

Das Gesundheitssystem in Deutschland

Michael Simon

Eine Einführung in
Struktur und Funktionsweise

7., überarbeitete und erweiterte Auflage

 hogrefe

Das Gesundheitssystem in Deutschland

Das Gesundheitssystem in Deutschland

Michael Simon

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip, Bielefeld; Milo Puhan, Zürich; Doris Schaeffer, Bielefeld

Michael Simon

Das Gesundheitssystem in Deutschland

Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise

7., überarbeitete und erweiterte Auflage



Prof. Dr. Michael Simon

Hochschule Hannover
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover
Deutschland
E-Mail: michael.simon@hs-hannover.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheit
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea
Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald/Hunsrück
Herstellung: Daniel Berger
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Florjancic Tisk d.o.o., Maribor
Printed in Slovenia
Auf säurefreiem Papier gedruckt

7., überarbeitete und erweiterte Auflage 2021

© 2005/2007/2010/2013/2016/2017 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

© 2021 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96147-7)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76147-3)

ISBN 978-3-456-86147-0

<https://doi.org/10.1024/86147-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 7. Auflage	9
Vorwort zur ersten Auflage	11
<hr/>	
1 Die historische Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems	15
1.1 Mittelalterliche und frühkapitalistische Wurzeln	16
1.2 Das deutsche Kaiserreich	21
1.3 Die Weimarer Republik	26
1.4 Die nationalsozialistische Diktatur	27
1.5 Das Gesundheitswesen der früheren BRD	30
1.5.1 Reorganisation und Wiederaufbau	30
1.5.2 Ausbau des Sozialstaates	32
1.5.3 Phase der „Kostendämpfungspolitik“	35
1.5.4 Zusammenfassung	37
1.6 Das Gesundheitswesen der DDR	38
1.6.1 Sozialversicherung	39
1.6.2 Ambulante Versorgung	40
1.6.3 Stationäre Krankenversorgung	43
1.6.4 Zusammenfassung	45
1.7 Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland	46
1.7.1 Gesundheitspolitische Entscheidungen 1990 bis 1998	46
1.7.2 Gesundheitspolitische Entscheidungen 1998 bis 2005	47
1.7.3 Gesundheitspolitische Entscheidungen 2005 bis 2009	49
1.7.4 Gesundheitspolitische Entscheidungen 2009 bis 2013	51
1.7.5 Gesundheitspolitische Entscheidungen 2013 bis 2017	53
1.7.6 Gesundheitspolitische Entscheidungen 2017 bis 2020	57
<hr/>	
2 Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall	67
2.1 Sozialstaatsgebot	68
2.2 Solidarprinzip	69
2.3 Leistungsfähigkeitsprinzip	71
2.4 Bedarfsdeckungsprinzip	72
2.5 Subsidiaritätsprinzip	73
2.6 Sachleistungsprinzip	74

2.7	Versicherungspflicht	75
2.8	Selbstverwaltung	76
<hr/>		
3	Grundstrukturen und Basisdaten des Gesundheitssystems	79
3.1	Grundstrukturen des deutschen Gesundheitssystems	79
3.1.1	Regulierung	80
3.1.2	Finanzierung	86
3.1.3	Leistungserbringung	88
3.1.4	Zusammenspiel von Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung	91
3.2	Basisdaten des deutschen Gesundheitssystems	92
3.2.1	Einrichtungen und Beschäftigte	92
3.2.2	Höhe und Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben	96
3.2.3	Ausgabenentwicklung	99
<hr/>		
4	Die Krankenversicherung	107
4.1	Gesetzliche Krankenversicherung	110
4.1.1	Organisationsstruktur	114
4.1.2	Aufgaben	118
4.1.3	Versicherte	119
4.1.4	Leistungen	122
4.1.5	Finanzierung	124
4.1.6	Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich	127
4.1.7	Ausgaben	129
4.1.8	Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung	131
4.2	Private Krankenversicherung	133
4.2.1	Private Versicherungsunternehmen und staatliche Regulierung	134
4.2.2	Versicherungspflicht und Versicherte	135
4.2.3	Zugang zum Versicherungsschutz	139
4.2.4	Versicherungsleistungen	142
4.2.5	Grundsätze der Prämienkalkulation	146
4.2.6	Alterungsrückstellungen in der PKV	151
4.2.7	Standardtarif – Basistarif – Notlagentarif	153
4.2.8	Finanzergebnisse der PKV	155
4.3	Gesetzliche und private Krankenversicherung: eine Gegenüberstellung zentraler Merkmale	160
<hr/>		
5	Die ambulante ärztliche Versorgung	163
5.1	Strukturmerkmale	163
5.2	Basisdaten	165
5.3	Organisation	172
5.3.1	Ärzttekammern	173
5.3.2	Kassenärztliche Vereinigung	174
5.3.3	Vertragsärzte	180
5.4	Vergütungssystem	182
5.4.1	Gesamtverträge und Gesamtvergütung	185
5.4.2	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	189

