Jutta Freund Gabriele Overlander (Hrsg.)

Pflegemanagement Heute

Für Führungspersonen im Pflege- und Gesundheitsmanagement

3. Auflage

ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

1 **Gesundheitspolitik** 1
1.1 **Strukturen der Gesundheitspolitik** 2
1.1.1 Staatliche Ebene 2
1.1.2 Selbstverwaltungsebene 2
1.1.3 Individualebene 3
1.1.4 Gesetzgebung 3
1.1.5 Gewaltenteilung 4
1.1.6 Zentrale Rolle der Selbstverwaltung 5
1.2 **Grundlagen der Gesundheitspolitik** 8
1.2.1 Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall 8
1.2.2 Die Sozialgesetzbücher als wesentliche Rechtsquellen 9
1.2.3 Gesetzliche Krankenversicherung als zentraler Akteur 9
1.3 **Inhalte der Gesundheitspolitik** 11
1.3.1 Überblick 11
1.3.2 Herausforderung demografischer Wandel 13

2 **Gesundheitsökonomie** 15
2.1 **Ökonomisches Prinzip** 16
2.1.1 Maximalprinzip 16
2.1.2 Minimalprinzip 16
2.1.3 Extremumprinzip 16
2.2 **Ökonomie im Gesundheitswesen** 17
2.2.1 Perspektive der Makro- und Mikroökonomie 17
2.2.2 Der Begriff Gesundheitsökonomie 17
2.2.3 Die sozialrechtliche Perspektive 18
2.3 **Output und Input im Gesundheitswesen** 19
2.3.1 Gesundheitsausgaben in Deutschland 19
2.3.2 Krankenhäuser in Deutschland 21
2.3.3 Stationäre und ambulante Pflege in Deutschland 24
2.4 **Anreizwirkungen einzelner Vergütungssysteme** 26
2.4.1 Kostenerstattung 26
2.4.2 Budget 26
2.4.3 Fallpauschalen 26
2.4.4 Einzelleistungsvergütung 27
2.4.5 Mischformen 27
2.5 **Aktuelle Reformansätze im Gesundheitswesen** 28
2.5.1 Integrierte/Besondere Versorgung 28
2.5.2 Disease-Management-Programme 29
2.5.3 Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern 29
2.5.4 Weitere Modelle 29
2.6 **Gesundheitsökonomie versus Pflegemanagement** 29

3 **Rechtliche Grundlagen des Pflegemanagements** 31
3.1 **Allgemeine Leitungsfunktion** 32
3.1.1 Weisungsrecht 32
3.1.2 Arbeitspflicht und Direktionsrecht 32
3.1.3 Weisungsverhalten 32
3.1.4 Anordnungsrahmen 33
3.2 **Leitungsfunktion im Kontext der Organisation** 33
3.2.1 Pflege unter ärztlicher Gesamtverantwortung 33
3.2.2 Gesamtverantwortung der Leitung des Pflegedienstes 34
3.2.3 Trägerseitige Vorgaben für das Leistungsbestimmungsrecht 34
3.3 **Leitungsfunktion und Arbeitsrecht** 34
3.3.1 Leitungsfunktion und Gesetzesrecht 35
3.3.2 Leitungsfunktion und Kollektivrecht 38
3.3.3 Leitungsfunktion und Individualrecht 38
3.4 **Leitungsfunktion und Strafrecht** 38
3.4.1 Strafrechtlicher Handlungsbegriff 39
3.4.2 Straftatbestände im Pflegebereich 40
3.5 **Leitungsfunktion und Haftungsrecht** 41
3.5.1 Haftung des Trägers 41
3.5.2 Haftung im Arbeitsrecht 42
3.5.3 Zivilrechtliche Verantwortlichkeit der leitenden Pflegefachperson 43
3.6 **Leitungsfunktion und Betreuungsrecht** 43

4 **Professionalisierungsprozess der Pflege** 45
4.1 **Berufliches Selbstverständnis** 46
4.1.1 Voraussetzungen für eine Berufskonstruktion 46
4.1.2 Leitbilder der Pflege im Wandel 46
4.1.3 Konsequenzen für das berufliche Selbstverständnis der leitenden Pflegefachpersonen 49
4.2 **Pflege als Beruf** 49
4.2.1 Der Pflegeberuf – (noch immer) ein Frauenberuf 49
4.2.2 Berufliche Sozialisation und Identität 50
4.3 **Vom Beruf zur Profession** 50
4.3.1 Profession und Professionalisierung 51
4.3.2 Struktur des professionellen Pflegehandelns 53
4.3.3 Professionelles Leitungshandeln 54
4.3.4 Stand der Professionalisierung 55
4.4 **Pflegeberufe und Gesellschaft** 55
4.4.1 Praxisfelder der Pflegeberufe 56
4.4.2 Pflegeberufe im Kontext anderer Gesundheitsberufe 57

4.4.3 Auswirkungen auf das Leitungshandeln 57

4.5 Pflegeberufe und Politik 58
4.5.1 Ziele der Berufspolitik 58
4.5.2 Akteure der Berufspolitik 59
4.6 Pflegekammern 62
4.6.1 Pflege(berufe)kammern als Institutionen der Selbstverwaltung 62
4.6.2 Pflegeberufekammern im internationalen Kontext 67
4.7 Karrierewege 68
4.7.1 Ausbildungsgesetze 68
4.7.2 Entwicklungen in der Fort- und Weiterbildung 70
4.7.3 Pflegestudiengänge 71
4.7.4 Neue Berufsbilder in der Pflege 72

5 Beratung und Schulung 75
5.1 Beratungsbedarf 76
5.1.1 Demografische Entwicklung 76
5.1.2 Gesetzliche Bestimmungen 76
5.2 Ansätze der Pflegeberatung 78
5.2.1 Inhalte und Anforderungen 78
5.2.2 Beratungsformen 78
5.2.3 Beratungsarten 80
5.2.4 Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen des Beraters 80
5.3 Rolle der leitenden Pflegefachperson 81
5.4 Formen der Pflegeberatung 82
5.4.1 Gesundheitsberatung 82
5.4.2 Pflegebezogene Fach- und Fallberatung 82
5.4.3 Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen 83
5.4.4 Schulung von Patienten, Bewohnern und Angehörigen 84
5.4.5 Online-Pflegeberatung 84

6 Pflegewissenschaft 87
6.1 Inhalte der Pflegewissenschaft 88
6.1.1 Entwicklungslinien der Pflegewissenschaft 88
6.1.2 Schlüsselkonzepte 89
6.2 Pflegetheorien 89
6.2.1 Grundlagen 89
6.2.2 Praxisrelevanz von Theorien 90
6.3 Pflegeforschung 91
6.3.1 Forschungsfelder 92
6.3.2 Der Forschungsprozess 93
6.3.3 Literaturrecherche 95
6.3.4 Anwendung von Forschungsergebnissen 98

7 Ethische und moralische Grundfragen des pflegerischen Handelns 103
7.1 Ethik im Pflegemanagement 104
7.1.1 Aufgaben des Pflegemanagements 104
7.1.2 Verantwortung im Pflegemanagement 104
7.1.3 Moralischer Stress 105
7.2 Ethik in Organisationen 105
7.2.1 Organisationsethik und Qualität 106
7.2.2 Ethik und Ökonomie 106
7.2.3 Moralisches Handeln in Organisationen 106
7.2.4 Ethik organisieren 106
7.3 Menschliche Grund- und Grenzerfahrungen 107
7.3.1 Pflegerische Arbeitssituation 108
7.3.2 Autonomie am Lebensende 108
7.3.3 Palliative Care und Hospize 111
7.3.4 Sterbebegleitung und Sterbehilfe 114
7.4 Ethische Reflexion im Pflegemanagement 116

8 Gesundheitswissenschaft, Gesundheitsförderung 119
8.1 Gesundheitswissenschaften 120
8.1.1 Ziele und Aufgaben 120
8.1.2 Krankheits- und Gesundheitsmodelle 120
8.1.3 Aktionsfelder der Gesundheitswissenschaften 121
8.2 Gesundheitsförderung 121
8.2.1 Ziele und Grundlagen 121
8.2.2 Strategien der Gesundheitsförderung 122
8.2.3 Gesundheitsförderung in der Praxis 123
8.3 Risiken und Ressourcen in Pflegeberufen 125
8.3.1 Entstehung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen 125
8.3.2 Hauterkrankungen 128
8.3.3 Rückenerkrankungen 129
8.3.4 Psychosoziale Fehlbelastungen 129
8.3.5 Infektionserkrankungen 131
8.3.6 Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle 132
8.3.7 Schichtarbeit 132
8.3.8 Gefahrstoffe 133
8.3.9 Ionisierende Strahlen 133
8.3.10 Dienstwegeunfälle 133
8.3.11 Mitarbeitergesundheit als Führungsaufgabe 134
8.4 Gefühlsarbeit in pflegerischen Handlungsfeldern 135
8.4.1 Professioneller Umgang mit Gefühlen 135
8.4.2 Gefühlslasten im Umgang mit Tabus 137
8.5 Folgen andauernder Fehlbelastungen 139
8.5.1 Burn-out 139
8.5.2 Problematischer Umgang mit Pflegebedürftigen 142
8.6 Abhängigkeitserkrankungen 144
8.7 Fehlzeiten 146
8.8 Unterstützende Maßnahmen 148
8.8.1 Supervision 149
8.8.2 Coaching 150
8.8.3 Kollegiale Beratung 150

9 Krankenhäuser, Pflegeheime und Pflegedienste als Unternehmen 155
9.1 Rechtsformen von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegediensten 156
9.1.1 Einzelunternehmen 156
9.1.2 Personengesellschaften 156
9.1.3 Kapitalgesellschaften 157

9.1.4 Öffentliche Unternehmen . . . 158
9.1.5 Weitere Rechtsformen . . . 159
9.1.6 Holding . . . 159
9.1.7 Unternehmenszusammenschlüsse . . . 160
9.1.8 Profit- und Non-Profit-Unternehmen . . . 161
9.2 Organisation von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegediensten . . . 162
9.2.1 Aufbauorganisation . . . 162
9.2.2 Prozessorganisation . . . 165
9.2.3 Projektorganisation . . . 166
9.3 Lean Management . . . 167
9.4 Changemanagement . . . 168
9.4.1 Anforderungen an leitende Pflegefachpersonen . . . 168
9.4.2 Entwicklung des Changemanagements . . . 169
9.4.3 Instrumente des Changemanagements . . . 171
9.5 Organisationskultur . . . 172
9.5.1 Formelle Aspekte . . . 172
9.5.2 Informelle Aspekte . . . 172
9.5.3 Kriterien einer positiven Organisationskultur . . . 174
9.6 Organisationsentwicklung . . . 175
9.6.1 Ansätze . . . 175
9.6.2 Anlässe und Umsetzung . . . 175
9.6.3 Ziele . . . 176
9.7 Lernende Organisation . . . 176
9.7.1 Organisationales Lernen . . . 176
9.7.2 Disziplinen des organisationalen Lernens . . . 176
9.7.3 Die lernende Organisation im Gesundheitswesen . . . 177
9.8 Künftige Herausforderungen im Pflege- und Gesundheitswesen . . . 177
9.8.1 Demografische Entwicklung in Deutschland . . . 177
9.8.2 Diversity . . . 178
9.8.3 Generation Y und Z . . . 179
9.8.4 Arbeitsfähigkeit erhalten . . . 180
9.8.5 Mitarbeiter gewinnen . . . 180
9.8.6 Mitarbeiter binden . . . 181
9.8.7 Wissensmanagement . . . 181

10 Betriebswirtschaft und Finanzierung . . . 185
10.1 Betriebswirtschaftliche Grundlagen Norbert Ahrens . . . 186
10.2 Betriebliche Funktionen . . . 187
10.2.1 Was ist ein Betrieb? . . . 187
10.2.2 Betriebliche Funktionsbereiche . . . 188
10.3 FinanzwesenNorbert Ahrens . . . 190
10.3.1 Steuerungsrelevante Daten . . . 190
10.3.2 Vorschriften zur Buchführung und Gliederung des Rechnungswesens . . . 191
10.3.3 Buchführung und Jahresabschluss . . . 191
10.3.4 Kosten- und Leistungsrechnung . . . 194
10.3.5 Statistik- und Prognoserechnung . . . 197
10.3.6 Planungsrechnung . . . 198
10.3.7 Steuern . . . 198
10.4 Krankenhausfinanzierung Norbert Ahrens . . . 199
10.4.1 Investitionsfinanzierung und Fördermittel . . . 199
10.4.2 Betriebskosten und DRG-System . . . 200
10.5 Die Soziale Pflegeversicherung Lisa Jusim, Stefan Seidel . . . 202
10.5.1 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff . . . 202
10.5.2 Bewertung der Selbstständigkeit . . . 203
10.5.3 Fünf Pflegegrade . . . 203
10.5.4 Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung . . . 204
10.5.5 Heimentgelt . . . 206
10.6 Controlling Stefan Seidel . . . 207
10.6.1 Aufgaben . . . 207
10.6.2 Ziele . . . 208
10.6.3 Instrumente . . . 208
10.6.4 Organisation . . . 209
10.6.5 Anforderungen an Mitarbeiter im Controlling . . . 210
10.6.6 Controlling im Gesundheitswesen . . . 210

11 Qualitätsmanagement . . . 213
11.1 Grundlagen des Qualitätsmanagements . . . 214
11.1.1 Qualität . . . 214
11.1.2 Rechtliche Grundlagen . . . 214
11.1.3 Umsetzung des Qualitätsmanagements . . . 215
11.2 Qualitätsmanagement in der Pflege . . . 216
11.2.1 Pflegequalität . . . 216
11.2.2 Qualitätsdimensionen . . . 217
11.2.3 Qualitätssicherung . . . 218
11.2.4 Qualitätsentwicklung . . . 219
11.2.5 Qualitätsmanagementsysteme . . . 219
11.2.6 Verbreitete Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen . . . 220
11.2.7 Audit . . . 223
11.2.8 Prozessorientiertes Qualitätsmanagement . . . 224
11.2.9 Prozessbegleitung . . . 226
11.2.10 Instrumente des Qualitätsmanagements . . . 226
11.2.11 Risikomanagement und Fehlerkultur . . . 231
11.3 Qualitätsmanagement im Krankenhaus . . . 234
11.3.1 Gesetzliche Vorgaben . . . 235
11.3.2 Umsetzung in die Praxis . . . 235
11.3.3 Risikomanagement und Fehlerkultur im Krankenhaus . . . 236
11.4 Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege . . . 236
11.4.1 Rechtliche Vorgaben . . . 236
11.4.2 Prüfbehörden . . . 238
11.4.3 Grundsätze der Qualitätsentwicklung in der Altenpflege . . . 240
11.4.4 Risikomanagement in der Altenpflege . . . 240
11.5 Kundenorientierung . . . 241
11.5.1 Interne und externe Kunden . . . 241
11.5.2 Bewohner-, Patienten- und Kundenbefragungen . . . 241
11.6 Beschwerdemanagement . . . 242
11.6.1 Ziele . . . 242
11.6.2 Beschwerdemanagementprozess . . . 242
11.7 Transkulturelle Kundenorientierung Christiane Bock von Wülfingen . . . 244
11.7.1 Zielgruppen . . . 244

11.7.2 Transkulturelle Pflege 244
11.8 Projektarbeit 246
11.8.1 Projekte 246
11.8.2 Projektmanagement 246
11.8.3 Projektablauf 247
11.8.4 Projektmanagement in der Pflege 249

