

Maik Ebersoll
Roman Grinblat
Marianna Hanke-Ebersoll
Thorsten Junkermann *Hrsg.*

Das Gesundheitswesen und seine volkswirtschaftliche Bedeutung



Springer Gabler

Das Gesundheitswesen und seine volkswirtschaftliche Bedeutung

Maik Ebersoll • Roman Grinblat
Marianna Hanke-Ebersoll
Thorsten Junkermann
Hrsg.

Das Gesundheitswesen und seine volkswirtschaftliche Bedeutung

Hrsg.

Maik Ebersoll
AWT Institut für ökonomische Systemtheorie
München, Deutschland

Marianna Hanke-Ebersoll
AWT Institut für ökonomische Systemtheorie
München, Deutschland

Roman Grinblat
Duale Hochschule Baden-Württemberg
Heidenheim
Heidenheim, Deutschland

Thorsten Junkermann
AWT Institut für ökonomische Systemtheorie
Bad Kreuznach, Deutschland

ISBN 978-3-658-36939-2 ISBN 978-3-658-36940-8 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-36940-8>

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

Springer Gabler

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Lektorat/Planung: Margit Schlomski

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Als Gesundheitssystem wird in der Regel die Gesamtheit von Personen, Organisationen, Regelungen und Prozessen bezeichnet, welche die Gesundheit der Bevölkerung zum Ziel hat. Das sehr komplexe System der Prävention, Kuration und Rehabilitation zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und Lebensqualität ist neben diesen Primärzielen auch ein Subsystem der Gesellschaft. Aufgrund seiner Dimension ist gerade das Gesundheitswesen ein erheblicher Wirtschaftsfaktor und hat damit als eine Schlüsselbranche, von der die gesamte Bevölkerung betroffen ist, volkswirtschaftliche Relevanz.

In den letzten Jahren beliefen sich die Gesundheitsausgaben regelmäßig auf mehr als zehn Prozent des Bruttoinlandsproduktes und somit auf ca. 400 Milliarden Euro. Eine ähnliche Größenordnung zeigt sich bei den im Gesundheitswesen beschäftigten Personen, welche mehr als zehn Prozent der Erwerbsbevölkerung ausmachen.

Der Gesundheitsmarkt ist ein besonderer Markt, weil die ihm zugrunde liegenden Bedürfnisse nach Erhalt oder Verbesserung des individuellen Gesundheitszustandes sehr existenziell, ursprünglich und letztlich überlebenswichtig sind. Die damit – auch ethisch – einhergehenden Fragestellungen geben dem Gesundheitsmarkt seine besondere Prägung und gesellschaftliche Bedeutung. Hierzu zählen nicht nur klassische Fragen wie etwa der unmittelbare Abgleich von Angebot und Nachfrage über Preismechanismen, sondern eben auch ausgeprägte staatliche Eingriffe zur Gestaltung und Regulierung, an welchen sich die verschiedenen Stakeholder wie etwa Gesundheitsdienstleister, Krankenkassen, Bürger ausrichten haben. Die Spanne reicht von strikten gesetzlichen Vorgaben bis hin zu sanften verhaltenssteuernden Eingriffen bei meritorischen Gütern. Ein kurzer Blick auf die Maßnahmen zur Vermeidung der Überlastung des Gesundheitswesens durch die Coronapandemie vermag dies eindrucksvoll zu belegen.

Das Ziel des vorliegenden Buches besteht darin, die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens aus unterschiedlichen Blickwinkeln darzustellen. Dabei werden wirtschaftliche, sozialwissenschaftliche, medizinische und rechtliche Perspektiven eröffnet. Diese Interdisziplinarität soll es ermöglichen, den eigenen Fokus des Lesers zu erweitern und eine ganzheitlichere und zugleich diversifizierte Sicht auf ein zentrales Element moderner Gesellschaften und Volkswirtschaften zu fördern.

Der erste Beitrag widmet sich einer übergreifenden Darstellung des Gesundheitswesens in Deutschland, was an dieser Stelle nur in Form eines groben, holzschnittartigen Überblicks erfolgen kann. Dieser Beitrag soll Leser erreichen, die sich einen ersten Überblick über die Komplexität und eine Einordnung der Vielfalt des Gesundheitswesens verschaffen möchten. Die darauffolgenden Beiträge eröffnen aufschlussreiche Perspektiven aus Sicht einzelner Stakeholder des Gesundheitswesens. Janine Bicking und Gregor Mainzer geben einen Einblick in die ambulante ärztliche Versorgung, während Gerald Gaß und Maïke Visarius Krankenhäuser als zentrale Akteure regionaler Versorgungsnetzwerke in den Fokus rücken. Franz Benstetter und Dominik Schirmer beleuchten aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung die ökonomische Dimension von Betrugs- und Missbrauchsfällen in der medizinischen Versorgung.

Die weiteren Beiträge fokussieren auf methodische, prozessuale Aspekte, wie bspw. der Beitrag von Roman Grinblat und Enes-Batuhan Baskal zur Evidenz und Preisfindung digitaler Gesundheitstechnologien oder Rainer Pelkas Modell IMPAKT® als kybernetischer Treiber effizienter Therapien chronischer Krankheiten oder Michael Huss' Überlegungen zum Paradigmenwechsel in der Forschung zu psychischer Gesundheit und ihre Auswirkungen auf die gesundheitsökonomische Bewertung von Evidenz.

Mit Blick auf die Zukunft geht Oliver Kremer der Frage nach, ob die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens bei einer linearen Weiterentwicklung seiner Beeinflussungsdeterminanten weiter aufrechterhalten werden kann und sensibilisiert damit für bevorstehende Herausforderungen für das Gesundheitssystem.

Das Autorenquartett Maik Ebersoll, Jürgen Federmann, Marianna Hanke-Ebersoll und Thorsten Junkermann widmet sich schließlich der Operationalisierung des „Gesundheitszustandes“ von Bevölkerungsgruppen, was als wesentliche Voraussetzung für fundierte Einbeziehung in quantitative, makroökonomische Theorien sowie die Wirtschafts-/Gesundheitspolitik angesehen werden darf.

Die Beiträge dieses Buches spannen damit einen weiten Bogen, welcher nicht nur unterschiedliche Disziplinen zu Wort kommen lässt, sondern eben auch ganz unterschiedliche sachliche Fragestellungen teils aus theoretischer Perspektive und teils aus Praxissicht beleuchtet. Neben der wenig überraschenden Bestätigung, dass das Gesundheitswesen als überaus relevanter Gesellschaftsbestandteil mit signifikanter wirtschaftlicher Bedeutung angesehen werden muss, zeigen die Einzelbeiträge auch dessen Komplexität und Vielschichtigkeit sowie die Notwendigkeit immer wieder neu auszuhandelnder Kompromisse teils widerstreitender Interessen und Zielsetzungen.

Die Herausgeber wünschen viel Freude bei der Lektüre.

München, Deutschland
Heidenheim, Deutschland
München, Deutschland
Bad Kreuznach, Deutschland

Maik Ebersoll
Roman Grinblat
Marianna Hanke-Ebersoll
Thorsten Junkermann

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgewählte Aspekte des Gesundheitswesens aus volkswirtschaftlicher Sicht	1
	Maik Ebersoll, Marianna Hanke-Ebersoll und Thorsten Junkermann	
2	Institutionelle ambulante ärztliche Versorgung	37
	Gregor Mainzer und Janine Bicking	
3	Die ökonomische Dimension von Betrug und Missbrauch in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Bedeutung des „verhinderten Schadens“	49
	Franz Benstetter und Dominik Schirmer	
4	Mehr Kooperation im Gesundheitswesen wagen!	91
	Gerald Gass und Maike Visarius	
5	Digitale Gesundheitstechnologien in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Evidenz und Preisfindung aus rechtlicher und ökonomischer Perspektive	113
	Roman Grinblat und Enes-Batuhan Baskal	
6	Paradigmenwechsel in der Forschung psychischer Gesundheit – vom Symptom über die Lebensqualität zu Funktionalität und Teilhabe	161
	Michael Huss	
7	IMPAKT® als Treiber effizienter Behandlung chronischer Krankheiten . . .	173
	Rainer B. Pelka	
8	Die Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems bei einer linearen Fortschreibung seiner demografischen Beeinflussungsdeterminanten	209
	Oliver Kremer	

**9 Quantifizierung des Gesundheitszustandes im Hinblick auf
makroökonomische Analysen. 229**
Maik Ebersoll, Marianna Hanke-Ebersoll, Thorsten Junkermann und
Jürgen Federmann

Die Autoren 331



Ausgewählte Aspekte des Gesundheitswesens aus volkswirtschaftlicher Sicht

1

Maik Ebersoll, Marianna Hanke-Ebersoll
und Thorsten Junkermann

Inhaltsverzeichnis

1.1	Drei idealtypische Ausprägungen des Gesundheitswesens	2
1.1.1	Das privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitswesen	2
1.1.2	Das Gesundheitswesen als staatlicher Gesundheitsdienst	5
1.1.3	Das Gesundheitswesen als Sozialversicherungssystem	7
1.2	Das deutsche Gesundheitswesen in seinen Grundzügen	11
1.2.1	Leistungsangebot und Leistungsanbieter	11
1.2.2	Leistungsempfänger	21
1.2.3	Finanzierungsträger	22
1.3	Das Gesundheitswesen aus Sicht der Makroökonomie	26
1.3.1	Die Alternative Wirtschaftstheorie	26
1.3.2	Die Spuren des Gesundheitswesens in ökonomiebeschreibenden Größen und Funktionen	29
1.3.3	Effizienz und Effektivität gesundheitspolitischer Maßnahmen	32
	Literatur	34