5.4.3	Honorarverteilung	190
5.4.4	Von der Einzelleistungsabrechnung bis zum Honorarbescheid	192
5.4.5	Vergütung privatärztlicher Leistungen	194
5.5	Zusammenfassung: Das System der ambulanten ärztlichen Versorgung	196
<hr/>		
6	Die Arzneimittelversorgung	199
6.1	Strukturmerkmale	200
6.2	Basisdaten	203
6.3	Organisation	203
6.3.1	Herstellung	203
6.3.2	Zulassung	207
6.3.3	Vertrieb und Handel	208
6.4	Das System der Preisbildung	209
6.4.1	Vom Herstellerpreis zum Apothekenabgabepreis	209
6.4.2	Das Festbetragsystem	211
6.4.3	Das AMNOG-System	212
6.4.4	Arzneimittelrabattverträge	213
6.5	Arzneimittelversorgung der PKV-Versicherten	214
6.6	Zusammenfassung: Das System der Arzneimittelversorgung	215
<hr/>		
7	Die Krankenhausversorgung	217
7.1	Strukturmerkmale	222
7.2	Basisdaten	225
7.2.1	Krankenhäuser und Betten	225
7.2.2	Leistungen	225
7.2.3	Personal	226
7.2.4	Ausgaben	228
7.3	Organisation	231
7.3.1	Krankenhausbehandlung	231
7.3.2	Krankenhausplanung	236
7.4	Finanzierung	240
7.4.1	Investitionsförderung	241
7.4.2	Finanzierung der laufenden Betriebskosten	244
7.4.3	Das DRG-System	246
7.4.4	Fallgruppensystem	250
7.4.5	Zweistufiges System zur Festlegung der Vergütungshöhe	254
7.4.6	Budget- und Pflegesatzverhandlungen	256
7.4.7	Gemeinsame Selbstverwaltung	259
7.5	Versorgung von Privatpatienten	261
7.6	Zusammenfassung: Das System der stationären Krankenversorgung	262
<hr/>		
8	Die Pflegeversicherung	267
8.1	Grundlegende Prinzipien und Strukturmerkmale der sozialen Pflegeversicherung	269
8.2	Leistungen	272
8.2.1	Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade	272
8.2.2	Leistungskatalog	276

8.3	Basisdaten	280
8.3.1	Pflegebedürftigkeit, Leistungsempfänger und Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	281
8.3.2	Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung	286
8.4	Private Pflegeversicherung	289
8.4.1	Private Pflegepflichtversicherung	289
8.4.2	Private Pflegezusatzversicherung	290
8.4.3	Basisdaten der privaten Pflegeversicherung	291
<hr/>		
9	Die ambulante Pflege	293
9.1	Strukturmerkmale	294
9.2	Basisdaten	295
9.3	Organisation	300
9.4	Finanzierung	303
9.4.1	Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V	303
9.4.2	Außerklinische Intensivpflege	305
9.4.3	Vergütungssystem der sozialen Pflegeversicherung	305
9.4.4	Investitionsförderung	308
9.5	Zusammenfassung: Das System der ambulanten Pflege	308
<hr/>		
10	Die stationäre Pflege	311
10.1	Strukturmerkmale	312
10.2	Basisdaten	314
10.3	Organisation	319
10.4	Finanzierung	322
10.5	Zusammenfassung: Das System der stationären Pflege	324
	Literatur	327
	Über den Autor	331
	Sachwortverzeichnis	333

Vorwort zur 7. Auflage

Die sechste Auflage dieses Buches erschien Anfang 2017 und bezog den Stand der Gesetzgebung bis Ende 2016 ein. Die Arbeiten an der siebten Auflage wurden Ende Februar 2021 abgeschlossen und beziehen den Stand der Rechtsvorschriften vom 31. Dezember 2020 ein. In den vier Jahren seit Erscheinen der sechsten Auflage hat sich in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen viel ereignet, allerdings gab es keine grundlegenden Änderungen und insofern blieb auch die Struktur des Buches unverändert.

Die letzten vier Jahre weisen jedoch einige relevante Besonderheiten auf, die hier kurz angesprochen werden sollen. Die erste Besonderheit ist ein deutlich verzögerter Beginn der Arbeit der neuen Bundesregierung. Aufgrund erheblicher Schwierigkeiten bei der Findung einer neuen Regierungskoalition konnte die neue Bundesregierung ihre Arbeit erst Mitte März 2018 und somit erst ein halbes Jahr nach der Bundestagswahl vom September 2017 beginnen.

Seitdem war die Regierungskoalition allerdings ausgesprochen produktiv bei der Verabschiedung gesundheitspolitisch relevanter Gesetze. Gleiches gilt für die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassenen Verordnungen. Auf seiner Internetseite listete das BMG Anfang 2021 insgesamt fast 30 Gesetze und mehr als 60 Verordnungen auf, die Neuregelungen für das Gesundheitswesen enthalten und in der Zeit vom März 2018 bis Ende Dezember 2020 beschlossen oder erlassen wurden.

Insofern erschien es dringend geboten, das vorliegende Lehrbuch dem Stand der Rechtsvorschriften anzupassen. Zudem war es nach vier Jahren auch angebracht, die Datentabellen zu aktualisieren, um neuere Strukturentwicklungen berücksichtigen zu können.