12 Öffentlichkeitsarbeit und Marketing im Gesundheitswesen 253
12.1 Grundlagen der Öffentlichkeitsarbeit 254
12.1.1 Mit der Öffentlichkeit kommunizieren 254
12.1.2 Pflege in der Öffentlichkeit 255
12.2 Grundlagen des Marketings 256
12.3 Öffentlichkeitsarbeit versus Marketing 256
12.4 Öffentlichkeitsarbeit in Pflegeeinrichtungen 257
12.4.1 Grundlagen der Öffentlichkeitsarbeit für Pflegedienstleister 257
12.4.2 Interne Kommunikation 258
12.4.3 Externe Kommunikation 258
12.5 Medienarbeit als Kommunikationsinstrument 260
12.5.1 Grundlagen 260
12.5.2 Eine Pressemitteilung schreiben 262
12.5.3 Weitere Formen der Medienarbeit 263
12.6 Online-Kommunikation 263
12.6.1 Internet 263
12.6.2 Online-Marketing 265
12.6.3 Online-Pressearbeit 265
12.6.4 Social Media in der Unternehmenskommunikation 265
12.6.5 Facebook-Fanpage 266
12.6.6 Mobiles Internet 266

13 Personalmanagement 267
13.1 Grundbegriffe 268
13.1.1 Bedarfsplanung 268
13.1.2 Methoden der Bedarfsplanung 268
13.1.3 Beschaffungsplanung 272
13.1.4 Personalauswahl 274
13.1.5 Anpassungsplanung 275
13.1.6 Entwicklungsplanung 275
13.1.7 Einsatzplanung 276
13.1.8 Erhaltungsplanung 276
13.1.9 Personalkostenplanung 277
13.1.10 Stellenpläne 278
13.1.11 Budgetberechnung 278
13.1.12 Personalfreistellungsplanung 279
13.2 Motivation und Arbeitszufriedenheit 280
13.2.1 Motivationsansätze und -modelle 281
13.2.2 Führung und Motivation 282
13.2.3 Selbst- und Fremdmotivation 283
13.2.4 Mitarbeiterzufriedenheit 285
13.3 Personalentwicklung 288
13.3.1 Personalentwicklung im Gesundheitswesen 289
13.3.2 Konzeptuelle Ansätze 289
13.3.3 Ziele 290
13.3.4 Instrumente 291
13.3.5 Perspektiven 294

14 Pflegefach- und Pflegehilfspersonen führen 297
14.1 Führungsstrategie 298
14.2 Führungsstile 299
14.2.1 Traditionelle Führungsstile 299
14.2.2 Moderner Führungsstil 299
14.3 Führungsvoraussetzungen 300
14.3.1 Kompetenzmodell 300
14.3.2 Führungskompetenzen 301
14.4 Klassische Führungsansätze 302
14.4.1 Taylorismus 302
14.4.2 Die Administrationslehre von Fayol 303
14.4.3 Der Bürokratieansatz von Weber 303
14.5 Moderne Führungsansätze Jutta Freund 304
14.5.1 Human-Relations-Management 304
14.5.2 Human-Ressource-Management 306
14.5.3 Human-Ressource-Management in der Pflege 307
14.6 Zeitmanagement 308
14.6.1 Entwicklung 308
14.6.2 Ansätze, Instrumente und Strategien 309
14.7 Delegieren 310
14.7.1 Grundsätze des Delegierens 311
14.7.2 Richtiges Delegieren 311
14.7.3 Mangelndes Delegieren 313
14.8 Dienstplangestaltung 314
14.8.1 Grundlagen und Einflussfaktoren 314
14.8.2 Formale Aspekte 315
14.8.3 Rahmendienstplan 317
14.8.4 Endlosplan 318
14.8.5 Rechtliche Aspekte der Dienstplangestaltung 319
14.8.6 Dienstplangestaltung und Gesundheitsschutz 323
14.8.7 Einführung neuer Arbeitszeitmodelle 323

15 Kommunikation im Führungsalltag 327
15.1 Grundlagen der Kommunikation 328
15.1.1 Wahrnehmung im Kommunikationsprozess 329
15.1.2 Wertschätzender Sprachstil 329
15.1.3 Strukturierung des Gesprächs 330
15.1.4 Rolle der leitenden Pflegefachperson 330
15.1.5 Kommunikationsmodelle 332
15.2 Die eigene Person im Kommunikationsprozess 335
15.2.1 Mimik 335
15.2.2 Blickkontakt 335
15.2.3 Gestik 335
15.2.4 Körperhaltung 336
15.2.5 Distanz 336
15.2.6 Sprechverhalten 336
15.3 Rhetorik und Argumentation 337
15.3.1 Konsensmodell 337
15.3.2 Sieg-Niederlage-Modell 338

15.4 Professionelle Kommunikation 338
15.4.1 Bewerbungsgespräch 338
15.4.2 Kündigungsgespräch 339
15.4.3 Feedbackgespräch 340
15.4.4 Kritikgespräch 341
15.4.5 Beratungsgespräch 341
15.4.6 Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräch 342
15.4.7 Beurteilungsgespräch 344
15.5 Besprechungen leiten und moderieren 345
15.5.1 Ergebnisorientierte Gesprächsleitung 345
15.5.2 Moderationsmethoden 346
15.6 Digitales Informations- und Kommunikationsmanagement 349
15.6.1 Information und Wissen 350
15.6.2 Informationssysteme und Kommunikationstechnologien 350
15.6.3 Technik erfolgreich einsetzen 352

16 Teamentwicklung und Mitarbeiterführung 355
16.1 Strukturen und Merkmale von Gruppen und Teams 356
16.2 Teambildung 356
16.2.1 Phasen der Teambildung 357
16.2.2 Rollen im Team 358
16.2.3 Aufgaben der Teamleitung 358
16.2.4 Merkmale eines funktionierenden Teams 359
16.3 Fallstricke in der Teamarbeit 359
16.4 Teamanalyse 359
16.5 Konflikte im Team 360
16.5.1 Konfliktgrundarten 361
16.5.2 Theorien und Modelle 363
16.5.3 Mobbing 368
16.5.4 Bearbeitungs- und Lösungsstrategien 369
16.5.5 Mediation 371
16.5.6 Übersichtsschema zum Konfliktlösungsprozess 371
16.6 Einarbeiten neuer Mitarbeiter
Gabriele Overlander 372
16.6.1 Rechtliche Aspekte der Einarbeitung 372
16.6.2 Einarbeitungsprozess 373
16.6.3 Entwicklungs- und Einarbeitungsphasen 373
16.7 Ausländische Fachpersonen einarbeiten und integrieren
Gabriele Overlander 375
16.7.1 Vorbereitungen und Informationen vor Beginn der Tätigkeit 375
16.7.2 Innerbetriebliche Vorbereitungen 376
16.7.3 Begleitende Maßnahmen – fachsprachlicher Integrationsunterricht 376
16.8 Auszubildende einarbeiten und anleiten 377
16.8.1 Gesetzliche Anforderungen 377
16.8.2 Praxisanleiter 378
16.8.3 Lernprozesse und Anleitungssituationen gestalten 379
16.8.4 Lernberatung 380
16.9 Mitarbeiterbeurteilung 380
16.9.1 Ziele und Funktionen der Mitarbeiterbeurteilung 381
16.9.2 Die Mitarbeiterbeurteilung aus Sicht der Beurteilten 382
16.9.3 Formen der Mitarbeiterbeurteilung 382
16.9.4 Beurteilungsfehler 385
16.9.5 Beurteilung von Auszubildenden 386

Register 389

KAPITEL

1 Gesundheitspolitik

Michael Wittland

1.1 Strukturen der Gesundheitspolitik 2
1.1.1 Staatliche Ebene 2
1.1.2 Selbstverwaltungsebene 2
1.1.3 Individualebene 3
1.1.4 Gesetzgebung 3
1.1.5 Gewaltenteilung 4
1.1.6 Zentrale Rolle der Selbstverwaltung 5

1.2 Grundlagen der Gesundheitspolitik 8
1.2.1 Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall 8
1.2.2 Die Sozialgesetzbücher als wesentliche Rechtsquellen 9
1.2.3 Gesetzliche Krankenversicherung als zentraler Akteur 9

1.3 Inhalte der Gesundheitspolitik 11
1.3.1 Überblick 11
1.3.2 Herausforderung demografischer Wandel 13

Ziele des Kapitels

- Akteure in der Gesundheitspolitik und ihre Handlungsspielräume kennen
- Gesundheitspolitische Entscheidungsstrukturen verstehen
- Die zentrale Rolle der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verstehen und reflektieren
- Grundsätze der Gesundheitspolitik kennen und auf aktuelle gesundheitspolitische Diskussionen übertragen
- Die zentrale Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung kennen
- Einblicke in aktuelle gesundheitspolitische Themen erhalten
- Die Herausforderung des demografischen Wandels für die Gesundheitspolitik erkennen

Die Handlungsfelder der **Gesundheitspolitik** sind vielfältig. Wie und unter welchen Rahmenbedingungen sollen die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Deutschland stattfinden? Und wie sollen sie ausgestaltet werden? Wie kann die Bevölkerung gesund erhalten werden? Diese Fragen zeigen, dass es in der Gesundheitspolitik einerseits um den Zugang zu und um die Finanzierung von Gesundheitsleistungen geht. Andererseits nimmt die Gesundheitspolitik auch übergeordnete Themen in den Blick und widmet sich allgemeinen Fragestellungen, z. B. wie die Gesundheit der Bevölkerung durch Ansätze der Prävention verbessert werden kann. Die konkrete Ausgestaltung übernimmt im deutschen Gesundheitswesen die sogenannte **Selbstverwaltung**. Eine zentrale Rolle fällt dabei der **gesetzlichen Krankenversicherung** zu. Sie trägt mit einem Ausgabenvolumen von 214 Mrd. € in 2017 (➢ 2.3.1) den Hauptteil der Kosten für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Im Hinblick auf die Versorgung bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit ist ein zweiter Zweig der Sozialversicherung, die **soziale Pflegeversicherung,** ein weiterer Hauptakteur. Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland wird somit wesentlich durch die **Sozialgesetzgebung** als zentrales Gestaltungsfeld der Gesundheitspolitik determiniert. Die Gesundheitspolitik bestimmt somit auch wesentlich, unter welchen Rahmenbedingungen Pflegende im Gesundheitswesen ihre Aufgaben wahrnehmen.

➢ Abb. 1.1 bietet einen Überblick über die **Vielzahl von Akteuren** und differenziert in drei Ebenen.

1.1 Strukturen der Gesundheitspolitik

1.1.1 Staatliche Ebene

In der Spitze der Pyramide in ➢ Abb. 1.1 findet sich die **staatliche Ebene.** Hier werden Gesetze, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften erlassen. Wesentlicher Inhalt der Regelungen auf dieser Ebene sind Vorgaben zu übergeordneten Rahmenbedingungen, in denen die gesundheitliche und pflegerische Versorgung stattfindet. Beispielsweise wird hier festgesetzt,

- nach welcher grundsätzlichen Systematik von Krankenhäusern erbrachte Leistungen vergütet werden sollen,
- welche Arten von Leistungen die soziale Pflegeversicherung in Abhängigkeit von welchen Bedingungen erbringt und
- wer verpflichtet ist, in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung versichert zu sein oder wer sich privat versichern kann.

1.1.2 Selbstverwaltungsebene

Auf der nachfolgenden Ebene geht es vielfach um die konkrete Ausgestaltung der gesetzlich festgelegten Rahmenbedingungen. Handelnde Akteure auf dieser Ebene sind Zusammenschlüsse einzelner **Leistungserbringer** und **Kostenträger,** beispielsweise auf nationaler Ebene die *Deutsche Krankenhausgesellschaft,* der *Spitzenverband Bund der Krankenkassen,* der *Deutsche Pflegerat* und verschiedene Patientenverbände. Ziel der Abstimmung zwischen den von Gesetzen usw. betroffenen Akteuren ist die kollektive Ausgestaltung der Rahmenbedingungen. So wird zwischen Vertretern der Kostenträger und Leistungserbringer beispielsweise bestimmt,

- wie das DRG-System zur Krankenhausfinanzierung (➢ 10.4.2) in Deutschland konkret funktioniert, also wie ein einzelner Behandlungsfall in einem Krankenhaus abzurechnen ist,
- was alles unter Leistungen der stationären Pflege fällt, die für Bewohner in einem Altenpflegeheim erbracht werden und
- welche Voraussetzungen zu erfüllen sind, um einen ambulanten Pflegedienst zu gründen.

Abb. 1.1 Ebenen des Gesundheitswesens. [L231]

1.1.3 Individualebene

Die dritte, untere Ebene bildet die **einzelnen Akteure** und die **Beziehungen** zwischen diesen ab. Das in ➢ Abb. 1.1 gezeigte Dreieck von Patient, Leistungserbringer und Kostenträger ist ebenfalls typisch für das Gesundheitswesen: Ein Patient erhält, auf Basis eines Behandlungsvertrags, Leistungen von einem Leistungserbringer. Hieraus ergibt sich vielfach jedoch keine direkte Zahlungspflicht. Der Patient hat, da er in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert ist, in der Regel Anspruch auf Sachleistungen, die von einem Leistungserbringer – beispielsweise einem Krankenhaus, einem niedergelassenen Arzt, einem Altenpflegeheim oder einem ambulanten Pflegedienst – erbracht werden. Die Vergütung dieser Leistungen übernimmt jedoch ein Dritter, der jeweilige Kostenträger, komplett oder – vielfach im Fall ambulanter oder stationärer Pflegeleistungen – zu einem Teil. Hieraus leitet sich die zentrale Mitwirkung der Kostenträger in der Selbstverwaltung ab.

1.1.4 Gesetzgebung

Bund und Bundesländer

Gesundheitspolitische Gesetzgebung ist im Wesentlichen Aufgabe der Akteure der staatlichen Ebene in der Spitze der Pyramide. Hier ist jedoch weiter zu differenzieren. Die Bundesrepublik Deutschland ist ein **föderaler Bundesstaat.** Das bedeutet, dass die Kompetenzen und Regelungsbereiche zwischen Bund und Bundesländern verteilt sind. So gibt es beispielsweise Bereiche, in denen eine ausschließliche Gesetzgebung des Bundes vorgesehen ist. Es gibt aber ebenso Bereiche, für die die einzelnen Länder verantwortlich sind. Darüber hinaus wiederum gibt es Bereiche, in denen die sogenannte konkurrierende Gesetzgebung gilt. Dies bedeutet, dass ein Bundes- oder Landesgesetz so lange gilt, so lange auf der vorrangigen Ebene keine anderweitigen Gesetze erlassen wurden. In vielen Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene ist darüber hinaus die Länderebene zu beteiligen, wenn diese von den Regelungen betroffen ist. Dies geschieht über den *Bundesrat*. Des Weiteren ist zu beachten, dass sich die Gesetzgebungskompetenzen zwischen Bund und Ländern verschieben können. Dies geschieht im Rahmen sogenannter Föderalismusreformen. Auswirkungen für das Gesundheitswesen, die hiermit verbunden sein können, illustriert das nachfolgende Beispiel.