Zusammenfassung

Die Organisation der Gesundheitsversorgung wird von vielen Staaten als wichtige Aufgabe verstanden, für welche grundsätzlich verschiedene Ansätze verfolgt werden

M. Ebersoll · M. Hanke-Ebersoll

AWT Institut für ökonomische Systemtheorie, München, Deutschland

E-Mail: maik.ebersoll@awtinst.org; marianna.hanke-ebersoll@awtinst.org

T. Junkermann (✉)

AWT Institut für ökonomische Systemtheorie, Bad Kreuznach, Deutschland

E-Mail: thorsten.junkermann@awtinst.org

© Der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

M. Ebersoll et al. (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen und seine volkswirtschaftliche Bedeutung*, https://doi.org/10.1007/978-3-658-36940-8_1

können und welche daher auch regelmäßig in den Fokus des gesellschaftlichen und politischen Diskurses gerät. Der Beitrag skizziert in Form des privatwirtschaftlichen Gesundheitswesens, des staatlichen Gesundheitsdienstes sowie der Sozialversicherung, drei idealtypische Ausprägungsmöglichkeiten, bevor im Anschluss das deutsche Gesundheitswesen in seinen Grundzügen umrissen wird. Anhand einer quantitativen, makroökonomischen Systemtheorie wird sodann gezeigt, dass derartige Gesundheitssysteme auch in der Volkswirtschaft durchaus markante Spuren hinterlassen und diese prägen. Weiterhin eröffnen sich interessante Ansätze zur Beurteilung von Effizienz und Effektivität (gesundheits-)politischer Maßnahmen.

1.1 Drei idealtypische Ausprägungen des Gesundheitswesens¹

In der Literatur finden sich viele verschiedene Ansätze, Gesundheitssysteme zu strukturieren und zu klassifizieren. In diesem Abschnitt wird die Klassifikation vorgestellt, die bereits 1978 von Milton Terris (vgl. 1978, S. 1125 ff.) eingeführt wurde. Ihr liegen drei Modelle zu Grunde: das privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitswesen, der staatliche Gesundheitsdienst und die Sozialversicherung (vgl. Rovira et al., 1998, S. 188).²

Für die spätere Untersuchung sind diese drei Grundtypen weiterhin beachtenswert, auch wenn wir im Verlauf dieser Monografie zur Komplexitätsreduktion meist das faktische deutsche Gesundheitswesen heranziehen.

1.1.1 Das privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitswesen

In einem privat organisierten Gesundheitswesen liegt die Verantwortung für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung beim Individuum selbst.

Falls sich das Individuum überhaupt für eine Form der finanziellen Vorsorge entscheidet, muss diese grundsätzlich auf privatem Wege erfolgen. Im Falle einer Krankheit bedeutet dies, dass der Umfang der nachgefragten Gesundheitsleistungen allein von den Präferenzen der Individuen, deren verfügbaren Einkommen und den am Markt vorherrschenden Preisen bestimmt wird. Um einen reibungslosen Handel von Gesundheitsleistungen und -gütern auf dem Markt zu gewährleisten, müssen die Voraussetzungen der Produzentensouveränität und Konsumentensouveränität gewährleistet sein (vgl. Volk, 1989, S. 21).

¹Das vorliegende Kapitel orientiert sich an Hanke, 2007, S. 4 ff.

²Weitere mögliche Klassifikationen sind zum Beispiel: Laing's approach, BID report, Evans' approach, OECD approach, NERA prototype, WHO HiT Profiles. Vgl. Rovira et al., 1998, S. 189 ff.

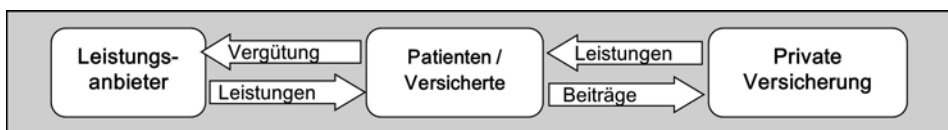


Abb. 1.1 Privatwirtschaftlich organisiertes System

Auf dem Markt von Gesundheitsgütern, die oft mehr Dienstleistungen als greifbare und objektiv leicht zu beurteilende Waren darstellen,³ ist es fraglich, ob eine Souveränität bei der Parteien vollständig zu verwirklichen ist, da Informationsasymmetrien (Principal-Agent-Problem) zwischen Ärzten (Produzenten) und Patienten (Konsumenten) vorliegen können.

Der Staat spielt in diesem Modell lediglich die Rolle als Garant für die einzuhaltenden (z. B. vertragsrechtlichen) Rahmenbedingungen eines funktionierenden Marktes und kann damit steuernde Wirkung bezüglich der Informationsasymmetrie (z. B. durch eine gesetzliche Verpflichtung zu umfassender Aufklärung, wie sie bereits heute kodifiziert ist) erreichen. Die Abb. 1.1 gibt einen graphischen Überblick.⁴

1.1.1.1 Leistungsanbieter

Die Leistungsanbieter, zum Beispiel Ärzte, Apotheken, Physiotherapeuten, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, stehen im System des privatwirtschaftlichen Gesundheitswesens in direktem vertragsrechtlichem Kontakt zum Patienten und verhandeln mit diesem die Art, den Umfang und die Bezahlung der Gesundheits(dienst)leistungen. Diese Verhandlungen werden auf der Seite des Anbieters durch seine Ressourcen und auf der Seite des Nachfragers durch die finanziellen Möglichkeiten limitiert.⁵

Der direkte Kontakt zwischen Anbieter und Nachfrager führt unweigerlich zu einem Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern um „zahlende Kundschaft“. Dabei ist das oft sehr subjektive Qualitätsurteil der Kunden ausschlaggebend, ob es zum Beispiel Weiterempfehlungen gibt. Aber auch weitestgehend „objektive“ Informationsquellen wie bspw. Evaluierungen, Qualitätsstudien, Vergleichs- und Bewertungsportale, können die Wettbewerbspositionen der Anbieter beeinflussen.

1.1.1.2 Leistungsempfänger

Der Leistungsempfänger wählt seinen Arzt selbst aus, verhandelt mit diesem und stellt idealerweise Leistungs- sowie Kostenvergleiche an. Er allein entscheidet, ob und in wel-

³Eine „objektive“ Beurteilung von Dienstleistungen und deren Qualität ist aufgrund der besonderen Bedeutung subjektiver Empfindungen ungleich komplexer, als dies bei materiellen Gütern mit weitgehend objektiv messbaren und quantifizierbaren Eigenschaften möglich ist.

⁴Der private Versicherungsanbieter kann auch entfallen.

⁵Zum Beispiel, Arbeitszeit, Kompetenzen, räumliche Möglichkeiten, Personalausstattung einer Praxis usw.

chem Umfang er durch reines Ansparen oder das Abschließen von Versicherungen dem finanziellen Engpass im Krankheitsfall vorbeugen will.

Es wird deutlich, dass dem Leistungsempfänger bei diesen Entscheidungen ein hohes Maß an Informationen zur Verfügung stehen muss, wenn er alle Gestaltungsmöglichkeiten berücksichtigen will; Informationen über Leistungsangebote und Konditionen der verschiedenen Versicherungen (alternativ auch über diverse Geldanlagen) und Wissen über die adäquate Behandlung im Krankheitsfall.

Ein Sonderfall im Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen sind Notfallleistungen, deren Erbringung keinen Aufschub duldet (z. B. Behandlung des akuten Herzinfarktes). Hier scheiden die vorherige Informationseinholung und Anbieterauswahl regelmäßig aus. Der Leistungsempfänger wäre im privatwirtschaftlichen Gesundheitssystem ohne das Vorhandensein einer Versicherung mit seinem gesamten privaten Vermögen für diese existenzielle Leistung haftbar. Situativ und fachlich ist das Wissen über die adäquate Behandlung damit eng beschränkt und die Informationsverfügbarkeit für den Leistungsempfänger im Markt der Gesundheitsleistungen selten ausreichend erfüllt, so dass die erforderliche Konsumentensouveränität nicht vollständig vorliegt.⁶ Bei der Frage nach ausreichendem Versicherungsschutz liegt die Schwierigkeit darin, die eigene Gesundheit der Gegenwart und der Zukunft realistisch einschätzen zu können. Einfluss auf diese Einschätzung haben bspw. die unterschiedlichen individuellen Risikoneigungen, die auch im Lebensverlauf variieren können.