Die hohe Zahl neuer Rechtsvorschriften steht zu einem erheblichen Teil auch im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, die im Frühjahr 2020 Deutschland erreichte. Die vorliegende Neuauflage lässt diese Neuregelungen jedoch unberücksichtigt. Dafür waren vor allem die folgenden Gründe ausschlaggebend. Bei einem Großteil der Rechtsvorschriften, mit denen auf die Pandemie reagiert wurde, handelte es sich um Regelungen, die zeitlich befristet wurden und zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Buches bereits wieder außer Kraft getreten sind. Soweit es sich um Regelungen handelt, die – beispielsweise mit Blick auf zukünftige Pandemien – dauerhaft gelten, sind diese Neuregelungen in der Regel zu spezifisch, um sie in eine allgemein gehaltene Einführung in das Thema Gesundheitssystem aufzunehmen. Insgesamt betrachtet, haben die als Reaktion auf die Corona-Pandemie beschlossenen Gesetze und Verordnungen die Grundstrukturen des deutschen Gesundheitssystems nicht verändert.

Die sowohl in der Öffentlichkeit als auch der Gesundheitspolitik diskutierte Frage, ob und in welchem Maße das deutsche Gesundheitssystem ausreichend auf die Herausforderungen ei-

ner Pandemie vorbereitet und den damit verbundenen Herausforderungen gewachsen war oder ist, soll und kann in diesem Lehrbuch nicht erörtert werden, so wichtig sie auch ist. Diese Frage angemessen beantworten zu können, würde den Rahmen sprengen, der hierfür in diesem Buch verfügbar wäre. Eine nur oberflächliche und sich mit Allgemeinplätzen begnügende Antwort würde der Relevanz der Frage nicht gerecht werden.

Da wohl damit zu rechnen ist, dass die Corona-Pandemie nicht die letzte ihrer Art gewesen sein wird, erscheint es dringend geboten, nach dem – hoffentlich bald – eintretenden Ende dieser Pandemie, eine gründliche und umfassende Aufarbeitung der Erfahrungen vorzunehmen, um im Gesundheitswesen zukünftig besser als bisher auf Pandemien und Epidemien vorbereitet zu sein.

Eine solche Aufarbeitung und notwendige Diskussion sollte auch vor Fragen der grundsätzlichen Ausgestaltung des deutschen Gesundheitswesens nicht Halt machen. Zwar handelte es sich bei der Corona-Pandemie um eine Ausnahmesituation, die Bewältigung von Ausnahmesituationen und besonders hohen Belastungen in Krisenzeiten kann jedoch umso besser gelingen, je besser das Gesundheitswesen im „Normalzustand“ funktioniert und die „normalen“ Belastungen bewältigen kann. Viele der in der Corona-Pandemie zutage getretenen Probleme im Gesundheitswesen standen – und das wurde auch bereits vielfach in der medialen und politischen

Diskussion thematisiert – in einem engen Zusammenhang zu strukturellen und funktionalen Mängeln, die bereits im Normalzustand Probleme bereitet haben. Exemplarisch sei hier auf die seit Langem bekannte unzureichende personelle und sachliche Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheitsämter) und die in vielen Kliniken ebenfalls seit Langem unzureichende Personalbesetzung im Pflegedienst von Intensivstationen verwiesen.

Insofern sollte die Corona-Pandemie auch als Anlass genommen werden, die Strukturen und Funktionsweisen des bestehenden Gesundheitssystems auf den Prüfstand zu stellen, nicht nur im Hinblick auf zukünftige Pandemien, sondern vor allem auch im Hinblick auf die Frage, ob das gegenwärtige Gesundheitssystem den „Normalzustand“ in einer Art und Weise bewältigt, die den berechtigten Erwartungen der Bevölkerung entspricht.

Zur sechsten Auflage erreichten mich einige Hinweise für die Überarbeitung des Buches, für die ich mich an dieser Stelle bedanken möchte bei Lars Frohn, Christian Koster, Tilmann Sick, Evelyn Siegert und Achim Sohns.

Auch für diese Neuauflage gilt, dass ich für Rückmeldungen jeglicher Art, insbesondere für Hinweise auf Mängel in der Darstellung oder sachliche Fehler, dankbar bin (E-Mail: michael.simon@hs-hannover.de).