Beispiel: Heimrecht wird „Ländersache“

Zum 1. September 2006 wurde im Rahmen einer Föderalismusreform die Zuständigkeit für das **Heimrecht** vom Bund auf die Länder übertragen. Das Heimrecht ist beispielsweise für stationäre Pflegeeinrichtungen von Bedeutung und regelt Fragen der Mitbestimmung der Bewohner, aber auch Fragen der räumlichen und personellen Ausstattung von Heimen. Vor dem Wechsel der Gesetzgebungskompetenz gab es bundesweit ein *Heimgesetz* und vier Rechtsverordnungen. Aktuell gibt es nun in 16 Bundesländern *Heimgesetze* und jeweils weitere Rechtsverordnungen. Dabei unterscheiden sich die *Heimgesetze* und Rechtsverordnungen auf Länderebene zwischen den einzelnen Bundesländern sowohl in ihren Bezeichnungen als auch insbesondere in ihren Inhalten. Betrachtet man beispielsweise die baulichen Vorschriften, die für die Gebäude, in denen stationäre Pflegeeinrichtungen betrieben werden, gelten, so regelt etwa Nordrhein-Westfalen hierzu im sogenannten *Wohn- und Teilhabegesetz* (WTG) in §20 Folgendes:

(2) *Einrichtungen sollen nicht mehr als 80 Plätze umfassen. Leistungsrechtliche Vereinbarungen, die geringere Platzzahlen vorschreiben, bleiben unberührt.*

(3) *Den Nutzerinnen und Nutzern ist auf Wunsch bei Verfügbarkeit ein Einzelzimmer zur Verfügung zu stellen. Um dies zu gewährleisten, muss der Anteil der Einzelzimmer bei mindestens 80 vom Hundert innerhalb eines Gebäudes oder eines räumlich verbundenen Gebäudekomplexes liegen. In neu errichteten Einrichtungen sind nur Einzelzimmer zulässig, wobei Personen, die in einer Partnerschaft leben, auf Wunsch die Zusammenlegung von zwei Zimmern zu einer Nutzungseinheit ermöglicht werden kann. Zur Sicherstellung des Rechts auf Privatsphäre müssen Sanitärräume in ausreichender Zahl in Form von Einzel- oder Tandembädern vorhanden sein. Der Zugang zu den Sanitärräumen soll unmittelbar aus den Einzel- oder Doppelzimmern der Nutzerinnen und Nutzer möglich sein.*

Weitere Details regeln die nachgeordneten Verordnungen. Eine Regelung mit solchem Inhalt, die die zulässige Einrichtungsgröße und den Anteil an Plätzen in Einzelzimmern vorgibt, gab es im bis 2006 bundesweit geltenden *Heimgesetz* nicht und findet sich auch derzeit (Stand Dezember 2019) nicht bundesweit in den Länder-*Heimgesetzen* oder entsprechenden Rechtsverordnungen. Eine solche Regelung ist jedoch von außerordentlicher Bedeutung für stationäre Pflegeeinrichtungen und zeigt hier exemplarisch somit nochmals die Relevanz rechtlicher Regelungen für Leistungserbringer im Gesundheitswesen: Die beschriebene Neuregelung in Nordrhein-Westfalen in Bezug auf den Einbettzimmeranteil und die Sanitärräume betrifft nicht nur neu in den Markt eintretende Einrichtungen, sondern – nach Ablauf einer Übergangsfrist ab August 2018 – auch Bestandseinrichtungen. Infolge der Föderalismusreform und der daraus resultierenden Neuregelungen mussten viele stationäre Pflegeeinrichtungen in den Jahren vor Ablauf der Übergangsfrist um- oder neugebaut werden.

Europäische Union

Im Rahmen der *Europäischen Union* stellt sich zunehmend die Frage, wie sich Gesetzgebungskompetenzen zwischen den Institutionen der *Europäischen Union* und den Institutionen der einzelnen Mitgliedsländer verteilen. Wenngleich Gesundheitspolitik grundsätzlich überwiegend Handlungsfeld der einzelnen Mitgliedsländer ist, so haben verschiedene, auf europäischer Ebene getroffene Vereinbarungen dennoch zunehmend Einfluss auf das Gesundheitswesen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang beispielsweise wettbewerbsrechtliche Vorgaben, die unter anderem Auswirkungen haben auf Fragen der

- Marktkonzentration, z. B. Krankenhausfusionen,
- Beschaffungswege, z. B. Vergabe von Großaufträgen/Einkauf von Großgeräten durch Krankenhäuser, und
- Mitfinanzierung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen mittels Subventionen durch staatliche Stellen, z. B. Verlustübernahmen durch kommunale Eigentümer.

1.1.5 Gewaltenteilung

Das politische System der Bundesrepublik Deutschland wie auch der europäischen Union ist ferner durch die **Gewaltenteilung** als zentrales Verfassungsprinzip gekennzeichnet.

DEFINITION

Gewaltenteilung

Gewaltenteilung bedeutet, dass die drei folgenden Gruppen von Akteuren unabhängig voneinander sind, sich jedoch gegenseitig kontrollieren. Dies soll sicherstellen, dass der Rechtsstaat funktioniert und eine dauerhafte Bindung an geltende Grundrechte, das *Grundgesetz,* gewährleisten. Allgemein wird zwischen drei staatlichen „Gewalten" differenziert,
- der Legislative,
- der Exekutive und
- der Judikative.

Legislative

DEFINITION

Legislative

Die **Legislative** umfasst die gesetzgebende Gewalt, also die politischen Akteure, die Gesetze erlassen und verändern können.

In Deutschland zählt zur **Legislative** auf Bundesebene der **Bundestag,** auf Ebene der Bundesländer wiederum gibt es 16 **Länderparlamente.** Ein Gesetzentwurf wird dabei in der Regel mehrfach beraten und verändert, bevor er verabschiedet wird. Die vorbereitende inhaltliche und fachliche Beratung vor Verabschiedung eines Gesetzes findet dabei in sogenannten Ausschüssen statt, in denen die jeweiligen Fachpolitiker vertreten sind. So gibt es im Bundestag z. B. einen Ausschuss für Gesundheit. Betrachtet man die lokale Ebene, so sind Organe der Legislative die Stadt- und Gemeinderäte. Auch auf europäischer Ebene gibt es ein zentrales legislatives Organ, das **Europäische Parlament.** ➢ Abb. 1.2 illustriert die zentralen Organe der Legislative auf den verschiedenen staatlichen Ebenen.

Europa	Europäisches Parlament/ Europäischer Rat
Bund	Bundestag/Bundesrat
Land	Landtag
Kommune	Kreistag/Stadtrat/Gemeinderat

Abb. 1.2 Zentrale Organe der Legislative. [L231]

Europa	EU-Kommissar für Gesundheit
Bund	Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nachgeordnete Behörden
Land	Landesministerien für Gesundheit nachgeordnete Behörden
Kommune	kommunale Gesundheitsämter

Abb. 1.3 Zentrale Organe der Exekutive. [W193, L231]

Exekutive

DEFINITION

Exekutive

Die **Exekutive** beschreibt die ausführende oder vollziehende Gewalt.

Der **Exekutive,** also der ausführenden Gewalt, lassen sich in Deutschland Ministerien auf Bundes- und Länderebene, Stadt- und Gemeindeverwaltungen, aber auch eine Vielzahl nachgeordneter Behörden zuordnen. Zu der letztgenannten Gruppe zählen beispielsweise das *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM) und das *Bundesamt für Soziale Sicherung* (BAS). Das *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* übernimmt Aufgaben im Bereich der Arzneimittelzulassung und -registrierung. Das *Bundesamt für Soziale Sicherung* wiederum ist zuständig für eine Vielzahl von Aufgaben, die mit der Finanzierung von Gesundheitsleistungen und insbesondere mit der Zuweisung von Geldern an Krankenkassen zu tun haben. Auf lokaler Ebene lassen sich z. B. die Gesundheitsämter der Exekutive zuordnen. Die Rolle der Exekutive liegt überwiegend darin, Vorgaben der Gesetze, Richtlinien und Verordnungen, die die Legislative erlassen hat, auszugestalten und umzusetzen. Gleichzeitig bereiten Ministerien und Stadtverwaltungen vielfach auch Gesetzentwürfe und Beschlüsse vor, die dann in den Organen der Legislative, also in den Parlamenten, Stadt- und Gemeinderäten, gefasst werden. Nicht zu vergessen ist an dieser Stelle jedoch die bereits angesprochene Selbstverwaltung, die eine Vielzahl von Aufgaben übernimmt, die ansonsten von den staatlichen Organen ausgeführt werden müssten. ➢ Abb. 1.3 zeigt die zentralen Organe der Exekutive.

Judikative

DEFINITION

Judikative

Die **Judikative** beschreibt die richterliche Gewalt im Staat, also die Gerichtsbarkeit.

Die **Judikative** spielt dann eine Rolle, wenn Gesetze nicht eingehalten werden oder einer Auslegung bedürfen. Gerichtsurteile beschäftigen sich also beispielsweise mit Fragen des Zugangs zu medizinischen und pflegerischen Leistungen.

Die Gerichtsbarkeit lässt sich weiter nach Sachgebieten, z. B. ordentliche Gerichtsbarkeit, Arbeitsgerichtsbarkeit und Sozialgerichtsbarkeit, wie auch nach Hierarchieebene, z. B. Amtsgericht, Landgericht, Oberlandesgericht und Bundesgerichtshof, differenzieren. Für die Zuständigkeit spielen viele Faktoren eine Rolle. Fragen, die beispielsweise den Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen betreffen, werden in der Regel im Rahmen der Sozialgerichtsbarkeit behandelt.

MERKE

Zentraler Grundsatz für alle drei Gewalten ist, dass alle Staatsgewalt vom Volk ausgeht. All die zuvor genannten Organe werden in direkter Wahl demokratisch gewählt oder mittelbar durch demokratisch gewählte Institutionen besetzt.

1.1.6 Zentrale Rolle der Selbstverwaltung

Ein zentrales Merkmal der Gesundheitspolitik in Deutschland ist die sogenannte **Gemeinsame Selbstverwaltung,** die sich auf der zweiten Ebene der Pyramide in ➢ Abb. 1.1 findet.

Selbstverwaltung bedeutet, dass die Politik Rahmenbedingungen festsetzt, die genaue Ausgestaltung aber den Vertragspartnern überlässt. Differenziert wird zwischen der

- sozialen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung,
- der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringer und Psychotherapeuten und
- der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

Die beiden erstgenannten Formen der Selbstverwaltung dienen vornehmlich der Innenorganisation der Vertretung der Krankenkassen und betreffenden Leistungserbringer. Akteure der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind Gremien, die mit Vertretern der Kostenträger und Leistungserbringer (und gegebenenfalls weiteren unparteiischen Mitgliedern) besetzt sind, denen es gemeinsam obliegt, die Vorgaben von staatlicher Ebene auszugestalten.

Bundes- oder Landesbehörden wiederum übernehmen die Aufsicht über die Selbstverwaltung. Kommt es zu Konflikten und können sich die Partner nicht einigen, kann in einem ersten Schritt ein sogenanntes **Schiedsstellenverfahren** eingeleitet werden. Mitglieder der Schiedsstellen wiederum sind Vertreter der Kostenträger und Leistungserbringer, die, sofern sie hinzugezogen werden, die Aufgabe haben einen Kompromiss zu erarbeiten. Scheitert auch dieser, kann in einem zweiten Schritt die **Gerichtsbarkeit** bemüht werden. Lediglich wenn die Akteure der Selbstverwaltung sich nicht einigen können, wird es zur Aufgabe der Politik, konkrete Regelungen zur Ausgestaltung der Rahmenvorgaben zu treffen. In solchen Fällen erlässt der Gesetzgeber eine sogenannte **Ersatzvornahme,** die an die Stelle der Regelungen tritt, die eigentlich die Partner in der Selbstverwaltung hätten treffen sollen [7; 8].

Das folgende Beispiel verdeutlicht die beschriebene Aufgabenteilung anhand der Regelungen zur Krankenhausfinanzierung.

Beispiel: Krankenhausfinanzierung als Gestaltungsfeld der Selbstverwaltung

In den gesetzlichen Vorgaben zur Krankenhausfinanzierung – zentrale Rechtsquellen sind das *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG), das *Krankenhausentgeltgesetz* (KHEntgG) und die *Bundespflegesatzverordnung* – finden sich zwar grundlegende Regelungen zum DRG-System, die genaue Ausgestaltung bleibt aber den Selbstverwaltungspartnern vorbehalten. So ist z. B. gesetzlich festgeschrieben, dass für die Mehrzahl der Krankenhausfälle ein pauschalierendes Entgeltsystem Anwendung finden soll, dass auf dem australischen DRG-System aufbaut. Konkret heißt es in §17b KHG zur „*Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für* DRG-Krankenhäuser" in Abs. 1: „*Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen gilt ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem, soweit Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.*" Weitere Details zur Ausgestaltung finden sich dann insbesondere in der sogenannten „Fallpauschalenvereinbarung". In dieser vereinbaren jährlich Vertreter der Kostenträger, also der *GKV-Spitzenverband* gemeinsam mit dem *Verband der Privaten Krankenversicherung,* mit Vertretern der betroffenen Leistungserbringer, in diesem Fall die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* als Vertreter der Krankenhäuser auf Bundesebene, Details zur Vergütung von Krankenhausleistungen, z. B. zur Abrechnung

- der Fallpauschalen allgemein,
- bei Wiedereinweisung in das gleiche Krankenhaus und
- bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus.

Auch wenn der Gesetzgeber seit einigen Jahren zunehmend auch konkrete Aspekte der **Krankenhausfinanzierung** regelt, hat das Prinzip der Selbstverwaltung als zentrales Prinzip in der Gesundheitspolitik weiterhin Bestand.

Abschließend ist anzumerken, dass das System der Krankenhausvergütung und die Ausgestaltung des DRG-Systems ein hohes Maß an Komplexität zeigen. In der Konsequenz braucht es daher auch hier eine Organisation, die die Partner der Selbstverwaltung in der Ausübung dieser unterstützt. Hierzu haben im Jahr 2001 die *Spitzenverbände der Krankenkassen,* der *Verband der Privaten Krankenversicherung* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* das *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus* (InEK) gegründet. Es ist die Aufgabe des InEK, die Akteure der Selbstverwaltung bei der Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Grundlage der §§17b und d KHG zu unterstützen. Die Internetseite des InEK stellt somit zugleich eine umfassende Informationsquelle zur Krankenhausfinanzierung dar.

Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Oberstes **Gremium** der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist der *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA). Der G-BA schreibt verbindlich vor, welche Leistungen Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen dürfen und wie diese ausgestaltet sein sollen. Nachfolgend werden drei wesentliche Aufgabenfelder des G-BA beschrieben. Gleichzeitig wird daran deutlich, was das zentrale Steuerungsinstrument des G-BA ist, nämlich der Zugang zur Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung.

- **Arzneimittelbewertung:** Es ist Aufgabe des G-BA festzustellen, ob ein Arzneimittel, das ein Arzneimittelhersteller entwickelt hat, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wird. Maßgeblich hierfür ist die sogenannte Nutzenbewertung. Nur wenn ein neues Medikament im Vergleich mit einem bisherigen Behandlungsansatz einen Zusatznutzen verspricht, kann der Hersteller für dieses Medikament in Abhängigkeit von dem Ausmaß des Zusatznutzens einen höheren Preis verhandeln.
- **Bewertung neuer Untersuchungsmethoden:** Ob eine neue Untersuchungsmethode in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wird, legt ebenfalls der G-BA fest. Basis hierfür ist ebenfalls eine Bewertung des (Zusatz-) Nutzens, der mit dieser Behandlungsmethode verbunden ist.
- **Festlegung von Qualitätsstandards:** Der G-BA definiert für unterschiedliche Bereiche Qualitätsstandards und schreibt diese in Richtlinien nieder. Nur wenn Leistungserbringer diese Richtlinien erfüllen, dürfen sie entsprechende Leistungen erbringen bzw. zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Ein Beispiel hierfür ist die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL).

Beispiel: Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

Die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen beschreibt Strukturanforderungen, die Krankenhäuser erfüllen müssen, wenn sie an der Perinatalversorgung teilnehmen wollen. Auch beschreibt sie Zuweisungskriterien in Abhängigkeit von der definierten Versorgungsstufe einzelner Krankenhäuser und vom Risikoprofil der Schwangeren und/oder des Kindes. Zentral (und viel diskutiert) ist die in der Richtlinie festgeschriebene qualitative und quantitative Anforderung an die Personalausstattung auf einer neonatologischen Intensivstation. Allgemein gilt, dass der Anteil der Mitarbeiter mit einer Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ mindestens 40 % betragen muss. Es bestehen jedoch Ausnahmen für Mitarbeiter, die bereits vor Inkrafttreten der Richtlinie auf einer entsprechenden Station tätig waren. Darüber hinaus schreibt die Richtlinie auch eine Mindestpersonalausstattung vor. So gilt, dass für je zwei intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm mindestens eine Pflegefachperson und für ein intensivtherapiepflichtiges Frühgeborenes mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm bei der höchsten Versorgungsstufe mindestens eine Pflegefachperson verfügbar sein muss [5].