Exkurs

Der direkte Kontakt des Versicherungsnehmers mit der Versicherung führt idealerweise zu einer individuellen Gestaltung des Vertrages, welcher damit auf die Bedürfnisse optimal abgestimmt werden kann. So unterscheidet sich der Leistungsumfang von Vertrag zu Vertrag und der Versicherungsnehmer zahlt mit seiner Prämie lediglich die von ihm gewünschten und eventuell beanspruchten Leistungen. Durch diese individuelle Gestaltungsmöglichkeit kommt es vor, dass ein objektiv betrachtet gleiches Krankheitsrisiko zu unterschiedlich hohen Beiträgen versichert ist und damit auch unterschiedliche Leistungspakete beansprucht. So wird sich ein Familienvater z. B. stärker gegen unvorhergesehene krankheitsbedingte Arbeits- und damit Lohnausfälle absichern wollen als ein junger alleinstehender Mann. Die Entscheidung über den Versicherungsvertrag hängt somit auch von der Risikoneigung der entsprechenden Person ab, was prinzipiell Situationen von „Überversicherung“ und „Unterversicherung“ ermöglicht. Ein Vorteil, neben dem oben erwähnten individuell zugeschnittenen Versicherungsverträgen entsteht besonders Personen mit geringem Krankheitsrisiko, also überwiegend gesunden Menschen. Sie können ihre Beiträge sehr niedrig halten; möglich wären auch Zugeständnisse seitens der Versicherung, z. B. in Form von nicht-finanziellen „Geschenken“. Eher risikobehaftete Personen werden es dagegen schwer haben, sich zu einem genauso niedrigen Beitrag zu versichern. Sie stellen für die Versicherungen ein als vergleichsweise hoch empfundenes Erkrankungsrisiko dar, welches eventuell langfristige Behandlungen und enorme finanzielle Kosten verursacht. So wird sich eine Versicherung zwar bereit erklären, das Risiko teilweise oder vollständig zu übernehmen, jedoch nur mit entsprechend finanzieller Absicherung und damit einem höheren Beitrag.

⁶Zur Konsumentensouveränität siehe auch: Engelkamp & Sell, 1998, S. 31.

1.1.1.3 Finanzierungsträger

In einem privatwirtschaftlichen Gesundheitssystem gibt es zwei Arten der Finanzierung, sieht man von Almosen ab: Vorsorge durch privat organisiertes Sparen oder Versicherungsabschlüsse.

Die Berechnung eines Versicherungsbeitrags und die Gestaltung des angebotenen Leistungspaketes wird meist durch Kriterien wie Geschlecht, Alter, Beruf, Familienstand und Vorerkrankungen bestimmt. Diese Kriterien helfen dem Versicherungsgeber, die Informationsasymmetrie gegenüber dem Versicherungssuchenden über sein Gesundheitsverhalten und seinen Gesundheitszustand abzumildern. Auch die Wahl der Leistungspakete bietet Rückschlussmöglichkeiten auf verborgene Anfälligkeiten und ermöglicht eine bessere Risikokalkulation für die Versicherung.

Wie bereits erwähnt, führt die freiwillige Versicherungsmöglichkeit zum Wettbewerb zwischen den Anbietern um Versicherungsnehmer; mehr (gesunde) Kunden bedeuten mehr Einnahmen durch Versicherungsprämien und eine bessere Risikostreuung. Die Attraktivität der eigenen Versicherung kann dabei über den Preis und über zielgruppenspezifisch ausgerichtete Leistungen beeinflusst werden. Eine notwendige Bedingung für diesen Wettbewerb stellt ein ausreichend guter Informationsstand dar, der ein schnelles Vergleichen von verschiedenen Anbietern für die Versicherungsnehmer erst möglich macht.

1.1.2 Das Gesundheitswesen als staatlicher Gesundheitsdienst

Im Modell des staatlichen Gesundheitsdienstes legt der Staat nicht nur die Rahmenbedingungen fest, sondern bestimmt auch die Höhe des Budgets für die Gesundheitsausgaben, den Umfang der Gesundheitsleistungen und die Art und Höhe der Vergütungen von Leistungsanbietern (vgl. Rovira et al., 1998, S. 188). Der Staat ist in diesem System gleichzeitig Anbieter und Finanzier von Gesundheitsleistungen.

Dieses Modell führt in seiner Konsequenz zu einer beliebig starken Einschränkung der individuellen Wahlfreiheit der Patienten. Es liegt die Annahme zu Grunde, dass der Einzelne nicht zwischen wahrem und scheinbarem Nutzen von Gesundheitsleistungen unterscheiden kann und daher die Verlagerung der Entscheidungsgewalt weg von den Patienten hin zum Staat erfolgt. Dieser hat die Aufgabe, eine Art objektive Vernunft herzustellen, indem er die Interessen der Gemeinschaft über die des Einzelnen stellt und damit in letzter Konsequenz für das Individuum entscheidet (vgl. Volk, 1989, S. 60).

Das verfolgte Ziel ist nach Volk (1989, S. 45) „[...] die soziale Ungleichheit [...] sowie Versorgungsdisparitäten zu vermeiden, und eine gleichmäßige und gleichwertige Gesundheitsversorgung für jeden einzelnen zu gewährleisten.“ Die Abb. 1.2 gibt einen graphischen Überblick.⁷

⁷Der Staat übernimmt den Steuereinzug, die Steuerung der Gesundheitsversorgung und das Leistungsangebot.

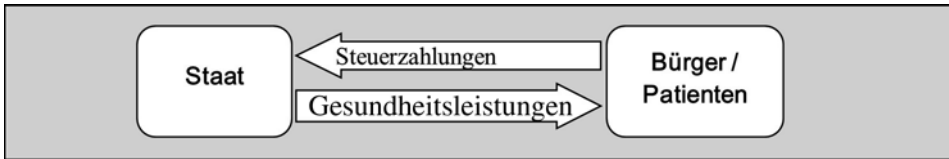


Abb. 1.2 Staatlich organisierter Gesundheitsdienst

1.1.2.1 Leistungsanbieter

Die Leistungsanbieter sind Beschäftigte des Staates, werden direkt aus öffentlichen Mitteln bezahlt und sind der Weisung und Kontrolle öffentlicher Stellen, regional oder kommunal, unterstellt. Ebenso wird die Qualität und Quantität der Leistungen auf übergeordneter Ebene planwirtschaftlich und administrativ festgelegt (vgl. Volk, 1989, S. 46). Der fehlende Wettbewerb dieses staatlichen Versorgungspaketes kann zu ausbleibenden Weiterentwicklungen von Versorgungsstrukturen und zur Unwirtschaftlichkeit bei der Finanzmittelverwendung führen.

Zusätzliche, das heißt nicht vom Staat angebotene, geplante und finanzierte Leistungen sind grundsätzlich nicht existent. Ein solcher Einkauf von Leistungen, welche über den staatlich definierten Umfang hinausgehen, stellt genau genommen schon eine Mischform aus staatlichem und privatem System dar.

1.1.2.2 Leistungsempfänger

Der Bürger finanziert über Steuern das vom Staat festgelegte Gesundheitsbudget (vgl. Rovira et al., 1998, S. 188) und hat im Gegenzug dafür freien Zugang zu den Gesundheitsleistungen. Es gibt keine Ausschlusskriterien, die bei Bedarf von Gesundheitsgütern zu einer Verweigerung führen können (vgl. Volk, 1989, S. 46). Damit wird jedem Bürger des Systems eine medizinische Grundversorgung zugesichert.

Durch die Planwirtschaft des Gesundheitswesens werden Bedarf und die dafür nötigen Leistungen zentral und staatlich bestimmt. Diese Form der Staatsbürgerversorgung bedeutet für den Einzelnen im Rahmen des staatlichen Gesundheitsdienstes den Verzicht auf eine von der Bedarfsplanung abweichende persönliche Gestaltung der Gesundheitsversorgung (vgl. Volk, 1989, S. 61).

1.1.2.3 Finanzierungsträger

Die Finanzierung obliegt dem Staat, der mittels eines Budgets aus Steuergeldern die Gesundheitsversorgung des Landes dirigiert. Die Festlegung der Höhe des Gesundheitsbudgets ist eine der Kernaufgaben und erfolgt über die Ermittlung des notwendigen Bedarfs an Leistungen in der Bevölkerung. Mit den auf regionalen oder kommunalen Verwaltungsebenen zugeteilten Haushaltsmitteln müssen dann sowohl die Leistungen für die Patienten eingekauft, als auch die Leistungserbringer vergütet werden. So fungiert die Aufteilung der Gelder als Lenkungsinstrument des Staates. Schwerpunktthemen und -regionen kön-

nen so durch überproportionale Finanzmittelzuteilung gesondert gefördert werden (vgl. Volk, 1989, S. 47).

Die Finanzierung durch Steuern stellt eine Art Zwangsversicherung dar, welcher der Gedanke der Gesundheitsversorgung als meritorisches Gut zu Grunde liegt. Individuen sind zu stark gegenwartsorientiert, um sich selbständig und ausreichend für die eigene Zukunft abzusichern.⁸

Exkurs

Als meritorische Güter werden jene Güter bezeichnet, die eine positive Wirkung durch den Konsum nach sich ziehen, allerdings zu wenig nachgefragt werden, da der Nutzen des Gutes oft nicht bekannt ist oder eine falsche Beurteilung zukünftiger Bedürfnisse und Präferenzen vorliegt (sogenanntes Problem der Zeitpräferenzrate). Der Staat sieht sich deswegen oft in der Verantwortung, diese Mängel auszugleichen und geht davon aus, dass er die Präferenzen der Bürger in Gegenwart und Zukunft besser beurteilen kann als das Individuum selbst. Durch Gütersubventionen, Preissenkungen oder Konsumverpflichtungen greift er dann in das Marktgeschehen ein.