Hannover, im März 2021
Michael Simon

Vorwort zur ersten Auflage

Gesundheit ist in der subjektiven und öffentlichen Wahrnehmung ein hohes, wenn nicht sogar das höchste menschliche Gut. Dem gesellschaftlichen Teilsystem, das sich mit der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit, dem Erkennen, Heilen oder Lindern von Krankheit und Leiden beschäftigt, gilt von daher auch eine hohe gesellschaftliche Aufmerksamkeit. Dennoch aber ist und bleibt es für viele ein „Buch mit sieben Siegeln“, das sich – wenn überhaupt – nur wenigen Experten erschließt. Um als Patient das Gesundheitssystem zu nutzen, reichen in der Regel gewisse Grundkenntnisse aus, die man als Mitglied einer Gesellschaft im Verlauf des Hineinwachsens in diese Gesellschaft quasi „nebenbei“ erwirbt. Wer jedoch im Gesundheitssystem Verantwortung für Patienten übernimmt oder an leitender Stelle im Gesundheitswesen tätig sein will, von dem wird zu Recht erwartet, dass er über mehr als nur Alltagswissen zur Struktur und Funktionsweise des Gesundheitswesens verfügt. Es reicht auch zunehmend nicht mehr aus, sich nur in dem Bereich des Gesundheitssystems auszukennen, in dem man tätig ist. An die Einrichtungen und Beschäftigten des Gesundheitssystems wird zunehmend die Anforderung gestellt, die gegenwärtige Fragmentierung und das häufig isolierte Nebeneinander der verschiedenen Versorgungsinstitutionen zu überwinden, um mit dem Ziel einer stärkeren Patientenorientierung Versorgungsabläufe sektor-, institutions- und einrichtungsübergreifend zu organisieren.

Verbesserte Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen erfordert aber vor allem auch verbessertes Wissen über die Strukturen und Funktionsweise nicht nur des eigenen, sondern auch der anderen Bereiche. Wer die Struktur- und Funktionslogik des anderen Teilsystems kennt, kann die Handlungslogik seiner Interaktionspartner des anderen Teilsystems auch besser verstehen.

Steigende Anforderungen an das Wissen über die Struktur und Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems sind aber nicht nur in Bezug auf die Beschäftigten des Gesundheitssystems zu verzeichnen. Auch Politik und Medien sind damit konfrontiert bzw. müssen sich dieser Anforderung stellen. Wer in der Gesundheitspolitik aktiv ist, sei es innerhalb einer Partei in gesundheitspolitischen Arbeitskreisen oder als gesundheitspolitisch engagierter Abgeordneter eines Kommunal- oder Landesparlaments oder des Bundestages, wird ohne Kenntnisse der Struktur und Funktionsweise des Gesundheitssystems nicht kompetent mitdiskutieren und sachadäquate Entscheidungen treffen können. Wer das Gesundheitssystem politisch umgestalten will, muss zunächst einmal wissen, wie es gegenwärtig funktioniert.

Und für die Medien gilt Ähnliches. Wer über Ereignisse und Entwicklungen im Gesundheitswesen kompetent berichten will, braucht Wissen über Hintergründe und Zusammenhänge des jeweiligen Teilsystems, aber auch des Gesundheitssystems insgesamt. Auch eine kompetente

tente Berichterstattung über aktuelle gesundheitspolitische Debatten und Entscheidungen kommt ohne Hintergrundwissen über das Gesundheitssystem nicht aus. Sowohl Politiker als auch Journalisten stehen aber häufig vor dem Problem, dass es schwierig ist, interessenunabhängige Informationen zu erhalten. Nicht nur der Rückgriff auf Verbandsinformationen ist problematisch, in der Berichterstattung über gesundheitspolitische Debatten können auch Informationen von Ministerien und Politikern interessengeleitet sein. Zudem steht der interessierte Nichtexperte häufig vor dem Problem, dass – wenn Informationen gefunden wurden – diese häufig Vorwissen voraussetzen und Fachbegriffe enthalten und dadurch für Laien letztlich nur begrenzt verständlich sind.

Auch verschiedene Wissenschaftsdisziplinen, die sich mit dem Gegenstand „Gesundheitssystem“ beschäftigen, sind auf eine systematische und fundierte Darstellung des Gegenstandes und seiner Teilaspekte angewiesen, nicht nur, um sie für die Lehre zu nutzen, sondern auch um darauf aufbauend empirische Forschungsprojekte richtig konzipieren und Theorien gegenstandsangemessen entwickeln zu können. Dies betrifft insbesondere die Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsökonomie, Politikwissenschaft und Soziologie.

Es bedarf also für zahlreiche Akteure in diesem Feld einer unabhängigen und zuverlässigen Quelle, die zudem möglichst schnell und ohne größeren Suchaufwand in allgemeinverständlicher Sprache und ohne Vorwissen vorzusetzen Grundkenntnisse über die Struktur und Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems und seiner Teilsysteme bietet. Das vorliegende Buch versucht diesen Bedarf zu decken, indem es sowohl systematische Einführung ist, aber auch als Nachschlagewerk genutzt werden kann. In erster Linie ist es jedoch als systematische Einführung in das deutsche Gesundheitssystem konzipiert.

Es beginnt darum mit einem historischen Rückblick auf die Entstehungsgeschichte des deutschen Gesundheitswesens, dessen Wur-

zeln bis zu den mittelalterlichen Handwerkerzünften und Hospitälern zurückverfolgt werden. Für die Zeit zwischen 1945 und 1989 erfolgt eine getrennte Darstellung des Gesundheitssystems der alten BRD und der DDR. Darin unterscheidet sich diese Einführung von den übrigen gängigen Einführungen und Lehrbüchern zum Gesundheitswesen, die sich leider in der Regel auf eine Darstellung der alten BRD beschränken.

