöhnlichen Status haben: Während sie in anderen Politikfeldern als Lobbyisten außerhalb der Politik stehen, sind sie im Gesundheitswesen teilweise selbst innerhalb des engeren Zirkels mit in der Gestaltungsverantwortung. Krankenkassen (und ihr oberster Spitzenverband) sowie Kassenärztliche Vereinigungen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts Interessenverbände im eigenen Auftrag, aber gleichzeitig auch Mitglieder der gemeinsamen Selbstverwaltung. Hier gestalten sie die Regeln des Gesundheitswesens ganz aktiv selbst mit.

Unser Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Im internationalen Vergleich über die fast 200 Länder der Welt haben wir in Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme. Vergleicht man das deutsche System allerdings nur

mit wirtschaftlich und gesellschaftlich ähnlichen Staaten, so müssen Sie auch einige Einschränkungen kennen. Details dazu sind in der Abbildung 1.2 zu sehen.

Zusammengefasst kann man es so auf den Punkt bringen: Deutschland hat ein gutes, aber nicht das beste Gesundheitssystem der Welt. Es ist überhaupt sehr schwierig, das eine beste System zu identifizieren, da sich die Güte immer aus einem ganzen Bündel von Merkmalen ergibt.

- ✔ **Es gibt hierzulande sehr viele Ärzte und Krankenhäuser.** So hat Deutschland zum Beispiel mit die höchste Zahl an Krankenhausbetten.
- ✔ **Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist sehr gut.** Jeder ist krankenversichert, es gibt nur sehr geringe Selbstbeteiligungen und Wartezeiten sind (im Ernstfall) kaum vorhanden.
- ✔ **Deswegen gibt es sehr viel Inanspruchnahme durch die Patienten** (sehr viele Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte pro Kopf).
- ✔ **Die Gesundheitsausgaben zählen in Relation zur Wirtschaftsleistung zu den höchsten der Welt.**
- ✔ **Gleichzeitig ist die Versorgungsqualität aber nicht besser als in anderen Ländern.** So ist die durchschnittliche Lebenserwartung sogar etwas schlechter als in vergleichbaren Ländern. Auch Krebs- oder Herzinfarktüberlebensraten sind im Durchschnitt zwar gut, aber nicht Weltspitze.

Themenfeld	Deutsches Gesundheitssystem
Ressourcen	• sehr viele Krankenhäuser und Betten • überdurchschnittlich viele Ärzte und Pflegekräfte • aber: sehr wenig Personal pro Fall
Zugang	• geringe Wartezeiten • sehr geringe Selbstbeteiligungen • viel Wahlfreiheit für Patienten
Inanspruchnahme	• sehr viele Krankenhausaufenthalte • sehr viele Arztkontakte • hoher Arzneimittelverbrauch
Qualität	• mittlere Lebenserwartung • gute Überlebenswahrscheinlichkeit Schlaganfall • viele vermeidbare Krankenhausfälle
Kosten	• hoher Anteil Gesundheitsausgaben am BIP • moderates Wachstum • geringe Kosten pro Krankenhausfall

Abbildung 1.2: Deutschland im internationalen Vergleich, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Informationen OECD 2019.

Zukunft: Die Welt nach Corona

Die *Corona-Pandemie* hat die Gesundheitssysteme dieser Welt kräftig durchgeschüttelt. Im Großen und Ganzen lässt sich festhalten, dass die Krise gezeigt hat, über welch leistungsfähiges System wir in Deutschland verfügen. Die Versorgung hat unter Stressbedingungen funktioniert – auch wenn dazu große Bemühungen nötig waren. Die Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems zeigten sich wie unter einem Brennglas:

Im weltweiten Vergleich verfügt Deutschland über sehr viele Krankenhäuser, Ärzte, Intensivbetten und hohe Testkapazitäten sowie insgesamt genügend finanzielle Ressourcen und gut ausgebildete Fachkräfte, um die pandemiebedingten Kraftanstrengungen zu bewältigen. Der Vergleich zu anderen Gesundheitssystemen macht deutlich, wie gut ausgestattet wir grundsätzlich sind: Die deutschen Kapazitäten im Krankenhaus sind im internationalen Vergleich sehr hoch. Viel höher als zum Beispiel in England oder Italien. Die Zahl von bisher 28.000 Intensivbetten bei circa 83 Millionen Einwohnern verschafft uns mehr Puffer als andere Länder ihn haben. Zusätzlich wurden kurzfristig sogar noch weitere Intensivbetten mit künstlicher Beatmung aufgebaut. Zum Vergleich: In Italien oder England sind es nicht einmal halb so viele Betten (bezogen auf die Einwohnerzahl).