Beschlussgremium und Unterausschüsse

Entscheidungen des G-BA werden im sogenannten *Beschlussgremium* gefällt. Dieses ist, der Idee der Gemeinsamen Selbstverwaltung entsprechend, paritätisch besetzt. Folgende Personen bzw. Institutionen sind im Beschlussgremium des G-BA vertreten:

- Fünf Vertreter des *GKV-Spitzenverbands*
- Zwei Vertreter der *Deutschen Krankenhausgesellschaft* (DKG)
- Zwei Vertreter der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* (KBV)
- Ein Vertreter der *Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung* (KZBV)
- Drei unparteiische Mitglieder, hierunter auch die/der Vorsitzende
- Bis zu fünf Patientenvertreter mit Anhörungs- und Beratungsrecht

Die Zusammensetzung des Beschlussgremiums ist absichtlich so gewählt, damit weder Kostenträger noch Leistungserbringer eine Mehrheit besitzen. Die 13 Vertreter werden von einer Reihe weiterer Institutionen unterstützt. So findet die inhaltliche, beschlussvorbereitende Arbeit im G-BA in **Unterausschüssen** statt. Derzeit gibt es neun Unterausschüsse, die für verschiedene Regelungsbereiche zuständig sind:

- Arzneimittel
- Qualitätssicherung
- Disease-Management-Programme
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
- Methodenbewertung
- Veranlasste Leistungen
- Bedarfsplanung
- Psychotherapie
- Zahnärztliche Behandlung

Die Unterausschüsse sind mit je sechs Vertretern der Kostenträger- und Leistungserbringerseite paritätisch besetzt und haben einen unparteiischen Vorsitzenden. Die Besetzung variiert je nach Regelungsbereich; im Unterausschuss für zahnärztliche Behandlung beispielsweise sind auf Seiten der Leistungserbringer sechs Vertreter der *Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung* beteiligt.

Bei Beratungen über **Richtlinien zur Qualitätssicherung** nehmen weitere Vertreter ebenfalls an Sitzungen des Beschlussgremiums und der Unterausschüsse teil:

- Ein Vertreter der *Bundesärztekammer* (BÄK)
- Ein Vertreter des *Verbands privater Krankenversicherungen* (PKV-Verband)
- Ein Vertreter des *Deutschen Pflegerats* (DPR)

In Abhängigkeit der Themen werden weitere beratende Teilnehmer, z. B. der *Bundespsychotherapeutenkammer* und der *Bundeszahnärztekammer,* hinzugezogen.

Institute

Der G-BA wird in der Ausübung seiner Aufgaben darüber hinaus von zwei fachlich unabhängigen Instituten unterstützt, in denen Wissenschaftler tätig sind. Das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG) wurde auf Basis des §139a SGB V im Jahr 2004 gegründet. Es bereitet vor allem Nutzenbewertungen vor, indem es Studien zusammenträgt und bewertet, die sich mit dem Nutzen, der Qualität und/oder der Wirtschaftlichkeit diagnostischer und therapeutischer Verfahren beschäftigen. Das *Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen* (IQTIG) wurde auf Basis des §137a SGB V im Jahr 2014 ebenfalls als unabhängiges, wissenschaftliches Institut gegründet. Es widmet sich Fragen der Entwicklung und Durchführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln [8].

Ebene der Bundesländer

Entscheidungen der Selbstverwaltung werden jedoch nicht nur auf Bundesebene durch den G-BA getroffen, auch auf Ebene der einzelnen Bundesländer gibt es vielfältige Aufgaben, die der Selbstverwaltung zufallen. Auf der Ebene der einzelnen Bundesländer finden sich dazu viele Verbände, im Rahmen derer sich Leistungs-

erbringer und Kostenträger zusammengeschlossen haben. Die Partner der Selbstverwaltung auf Landesebene schließen beispielsweise Landesrahmenverträge, um Fragen der Versorgung mit Leistungen der ambulanten und stationären Pflege im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung landesweit zu definieren.

Kollektiv- und Selektivverträge

Die im Rahmen der Selbstverwaltung getroffenen Festlegungen determinieren das sogenannte **Kollektivvertragssystem**. Gleichzeitig gibt es zunehmend Ansätze der Gesundheitspolitik, ein **Selektivvertragssystem** zu entwickeln.

Kollektivvertragssystem

Ein **Kollektivvertragssystem** bedeutet, dass die auf Ebene von Verbänden der Kostenträger auf Bundes- oder Landesebene getroffenen Vereinbarungen Gültigkeit für alle Akteure haben, die von diesen Verbänden vertreten werden. So vertritt z. B. der *Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung* zunächst einmal alle gesetzlich Versicherten in Deutschland, es sei denn, lediglich bestimmte Patientengruppen o. Ä. sind von einer Vereinbarung betroffen. Das Ergebnis des Kollektivvertragssystems ist ein offener Zugang zu Leistungen. Versicherte sind frei in der Wahl des behandelnden Arztes, des Krankenhauses oder des Pflegedienstes, da eben auf übergeordneter Ebene Verträge bestehen, die für alle Akteure auf der nachgeordneten Ebene gelten.

Selektivvertragssystem

In einem **Selektivvertragssystem** schließen einzelne Leistungserbringer mit einzelnen Kostenträgern für einzelne (Gruppen von) Versicherte(n) Verträge ab, die zum Ziel haben, beispielsweise durch besondere Merkmale der Versorgung Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern (➔ 2.5). Im Ergebnis ist der Zugang zu einem solchen System jedoch nur für die beteiligten Vertragspartner offen, d. h. für die Versicherten des beteiligten Kostenträgers, die zur Behandlung eben nur die beteiligten Leistungserbringer aufsuchen dürfen.

Pflege in der Selbstverwaltung

Die Rolle der Pflege in der **Selbstverwaltung** wird seit vielen Jahren kritisch diskutiert. Kern der Diskussion ist die Frage, ob die Pflege als größte Berufsgruppe und zentraler Akteur im Gesundheitswesen hinreichend in der Selbstverwaltung vertreten ist. Wie beschrieben sind z. B. auf Seiten der Leistungserbringer Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser als stimmberechtigte Akteure im G-BA vertreten. Pflegende sind jedoch nur beratend und im Unterausschuss Qualitätssicherung durch den *Deutschen Pflegerat* repräsentiert. Erstens stellt sich somit die Frage, ob Pflegende nicht erweitert einbezogen werden sollten. Eine ähnliche Diskussion wird auch für die Gruppe der Patienten geführt, die ebenfalls lediglich beratend dem G-BA angehören. Zweitens fällt im Vergleich beispielsweise mit der Gruppe der Ärzte auf, dass es der Pflege an einer entsprechenden Selbstverwaltungsorganisation fehlt. Während die Ärzteschaft in Form der Ärztekammern berufsständisch einen hohen Organisationsgrad aufweist, befinden sich Pflegekammern (➔ 4.6) noch im Aufbau. Lediglich in drei Bundesländern existieren bereits Pflegekammern (Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Niedersachsen). Zudem gibt es Bundesländer, die sich derzeit gegen die Errichtung von Pflegekammern ausgesprochen haben, so begeht beispielsweise Bayern mit der Gründung einer sogenannten „Vereinigung der Pflegenden in Bayern" einen eigenen Weg, der, anders als eine Pflegekammer, keine Pflichtmitgliedschaft voraussetzt. Insofern wird diskutiert, welche Institution, vergleichbar beispielsweise mit der *Bundesärztekammer,* die Pflegenden umfassend repräsentiert und in der Selbstverwaltung vertreten könnte.

Zukunft der Selbstverwaltung

Neben der Rolle einzelner Akteure in der Selbstverwaltung wird zunehmend auch die Selbstverwaltung als Organisationsprinzip in Frage gestellt. *Knieps* [7] diskutiert die Rolle der Selbstverwaltung und der Zukunftsfähigkeit umfassend. Festzustellen ist, dass einerseits – vermutlich begründet in der zunehmenden Komplexität der Regelungen des Gesundheitssystems – die staatliche Ebene der Gesundheitspolitik vermehrt Detailfragen regelt und damit in Bereiche eingreift, deren Regelung eigentlich der Selbstverwaltung obliegt. Andererseits fehlt es der sozialen wie auch ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung zunehmend an Akzeptanz.

Abschließend fasst ➔ Abb. 1.4 die umfassende Regulierung auf den verschiedenen Ebenen durch eine Vielzahl von Akteuren zusammen. Gleichzeitig verdeutlicht die Abbildung, dass die jeweiligen Akteure in ihren Entscheidungen von einer Vielzahl weiterer Akteure, die auch die Gesundheitspolitik beeinflussen, geprägt werden. So finden beispielsweise wissenschaftliche Erkenntnisse Eingang in politische Entscheidungsprozesse. Des Weiteren sind Gesetzgebungsverfahren beispielsweise vielfach von sogenannten **Stellungnahmeverfahren** und Anhörungen geprägt, im Rahmen derer Interessenvertreter und/oder Experten zu den jeweiligen Gesetzentwürfen Stellung beziehen können oder befragt werden. Viele verschiedene weitere Akteure wie Patientenverbände, Berufsverbände und Verbände der Leistungserbringer, Arzneimittel- und Medizinprodukthersteller beeinflussen den Gesetzgebungsprozess somit durch Interessenvertretung und Beratung.

MERKE

Die Gesundheitspolitik wird durch eine Vielzahl von Akteuren geprägt.

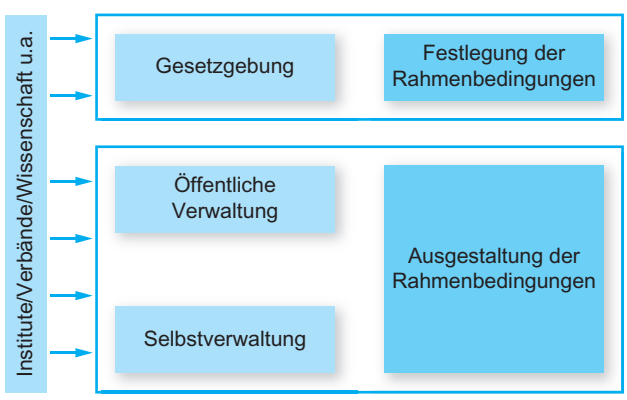

Abb. 1.4 Umfassende Regulierung auf verschiedenen Ebenen. [P120, L231]

1

1.2 Grundlagen der Gesundheitspolitik

1.2.1 Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall

Basierend auf *Simon* [8] werden nachfolgend die **Grundprinzipien der sozialen Sicherung** im Krankheitsfall in Deutschland erläutert.

Sozialstaatsgebot

Das **Sozialstaatsgebot** besagt, dass der Staat zur Daseinsvorsorge für seine Bürger verpflichtet ist. Darüber hinaus darf es keine ungleiche Behandlung aufgrund von wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit geben.

Festgeschrieben ist dies im *Grundgesetz,* Art. 20 Abs. 1: *„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat."*

Darüber hinaus konkretisiert sich die Daseinsvorsorge im *Ersten Sozialgesetzbuch* (SGB I) in §1 Abs. 1, der die Aufgaben des Sozialstaats benennt: *„Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen."*

Der Staat übt dabei seine Aufgabe der **Daseinsvorsorge** durch unterschiedliche Mechanismen auf unterschiedlichen staatlichen Ebenen aus. Das folgende Beispiel illustriert dies anhand der Krankenhausplanung, die den einzelnen Bundesländern obliegt.

Beispiel: Krankenhausplanung durch die Bundesländer

In Deutschland haben die Bundesländer für eine hinreichende Verfügbarkeit von Krankenhausbetten zu sorgen. Dies wird als **Sicherstellungsauftrag** der Bundesländer für eine hinreichende stationäre Krankenversorgung beschrieben und soll wesentlich dazu beitragen, dass der Staat seine im *Grundgesetz* festgeschriebene Verpflichtung zur Daseinsvorsorge erfüllt. Hierzu dient die sogenannte Krankenhausplanung. Im Rahmen von Landeskrankenhausplänen, die jährlich (z. B. in Niedersachsen) oder im Abstand von mehreren Jahren (z. B. in Nordrhein-Westfalen) fortgeschrieben werden, legen die Bundesländer – ausgehend von einer Abschätzung des stationären Behandlungsbedarfs – fest, wie viele Betten je Fachabteilung in einzelnen Planungsgebieten vorzuhalten sind. Innerhalb der Planungsgebiete wird dann in der Regel weiter festgelegt, wie die Betten auf die einzelnen Krankenhäuser in diesen Gebieten zu verteilen sind. Der Detailgrad der Krankenhausplanung unterscheidet sich aber von Bundesland zu Bundesland. Basierend auf dem Grundsatz der **Dualen Finanzierung** (§4 KHG) stellen die Bundesländer den Krankenhäusern Mittel für Investitionen zur Verfügung, um damit die Errichtung und den Fortbestand der erforderlichen Kapazitäten zu sichern. Die Daseinsvorsorge ist jedoch auch weitergehend zu verstehen und kann zur Begründung herangezogen werden, warum staatliche Körperschaften Krankenhäuser selbst betreiben. Eine Verpflichtung dazu würde sich immer dann ergeben, wenn die Versorgung anderweitig nicht hinreichend sichergestellt werden kann.

Inwieweit die vom Land zur Verfügung gestellten Mittel zur Finanzierung der Investitionen ausreichen, wird seit Jahren diskutiert. Viele Experten sehen einen sogenannten Investitionsstau. Dies zeigen auch Studien zu der Frage, wie Krankenhäuser ihre Investitionen finanzieren. Hier wird deutlich, dass zunehmend die staatlichen Fördermittel nicht ausreichen und andere Finanzierungsmittel erschlossen werden müssen [1].

Solidarprinzip

Das **Solidarprinzip** schreibt einen **Rechtsanspruch auf Unterstützung im Krankheitsfall** durch die Mitglieder einer Solidargemeinschaft, beispielsweise einer Krankenversicherung, fest. Einzelne Individuen tragen somit keine individuelle Verantwortung für gesundheitliche Schäden, hierfür steht die Solidargemeinschaft ein. Dabei ist es für alle Bürger verpflichtend, Teil einer Solidargemeinschaft zu sein.

Zentrale Regelungen hierzu finden sich z. B. im *Fünften Sozialgesetzbuch* (SGB V) in §1, der Solidarität und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung beschreibt: *„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken."*

Subsidiaritätsprinzip

Auch das **Subsidiaritätsprinzip,** das den Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit betont und Hilfe durch die Solidargemeinschaft immer erst dann vorsieht, wenn ein Individuum und seine Umgebung, beispielsweise Lebens-/Ehepartner oder Kinder, sich alleine nicht mehr helfen können, prägt das Gesundheitswesen. Unterstützung und Hilfe durch die Solidargemeinschaft ersetzen nicht die Eigenverantwortung, z. B. für gesundheitsbewusstes Verhalten. Auch sind nicht verschreibungspflichtige Medikamente selbst zu bezahlen und für verschiedene Leistungen, z. B. verschreibungspflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, in der Regel Zuzahlungen zu leisten. Die Tatsache, dass die Zuzahlungen wiederum von der Höhe des Einkommens abhängen und einzelne Individuen nicht über Gebühr belasten sollen, verleiht auch dem Subsidiaritätsprinzip Ausdruck.

Bedarfsdeckungsprinzip

In §71 Abs. 1 SGB V wird das Verhältnis zwischen Leistungen einerseits und der Finanzierung dieser andererseits beschrieben, der sogenannte Grundsatz der **Beitragssatzstabilität** lautet: *„Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).“*

Eine Ausnahme bildet die Pflegeversicherung. Im Rahmen der Pflegeversicherung sind Leistungen pauschaliert und damit unabhängig von dem individuellen Bedarf, sodass vielfach Zuzahlungen anfallen.