An die Darstellung der historischen Entwicklung schließen sich je ein Kapitel zu den Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall und den Grundstrukturen des deutschen Gesundheitssystems an. Das deutsche Gesundheitssystem wird getragen von grundlegenden Überzeugungen, die über Jahrhunderte entstanden sind und auch die zahlreichen Gesundheitsreformen bislang weitgehend unbeschadet überstanden haben. Diese Grundprinzipien bilden das normative Fundament sowohl des deutschen Gesundheitswesens als auch weiter Teile der deutschen Gesundheitspolitik. Ähnlich wie die Grundprinzipien das normative Fundament bilden, geben die Grundstrukturen eine Art Grundgerüst oder Bauplan für die verschiedenen Teilsysteme vor. Natürlich ist nicht jedes Teilsystem identisch strukturiert, allein schon aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Ressourcen, wohl aber lassen sich allgemeine Konstruktionselemente zum Teil in allen, zumindest aber in den meisten Teilsystemen wiederfinden.

Die Darstellung der Teilsysteme des deutschen Gesundheitssystems beschränkt sich auf die wichtigsten Bereiche: die Kranken- und Pflegeversicherung, die ambulante ärztliche Versorgung, die Arzneimittelversorgung, die Krankenhausversorgung sowie die ambulante und die stationäre Pflege. Der Aufbau der einzelnen Kapitel folgt einer gleichen Systematik, vor allem um Komplexität zu reduzieren und gemeinsame Grundstrukturen der Teilsysteme deutlicher werden zu lassen. Am Schluss der jeweiligen Kapitel erfolgt jeweils eine kurze Zusammenfassung. Die Zusammenfassungen sol-

len das Vorhergehende in geraffter Form wiederholen, sie sollen aber auch Lesern, die das Buch nur selektiv nutzen wollen und nur an einem kurzen Einblick interessiert sind, die Möglichkeit bieten, sich in kurzer Form und relativ schnell einen Einblick in das jeweilige Teilsystem zu verschaffen. Wer also nur ein Teilsystem vertiefend studieren will und von den anderen nur ungefähres Wissen braucht, kann hierzu die jeweiligen Zusammenfassungen nutzen.

Zwar ist das vorliegende Buch primär als systematische Einführung konzipiert, es kann aber auch als Nachschlagewerk zur schnellen und selektiven Recherche einzelner Themen oder Begriffe genutzt werden. Hierzu befindet sich am Ende des Buches ein umfangreiches Schlagwortverzeichnis, in das alle zentralen Begriffe aufgenommen wurden. Zum schnellen Auffinden der Begriffe und besseren Orientierung beim selektiven Nachlesen sind die Schlagworte sowie alle zentralen Begriffe im laufenden Text durch Fettdruck hervorgehoben. Gegenüber einem typischen Schlagwörterbuch bietet dieser Aufbau den Vorteil, dass der System- und Sinnzusammenhang der recherchierten Schlagwörter durch die Einbettung in den laufenden Text erkennbar wird.

Ein zentrales Anliegen des vorliegenden Buches ist es, eine allgemeinverständliche Einführung in das deutsche Gesundheitssystem zu bieten, die keine Vorkenntnisse erfordert. Zugleich soll die Einführung aber natürlich sachlich richtig sein und nicht durch zu starke Vereinfachung in die Irre führen. Das setzt einer vereinfachenden Darstellung gelegentlich Grenzen, da die Nichterwähnung von Ausnahmen, Besonderheiten oder Einschränkungen einer Rechtsvorschrift leicht zu einem falschen Bild führen kann. Da der Gegenstand „Gesundheitssystem“ mittlerweile außerordentlich komplex ist, kann und darf die Sprache das eine oder andere Mal nicht in dem Maße vereinfachen, wie dies für eine Einführung wünschenswert wäre, die sich vor allem an Nichteingeweihte und Nichtexperten richtet. Es bleibt in diesen Fällen

nur die Bitte um Verständnis, dass im Zweifelsfall der sachlichen Richtigkeit Vorrang eingeräumt werden muss.

Als Basisjahr für die verwendeten Daten wurde überwiegend das Jahr 2000 gewählt. Dies hat zunächst einmal den Grund, dass amtliche und verlässliche Daten über das deutsche Gesundheitssystem immer erst mit einer gewissen Verzögerung vorliegen. Zudem werden die relevanten Daten nicht für alle Teilsysteme mit der gleichen zeitlichen Verzögerung veröffentlicht. Für einige Bereiche geht es schneller, für andere dauert es länger. Das Jahr 2000 bot gegenüber einem neueren Basisjahr den Vorteil, dass für alle Bereiche amtliche Daten vorlagen und somit eine Art Querschnittsdarstellung möglich war. Wer an neueren Daten interessiert ist, wird in den Literaturhinweisen am Schluss der jeweiligen Kapitel Hinweise auf Datenquellen finden, die solche neueren Daten bieten.