Virus und Erkrankung haben in ihrem kurzen Leben schon einige Namen getragen: Zunächst war ab Dezember 2019 von einer »mysteriösen Lungenkrankheit« die Rede, die in Wuhan ausgebrochen sei. Später wurde immer wieder von einem »neuartigen *Coronavirus*« gesprochen. Aufgrund der engen Verwandtschaft zum schon länger bekannten SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome)-Virus wurde das neue Coronavirus *SARS-CoV-2* genannt. Beide Erreger gehören zur Gruppe der Coronaviren. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird Sars-CoV-2 oft mit den Begriffen »Corona« oder »Coronavirus« gleichgesetzt.

Die durch das Virus ausgelöste Erkrankung trägt hingegen den im Februar 2020 von der Weltgesundheitsorganisation vergebenen Namen *Covid-19*, was für »Coronavirus Disease 2019« steht.

Das schließt natürlich nicht aus, dass auch das deutsche Gesundheitssystem für die Zukunft noch besser aufgestellt sein sollte. Wie sieht also das System nach Corona aus und welche generellen Trends sind zu erwarten?

Die Themen Bevorratung mit Schutzausrüstung, Arzneimitteln und Desinfektionsmitteln sowie der dauerhafte Aufbau und die Nutzung von Testkapazitäten werden sicher zukünftig neu organisiert. Sinnvoll sind auch digitale Meldewege von Infektionen an die Behörden, zentrale Register über verfügbare (Intensiv-)Bettenkapazitäten sowie eine personelle und finanzielle Stärkung der Gesundheitsämter im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Neben diesen ganz konkreten Verbesserungen zeichnen sich aber vor allem einige langfristige Trends ab, die das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren verändern:

- ✔ **Reservekapazität:** Ganz generell wird unser auf Effizienz getrimmtes Gesundheitssystem voraussichtlich etwas mehr Reserven zulassen. Hierzu zählen Reservekapazitäten im Klinikbereich, aber auch das (zumindest stückweise) Zurückdrehen der

Schrauben der Globalisierung. Arzneimittel und Schutzausrüstung könnten wieder in Europa produziert werden – unter der Akzeptanz, dass dies auch etwas teurer sein dürfte als die bisherige Produktion in China und Indien.

- ✔ **Mehr Geld für Gesundheit:** Insgesamt wird die gesellschaftliche Bereitschaft steigen, für die Vorhaltung von Gesundheitsressourcen (von Krankenhäusern, über Pflegepersonal, Bevorratung bis hin zur Ausstattung in Gesundheitsämtern) einiges Geld in die Hand zu nehmen.
- ✔ **Staatlicher Eingriff**: Auch ein Stück weit mehr zentrale staatliche Steuerung und Einflussnahme ist zu erwarten. Hierzu zählen zentrale Meldeplattformen für (verfügbare) Intensivmedizinkapazitäten oder die Einflussnahme auf die Frage, welche Klinik sich auf welche Fachgebiete spezialisieren soll und darf.
- ✔ **Digitalisierung:** Zuletzt steht sicher auch ein noch stärkerer Ausbau digitaler Angebote bereits am Horizont. Virtuelle Besuche beim Arzt in Videosprechstunden oder der Versandhandel mit Arzneimitteln, elektronische Rezepte und Patientenakten sind Bausteine, die bereits vor Corona als zaghafte Pflänzchen existierten. Diese werden nun ausgebaut, um zukünftig ein digital gut aufgestelltes Gesundheitssystem zu haben.