Sachleistungsprinzip

Leistungen im Gesundheitswesen erhalten Versicherte in Form von **Sachleistungen,** die Rechnung für diese Leistungen wird in der Regel direkt vom Kostenträger beglichen.

Versicherungspflicht

Seit dem 1. Januar 2009 gilt die allgemeine **Versicherungspflicht** in gesetzlicher oder privater Krankenversicherung. Versicherte können zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen mit Einschränkungen frei wählen. Jeder Antrag auf Aufnahme ist durch die Krankenversicherung zu bewilligen, sofern diese für die entsprechende Person(engruppe) geöffnet ist.

Selbstverwaltung

Die Selbstverwaltung ist, wie bereits beschrieben, zentraler Akteur und damit zugleich eines der wesentlichen Merkmale des Gesundheitswesens.

1.2.2 Die Sozialgesetzbücher als wesentliche Rechtsquellen

Eine wesentliche **(Rechts-)Grundlage** für das Gesundheitswesen spielen die *Sozialgesetzbücher*. ➢ Tab. 1.1 listet diese auf.

Für das Gesundheitswesen sind insbesondere das *Sozialgesetzbuch V* zur gesetzlichen Krankenversicherung und das *Sozialgesetzbuch XI* zur sozialen Pflegeversicherung relevant.

1.2.3 Gesetzliche Krankenversicherung als zentraler Akteur

Entstehung und Entwicklung

Wie zu Beginn des Kapitels dargestellt, lässt sich die **gesetzliche Krankenversicherung** – ausgehend von der Tatsache, dass auf diese mehr als 50 % der Ausgaben für Gesundheit und Pflege entfallen – als zentraler Akteur im Gesundheitswesen verstehen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist zugleich die älteste Sozialversicherung und wurde auf Initiative von Reichskanzler *Otto von Bismarck* 1883 im damaligen Parlament, dem Reichstag, verabschiedet. Kurze Zeit später gab es im damaligen deutschen Reich bereits eine große Zahl von mehr als 10.000 Krankenkassen, die in der Regel einzelnen Unternehmen zugeordnet waren und somit als Vorläufer der heutigen Betriebskrankenkassen zu verstehen sind. Der Schwerpunkt der Leistungen damals lag nicht auf der Finanzierung von medizinischer Behandlung, sondern auf der finanziellen Absicherung im Krankheitsfall.

Tab. 1.1 Überblick Sozialgesetzbücher.

Sozialgesetzbuch (SGB)	Inhalt
SGB I	Allgemeiner Teil
SGB II	Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Arbeitsförderung
SGB IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialhilfe

Betrachtet man die Eckdaten heute, so gibt es aktuell (2019) 109 gesetzliche Krankenkassen, in denen knapp 90 % der Bevölkerung versichert sind. ➢ Abb. 1.5 zeigt die Entwicklung der Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen seit 1970. Diese ist durch Fusionen, die insbesondere aus den stetig steigenden Auflagen für gesetzliche Krankenkassen resultieren, und damit verbunden durch das Ausscheiden bislang eigenständig auftretender, überwiegend kleinerer (Betriebs-)Krankenkassen geprägt.

Versicherte Personenkreise

Auch heute ist nicht jede gesetzliche Krankenversicherung für alle Personen geöffnet. Es gibt Krankenkassen, die lediglich in bestimmten Bundesländern vertreten sind, nur Angehörige bestimmter Berufsgruppen aufnehmen (z. B. nur Angehörige landwirtschaftlicher Betriebe) oder – im Fall von Betriebskrankenkassen – lediglich den Mitarbeitern und ehemaligen Mitarbeitern eines bestimmten Unternehmens und ihren Angehörigen offen stehen. Der verbleibende Teil der Bevölkerung, der nicht gesetzlich krankenversichert ist, ist entweder privat in einer von derzeit etwa 60 privaten Krankenversicherungen versichert, und/oder erhält – als Teil einer bestimmten Berufsgruppe, z. B. Beamte, Polizisten und Soldaten – Leistungen der Beihilfe oder freien Heilfürsorge, was bedeutet, dass der Staat anteilig oder vollständig die Kosten für die Gesundheitsversorgung trägt.

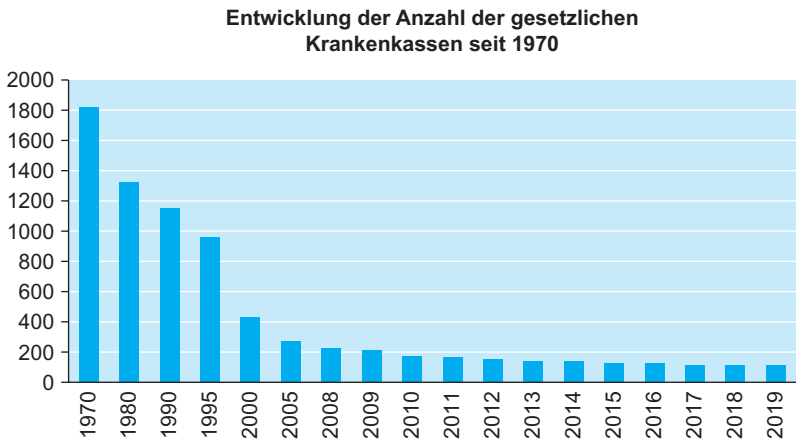

Abb. 1.5 Entwicklung der Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen seit 1970. (Datenbasis [6]) [W193, L231]

Die gesetzliche Krankenversicherung differenziert zwei Personenkreise:

- **Mitglieder** sind Personen, die aufgrund einer abhängigen Beschäftigung pflichtversichert oder freiwillig versichert sind und Beiträge zahlen.
- Der Kreis der **Versicherten** wiederum schließt auch weitere Personen ein, nämlich beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige.

Zunächst einmal ist, dem oben genannten **Grundsatz der Versicherungspflicht** entsprechend, jeder verpflichtet, krankenversichert zu sein. Bestimmte Personen können jedoch alternative Formen der Krankenversicherung (private Krankenversicherung) wählen oder sind, wie oben beschrieben, als Angehörige bestimmter Berufsgruppen anderweitig abgesichert. Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht somit nicht für

- Arbeitnehmer, deren Einkommen über der Pflichtversicherungsgrenze (2020: Jahreseinkommen 62.550 €) liegt,
- verschiedene Berufsgruppen, z. B. Beamte, aber auch Pensionäre, die Leistungen der Beihilfe und freien Heilfürsorge erhalten und
- Selbstständige.

Finanzierung

Der **Beitragssatz** zur gesetzlichen Krankenversicherung beträgt in 2020 bundesweit einheitlich 14,6 % (§241 SGB V) der beitragspflichtigen Einnahmen. Hinzu kommt ein Zusatzbeitrag, den jede gesetzliche Krankenkasse für ihre Mitglieder individuell festlegen kann. Im Durchschnitt über alle gesetzlichen Krankenkassen liegt dieser in 2020 bei 1,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen und ist damit im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 % angestiegen [2]. Beitragspflichtige Einnahme sind bei Arbeitnehmern das Arbeitseinkommen bis zur **Beitragsbemessungsgrenze**. Die Beitragsbemessungsgrenze gibt an, bis zu welcher Höhe des Jahreseinkommens Beiträge von diesem zu entrichten sind. In 2020 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze 56.250 €. Der bundeseinheitliche Beitragssatz ist – ebenso wie der krankenkassenindividuelle Zusatzbeitrag, dieser jedoch erst seit Beginn des Jahrs 2019 – hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu zahlen.

Wer ist nun Empfänger dieser Beitragszahlungen? Dieser Punkt ist von zentraler Bedeutung, denn er zeigt ein weiteres zentrales Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung auf, den sogenannten **Risikostrukturausgleich**. Würden die Beiträge unmittelbar an die jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen fließen, wären die Krankenkasse im Vorteil, die im Vergleich zu den anderen gesetzlichen Krankenkassen überwiegend gut verdienende, gesunde Versicherte hätten. Daher hat der Gesetzgeber zwei Ausgleichsmechanismen vorgesehen:

1. Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen werden **Einkommensunterschiede** in der jeweiligen Versichertenklientel der verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen vollständig ausgeglichen. Im Ergebnis ist es für eine gesetzliche Krankenkasse also weder Vor- noch Nachteil, viele gut oder schlecht verdienende Mitglieder zu haben. Dieser **Finanzausgleich** zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wurde im Jahr 1994 eingeführt.
2. Unterschiede in **Merkmalen,** die einen Einfluss auf die Leistungsausgaben haben, werden zu weiten Teilen ausgeglichen. Hier wird z. B. die Verteilung hinsichtlich des **Geschlechts** und **Alters** bei den Versicherten einer Krankenkasse berücksichtigt. So ist die Versorgung älterer Versicherter in der Regel mit höheren Leistungsausgaben verbunden. Dem Ausgleich der Verteilung der Geschlechter liegt die Erkenntnis zugrunde, dass sich die Leistungsausgaben für Männer und Frauen (auch unter Berücksichtigung weiterer hier genannter Faktoren) unterscheiden. Weiterhin wird ein Katalog von aktuell 80 Krankheiten berücksichtigt. Für die Versorgung von Versicherten, bei denen eine oder mehrere Krankheiten des Katalogs diagnostiziert wurden, erhält die gesetzliche Krankenkasse, bei der diese Person versichert ist, im Rahmen eines Ausgleichs mehr Finanzmittel als für eine Person, bei der eine solche oder andere Erkrankung aus dem Katalog nicht vorliegt. Der zuletzt beschriebene Mechanismus wird als **morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich** bezeichnet. Dieser wurde im Jahr 2009 eingeführt, um einer Risikoselektion zwischen gesetzlichen Krankenkassen hinsichtlich gesunder und kranker Personen zu begegnen.

Um diese Ausgleichsmechanismen umsetzen zu können, gibt es den sogenannten **Gesundheitsfond**. Zunächst fließen alle Beitragseinnahmen und auch weitere Einnahmen, z. B. der Steuerzuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung, in diesen Fond. Aus diesem heraus werden die Gelder dann je nach Versichertenstruktur an die einzelnen Krankenkassen weitergegeben. Der Betrag, den die einzelne gesetzliche Krankenkasse für einen Versicherten

erhält, ist somit wesentlich von Alter, Geschlecht und Morbidität dieser Person abhängig.

Hieraus resultiert, dass der **Wettbewerb** zwischen gesetzlichen Krankenkassen nicht zentral von dem Anreiz geprägt ist, möglichst viele gut verdienende, junge Versicherte zu gewinnen, sondern eben – ausgehend von den jeweiligen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond – die Versicherten möglichst so zu versorgen, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond auskömmlich sind. Auf diese Weise soll eine qualitativ gute Versorgung gefördert werden, da – so der gewünschte Anreiz – nur eine gute Versorgung in der mittleren und langen Frist auch eine wirtschaftliche Versorgung ermöglicht. Der Risikostrukturausgleich soll somit einen Wettbewerb um **Qualität und Wirtschaftlichkeit** der Versorgung zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen fördern.

1.3 Inhalte der Gesundheitspolitik

1.3.1 Überblick

➢ Tab. 1.2 listet zentrale **Gesetzgebungsvorhaben** des Bundes in der Gesundheitspolitik der vergangenen 18. und der aktuellen 19. Legislaturperiode (Oktober 2013 bis voraussichtlich Herbst 2021) auf. Sie bietet einen Überblick über ausgewählte gesundheitspolitische Themen und Festsetzungen in der jüngeren Vergangenheit.

Tab. 1.2 Ausgewählte gesundheitspolitische Gesetzgebung in der 18. und 19. Legislaturperiode. (Stand Dezember 2019; eigene Darstellung basierend auf [3; 4]).

Gesetz	Wesentliche Inhalte (Auswahl)
Inkrafttreten 1. Januar 2015: Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz* – GKV-FQWG)	• Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 % auf 14,6 % • Einführung der paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrags durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber • Stärkung der Selbstverwaltung durch Gründung des IQTIG (➢ 1.1.6) • Verbesserungen für Hebammen, unter anderem zur Abdeckung der steigenden Prämien für Haftpflichtversicherungen • Ausbau der Patientenberatung
Inkrafttreten 1. Januar 2015: Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (*Erstes Pflegestärkungsgesetz* – PSG I)	• Erhöhung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung • Flexibilisierung des Zugangs zu Leistungen
Inkrafttreten 25. Juli 2015: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (*Präventionsgesetz* – PrävG)	Förderung von Prävention in unterschiedlichen Settings
Inkrafttreten 8. Dezember 2015: Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (*Hospiz- und Palliativgesetz* – HPG)	• Stärkung der Palliativversorgung in der ambulant-ärztlichen Versorgung und in der ambulanten Pflege • Verbesserung der finanziellen Ausstattung für Hospize • Ausbau der ambulanten Hospizarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern • Etablierung erweiterter Beratungsangebote
Inkrafttreten 29. Dezember 2015: Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (*E-Health-Gesetz*)	• Einführung von Anreizen für die Nutzung digitaler Kommunikationsmittel • Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur • Förderung telemedizinischer Leistungen
Inkrafttreten 1. Januar 2016: Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (*Zweites Pflegestärkungsgesetz* – PSG II)	Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments, mit dem ein erweiterter Personenkreis, insbesondere auch Personen mit Demenzerkrankungen, leichter Zugang zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten
Inkrafttreten 1. Januar 2016: Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (*Krankenhausstrukturgesetz* – KHSG)	• Einführung grundsätzlicher Regelungen nach denen Qualität künftig eine stärkere Rolle in der Krankenhausfinanzierung spielen und mittels Zu- und Abschlägen bei der Krankenhausfinanzierung berücksichtigt werden soll • Förderung der Einstellung von Pflegepersonal: Neueinstellungen von Pflegepersonal oder Aufstockungen der vorhandenen Stellen werden – bis zu einer Obergrenze – zu 90 % refinanziert • Förderung der Krankenhaushygiene: Maßnahmen, die die Krankenhaushygiene fördern, werden umfassend finanziert • Verbesserung der DRG-Kalkulation: Verbesserung der Repräsentativität der Datengrundlage; Aufwertung der Personalkosten bei der DRG-Kalkulation, Abwertung der Sachkosten bei der DRG-Kalkulation
Inkrafttreten 1. Januar 2017: Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (*Drittes Pflegestärkungsgesetz* – PSG III)	• Stärkung der Pflegeberatung, vor allem in den Kommunen • Implementierung von Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug
Inkrafttreten 11. April 2017: Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (*Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz* – HHVG)	Verbesserung des Zugangs zu Heil- und Hilfsmitteln mit dem Ziel, Vorsorge und Rehabilitation stärker zu fördern

Tab. 1.2 Ausgewählte gesundheitspolitische Gesetzgebung in der 18. und 19. Legislaturperiode. (Stand Dezember 2019; eigene Darstellung basierend auf [3; 4]). *(Forts.)*

Gesetz	Wesentliche Inhalte (Auswahl)
Inkrafttreten zum 1. Januar 2019: Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Sozialgesetzbuchs – Beitragssatzanpassung	Erhöhung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung um 0,5 % auf 3,05 %
Inkrafttreten zum 1. Januar 2019: Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (*Pflegepersonal-Stärkungsgesetz* – PpSG)	• Vollständige Refinanzierung jeder neu geschaffenen Stelle für Pflegende in Krankenhäusern • Finanzierung von 13.000 neuen Stellen für Pflegende in stationären Altenpflegeeinrichtungen • Vollständige Refinanzierung von Tariferhöhungen • Änderung der Vergütung der Pflegepersonalkosten im Krankenhaus durch Herauslösung dieser aus dem DRG-System ab dem Jahr 2020 mit dem Ziel, die tatsächlichen Personalkosten der Pflege zu refinanzieren (➔ 2.4.5) • Erhöhung der Ausbildungsplätze durch verbesserte finanzielle Rahmenbedingungen • Bereitstellung von zusätzlichen Finanzmitteln zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegende • Bereitstellung von zusätzlichen Finanzmitteln zur betrieblichen Gesundheitsförderung • Ausweitung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen • Förderung der Digitalisierung in der ambulanten und stationären Pflege • Neufassung der Qualitätsprüfungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen
Inkrafttreten 19. Dezember 2019: Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (*Digitale-Versorgung-Gesetz* – DVG)	• Gesundheits-Apps auf Rezept werden möglich und können künftig von Ärzten verordnet werden, das Verfahren der Nutzenbewertung wird einfach gestaltet • Ausbau digitaler Netzwerke im Gesundheitswesen, vor allem auch indem Leistungserbringer verpflichtet werden oder Anreize erhalten, sich an die Telematik-Infrastruktur anzuschließen • Ausbau der Nutzung digitaler Dokumente: E-Rezept, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Arztbriefe und andere • Verpflichtung der Krankenversicherungen zu Maßnahmen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz • Ausweitung des Zugangs zu Abrechnungsdaten für Forschungszwecke
Inkrafttreten zum 1. Januar 2020: Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (*Pflegeberufereformgesetz* – PflBRefG)	Neuregelung der Ausbildung Pflegender durch Zusammenführung der bisherigen getrennten Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege in künftig eine Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann
Inkrafttreten zum 1. Januar 2020: Gesetz zur Errichtung des Implantateregisters Deutschland und zu weiteren Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuchs (*Implantateregister-Errichtungsgesetz* – EIRD)	Aufbau eines Registers, um zu dokumentieren, welche Patienten welches Implantat erhalten haben

In der Gesetzgebung werden sogenannte **Bestandsgesetze** von **Änderungsgesetzen** unterschieden.