Die Beschreibung des Gesundheitssystems erfolgt auf dem Gesetzesstand von Anfang 2004 und bezieht folglich die Neuregelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes mit ein. Es ist aber damit zu rechnen, dass die Darstellung in Teilbereichen bereits nach relativ kurzer Zeit durch erneute Gesundheitsreformen überholt sein wird. Dabei handelt es sich um ein grundsätzliches Problem der Beschreibung des deutschen Gesundheitswesens, vor dem jede Darstellung steht. Grundsätzliche Veränderungen durch eine weitere große Gesundheitsreform dürften in den nächsten Jahren allerdings nicht zu erwarten sein, da die Zeit bis zur nächsten Bundestagswahl im Oktober 2006 hierfür zu kurz ist. Große Gesundheitsreformen wurden in der Vergangenheit vor allem wegen des damit verbundenen Risikos des Ansehensverlustes der Regierungsparteien in der Regel in der ersten Hälfte der Legislaturperiode verabschiedet. Nach der Bundestagswahl 2006 ist allerdings mit einer erneuten großen Gesundheitsreform zu rechnen, sowohl die Regierungskoalition als auch die großen Oppositionsparteien haben ein solches Vorhaben bereits angekündigt. Erfahrungsgemäß dürfte diese Reform im Laufe des

Jahres 2007 verhandelt und beschlossen werden und zum 1.1.2008 in Kraft treten. Wer in der Zwischenzeit den jeweils aktuellen Stand der Rechtsvorschriften für einen Teilbereich erfahren will, dem sei eine entsprechenden Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung empfohlen, auf der das gesamte Sozialrecht auf dem jeweils aktuellsten Stand online nachgeschlagen werden kann¹. Zum Schluss sei noch darauf hingewiesen, dass das Buch lediglich eine Einführung in Strukturen und Funktionsweisen geben soll und keine fundierten Analysen zu Problembereichen oder eine Bewertung des deutschen Gesundheitssystems beziehungsweise einzelner Teilsysteme. Das soll aber keineswegs bedeuten, dass es nicht zahlreiche und auch grundlegende Probleme, Mängel und Defizite des deutschen Gesundheitssystems gibt. Zu den Problemen und Defiziten des deutschen Gesundheitssystems gibt es mittlerweile eine Fülle an Literatur und Diskussionsbeiträgen. Die qualifiziertesten Bestandsaufnahmen und Analysen bieten die in zweijährigem Abstand erscheinenden Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (früher: Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Unter ihnen ist insbesondere das mehrbändige Gutachten 2000/2001 zu empfehlen und darunter wiederum der vierteilige Band III zum Thema „Über-, Unter- und Fehlversorgung“.

Es mangelt darum m.E. nicht an Problemanalysen und gesundheitspolitischen Diskussionsbeiträgen, wohl aber an fundierten und zugleich allgemeinverständlichen Darstellungen der Struktur und Funktionsweise des Gesundheitssystems insgesamt und seiner wichtigsten Teilbereiche. Das vorliegende Buch kann hoffentlich hierzu einen hilfreichen Beitrag leisten.

Für die sehr hilfreichen Informationen und Hinweise zur ambulanten und stationären Pfl-

ge möchte ich an dieser Stelle Ursula Ebel, Elke Meyer und Ulrich Czecczelski danken.

Hannover, im September 2004

Michael Simon

¹ http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/gesetze.htm (Stand: Sept. 2004)

1

Die historische Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem ist in seinen Grundzügen das Ergebnis einer über viele Jahrhunderte andauernden Entwicklung. Die Geschichte zentraler Institutionen wie beispielsweise der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) reicht nicht nur bis zu deren formaler Gründung als Körperschaften des öffentlichen Rechts im Jahr 1883 (GKV) beziehungsweise 1931 (KV), sondern weit darüber hinaus.

Erst die Beschäftigung mit der historischen Entwicklung macht nachvollziehbar, „daß die Grundzüge und Eigenarten des deutschen Systems – wie immer man diese auswählt und gewichtet – in starkem Maße eine historische Bedingtheit aufweisen. Fast immer wird man auf die Frage „Warum?“ historisch rekurrieren müssen“ (Zöllner, 1981, S. 56; ähnlich auch Stolleis, 2003, S. 1). Die Betrachtung der Entwicklung nicht nur der letzten Jahrzehnte, sondern über mehrere Jahrhunderte, zeigt die sukzessive Entwicklung und Entstehung eines Systems der sozialen Sicherung im Krankheitsfall, die getragen wurde und wird von tief in der Geschichte und Kultur verwurzelten sozialpolitischen Grundüberzeugungen.

Die Beschäftigung mit der historischen Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems kann auch das Verständnis dafür fördern, dass grundlegende Strukturveränderungen offensichtlich nur sehr schwer durchzusetzen sind. Auch heute noch gilt für die alte Bundesrepublik und das vereinte Deutschland: „Herausra-

gendes Charakteristikum des deutschen Gesundheitswesens in historischer Perspektive ist die hohe Strukturkontinuität über politische Regimewechsel hinweg“ (Alber, 1992; S. 19). Die vielfache Klage über eine Reformresistenz des bundesdeutschen Gesundheitswesens basiert jedoch in der Regel auf einer Betrachtung lediglich der letzten zwei bis drei Jahrzehnte. Was sind aber 20 bis 30 Jahre angesichts einer Strukturentwicklung, die mindestens 500 bis 1000 Jahre zurückreicht?