1.1.3 Das Gesundheitswesen als Sozialversicherungssystem

Das Kernstück des Sozialversicherungsmodells bildet die obligatorische Krankenversicherung mit gesetzlich festgelegten Sozialleistungen.

Die Höhe der Versicherungsbeiträge richtet sich in der Regel nach dem Einkommen der zu versichernden Person. Ein wichtiger Kerngedanke im Sozialversicherungssystem ist die Solidarität; ihr wird nicht nur durch den einkommensabhängigen Beitrag Rechnung getragen, sondern zuweilen auch durch die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern.⁹

Familienversicherungen oder andere Vergünstigungen sind in dieser Form des Gesundheitssystems nicht selten, da der Gesetzgeber hiermit seinen sozialen Gestaltungswillen umsetzen kann.

Vertragsabschlüsse zwischen Leistungsanbietern und der Sozialversicherung gehören ebenso in das Modell wie regulierende Maßnahmen durch den Staat. Die Anbieter können dabei vollkommen frei als Anbieter im Gesundheitsmarkt auftreten (z. B. in Krankenhäusern oder Praxen) oder ausschließlich oder zusätzlich eine vertragliche Bindung mit einer

⁸Eine Folge davon könnte sein, dass sich ein Patient zu spät in eine Gesundheitsversorgung begibt oder sein eigenes Krankheitsrisiko unterschätzt. Die Tatsache, dass in einem staatlichen Gesundheitswesen keine direkten Zahlungen für den Patienten entstehen, trägt dazu bei, eher zum Arzt zu gehen und dadurch akute Krankheitsfälle zu vermeiden oder frühzeitig zu erkennen.

⁹Aus Sicht des arbeitskrafteinkaufenden Unternehmens ist es nicht entscheidend, welche Zahlungen direkt oder indirekt in die Sozial- oder Steuersysteme fließen. Entscheidend ist aus Sicht des Investitionskalküls lediglich, dass mit der Tätigkeit der Arbeitskraft beide Beitragsanteile verdient werden müssen. Daher ist es auch zweitrangig, ob in bestimmten Ländern, wie z. B. Deutschland, der Eindruck vermittelt wird, dass bestimmte Sozialbeiträge paritätisch gezahlt werden, denn letztendlich muss sich die unternehmerische Kalkulation an der Gesamtsumme orientieren.

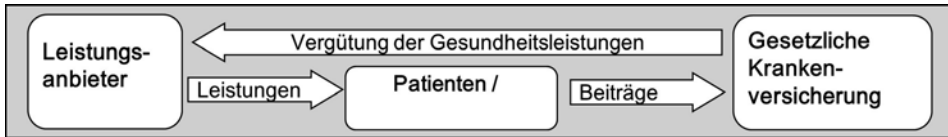


Abb. 1.3 Gesundheitswesen als Sozialversicherungssystem

Versicherung eingehen (vgl. Rovira et al., 1998, S. 188). Staatlicherseits werden Rahmenbedingungen für Qualität von Leistungen festgelegt, die jedoch zusätzliche Leistungen, neben diesen Qualitätsstandards zulassen. Das Sozialversicherungssystem ist somit ein Hybrid aus dem rein privatwirtschaftlichen und dem staatlich organisierten Gesundheitswesen. Die Abb. 1.3 gibt einen graphischen Überblick.¹⁰

1.1.3.1 Leistungsanbieter

Im Sozialversicherungssystem stehen die Leistungsanbieter insbesondere in der Leistungserbringung in direktem Kontakt mit den Versicherungen. Ein vertragliches Verhältnis besteht in aller Regel „nur“ über die gewünschte Leistungsart. Der Leistungsanbieter fungiert im Sozialversicherungssystem als Erfüllungsgehilfe der Krankenversicherung, er erfüllt den Leistungsanspruch, den der Patient gegenüber seiner Krankenversicherung hat, materiell. Streitigkeiten um Art und Umfang von Leistungen werden vom Leistungsanbieter mit der Krankenversicherung ausgetragen, nicht hingegen mit dem Leistungsempfänger.¹¹

Die Finanzierung von Leistungen ist in der Regel bereits vorab zwischen dem Leistungsanbieter und einer Versicherung verhandelt und vertraglich bspw. in einem Leistungskatalog definiert. Dieses Vertragsverhältnis ist die Grundlage für den Leistungsanbieter und damit der Zugang zur Behandlung der Versicherten.

Aus diesem Verhältnis heraus organisieren sich häufig mehrere Leistungsanbieter in Dachorganisationen, um die eigene Verhandlungsmacht gegenüber den Versicherungen zu stärken.

Bei der späteren Behandlung der Patienten wird dagegen nur selten einzeln über zu erbringende Leistungen verhandelt. Der Arzt orientiert sich dann in erster Linie an den vertraglich geregelten und refinanzierbaren Leistungen der Versicherung des Patienten.

Ein Vertrag mit einem Finanzierungsträger kann in diesem Fall eine Garantie für ein ausreichendes Patientenaufkommen sein und damit über den wirtschaftlichen Erfolg einer Praxis oder Praxisgemeinschaft entscheiden.¹²

¹⁰ Der Staat kann auf alle skizzierten Leistungs- und Geldströme regulierend einwirken.

¹¹ Dass für diese Auseinandersetzungen entsprechende Hinweise und Mithilfe der Leistungsempfänger notwendig sind, ist selbstverständlich.

¹² Stehen Ärzte in vertraglicher Beziehung zu einem Versicherer, dann stellt sich ein Versicherungsnehmer, der nicht diese Vertragsärzte aufsucht, finanziell oft schlechter, da entstehende Kosten evtl. nicht (vollständig) von der eigenen Kasse getragen werden.

Seitens der Regierung kann es zusätzlich Eingriffe in den Markt geben, wenn der Staat das von ihm zu schützende soziale Sicherungsprinzip in Gefahr sieht. Dies betrifft bspw. die Themen der Infrastruktur des Angebotes, die Qualität des Angebotes oder die Preisstrukturen. So kann er beispielsweise den Versicherungen einen Kontrahierungszwang mit Anbietern auferlegen, wenn diese staatlich festgelegte Kriterien der Qualität erfüllen.

1.1.3.2 Leistungsempfänger

Der Leistungsempfänger unterliegt der Versicherungspflicht, wobei ihm die Wahl des Versicherungsanbieters freigestellt ist. Durch die Wahl der Versicherung erhält er ein vom Staat festgelegtes Mindestpaket an Gesundheitsleistungen und eventuell darüber hinaus gehende Leistungen der Versicherung.

Durch die Entscheidung für eine Versicherung wird oft schon die Wahlmöglichkeit der Leistungserbringer vorbestimmt, da die Finanzierungsträger in direkten vertraglichen Beziehungen mit den Leistungserbringern stehen. Wird bspw. ein Arzt gewählt, der nicht in vertraglicher Bindung zum Versicherungsanbieter steht, werden oft keine Kosten übernommen.¹³

Der Beitrag, den ein Mitglied des Sozialversicherungssystems zu entrichten hat, ist in der Regel einkommensabhängig und wird oft zu einem bestimmten Teil vom Arbeitgeber mitgetragen. Aus Sicht des arbeitskrafteinkaufenden Unternehmens ist nicht entscheidend, welche Zahlungen direkt (Arbeitgeberanteil) oder indirekt (Arbeitnehmeranteil) in die Sozial- oder Steuersysteme fließen. Entscheidend ist aus Sicht des Investitionskalküls lediglich, dass mit der Tätigkeit der Arbeitskraft beide Beitragsanteile verdient werden müssen. Daher ist es auch zweitrangig, ob in bestimmten Ländern, wie z. B. Deutschland, der Eindruck vermittelt wird, dass bestimmte Sozialbeiträge paritätisch gezahlt werden, denn letztendlich muss sich die unternehmerische Kalkulation an der Gesamtsumme orientieren.

Da die Beitragszahlungen nicht individuell angespart werden und mit steigendem Einkommen wachsen, findet eine Umverteilung der Finanzierungslast zwischen hohen und niedrigen Einkommen innerhalb einer Versicherung statt. Je nach Größe der Versicherung und möglicher staatlicher Ausgleichsmechanismen zwischen den Versicherungen, erfolgt auch eine Umverteilung innerhalb der Gesellschaft. Auf diese Weise zahlt ein Versicherungsnehmer mit hohem Einkommen durch seine Prämie u. U. auch einen Anteil der Behandlungskosten eines Niedrigverdieners. Ebenso entsteht auf diese Weise eine Umverteilung von risikobehafteten zu weniger risikobehafteten Personen, das heißt weniger kranke Menschen zahlen für chronisch kranke Leistungsempfänger und deren notwendige Behandlungen. Diese Art der Umverteilung wird unter dem Begriff der Solidarität zusammengefasst. Die Problematik, die mit dem Begriff der Solidarität verbunden werden kann, beschreibt Stillfried wie folgt: „In dem Maße, in dem ‚Solidarität‘ das Prinzip der Eigen-

¹³ In Deutschland ist z. B. der Zahlungsausgleich zwischen Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Gesetzlichen Versicherung in den Satzungen der KVen geregelt. Vgl. z. B.: Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 22.06.2002.

verantwortung ersetzt, wird zugleich die Verantwortung für unbefriedigt gelassene Bedürfnisse personalisiert: Missverhältnisse zwischen wünschbarem und tatsächlich erreichtem Versorgungsniveau werden der Regierung angelastet, die sich andererseits durch zunehmend detaillierte Regulierung zunehmend direkt für die Verfügbarkeit ausreichender medizinischer Versorgung verantwortlich macht.“ Stillfried (1996, S. 101).