DEFINITION

Bestandsgesetz

Gesetze, die **eigenständig Bestand** haben. Beispiele: Sozialgesetzbücher, Strafgesetzbuch.

DEFINITION

Änderungsgesetz

Ein **Änderungsgesetz** ändert Bestandsgesetze, hat aber selbst darüber hinaus nicht eigenständig Bestand.

In Gesetzgebungsverfahren kommt es vor, dass Inhalte noch kurzfristig Berücksichtigung finden sollen. Dies ist mitunter möglich, in dem die angestrebte Änderung in ein Änderungsgesetz aufgenommen wird, das sich bereits im Gesetzgebungsverfahren befindet. Die in ➔ Tab. 1.2 aufgelisteten Gesetze sind allesamt Änderungsgesetze, die Bestandsgesetze wie insbesondere das SGB V und das SGB XI ändern. In nachfolgendem Beispiel wird dies exemplarisch erläutert.

Das folgende Beispiele zeigt die Ausgestaltung einer aktuellen Regelung, die die Pflege im Krankenhaus in besonderer Weise betrifft: die Festschreibung von **Pflegepersonaluntergrenzen**.

Beispiel: Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus

Mit dem *Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten* (IfSMoG), das am 25. Juli 2017 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus eingeführt. Die Bezeichnung des Gesetzes mag irritieren. Dennoch sind die Pflegepersonaluntergrenzen mit genau diesem Gesetz eingeführt worden, da es sich als Änderungsgesetz gerade im Gesetzgebungsverfahren befand. Mit der Neuregelung haben die Selbstverwaltungspartner die Aufgabe erhalten, Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus auszugestalten. Konkret ändert dieses Gesetz dazu das

SGB V und hat den §137i (Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung) neu in das SGB V eingefügt. Die beteiligten Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung konnten sich jedoch nicht einigen, sodass das *Bundesministerium für Gesundheit* eine Regelung per Ersatzvornahme getroffen hat (➢ 1.1.6). Mit dem Ziel, zur Sicherstellung der Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus beizutragen, hat das *Bundesministerium für Gesundheit* am 5. Oktober 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 eine Rechtsverordnung erlassen. Demnach sind im Jahr 2019 zunächst für die Fachabteilungen Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt worden. Die Detailregelungen sind komplex, nachfolgend kann daher nur ein Überblick gegeben werden, der nicht vollständig aussagekräftig ist. Betroffene Fachabteilungen werden entweder anhand der Bezeichnungen dieser oder mittels sogenannter Indikator-DRGs identifiziert. Entsprechend gelten die Pflegepersonaluntergrenzen für eine Fachabteilung auch dann, wenn diese zwar einen anderen Namen trägt, jedoch ein entsprechendes Fallspektrum behandelt. Die Vorgaben unterscheiden sich je nachdem, ob es sich um Tag- (6:00 bis 22:00 Uhr) oder Nachtschicht (22:00 bis 6:00 Uhr) handelt. Die Einhaltung der Personaluntergrenzen ist auf Basis der Mitternachtsstatistik im Monatsdurchschnitt nachzuweisen. Zusätzlich ist die Anzahl der Schichten auszuweisen, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht erfüllt wurden. Personalverlagerungen aus anderen Bereichen sind unzulässig. Sofern die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten werden, wird ein Vergütungsabschlag fällig oder eine Verringerung der Fallzahl erforderlich.

Ab dem Jahr 2020 gelten für weitere Bereiche im Krankenhaus Pflegepersonaluntergrenzen. Die entsprechenden Regelungen hat das *Bundesministerium für Gesundheit* erneut per Ersatzvornahme getroffen, da sich die Gemeinsame Selbstverwaltung auch für 2020 nicht einigen konnte.

➢ Tab. 1.3 bietet einen Überblick über die festgesetzten Pflegepersonaluntergrenzen.

Tab. 1.3 Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus 2019. PPUG = Pflegepersonaluntergrenze; PHK = Pflegehilfskraft

Bereiche		Tag	Nacht
Intensivmedizin	PPUG PHK-Grenze	2,5:1 (ab 2021: 2:1) 8 %	3,5:1 (ab 2021: 3:1) 8 %
Geriatrie	PPUG PHK-Grenze	10:1 20 %	20:1 40 %
Unfallchirurgie	PPUG PHK-Grenze	10:1 10 %	20:1 15 %
Kardiologie	PPUG PHK-Grenze	12:1 10 %	24:1 15 %

1.3.2 Herausforderung demografischer Wandel

Die Mehrzahl der Sozialversicherungssysteme in Deutschland ist mit der Herausforderung konfrontiert, dass es sich im Grundsatz – trotz einer teilweisen Co-Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln – um **umlagefinanzierte Systeme** handelt. Das bedeutet, dass die heutigen Beitragszahler mit ihren Beiträgen keine Mittel ansparen, um ihre künftigen Leistungen zu finanzieren, sondern dass sie mit ihren Beiträgen die Leistungen der heutigen Leistungsempfänger finanzieren. Auch wenn Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung auch im Alter von Rentnern zu leisten sind, so entsteht dennoch folgende Situation: Im Berufsleben sind in der Regel die Beiträge hoch und die Leistungsausgaben gering, dieses Verhältnis dreht sich mit dem Alter um. Mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben sinken die Beitragszahlungen, mit zunehmendem Alter steigen jedoch die Leistungsausgaben.

Betrachtet man nun Prognosen für den demografischen Wandel, so zeigt auch ein mittleres Szenario, das bedeutet, dass eine mittlere Prognose für die Geburtenhäufigkeit, die Zuwanderung und die Lebenserwartung angenommen wird, der aktuellen 14. koordinierten **Bevölkerungsvorausberechnung** des *Statistischen Bundesamts* [9] eine deutliche Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung in den kommenden Jahren (➢ Abb. 1.6).

So ist erkennbar, dass im Vergleich der Prognose für das Jahr 2060 mit den Ist-Daten des Jahrs 2018 die Gruppe derjenigen, die 65 Jahre und älter sind, relativ um 36 % zunimmt. Auch in absoluten Zahlen betrachtet wächst diese Gruppe, von etwa 18 Millionen in 2018 auf etwa 23 Millionen Menschen in 2060. In Verbindung mit dem in diesem Szenario aufgezeigten Rückgang der Gesamtbevölkerung zeigt sich somit klar die **Alterung der Bevölkerung** in Deutschland.

Um aufzuzeigen, dass dies relevant ist, setzt ➢ Tab. 1.4 die **Krankenhaushäufigkeit nach Alter** in Beziehung zur Einwohnerzahl. Für 2017 zeigt die altersspezifische Fallzahl je 100.000 Einwohner sehr deutlich, dass die Krankenhaushäufigkeit mit dem Alter zunimmt.

Auffällig sind darüber hinaus die Werte in der letzten Spalte, die den Trend der **„Ambulantisierung“**, also die Verschiebung von zuvor stationär im Krankenhaus erbrachten Leistungen in den ambulanten Sektor, aufzeigen. Insbesondere für die künftig stark anwachsende Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen scheint aber weiterhin vielfach auf Basis der hier präsentierten statistischen Daten eine stationäre Behandlung erforderlich zu sein.

Im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung ist zu erwarten, dass die Entwicklung in der ambulanten und stationären

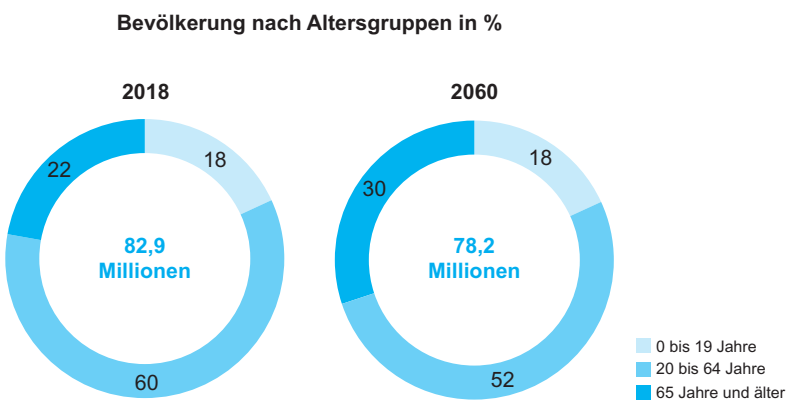

Abb. 1.6 Bevölkerung nach Altersgruppen in %. (Eigene Darstellung, Datenbasis [9]) [W193, L231]

Tab. 1.4 Krankenhaushäufigkeit nach Alter 2017. (Eigene Darstellung, Datenbasis [10])

Altersgruppe	Fallzahl je 100.000 Einwohner	Veränderung zu 2016
Unter 15 Jahre	16.488	– 2,2 %
15 bis unter 45 Jahre	14.373	– 2,7 %
45 bis unter 65 Jahre	20.398	– 1,0 %
Über 65 Jahre	49.855	– 0,2 %

Pflege und damit die soziale Pflegeversicherung weit überproportional von dem demografischen Wandel betroffen sein wird. Die Politik versucht zwar, mit dem Aufbau einer sogenannten **„Demografiereserve“,** also dem Ansparen von Finanzmitteln für künftige Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung, der beschriebenen Veränderung der Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben entgegenzuwirken. Die aktuelle Höhe der Mittel, die angespart werden, wird hierfür jedoch bei weitem nicht ausreichen. Mittelfristig ergibt sich somit ein Reformbedarf der Sozialversicherungssysteme, sofern sich die demografische Entwicklung der Bevölkerung nicht verändert. Eine Erhöhung der Demografiereserve wie auch die Einführung dieser für andere Sozialversicherungssysteme wird derzeit diskutiert. Ebenso wird über einen Systemwechsel nachgedacht, der beispielsweise eine Ausweitung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen oder die schrittweise Abkehr von einem umlagefinanzierten System bedeuten könnte.

Die obige Darstellung des demografischen Wandels fokussiert die Veränderung der zu erbringenden Leistungen. Der demografische Wandel bedeutet jedoch auch, vor allem in der bevorstehenden Dekade, dass zahlreiche Erwerbstätige aus dem Berufsleben ausscheiden. Der bereits präsente **Fachkräftemangel** (ausgewählte Daten finden sich in ➢ 2.3.3) wird sich somit voraussichtlich nochmals verschärfen.

VERWENDETE LITERATUR

[1] Blum K, Morton A, Offermanns M. Mangelnde Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. Das Krankenhaus, 2015; 107(12):1162–5.

[2] Bundesministerium für Gesundheit. Durchschnittlicher GKV-Zusatzbeitragssatz steigt im nächsten Jahr moderat. 2019. Aus: www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/4-quartal/gkv-zusatzbeitragssatz.html (letzter Zugriff: 26.2.2020).

[3] Bundesministerium für Gesundheit. Gesetze und Verordnungen der 18. Legislaturperiode. 2017. Aus: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-18-lp.html (letzter Zugriff: 4.4.2020).

[4] Bundesministerium für Gesundheit. Gesetze und Verordnungen – Aktuelle Vorhaben, Gesetze und Verordnungen der 19. Legislaturperiode. 2020. Aus: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen.html (letzter Zugriff: 4.4.2020).

[5] Gemeinsamer Bundesausschuss. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. Aus: www.g-ba.de/richtlinien/41/ (letzter Zugriff: 4.4.2020).

[6] GKV Spitzenverband. Die gesetzlichen Krankenkassen. 2019. Aus: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp (letzter Zugriff: 26.2.2020).

[7] Knieps F. Die Selbstverwaltung unter Druck – Anpassung oder Auszehrung im Spannungsfeld von staatlichen Übergriffen und wettbewerblichen Zwangslagen? In: Knieps F (Hrsg.). Gesundheitspolitik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017. S. 205–19.

[8] Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. 6. A. Bern: Hogrefe, 2017.

[9] Statistisches Bundesamt. Bevölkerung im Wandel – Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. 2019. Aus: www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?blob=publicationFile (letzter Zugriff: 26.2.2020).

[10] Statistisches Bundesamt. Krankenhäuser. 2019. Aus www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html (letzter Zugriff: 26.2.2020).

WEITERFÜHRENDE LITERATUR UND WEBADRESSE ZUM THEMA

AOK Bundesverband. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). 2019. Aus: www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/morbi-rsa/ (letzter Zugriff: 20.12.2019).

Macherey K. Akteure und ihre Aufgaben. In: Knieps F (Hrsg.). Gesundheitspolitik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017. S. 17–32.

KAPITEL

2 Gesundheitsökonomie

Michael Wittland

2.1 Ökonomisches Prinzip 16
2.1.1 Maximalprinzip 16
2.1.2 Minimalprinzip 16
2.1.3 Extremumprinzip 16

2.2 Ökonomie im Gesundheitswesen 17
2.2.1 Perspektive der Makro- und Mikroökonomie . . . 17
2.2.2 Der Begriff Gesundheitsökonomie 17
2.2.3 Die sozialrechtliche Perspektive 18

2.3 Output und Input im Gesundheitswesen . . . 19
2.3.1 Gesundheitsausgaben in Deutschland 19
2.3.2 Krankenhäuser in Deutschland 21
2.3.3 Stationäre und ambulante Pflege in Deutschland 24

2.4 Anreizwirkungen einzelner Vergütungssysteme 26
2.4.1 Kostenerstattung 26
2.4.2 Budget 26
2.4.3 Fallpauschalen 26
2.4.4 Einzelleistungsvergütung 27
2.4.5 Mischformen 27

2.5 Aktuelle Reformansätze im Gesundheitswesen 28
2.5.1 Integrierte/Besondere Versorgung 28
2.5.2 Disease-Management-Programme 29
2.5.3 Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern 29
2.5.4 Weitere Modelle 29

2.6 Gesundheitsökonomie versus Pflegemanagement 29

2

Ziele des Kapitels

- Das Ökonomische Prinzip und seine Bedeutung für das Gesundheitswesen verstehen
- Einblick in makro- und mikroökonomische Ansätze erhalten und ein Verständnis für den Begriff der Gesundheitsökonomie entwickeln
- Grundverständnis der sozialrechtlichen Dimension des Spannungsfelds zwischen Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erreichen
- Zentrale Größen von Output und Input im deutschen Gesundheitswesen kennen und vergleichen können
- Möglichkeiten zur Ausgestaltung von Vergütungssystemen und ihre Anreize kritisch reflektieren
- Einblick in ausgewählte Reformansätze zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit erhalten
- Ökonomische Denk- und Entscheidungsmuster reflektieren und ihre Implikationen für die Pflege und das Pflegemanagement erkennen

2.1 Ökonomisches Prinzip

Was ist Ökonomie? Das sogenannte **Ökonomische Prinzip** – auch als **Wirtschaftlichkeitsgebot** bezeichnet – vermittelt ein gutes Grundverständnis davon, was Ökonomie bedeutet. Das Ökonomische Prinzip geht davon aus, dass die Bedürfnisse, nach deren Erfüllung wir streben, nahezu unbegrenzt sind. Die Mittel wiederum, die uns zur Befriedigung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehen, sind begrenzt. Ausgehend von diesen Annahmen ergibt sich die Notwendigkeit, wirtschaftlich zu handeln, die begrenzten Ressourcen also so einzusetzen, dass sich möglichst viele Bedürfnisse erfüllen lassen.