Der Befund einer hohen Strukturkontinuität kann allerdings nur Geltung für die alte Bundesrepublik Deutschland beanspruchen, nicht jedoch für das ostdeutsche Gesundheitswesen. Es wurde innerhalb von vier Jahrzehnten zwei radikalen Systemumwandlungen unterworfen. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurde auf dem Gebiet der ehemaligen DDR das Gesundheitswesen auf ein rein staatliches System nach sowjetischem Vorbild umgestellt, und nach der deutschen Einheit im Jahr 1990 wurde dieses staatliche Gesundheitssystem erneut radikal umgestaltet, um es dem westdeutschen System anzupassen.

Die folgenden Ausführungen zur historischen Entwicklung können und sollen nur einen kursorischen Überblick bieten. Sie konzentrieren sich vor allem auf die Entwicklung grundlegender Systemelemente und sozialpolitischer Grundüberzeugungen. Für eine vertiefende Beschäftigung mit der historischen Entwicklung sei auf Standardwerke zur deutschen Sozialge-

schichte verwiesen (u. a. Frerich & Frey, 1996a, 1996b, 1996c; Sachße & Tennstedt, 1988, 1992, 1998).

1.1 Mittelalterliche und frühkapitalistische Wurzeln

Die Hauptstränge der Wurzeln des deutschen Gesundheitssystems lassen sich mindestens bis zum Mittelalter zurückverfolgen. Mehrere der für das deutsche System auch heute noch typischen Merkmale waren bereits in der mittelalterlichen Gesellschaft angelegt. In erster Linie war dies die Verwurzelung grundlegender Überzeugungen in der christlichen Religion, die den Gläubigen soziale Solidarität mit Kranken und Bedürftigen als Gebot auferlegt. Allerdings spielte bei der Mildtätigkeit und Pflege der Armen der Gedanke an das eigene Seelenheil als Investition auf das „Jenseits“ eine bedeutende Rolle.

Tragende Institutionen der Krankenversorgung waren im Mittelalter zunächst **kirchliche Hospitäler**, deren Entstehung bis in die Frühphase des Christentums zurückgeht. Sie zeichneten sich unter anderem dadurch aus, dass fremden und nicht ortsansässigen Armen und Kranken Unterkunft und Pflege gewährt wurde. Im Jahr 398 n. Chr. hatte das Konzil zu Karthago die Bischöfe zur Errichtung entsprechender Herbergen in ihren Diözesen verpflichtet (Rohde, 1974). Bis ins hohe Mittelalter hinein wurden daraufhin vielfach Häuser für Hilfebedürftige im Schatten der Kathedralen am Sitz des Bischofs eingerichtet (Jetter, 1973).

Christliche Hospitäler waren in ihren Anfängen keineswegs Krankenhäuser in unserem heutigen Sinn, sondern in erster Linie Armenpflegehäuser, die primär der Unterkunft, Verpflegung und vor allem seelsorgerischen Betreuung Kranker dienten (Jetter, 1973). Da Gesundheit und Krankheit als im Wesentlichen außerhalb des menschlichen Verfügungsbereiches liegend angesehen wurden, stand die Gewährung geistlichen Beistands bis zum Ausgang

des Mittelalters im Vordergrund. Welche Bedeutung diesem beigemessen wurde, kann unter anderem daran abgelesen werden, dass Hospitäler noch bis weit ins späte Mittelalter hinein in der Regel große Hallen waren, die so gebaut wurden, dass möglichst alle Kranken von ihrem Lager aus einen zentral gelegenen Altar sehen und den mehrmals täglich durchgeführten Messen folgen konnten.

Eine wesentliche Rolle für die Krankenversorgung spielten im Mittelalter die Klöster. Sie unterhielten häufig Abteilungen für die Pflege Kranker, in der Regel getrennt nach ihrem sozialen Status. So sah der Plan des Klosters Sankt Gallen, das als Idealplan eines Klosters dieser Epoche gelten kann, beispielsweise eine Abteilung zur Pflege kranker Mönche vor („Infirmarium“), ein „Hospitale Pauperum“ für Arme und durchreisende Pilger und ein „Hospitium“ für wohlhabende Reisende (Jetter, 1986). Waren sie nicht auf Reisen, so ließen sich Wohlhabende von Ärzten zu Hause versorgen, denn Hospitäler waren überwiegend „trostlose Stätten, zu deren Inanspruchnahme wirklich nur die äußerste Not und Hilflosigkeit oder (im Falle der Aussätzigen) der Isolierzwang veranlassen konnte“ (Rohde, 1974, S. 73).

Neben der Kirche nahmen sich auch **weltliche Orden** der Krankenversorgung an, so beispielsweise der Johanniterorden. Anlässlich der Kreuzzüge gegründet, um erkrankte Pilger und Kreuzritter im „Heiligen Land“ zu pflegen, verlagerten die Johanniter ihre Aktivitäten nach der Vertreibung aus Palästina nach Europa und unterhielten zeitweilig bis zu insgesamt 4000 Ordensniederlassungen.