Der Gedanke der Solidarität wird dem System der Sozialversicherung oft zu Grunde gelegt. Aber Solidarität im ursprünglichen Sinne hat nur noch wenig mit der Interpretation des Begriffs gemein, wie sie im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem verwendet wird. Einkommensabhängige Beitragszahlungen, Umlagefinanzierung oder Pflichtabgaben an finanziell schwächer gestellte Personen entsprechen nicht der ursprünglichen Bedeutung des Wortes, denn der Begriff der Solidarität impliziert Freiwilligkeit, die bei einem gesetzlich erzwungenen Pflichtversicherungssystem nicht im Mittelpunkt steht. Was allerdings weiter zu bemerken bleibt, ist die Frage, ob ohne eine „Pflicht zur Solidarität“ finanzielle Hilfe in dem notwendigen Maße geleistet werden würde.¹⁴

1.1.3.3 Finanzierungsträger

Im Sozialversicherungssystem wird dem Finanzierungsträger unter anderem die Funktion des ergänzenden Sachwalters zugeordnet. Auf Grund der zahlreichen, teilweise hochspezialisierten Informationen über mögliche Behandlungen wird davon ausgegangen, dass dies ein einzelner Mensch nicht hinreichend optimal beurteilen und darauf basierende Entscheidungen treffen kann. Daher wird Organisationen wie Versicherungen die Aufgabe übertragen, die staatlich festgelegten Qualitätskriterien und die Leistungsfinanzierung für ihre Versicherungsnehmer zu prüfen und vertraglich zu vereinbaren. Auf diese Weise nimmt die Versicherung die Funktion eines ergänzenden Sachwalters für den Patienten ein und vertritt seine Interessen gegenüber den Leistungserbringern. Einzelne Verhandlungen zwischen Arzt und Patient beschränken sich dadurch weitestgehend auf die individuelle Krankengeschichte des Patienten. Dem Leistungserbringer kommt allerdings durchaus die Aufgabe zu, in der Erfüllungsgehilfeneigenschaft Regelungen zu erklären, die durch das Vertragsverhältnis mit dem Finanzierungsträger in Bezug auf Leistungsart und -umfang getroffen wurden.¹⁵

Die Versicherung beeinflusst durch ihre Verhandlungen nicht nur Qualität und Angebot, sondern auch Zugang von Leistungsanbietern zu potenziellen Kunden. Diese Verhandlungsmacht soll genutzt werden, eine patientenoptimale Entscheidung zu treffen. Dem liegt die Annahme zu Grunde, dass der ergänzende Sachwalter optimal über die Bedürfnisse des Versicherungsnehmers Bescheid weiß. Im Weiteren wird davon ausgegangen, dass staatlich vorgeschriebene Grundversorgungsleistungen in den Verhandlungen vollständig berücksichtigt sind.

Durch die freie Versicherungswahl des Leistungsempfängers entsteht ein Wettbewerb unter den Versicherern. Diese werben mit Hilfe ihrer Leistungen, über die gesetzliche

¹⁴Vgl. Wikipedia, Stichwort: Solidarität, Stand: 01.04.05.

¹⁵In diesem Zusammenhang wird auch von Aufklärungspflichten gesprochen.

Grundversorgung hinaus und durch die Beitragshöhe um Mitglieder. Der Wettbewerb über die Höhe des Beitragssatzes kann beispielsweise durch optimierte Verwaltungskosten niedrig gehalten werden, Bonusprogramme sowie zusätzliche Serviceleistungen sind ein weiteres Instrument.

Ein Ausschluss von Leistungen, mit dem Ziel schlechte Risiken abzuschrecken, oder gar ein Ablehnen von Versicherungsnachfragern ist von staatlicher Seite unerwünscht. Ganz im Gegenteil werden von staatlicher Seite oft Versuche zur Neutralisierung von Risikounterschieden zwischen den Versicherungsträgern unternommen.¹⁶

1.2 Das deutsche Gesundheitswesen in seinen Grundzügen

Für die weitere Untersuchung soll beispielhaft das deutsche Gesundheitswesen herangezogen werden. Dieses ist in seinem Grundtyp dem Gesundheitswesen als Sozialversicherung sehr ähnlich (vgl. Abschn. 1.3). Da es jedoch einige Besonderheiten besitzt, soll es im Folgenden in seinen Grundzügen kurz skizziert werden.

1.2.1 Leistungsangebot und Leistungsanbieter

1.2.1.1 Übersicht der Leistungserbringer¹⁷

Die Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen sind in Bezug auf ihre Interessen, Aufgaben und Ziele äußerst vielfältig und in verschiedenen Formen organisiert. Vom Einzelunternehmer bis zu Konzernstrukturen sind alle Formen vertreten. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Anbieter für rehabilitative Maßnahmen, Pflegeeinrichtungen sowie Heil- und Hilfsmittelanbieter sind beispielhaft zu erwähnen.

Anhand der in der Abb. 1.4 gezeigten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Verteilung auf verschiedene Leistungsbereiche entsteht nicht nur ein erster Überblick über das Gesundheitssystem, sondern es lässt sich auch die Vielfalt der handelnden Leistungserbringer erahnen (vgl. GKV, 2020).

Ergänzend für die Pflege skizziert die Abb. 1.5 die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen 2019 (in Milliarden Euro; vgl. GKV, 2020).

1.2.1.2 Prävention

Prävention im Gesundheitswesen wird als Oberbegriff für die Vermeidung von Krankheiten oder Schädigungen der Gesundheit verwendet. Grundlegende begriffliche Definitio-

¹⁶In Deutschland erfolgt dies über den sog. Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (morbRSA).

¹⁷Nähere Erläuterungen zur Alternativen Wirtschaftstheorie (AWT) folgen in Abschnitt 3.

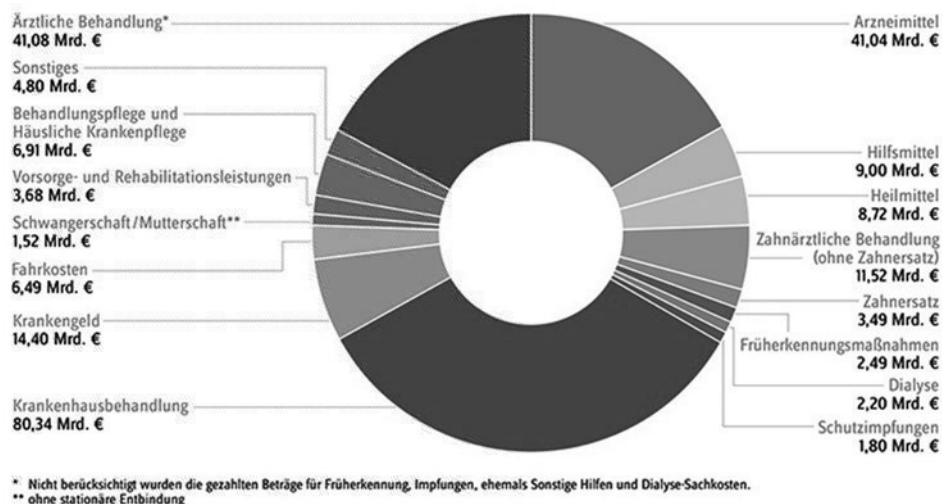


Abb. 1.4 Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2019 in Mrd. Euro. (Quelle: GKV (2020) GKV-Spitzenverband; abgerufen am 04.12.2020 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp)

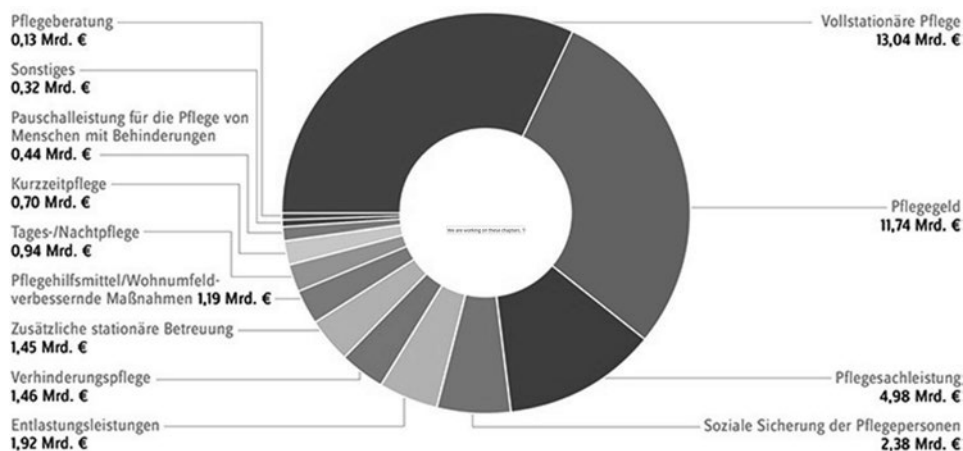


Abb. 1.5 Ausgaben der Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen 2019 in Mrd. Euro. (Quelle: GKV (2020) GKV-Spitzenverband; abgerufen am 04.12.2020 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp)

nen differenzieren einerseits nach dem Ziel der Prävention, das auf das individuelle Verhalten aber auch die Lebensverhältnisse gerichtet sein kann. Im ersten Fall wird von Verhaltensprävention gesprochen, im zweiten Fall von der Verhältnisprävention (Bundesministerium für Gesundheit, 2020b).