Betrachtet man Prozesse der Güter- oder Dienstleistungsproduktion, so werden in der Regel die Begriffe **Input** und **Output** verwendet.

DEFINITION

Input und Output

Inputgüter beschreiben die Ressourcen, die in einen Produktionsprozess einfließen, also z. B. Mitarbeiter, Finanzmittel und Material. Im Rahmen des Produktionsprozesses von Gütern oder Dienstleistungen werden diese Inputgüter nun kombiniert, sodass ein **Output** entsteht, also ein Produkt hergestellt oder eine Dienstleistung erbracht wird.

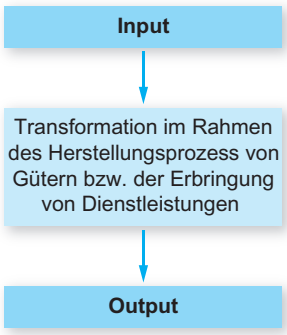

Abb. 2.1 Prozess der Güter- und Dienstleistungsproduktion [P639, L231].

➢ Abb. 2.1 veranschaulicht diesen grundsätzlichen Zusammenhang.

Die drei folgenden Prinzipien konkretisieren das Ökonomische Prinzip bzw. das Wirtschaftlichkeitsgebot.

2.1.1 Maximalprinzip

Das **Maximalprinzip** beschreibt das Handeln im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots, das zum Ziel hat, mit einem gegebenen Input bzw. Mitteleinsatz einen größtmöglichen Output zu erreichen oder, anders gesprochen, mit gegebenen Ressourcen möglichst viele Bedürfnisse zu befriedigen. Dies lässt sich weiter differenzieren in eine mengenmäßige, wertmäßige oder kombinierte Betrachtung.

- **Mengenmäßige Betrachtung:** Mit einer gegebenen Inputmenge soll eine möglichst große Outputmenge produziert werden.
- **Wertmäßige Betrachtung:** Mit einem gegebenen Geldbetrag soll ein möglichst hoher finanzieller Ertrag erzielt werden.
- **Kombinierte Betrachtung:** Es werden sowohl Mengen- als auch Wertgrößen betrachtet; Input und Output haben somit eine verschiedene Dimension. Das folgende Beispiel verdeutlicht die kombinierte Betrachtung, bei der mit vorgegebenem, wertmäßigem Input (2 €) ein hinsichtlich der Menge maximaler Output (möglichst viele Eiskugeln) erreicht werden soll.

Beispiel: Maximalprinzip

Pauline möchte sich mit 2 € möglichst viele Eiskugeln kaufen.

2.1.2 Minimalprinzip

Im Gegensatz zum Maximalprinzip geht das **Minimalprinzip** von einem vorgegebenen Output aus. Um diesen zu erreichen, soll möglichst geringer Input aufgewendet werden. Auch hier kann weiter differenziert werden:

- **Mengenmäßige Betrachtung:** Eine vorgegebene Outputmenge soll mit einer möglichst geringen Inputmenge produziert werden.
- **Wertmäßige Betrachtung:** Ein gegebener finanzieller Ertrag soll mit möglichst geringem Kapitaleinsatz erreicht werden.
- **Kombinierte Betrachtung:** Es werden sowohl Mengen- als auch Wertgrößen betrachtet; Input und Output haben somit eine verschiedene Dimension. Das nachfolgende Beispiel verdeutlicht die kombinierte Betrachtung, bei der ein vorgegebener Output, ausgedrückt als Menge (drei Eiskugeln) mit einem möglichst geringen wertmäßigen Input (möglichst wenig Geld) erreicht werden soll.

Beispiel: Minimalprinzip

Pauline möchte mit möglichst wenig Geld drei Eiskugeln kaufen.

2.1.3 Extremumprinzip

Im Gegensatz zum Maximal- und Minimalprinzip wird im **Extremumprinzip** das Verhältnis von Input und Output, ausgehend von vorgegebenen Alternativen, abgewogen. Auch hier können Mengen- und Wertgrößen ausschließlich oder kombiniert betrachtet werden.

Beispiel: Extremumprinzip

Pauline hat die Wahl, sie kann sich für 2 € zwei Kugeln Eis oder für 5 € drei Kugeln Eis kaufen. Das Extremumprinzip in dieser Situation anzuwenden, würde bedeuten, dass – unter der Annahme, dass die Eiskugeln von vergleichbarer Qualität und Größe sind – das Angebot, für 2 € zwei Eiskugeln zu erwerben, dem Angebot, für 5 € drei Eiskugeln zu erhalten, vorzuziehen wäre. Denn im ersten Fall wäre das Verhältnis zwischen Input und Output vorteilhafter.

Hintergrund dieses Prinzips ist, dass Entscheidungen vielfach nicht beliebig skalierbar sind, sondern beispielsweise der Input immer nur in gewissen Stufen erhöht werden kann. Somit stellt sich die Frage, ob beispielsweise eine Erweiterung von Kapazitäten wirtschaftlich ist, wenn durch eine Kapazitätserweiterung zwar zusätzliche Nachfrage bedient werden kann, aber ebenso ungenutzte Kapazitäten in nicht unerheblichem Ausmaß entstehen.

2.2 Ökonomie im Gesundheitswesen

Wie wird nun die Ökonomie auf das **Gesundheitswesen** übertragen? In den Wirtschaftswissenschaften wird die Ökonomie üblicherweise in zwei Betrachtungsebenen differenziert:

- Makroebene
- Mikroebene

2.2.1 Perspektive der Makro- und Mikroökonomie

Auf der Makroebene bzw. im Rahmen der **Makroökonomie** wird eine übergeordnete Perspektive eingenommen; Systeme und Ansätze zur Gestaltung dieser Systeme werden betrachtet. So besteht ein Interesse daran, das Gesundheitssystem in einem Staat möglichst wirtschaftlich zu gestalten. Dem Bedürfnis einer bestmöglichen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung steht die Notwendigkeit gegenüber, die erforderlichen Ressourcen für eine solche Versorgung auch aufzubringen. Ebenso besteht ein Interesse daran, dass beispielsweise Versicherungsbeiträge und Steuern, die zur Finanzierung des Gesundheitswesens in einem Staat dienen, in einem gewissen Rahmen bleiben. Typische Fragestellungen auf solch einer übergeordneten Ebene adressieren z. B. das Verhältnis zwischen Ressourcen auf der einen Seite, die ein Staat für das Gesundheitswesen einsetzt, und der Gesundheit der Bevölkerung auf der anderen Seite, die in einem gewissen Zusammenhang zu den eingesetzten Ressourcen steht. Abstrakt formuliert stellt sich somit auch hier die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Input einerseits und Output andererseits. Es liegt auf der Hand, dass hier ein Interesse an einem möglichst vorteilhaften Verhältnis besteht.

Auf der Mikroebene bzw. im Rahmen der **Mikroökonomie** wird das Verhalten einzelner Akteure in den Blick genommen. Auch hier stellt sich die Frage nach dem Verhältnis von Input und Output. Konkrete Fragen lauten z. B.:

- Fördert die Inanspruchnahme von Leistungen (Input) die Gesundheit (Output)?
- Wie sind Leistungen zu gestalten, damit sie in Anspruch genommen werden?
- Welche Anreize sind mit der Ausgestaltung von Vergütungssystemen verbunden?

Hieraus lassen sich dann Implikationen, z. B. für Leistungen, die ein Gesundheitswesen oder konkret die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland finanzieren sollte, ableiten. Aber auch für die Gestaltung von Präventionsprogrammen oder für Vergütungssysteme für einzelne Leistungserbringer lassen sich Implikationen ableiten. Diesem Vorgehen liegen Annahmen über Verhaltensprämissen einzelner Akteure zugrunde. Eine typische mikroökonomische Fragestellung adressiert somit die Bereitstellung der „richtigen" Leistungen durch einzelne Leistungserbringer.

Beispiel: Krankenhaus

Wie ist ein Vergütungssystem zu gestalten, sodass ein Krankenhaus die erforderlichen Leistungen in einer gebotenen Qualität unter Beachtung des Ökonomischen Prinzips erbringt? Anders formuliert lautet die Frage, wie sich in Bezug auf ein Krankenhaus durch die Gestaltung eines Vergütungssystems Über-, Unter- und Fehlversorgung verhindern und zugleich ein möglichst vorteilhaftes Verhältnis zwischen Input und Output erreichen lässt.

2.2.2 Der Begriff Gesundheitsökonomie

Das Ökonomische Gebot sowie die Perspektiven der Makro- und Mikroökonomie fließen auch in **Definitionen** des Begriffs Gesundheitsökonomie ein.

Breyer, Zweifel und *Kifman* [1] beispielsweise differenzieren in ihrer Begriffsbestimmung zwischen verschiedenen Perspektiven und betrachten zunächst eine **Ökonomik der Gesundheit**. Diese fokussiert die individuelle Ebene, also die Nachfrage einer einzelnen Person nach Gesundheitsleistungen. Die Ökonomik der Gesundheit geht zunächst grundsätzlich davon aus, dass ein positiver Zusammenhang besteht zwischen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Gesundheit des Individuums. Die Wirkung von Gesundheitsleistungen tritt dabei zumeist verzögert ein. Zudem nimmt die Ökonomik der Gesundheit an, dass mit einer Abnahme des Gesundheitszustands die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigt. Zusammenfassend fragt diese erste Perspektive also nach dem Zusammenhang zwischen Gesundheitsleistungen und Gesundheit. Verschiedene Zusammenhänge spielen hier eine Rolle. So liegt beispielsweise auf den ersten Blick die Annahme nah, dass der Konsum von Gesundheitsleistungen der Gesundheit förderlich ist. Auf den zweiten Blick wird jedoch klar, dass dieser Zusammenhang komplexer ist: Mehr Arzneimitteltherapie oder auch mehr radiologische Diagnostik bedeuten nicht notwendigerweise eine bessere Gesundheit.

Ein weiterer Zusammenhang besteht zwischen der Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen und der Gesundheit. Insgesamt eher gesunde Personen ziehen möglicherweise andere Konsumalternativen dem Konsum präventiver Gesundheitsleistungen vor. Verhältnismäßig kranke Menschen hingegen sind übermäßig bereit, Gesundheitsleistungen zu konsumieren.

Die zweite Perspektive, die *Breyer, Zweifel* und *Kifman* [1] betrachten, ist die **Ökonomik des Gesundheitswesens**. Diese thematisiert vor allem Aspekte der Leistungsvergütung und damit der Krankenversicherung. Konkret geht es somit z. B. um oben bereits skizzierte Fragen nach der Ausgestaltung von Vergütungssystemen, um Anreize für Leistungserbringer zu bestimmten Verhaltensweisen zu setzen.

Eine weitere Definition zum Begriff Gesundheitsökonomie findet sich bei *Furmaniak* und *Brunner* [5]. Auch wenn hier der Begriff Medizin im Vordergrund steht, so sind ebenso andere Gesundheitsberufe eingeschlossen.

DEFINITION

Gesundheitsökonomie

„Die *Gesundheitsökonomie (Gesundheitsökonomik) verbindet Medizin und Wirtschaftswissenschaften. Ihre Methoden sind quantitative, vergleichende Studien zu Nutzen und Kosten medizinischer Maßnahmen mit dem Ziel, ökonomisch günstigere, qualitativ gleichwertige oder bessere Versorgungsalternativen aufzuzeigen*" [5, S. 22].

DEFINITION

Gesundheitsökonomie

Wernitz und *Pelz* formulieren wie folgt: „*Gesundheitsökonomie ist das Anwenden von wirtschaftlichen Prinzipien in Einrichtungen des Gesundheitswesens*" [18, S. 25].

In der Gesamtbetrachtung lässt sich die Gesundheitsökonomie somit verstehen als eine Disziplin, die versucht, Erklärungs- und Handlungsansätze für ökonomisches Verhalten im Gesundheitswesen zu ergründen. Gleichzeitig verdeutlichen die unterschiedlichen Begriffsklärungen und Definitionen jedoch auch unterschiedliche Nuancen in der Verwendung des Begriffs Gesundheitsökonomie. Während *Breyer, Zweifel* und *Kifmann* [1] eine sehr differenzierte, aus den Wirtschaftswissenschaften abgeleitete Einordnung bieten, lässt sich aus der Definition von *Furmaniak* und *Brunner* [5] insbesondere ein methodischer Ansatz ableiten.

Methodische Ansätze gesundheitsökonomischer Bewertungen

Die folgenden, ausgewählten methodischen Ansätze gesundheitsökonomischer Bewertungen basierend auf *Brunner* und *Stollenwerk* [2].

Krankheitskosten-Analyse

Krankheitskosten-Analysen dienen dazu, möglichst alle Kosten, die mit einzelnen Erkrankungen verbunden sind, zu ermitteln. Diese Methode dient also dazu, Kostentransparenz in Bezug auf einzelne Krankheiten zu erreichen und z. B. Entscheidungsgrundlagen für die Zuweisung von Ressourcen, Präventionsansätze usw. zu schaffen.

Kosten-Nutzen-Diagramm

Kosten-Nutzen-Diagramme erfüllen den Zweck, einen alternativen, neuen Therapieansatz hinsichtlich Kosten und Nutzen mit der bisherigen Standardtherapie zu vergleichen. Sie können somit z. B. als Entscheidungsgrundlage für die Aufnahme medizinischer Innovationen in die Leistungskataloge von Krankenkassen dienen.

Kosten-Effektivitäts-Analyse

Die Metho **Kosten-Effektivitäts-Analyse** ermöglicht den Vergleich unterschiedlicher Behandlungsansätze hinsichtlich Kosten und Nutzen, indem sie die ökonomische Größe der Kosten in Bezug zu einem Nutzwert, der beispielsweise den Behandlungserfolg beschreibt, setzt.

de der

Kosten-Nutzwert-Analyse

Die **Kosten-Nutzwert-Analyse** betrachtet aus individueller Perspektive den Gewinn oder Verlust eines Individuums durch bestimmte Behandlungen. Somit können z. B. Interventionen hinsichtlich sogenannter QALYs (quality-adjusted life years, bewerten ein Lebensjahr unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands) bewertet werden und es kann eine Aussage darüber getroffen werden, wie Ressourcen besonders nutzenstiftend eingesetzt werden können.

2.2.3 Die sozialrechtliche Perspektive

Grundlegende Aussagen zu Input und Output im Gesundheitswesen und damit zum zentralen Zusammenhang, den die Gesundheitsökonomie betrachtet, finden sich auch im **fünften Sozialgesetzbuch** (SGB V, ➔ 1.2.3), welches das deutsche Gesundheitswesen wesentlich bestimmt. Einerseits finden sich hier zentrale Aussagen zum Output. So werden im SGB V vielfältige Leistungen und Leistungserbringer (im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) näher beschrieben.