Mitte des 15. Jahrhunderts nahmen die kirchlichen Fürsorgeaktivitäten – bedingt durch den gesellschaftlichen Wandel, die Reformation und die damit vielfach verbundene Schließung katholischer Einrichtungen – allerdings deutlich ab. Die Krankenversorgung verlagerte sich in den folgenden Jahrhunderten zunehmend auf **städtische Versorgungsinstitutionen** (Frerich & Frey, 1996a; Jetter, 1973, 1986). Bereits ab dem 13. und 14. Jahrhundert hatten sich die

Städte zunehmend zu eigenständigen politischen Akteuren entwickelt, die sich der Macht der Könige und Fürsten entzogen und in ihren Mauern eine neue, bürgerliche Gesellschaft aufbauten, zu der nach ihrem Selbstverständnis auch eine öffentliche Verantwortung für die Versorgung Kranker gehörte. Im Zentrum des öffentlichen Gesundheitswesens standen städtische Spitäler, häufig von einzelnen Bürgern gestiftet. Einige Städte stellten auch eigene Stadtärzte zur Versorgung ihrer Bürger ein (Jetter, 1973).

Damit hatten sich bereits im ausgehenden Mittelalter in Bezug auf die Trägerschaft von Einrichtungen Grundstrukturen herausgebildet, die heute noch das deutsche Gesundheitssystem prägen. Vor allem Kirchen und Wohlfahrtsverbände – zusammengefasst als „freigemeinnützige Träger“ – sowie öffentliche Träger betreiben den überwiegenden Teil der Krankenhäuser.

Zwei weitere wesentliche Strukturmerkmale des deutschen Gesundheitswesens haben ihre Wurzeln ebenfalls in der mittelalterlichen Gesellschaft: zum einen die heute noch in wichtigen Bereichen anzutreffende berufsständische Organisation und zum anderen die Institution der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die in vielen Bereichen des heutigen Gesundheitssystems noch anzutreffende berufsständische Prägung und Organisation hat ihre Wurzeln in den mittelalterlichen **Zünften** und **Gesellenbruderschaften** und der aus ihnen entstandenen genossenschaftlichen Selbsthilfe (Frerich & Frey, 1996a; Schewe, 2000; Peters, 1974). In Gilden und Zünften schlossen sich die Kaufleute und selbstständigen Handwerker mittelalterlicher Städte zusammen, zum einen um ihre politischen Interessen wirkungsvoller vertreten zu können, zum anderen aber auch, um die Konkurrenz untereinander einzudämmen und den Zunftmitgliedern eine ausreichende wirtschaftliche Existenz zu sichern. Die Zünfte erhielten häufig einen rechtlichen Status, der dem heutiger Körperschaften des öf-

fentlichen Rechts vergleichbar ist. Sie nahmen hoheitliche Funktionen der Regulierung ihres Berufsstandes und der Qualitätskontrolle wahr. Zu den Merkmalen des Zunftwesens gehörte auch die Zwangsmitgliedschaft, da ohne Mitgliedschaft in der Zunft eine Ausübung des entsprechenden Handwerks in der jeweiligen Stadt nicht erlaubt war.

Neben diesen Funktionen waren sie auch Institutionen der sozialen Sicherung, die sich zu meist jedoch auf die gegenseitige Unterstützung der in ihnen zusammengeschlossenen Kaufleute oder Handwerksmeister beschränkte (Schewe, 2000). Neben diese Art von Zünften traten in einigen Berufszweigen auch solche, die für Lohnabhängige geöffnet waren oder einen zweistufigen Mitgliedsstatus vorsahen, bei dem von den Mitgliedern eines minderen Status ein geringerer Beitrag verlangt, ihnen aber auch nicht die vollen Rechte eingeräumt wurden (Sachße & Tennstedt, 1998).

All diese Merkmale des Zunftwesens prägen heute noch das deutsche Gesundheitswesen, da zentrale Institutionen nach dem Modell der Handwerkerzunft organisiert sind. Das bedeutendste Beispiel hierfür sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, die sowohl berufsständischer Interessenverband als auch Körperschaft des öffentlichen Rechts und mittelbare Staatsverwaltung sind.

Auch die Wurzeln der **gesetzlichen Krankenversicherung** reichen bis zu den mittelalterlichen Zünften. Mit Ausnahme der allgemeinen Ortskrankenkassen waren die übrigen Krankenkassen bis 1996 in dem Sinne zunftmäßig organisiert, dass sie lediglich Arbeitnehmern bestimmter Wirtschaftszweige (z. B. Knappschaft, Seekrankenkasse, Innungskrankenkassen), Berufsgruppen (Angestelltenkrankenkassen) oder eines bestimmten Unternehmens (Betriebskrankenkassen) offenstanden.

Die gesetzlich vorgegebene Öffnung der Ersatzkassen zum 1. Januar 1996 machte diese Grenzen zwar durchlässiger, am Grundsatz einer zunftmäßig-berufsständischen Gliederung wurde jedoch festgehalten. Dies war vielfach