Weiterhin werden in der Regel Präventionsmaßnahmen nach dem Zeitpunkt unterschieden, zu dem sie eingesetzt werden. Primärprävention bezeichnet Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit bzw. Vorbeugung von Krankheiten. Ursachen- bzw. risikobasiert werden Maßnahmen gewählt, bevor eine Krankheit eintritt (vgl. DGNP, 2020). Primärprävention richtet sich an alle gesunden Menschen und umfasst beispielsweise Impfungen, Ernährungsmedizin, Stresscoping, Sportmedizin und Unfallverhütung.

Leistungserbringer in der Prävention können alle Akteure im Gesundheitswesen sein. Impfungen werden zum Beispiel durch niedergelassene Ärzte und Betriebsmediziner durchgeführt, Trainingsangebote etwa werden von gewerblichen Anbietern (z. B. Fitnessstudios) aber auch im Rahmen verordneter Maßnahmen (Ambulante/Stationäre Rehabilitation) erbracht.

Sekundärprävention umfasst das Gebiet der Früherkennung und die Verhinderung des weiteren Fortschreitens einer Erkrankung. Sie richtet sich an erkrankte Menschen, die zu ihrer Gesundung aktiv etwas beitragen möchten. Sekundärprävention umfasst beispielsweise Screening- oder Vorsorgeuntersuchungen, individuelle Gesundheitsrisikoplanalysen, aber auch Stress-Scoping und Sportmedizin mit einem krankheitsbezogenen Ansatz.

Die Tertiärprävention zielt auf die Verhinderung der Progredienz oder den Eintritt von Komplikationen. Typischerweise werden tertiärpräventive Maßnahmen bei manifesten Erkrankungen eingesetzt, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, einen erreichten Gesundheitszustand bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder einer längerfristig anhaltenden Schädigung (z. B. Zustand nach Herzinfarkt) zu erhalten und ein weiteres Fortschreiten der Krankheit zu verhindern (z. B. Tumorerkrankungen). Die Disziplinen der Primär- und Sekundärprävention werden um rehabilitative Maßnahmen ergänzt und gezielt auf die Erkrankung hin eingesetzt.

Prävention kann als meritorisches Gut bezeichnet werden. Wie oben erläutert, bleibt bei meritorischen Gütern die individuelle Nachfrage hinter dem gesellschaftlich gewünschten Maß zurück. Dies ist bei Präventionsmaßnahmen regelhaft gegeben. Hinsichtlich des gesellschaftlichen Ziels der Gesunderhaltung der Bevölkerung hat die Prävention eine positive Wirkung; dieser steht jedoch in aller Regel eine zu geringe Nachfrage gegenüber, was sich beispielsweise in der Zunahme der Zivilisationskrankheiten äußert.¹⁸ Grund hierfür ist beispielsweise, dass der Nutzen des Gutes oft nicht bekannt ist oder eine falsche Beurteilung zukünftiger Bedürfnisse und Präferenzen vorliegt (sogenanntes Problem der Zeitpräferenzrate). Diese Umschreibung trifft insbesondere auf alle Themen und Konsumprodukte oder Dienstleistungen der Prävention zu.

Den Individuen fehlt zum Teil die intrinsische Motivation, sich gesundheitsfördernd oder zumindest nicht gesundheitsschädigend zu verhalten. Themen der Ernährung oder der Bewegung sind hier geeignete Beispielfelder. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber

¹⁸ Als Zivilisationskrankheiten werden Erkrankungen bezeichnet, die in der Regel nicht übertragbar sind und an deren Entstehen und Verbreitung die Bedingungen der zivilisierten Lebenswelt auslösende, begünstigende oder auch ursächliche Bedeutung haben (vgl. LNRA, 2020).

den Bereich der Prävention als Auftrag an die Krankenkassen gegeben, in der Hoffnung durch die gemeinsame Entwicklung von attraktiven Programmen und deren Finanzierung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, die Inanspruchnahme solcher Angebote beim Versicherten zu steigern (vgl. §§ 20 ff. SGB V).

1.2.1.3 Kurative medizinische Leistungen – Akutbehandlung

Die medizinische Leistungserbringung in akuten und chronisch behandlungsbedürftigen Fällen ist im deutschen Gesundheitswesen vor allem dem Beruf des Arztes zugeordnet. Zahlreiche rechtliche Regelungen schützen das besondere Vertrauensverhältnis, das zwischen dem Arzt (Leistungsanbieter) und dem Patienten (Leistungsempfänger) besteht. Die 1:1-Beziehung zwischen Arzt und Patient innerhalb der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist, unabhängig von der Größe der Institution in welche der Arzt eingebettet ist, wesentliches Kennzeichen der Idealvorstellung von Gesundheitsdienstleistungen.

Ein strenger Tätigkeitskanon trennt die Befugnisse und Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte, Therapeuten und Ärzte) und innerhalb der Berufsgruppen (bspw. zwischen Fachärzten) voneinander. Die Leistungserbringung erfolgt zunehmend arbeitsteilig, je komplexer ein Krankheitsbild und je vitaler der Gesundheitszustand des Patienten bedroht ist. Von Einzelarztpraxen über Gemeinschaftspraxen, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren über Praxiskliniken und Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufe bis zu rehabilitativer Medizin erstreckt sich die Bandbreite der stets im Kern ärztlichen Leistungserbringer (vgl. Abb. 1.6). Im deutschen Gesundheitswesen werden ambulante von stationären Behandlungen stark unterschieden, obwohl bspw. in beiden Sektoren gleiche Fachärzte für bestimmte Gebiete zu finden sind.

Kernelement ambulanter Behandlungen sind aufsuchende Einzelkontakte durch den Patienten, die regelhaft nur Diagnostik und Therapie beinhalten. Der Patient nimmt die Dienstleistung als Einzelleistung in Anspruch und der Leistungserbringer wird nach einem mit den Kostenträgern verhandelten Leistungskatalog vergütet. Die Allokation der Finanzmittel für gesetzlich versicherte Patienten erfolgt in der Regel über weitere Institutionen wie beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigung. Sie erhält nach den Bevölkerungsdaten berechnete, pauschale und prospektive Mittelzuweisungen von Gesetzlichen Krankenkassen und leitet diese gemäß einem eigenen Leistungskatalog (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) retrospektiv an die Leistungserbringer weiter.

Im privatwirtschaftlichen Teil der Gesundheitsversorgung sind die Leistungen ebenfalls als Einzelleistungen ausgeprägt, werden aber unmittelbar gegenüber dem Patienten nach einem ebenfalls eigenen Leistungskatalog (Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ) abgerechnet.

Beide Leistungskataloge enthalten über ein Punktsystem relative Gewichte der jeweiligen Einzelleistung; dabei stehen den Punkten der GOÄ fest verhandelte Geldbeträge gegenüber. Der Punktwert des EBM hingegen bemisst sich am Gesamtvolumen der erbrach-

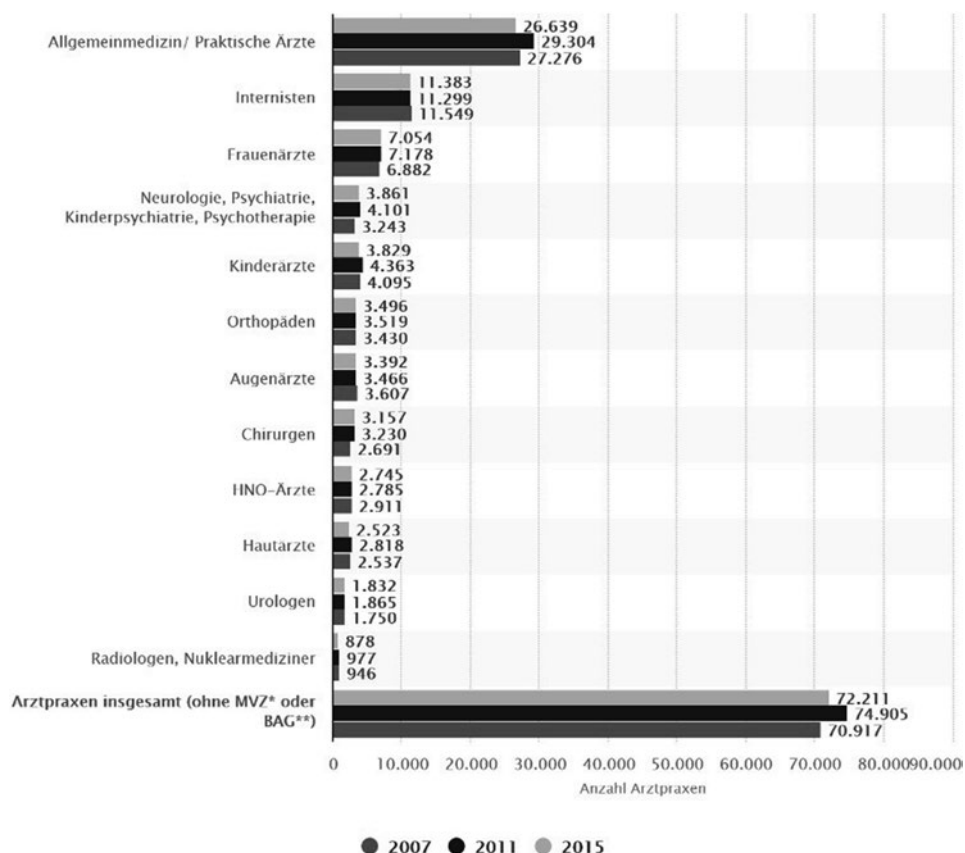


Abb. 1.6 Arztpraxen in Deutschland. (Quelle: Statistisches Bundesamt (2020a) abgerufen am 22.11.2020 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/281526/umfrage/anzahl-der-arztpraxen-in-deutschland-nach-facharztbezeichnung/>)