Leistungen

§2 des SGB V definiert abstrakt die **Leistungen** der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier heißt es in Abs. 1: „… *Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.*" Hieraus lässt sich die Forderung ableiten, dass der Output bzw. Gesundheitsleistungen einer fachlich gebotenen **Qualität** genügen und den **medizinischen Fortschritt** abbilden müssen. Andererseits finden sich jedoch auch Anforderungen an den Input bzw. in Bezug auf das Verhältnis zwischen Input und Output im SGB V, nämlich in §12, wobei auch bereits §2 darauf verweist. In §12, dem sogenannten **Wirtschaftlichkeitsgebot,** heißt es in Abs. 1 wie folgt: „*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.*" Diese Formulierung erinnert sehr an das beschriebene Ökonomische Prinzip bzw. das Minimalprinzip. Dieses fordert, dass ein gegebener Output mit einem möglichst minimalen Input zu erreichen ist. Konkret lässt sich hieraus z. B. ableiten, was unter einer sekundären Fehlbelegung im Krankenhaus verstanden wird. Demnach darf, ausgehend von §12 SGB V, die Verweildauer die zur Behandlung/Erreichung der Gesundung notwendige Verweildauer nicht überschreiten. Darüber hinaus bildet dieser Grundsatz auch eine mögliche Argumentationsgrundlage für einrichtungsübergreifende Vergleiche, z. B. in Bezug auf die Personalausstattung. Erreichen etwa zwei Einrichtungen den gleichen Output mit einem unterschiedlichen Input, also z. B. mit unterschiedlicher Personalausstattung, so stellt sich ausgehend von dieser Prämisse die Frage, inwieweit die

gesetzliche Krankenversicherung überhaupt einen höheren Personalschlüssel in einer dieser beiden Einrichtungen finanzieren dürfte. Wenngleich dieses Beispiel konstruiert wirken mag, so ist die skizzierte Vergleichslogik dennoch Bestandteil vieler Vergütungsverhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.

Verpflichtung der Akteure

Die Akteure im Gesundheitswesen sind demnach – zumindest in gewisser Weise – dem Minimalprinzip und damit **dem Ökonomischen Prinzip verpflichtet.** Dabei ist auch eine Anforderung an den Output definiert. §70 des SGB V beschäftigt sich mit „*Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit*“:

„(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.“

MERKE

Bereits im Sozialrecht ist das Spannungsfeld zwischen Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zentral festgeschrieben.

2.3 Output und Input im Gesundheitswesen

Output und **Input** stellen zentrale Größen im Gesundheitswesen dar. Doch wie lässt sich der Output im Gesundheitswesen messen? Der Output eines Krankenhauses beispielsweise besteht zum einen in der Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten und zum anderen in der Bereithaltung von Kapazitäten um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bedienen zu können. Besonders der Gesundheitszustand ist jedoch nur schwer operationalisierbar und lässt sich nur teilweise dem Krankenhaus zurechnen [1]. Ob ein Patient das Krankenhaus mit einem verbesserten Gesundheitszustand verlässt, hängt nämlich in der Regel auch von einer Reihe von Faktoren ab, die das Krankenhaus nur bedingt beeinflussen kann. Beispiele hierfür sind:

- Der **Gesundheitszustand** des Patienten **bei der Aufnahme** in das Krankenhaus und etwaige Nebenerkrankungen beeinflussen die Erreichung des Behandlungsziels. Der Behandlungserfolg ist somit immer individuell für jeden Patienten zu bewerten.
- Die **Mitwirkung des Patienten** beeinflusst den Behandlungserfolg und ist charakteristisch für die Leistungserbringung im Krankenhaus und im gesamten Gesundheitswesen. So hat eine medikamentöse Therapie in der Regel nur dann Erfolg, wenn die Medikamente auch regelmäßig eingenommen werden. Auch setzt eine gelingende Behandlung vielfach eine möglichst vollständige Informationsbasis voraus; der Patient kann jedoch – bewusst oder unabsichtlich – wichtige Informationen für sich behalten.
- Patienten verlassen das Krankenhaus teilweise vermeintlich weniger gesund, als sie aufgenommen wurden, wenn sich der Erfolg einer Behandlung möglicherweise erst Tage, Wochen oder Jahre später zeigt, die **Belastungen einer Operation** aber beispielsweise unmittelbar wirken.

In der Praxis führt dies dazu, dass der Output vielfach mit Hilfsgrößen gemessen wird, die zwar die Leistungen eines Leistungserbringers im Gesundheitswesen quantifizieren, vielfach aber keine Aussage zur Qualität der Leistungserbringung zulassen. Folgende Optionen, um den Output zu operationalisieren, sind dennoch weit verbreitet:

- Anzahl der Patienten, Behandlungsfälle, Bewohner usw., eventuell differenziert nach Krankheitsarten oder Pflegebedürftigkeit.
- Anzahl der Pflegetage, eventuell differenziert nach Pflegeintensität.
- Erbrachte Einzelleistungen, beispielsweise durchgeführte Pflegeleistungen, Prozeduren usw.
- Eingesetzte Produktionsfaktoren (➢ 10.1), beispielsweise Arbeitszeit der Mitarbeiter, aufgestellte Betten, Pflegeplätze usw. Bei dieser Option erfolgt eine Betrachtung des Outputs anhand des zur Verfügung stehenden Inputs unter der zugrundeliegenden Annahme, dass der Einsatz von mehr Ressourcen zu mehr Leistungen/einem höheren Output führt.
- Vorhandene Versorgungssicherheit, beispielsweise Erreichbarkeit.

Diese methodische Herausforderung zeigt sich nicht zuletzt auch daran, dass z. B. das Verfahren zur Bewertung der Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen jüngst reformiert wurde, da es dem vorherigen Ansatz an einer hinreichenden Möglichkeit der Differenzierung mangelte. Als weiteres Beispiel gelingt auch die Umsetzung einer stärkeren Qualitätsorientierung in der Krankenhausvergütung bisweilen nicht überzeugend. Diskutiert werden diese Herausforderungen beispielsweise von *Simon* [13] und *Metzinger* [8].

Das Statistische Bundesamt erhebt für viele Bereiche des Gesundheitswesens umfassende statistische Daten und bereitet sie auf. Zentrale, hier genutzte Quellen sind die **Gesundheitsausgabenrechnung,** die **Krankenhausstatistik** und die **Pflegestatistik**. Darüber hinaus werden **Daten der OECD** (Organisation for Economic Co-operation and Development) genutzt, um die Gesundheitsausgaben in Deutschland mit denen anderer Länder zu vergleichen. Die OECD ist ein Zusammenschluss von derzeit 36 Staaten und verfolgt das Ziel, Empfehlungen für die Politik zu entwickeln, um die Lebensbedingungen der Menschen in den Mitgliedsländern in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht zu verbessern [9]. Zu diesem Zweck werden auch Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitssystem und zu für die Gesundheit eingesetzten Ressourcen in den Mitgliedsländern und in weiteren, assoziierten Ländern, z. B. China und Indien, erhoben und verglichen.

2.3.1 Gesundheitsausgaben in Deutschland

2017 haben die **Gesundheitsausgaben** in Deutschland nach Berechnungen des Statistischen Bundesamts [16] erstmals die Grenze von **1 Mrd. € pro Tag** überschritten. In 2017 wurden insgesamt 376 Mrd. € für Gesundheit und Pflege ausgegeben (alle Werte sind kaufmännisch gerundet). Pro Kopf ergeben sich somit Gesamtausgaben in Höhe von 4.544 €. Der größte Geldbetrag fließt

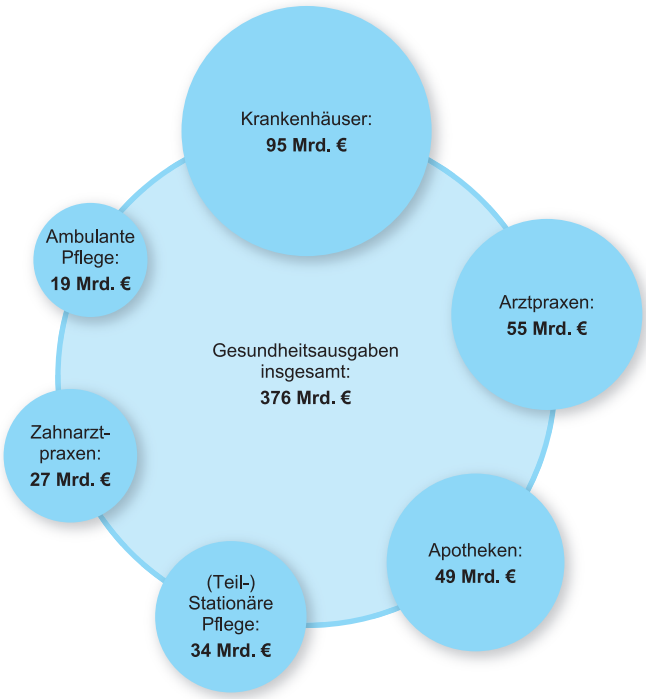

Abb. 2.2 Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen im Jahr 2017 in Mrd. €. Weitere Kosten entstanden z. B. in den Bereichen Gesundheitshandwerk/-einzelhandel, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Rettungsdienste, Gesundheitsschutz und Verwaltung. (Eigene Darstellung; Datenbasis: [16] [L231, W193])

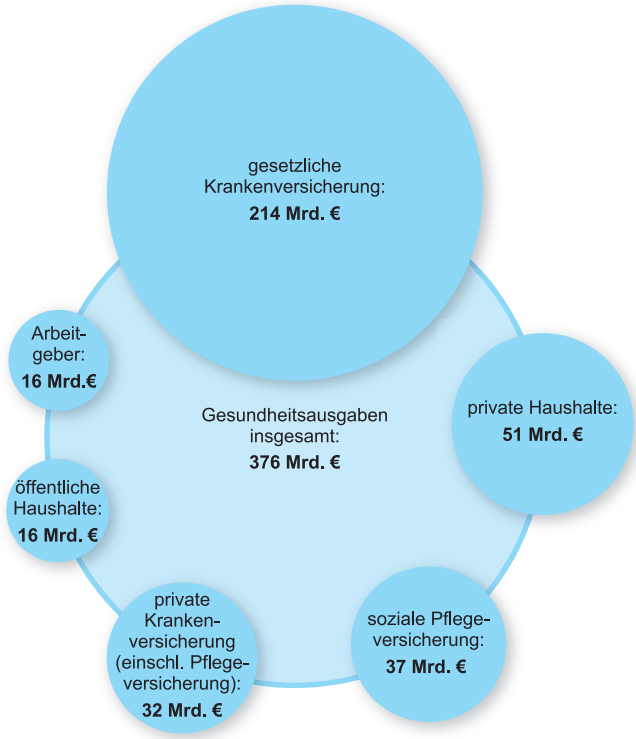

Abb. 2.3 Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern im Jahr 2017 in Mrd. €. (Eigene Darstellung; Datenbasis: [16] [L231, W266])

dabei an Krankenhäuser, diese haben in 2017 95 Mrd. € und zusätzlich weitere 6 Mrd. € für Investitionen erhalten und stellen damit die größte Ausgabenposition im deutschen Gesundheitswesen dar. An zweiter Stelle folgen Arztpraxen mit einem Ausgabenvolumen von 55 Mrd. €. Die Ausgaben für Medikamente usw. an Apotheken betrugen 49 Mrd. €. Auf ambulante und (teil-)stationäre Pflege entfielen in Summe 53 Mrd. €. ➢ Abb. 2.2 veranschaulicht die Gesamtausgaben und die Ausgaben für die sechs Bereiche, auf die die höchsten Ausgaben entfielen.

Kostenträger

Betrachtet man die Finanzierungsseite, so trägt die gesetzliche Krankenversicherung (ohne gesetzliche Pflegeversicherung) mit 214 Mrd. € in 2017 den Hauptteil dieser Ausgaben, gefolgt von den privaten Haushalten, auf die 51 Mrd. € entfallen. Ein weiterer bedeutender Ausgabenträger ist die private Krankenversicherung einschließlich der privaten Pflege-Pflichtversicherung mit einem Ausgabenvolumen von 32 Mrd. €. Der Zuschuss aus öffentlichen Haushalten, also vor allem aus Steuermitteln, lag im Jahr 2017 bei 16 Mrd. €. ➢ Abb. 2.3 bietet einen Überblick über die Gesamtausgaben und die sechs **Kostenträger,** die die größten Ausgabenanteile tragen.

Gesamtwirtschaftliche Betrachtung

In Deutschland wurden damit im Jahr 2017 **11,5 % des Bruttoinlandsprodukts,** also des Werts aller in Deutschland im Jahr 2017 produzierten Güter und Dienstleistungen, für Gesundheit ausgegeben. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland damit verhältnismäßig hoch und über dem Durchschnitt der OECD-Länder, der 2017 8,8 % betrug (➢ Tab. 2.1). Lediglich die Schweiz und die USA wenden einen höheren Anteil des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsausgaben auf [10].

Tab. 2.1 Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt am Beispiel einiger OECD- und weiterer Länder sowie des OECD-Durchschnitts in %. (Datenbasis: [10])

Land	Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in %
USA	16,9
Schweiz	12,2
Deutschland	11,2
Schweden	11,0
Dänemark	10,5
Österreich	10,3
Niederlande	9,9
Großbritannien	9,8
Australien	9,3
Spanien	8,9
Italien	8,8
OECD-Durchschnitt	8,8
Südkorea	8,1
Irland	7,1
Russland	5,3
China	5,0
Indien	3,6
Indonesien	3,1

Pflegemanagement Heute

Pflegemanagement Heute begleitet angehende Stations-, Bereichs-, Pflegedienst- oder Heimleitungen in der Weiterbildung bzw. in Pflege- und Gesundheitsmanagement -Studiengängen und steht ihnen auch anschließend beratend zur Seite.

Strukturiert und leicht verständlich mit praxisnahen Beispielen erklärt Ihnen dieses Buch alle für das mittlere Pflegemanagement praxis- und prüfungsrelevanten Themenbereiche.

Neu in der 3. Auflage:

- Berücksichtigung des neuen Pflegeberufegesetzes
- Wissenswertes rund um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und neue Aufgaben des Medizinischen Dienstes
- Grundlegende Informationen zum Thema Pflegekammern
- Aktuelle Neuerungen in der Gesundheitspolitik
- Integration und Einarbeitung ausländischer Pflegefachpersonen
- Online-Kommunikation im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit
- Neue gesetzliche Regelungen zur Patientenverfügung
- Aktualisierte Inhalte zur Sterbehilfe sowie zu ethischen Fallbesprechungen

Herausgeber / Autoren

Jutta Freund ist Krankenschwester, Dipl.-Pädagogin mit dem Schwerpunkt Erwachsenenbildung und Supervisorin (IACC). Sie studierte von 1983 bis 1985 Arbeitswissenschaften und absolvierte eine Ausbildung zur Psychodramaleiterin (DAGG, DGP). 1990 gründete Jutta Freund gemeinsam mit Gabriele Overlander in Hannover das Institut „Freund und Overlander" für Personalentwicklung, Fortbildung und Supervision. Themenschwerpunkte von Jutta Freund sind: Training von Führungskräften, Personalentwicklung, Supervision, Coaching, Teamentwicklung, Fortbildung, Mediation sowie Gendertraining.

Gabriele Overlander ist Krankenschwester, Sozialpsychologin M.A., Supervisorin (IACC) sowie Psychodrama-Therapeutin (DAGG, DFP). Seit 1990 leitet sie gemeinsam mit Jutta Freund das Institut „Freund und Overlander" für Personalentwicklung, Fortbildung und Supervision in Hannover. Als Lehrbeauftragte ist Gabriele Overlander an der Evangelischen Hochschule Darmstadt (EHD) sowie an der Fachhochschule Hannover tätig; ihre Themenschwerpunkte sind: Entwicklung von Führungskräften, Personalentwicklung, Supervision, Coaching, Beratung, Teamentwicklung, Fortbildung, Arbeitsbelastung/Gefühlsarbeit und Motivation.

Pflegemanagement Heute
Freund, J. / Overlander, G.
3. Aufl. 2020. 432 S., geb.
ISBN 978-3-437- 27852-5