ten Leistungen einer Fachgruppe gegenüber allen Patienten pro Zeiteinheit und kann damit von Abrechnungszeitraum zu Abrechnungszeitraum variieren.¹⁹

Stationäre Einrichtungen hingegen – z. B. Krankenhäuser – verhandeln direkt mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen ihr Leistungsbudget. Dieses richtet sich nach dem jeweilig mit den Krankenkassen abgeschlossenen Versorgungsvertrag, der sich aus der Krankenhausbedarfsplanung der Bundesländer ableitet. Der Versorgungsvertrag bestimmt dabei den Versorgungsauftrag und somit die zu erbringende Leistung. Das Finanzierungssystem der Krankenhäuser war in den letzten Jahrzehnten verschiedenen grundlegenden Reformen unterworfen. Wurden zunächst sämtliche Kosten der Krankenhausbehandlung

¹⁹Weitere Informationen zu den Inhalten des EBM und GOÄ sowie den Berechnungen finden sich auf den Seiten des Bundesgesundheitsministeriums. Vgl. (Bundesministerium für Gesundheit, 2020c)

über Tagessätze retrospektiv finanziert, erfolgte 1986 die Einführung prospektiver Budgets, dabei blieb allerdings der Ansatz vollständiger Kostendeckung erhalten. Ab 1993 wurden „gedeckelte“ Budgets eingeführt, um wirtschaftliche Anreize in der Leistungserbringung zu setzen und die im internationalen Vergleich langen Liegedauern im Krankenhaus zu reduzieren. Seit 2003 wurde eine rein leistungsbezogene Vergütung über die Fallpauschalen eingeführt. Seitdem sind die Verweildauern in Krankenhäusern stetig zurückgegangen.

Heute werden in fast allen Krankenhausleistungen pauschalierende Entgelte, sogenannte DRGs (Diagnosis Related Groups), den sehr komplexen Leistungskatalogen gegenübergestellt. Eine Einzelleistungsabrechnung würde die Komplexität der morbiditätsbedingt notwendigen interdisziplinären Leistungserbringung nicht mit vertretbarem Aufwand abbilden können. Deshalb werden Behandlungskomplexe gebildet, die wiederum mit unterschiedlichen Gewichten und zusätzlichen Einzelleistungsentgelten zu einer Gesamtvergütung der erbrachten Leistungen führen. Für jedes Kalenderjahr wird ein Budget vereinbart, das bei Über- oder Unterschreitung eine rechnerische Korrektur erfährt und im Folgejahr durch Nach- oder Rückzahlungen ausgeglichen wird.

Beim privat versicherten Patienten werden neben den pauschalen Entgelten evtl. zusätzliche Leistungen abrechenbar. Ärztliche Leistungen können auf Wunsch des Patienten durch ausgewählte Spezialisten erbracht und von diesen als Einzelleistungen nach der GOÄ zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Der pauschalierende Teil des Entgeltes wird in das Budget eingerechnet und unterliegt den Ausgleichsregelungen, die Einzelleistungen sind hiervon nicht berührt. Auch wenn der überwiegende Teil der versorgten Patienten in Deutschland dem gesetzlichen Versicherungssystem zugerechnet werden kann, gibt es eine relevante Anzahl privat Versicherter, denen gegenüber eine unmittelbare Leistungsabrechnung erfolgt.

Die bisherigen Ausführungen zur Refinanzierung beinhalten lediglich die reine Leistungserbringung. In der stationären Versorgung sind die Struktur und damit die Investitionskosten durch die Bundesländer zu tragen, dies führt auch zu der bereits oben erwähnten gesetzlichen Zuständigkeit für die Krankenhausbedarfsplanung.

1.2.1.4 Rehabilitative medizinische Leistungen

Medizinische Rehabilitation schließt sich überwiegend an eine kurative Behandlungsepisode an. Sie wird aber auch bei chronisch Kranken angewendet und dient allgemein der Wiederherstellung oder Verhinderung einer Verschlechterung eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes.

Erfolgreiche Rehabilitation hat auch eine (tertiär-)präventive Komponente, denn sie soll unter anderem dazu beitragen, weitergehende kurative oder pflegerische Leistungen nicht oder mit geringerer Intensität in Anspruch nehmen zu müssen.

Im deutschen Gesundheitswesen wird die medizinische Rehabilitation in stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erbracht. In der Regel kommt der Patient zur Einrichtung; auch bei ambulanter Reha. Das zugehende Rehabilitationsangebot durch die Leistungsanbieter wird als mobile Rehabilitation bezeichnet. Es ist vor allem in den

Konstellationen sinnvoll, in welchen der Patient vom Verbleiben in seiner vertrauten Wohnumgebung (dies kann auch ein Pflegeheim sein) profitiert und Angehörige in die Rehabilitationsmaßnahmen unterstützend einbezogen werden (z. B. geriatrische oder demente Patienten oder Anschlussbehandlungen bei psychiatrischen Patienten).

Es wird von sechs Rehabilitationsstufen gesprochen die sich an der Rehabilitationsfähigkeit des Patienten orientieren. Die Unterschiede beziehen sich in der Regel auf den Anlass der Behandlung und bedingen auch unterschiedliche Finanzierungsträger.²⁰

Im Folgenden sind einige Rehabilitationsformen aufgeführt. Als **Anschlussheilbehandlung (AHB)** werden Maßnahmen bezeichnet, die sich unmittelbar an die kurative Behandlung anschließen und in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Ende der akuten Behandlung angetreten werden müssen. Typisches Behandlungsziel ist die Sicherung des kurativen Behandlungserfolges und die Beseitigung von Störungen, welche durch die Akutbehandlung verursacht werden (z. B. eingeschränkte Gehfähigkeit nach der Implantation einer Hüftprothese).

Bei der **allgemeinen medizinische Rehabilitation** sollen mit gezielter Diagnostik und Therapie Erkrankungen behandelt werden, die zu Störungen und Beeinträchtigungen im Alltag führen. Typische Ziele der Behandlung sind das Abwenden einer körperlichen Behinderung bzw. die Minderung von Krankheitsfolgen – durchaus aber auch die Vermeidung akutmedizinischer Behandlungsnotwendigkeiten.

Die **berufliche Rehabilitation** hat im Wesentlichen die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zum Ziel. Dabei wird die Rehabilitationsleistung möglichst in den beruflichen Alltag integriert. Da ein Ziel die Vermeidung eines vorzeitigen Bezuges von Sozialleistungen ist (z. B. Erwerbsminderungsrente), trägt der Rentenversicherungsträger für die berufliche Rehabilitation die Behandlungskosten. Eine zügige Rückkehr in das Berufsleben soll dazu beitragen, längerfristige Behandlungskosten sowie Ausfälle der Zahlung von an das Arbeitsentgelt gekoppelten Sozialbeiträgen zu vermeiden.

Die **soziale Rehabilitation** dient der Förderung der Teilhabe an der sozialen Gemeinschaft (s. a. Bundesteilhabegesetz BTHG) und am gesellschaftlichen Leben.

Neben den speziellen, in der Regel störungsspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen werden so genannte **Kuren** angeboten. Kureinrichtungen zeichnen sich dadurch aus, dass unspezifische, aber allgemein gesundheitsförderliche Anwendungen in Anspruch genommen werden. Solche Kuren werden oftmals für spezielle Zielgruppen angeboten, die aufgrund ihrer Lebenssituation ein erhöhtes Gesundheitsrisiko haben (z. B. Mutter-/Vater-Kind-Kuren, Mütterkuren, Kuren für pflegende Angehörige).

²⁰ Je nach Gesundheitszustand des Patienten ist dieser unterschiedlich rehabilitationsfähig. Dies wird in Rehabilitationsstufen von A bis F unterteilt: Phase A – Akutversorgung (siehe Abschn. 3.1.2), Phase B – Frührehabilitation, Phase C – Weiterführende Rehabilitation, Phase D – Anschlussheilbehandlung (AHB)/medizinische Rehabilitation (diese Form der Rehabilitation ist wohl am bekanntesten), Phase E – Nachsorge und berufliche Rehabilitation und Phase F – Aktivierende, zustandserhaltende Langzeitpflege bei anhaltend hoher Pflegebedürftigkeit. Vgl. Betanet, 2020.

1.2.1.5 Pflege

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde ein neuer Versicherungszweig und damit auch ein neuer Markt begründet.²¹ Bereits vor 1995 wurden ältere und alternde Menschen versorgt, jedoch in einem weit geringeren Umfang und im Schwerpunkt finanziert über die Sozialhilfeträger. Das Wort Pflege stand hier insbesondere in Verbindung mit der Krankenpflege – also der Ergänzung der ärztlichen Versorgung. Pflege soll im Folgenden als die Versorgung alternder Menschen außerhalb präventiver, kurativer und rehabilitativer Behandlungen verstanden werden.

Exkurs

Die Einführung der Pflegeversicherung schien aus mehreren Gründen erforderlich. Zum einen wuchs der Anteil der älteren und in stationären Einrichtungen zu versorgenden Menschen und in den Bevölkerungsvorausrechnungen zeichnete sich keine Entspannung ab. Zum Zweiten veränderten sich die Familiengefüge und eine Versorgung in den eigenen vier Wänden konnte nicht mehr so leicht bewerkstelligt werden. Es fehlte zunehmend die zuverlässige und räumlich enge Bindung von Familienmitgliedern. Schließlich führten auch die im Schwerpunkt durch die Sozialversicherung zu tragenden Zusatzkosten der Versorgung zu finanziellen Belastungen der Länder und ihrer Kommunen, welche mit einer bundesweiten Pflichtversicherung auf andere Füße gestellt werden konnte.

Bei allgemein steigender Tendenz (vgl. Tab. 1.1; Abb. 1.7) beziehen derzeit rund fünf Prozent aller ca. 82,3 Millionen Pflegeversicherten Leistungen aus diesem Zweig der Sozialversicherung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2020a, S. 1).

Die professionell Pflegenden haben gesetzlich festgelegte Zulassungskriterien²² zu erfüllen, ohne die sie keine Refinanzierung über die Pflegeversicherung ihrer zu Pflegenden erhalten. Pflegedienste und Pflegeheime schließen zu diesem Zweck mit dem Pflegebedürftigen einen Vertrag über die gewünschte Leistung und deren Frequenz. Die erbrachten Leistungen werden durch den Pflegebedürftigen bestätigt und der Leistungsnachweis zusammen mit der Rechnung an die jeweilige Pflegekasse gesendet. Nachdem es sich bei der Pflegeversicherung um eine Teilleistungsversicherung handelt, verbleibt dem Pflegebedürftigen in aller Regel ein privat zu zahlender Eigenanteil. Das über die soziale Pflegeversicherung abgedeckte Ausgabenvolumen belief sich 2019 auf ca. 44 Mrd. Euro (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2020a, S. 4).

Tab. 1.1 Gesamtzahl der Leistungsbezieher 2019

	Soziale Pflegeversicherung	Private Pflegeversicherung
Ambulant	3.141.471	196.930
Stationär	858.284	54.953
gesamt je Zweig	3.999.755	251.883
Gesamt	4.251.638	

²¹ Es wird häufig zwischen der sog. „sozialen Pflegeversicherung“ und der „privaten Pflegepflichtversicherung“ unterschieden; siehe z. B. Bundesministerium für Gesundheit, 2020a, S. 1.

²² Die gesetzlichen Kriterien für die Leistungserbringung und Zulassung sind in §§ 71 SGB XI ff. zu finden. Vgl. zur Anzahl solcher Anbieter auch die Tabelle am Ende dieses Abschnitts.

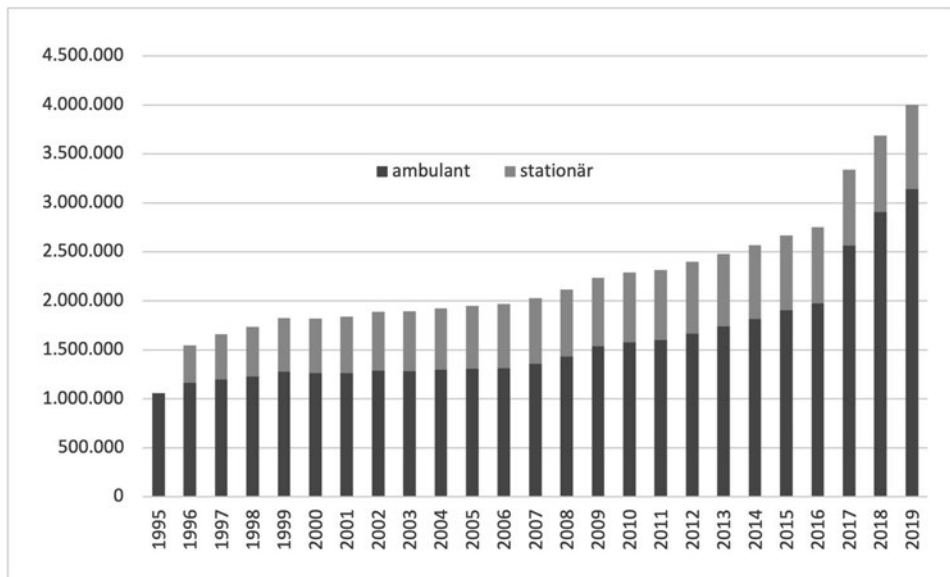


Abb. 1.7 Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung. (Quelle: Eigene Abbildung, vgl. Bundesministerium für Gesundheit, [2020a](#), S. 3.)

Die Leistungsanbieter im Deutschen Pflegesystem umfassen im Wesentlichen die Bereiche der ambulanten, stationären und teilstationären Versorgung.

In der ambulanten Versorgung erbringt ein sogenannter Pflegedienst seine Leistungen in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen; laut Statistischem Bundesamt waren dies 2017 rund 0,83 Millionen Pflegebedürftige. Die Pressestelle des Statistischen Bundesamtes ([2019](#)) veröffentlichte zu diesem Thema am 3. September 2019 folgende Daten: „3,41 Millionen Menschen waren zum Jahresende 2017 in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Wie das Statistische Bundesamt [...] weiter mitteilt, wurden gut drei Viertel (76 % oder 2,59 Millionen) aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Davon wurden 1,76 Millionen Pflegebedürftige in der Regel allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 0,83 Millionen Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, sie wurden jedoch teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt. Knapp ein Viertel aller Pflegebedürftigen (24 % oder 0,82 Millionen Pflegebedürftige) wurde vollstationär in Pflegeheimen betreut.“

Im Jahr 2017 wurden 14.050 Pflegedienste registriert (vgl. Statistisches Bundesamt, [2020b](#)). Die ambulante Versorgung tritt typischerweise in folgenden Formen auf:

- **Betreutes Wohnen:** Hier handelt es sich in der Regel um Wohnungen, welche durch eine Art „Notruf“ mit einem Pflegedienst verbunden sind. Die konkreten Formen betreuten Wohnens sind in ihrer Ausgestaltung extrem breit gefächert.
- **Pflege in der Häuslichkeit:** Hier kommt der Pflegedienst zu vertraglich vereinbarten Zeiten in die Häuslichkeit der Pflegebedürftigen und erbringt die vertraglich vereinbarten Leistungen.

- Wohngruppen: Hier können sich Privatpersonen zusammenschließen und ihre Finanzmittel bündeln. Es ist eine Kombination aus Geselligkeit und Privatsphäre. In aller Regel werden solche Wohngruppen von Leistungserbringern initiiert, die einzelne Zimmer vermieten und ihre Serviceleistungen für den Fall von Verschlechterungen des Gesundheitszustandes anbieten.

Im Rahmen der stationären Versorgung in Pflegeheimen wird die Leistung der pflegerischen Versorgung in einer entsprechenden Einrichtung, in der Regel bis an das Lebensende des Pflegebedürftigen, erbracht. Der Wohnort des Pflegebedürftigen ist die stationäre Einrichtung. Laut Statistischem Bundesamt wurden 2017 rund 0,82 Millionen Pflegebedürftige in Pflegeheimen versorgt (vgl. Statistisches Bundesamtes 2019). Im Jahr 2017 waren dem Statistischen Bundesamt 11.241 stationäre Pflegeeinrichtungen bekannt.

Im Fall der sogenannten Kurzzeitpflege ist diese Versorgung zeitlich befristet. Versorgungen der Kurzzeitpflege werden in der Regel zur Überbrückung genutzt bis eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, z. B. nach Umbauten, oder einem Pflegeheim möglich ist. Ebenso wird die Kurzzeitpflege gerne in Situationen von Urlauben oder anderen Zeiten der Verhinderung von pflegenden Angehörigen in der ambulanten Laienpflege verwendet.

Im Rahmen der teilstationären Versorgung erfolgt die Leistungserbringung in der Regel in einer stationären Einrichtung, jedoch nur zu bestimmten Tageszeiten. Die Häuslichkeit und der Wohnort wechseln nicht. Ausprägungsformen dieser Versorgungsart sind z. B. die Tages- oder Nachtpflege.

Die Zahl der zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI hat in den letzten Jahren stetig zugenommen (Tab. 1.2).

Tab. 1.2 Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI. (Quelle: Die Tabelle wurde entnommen aus: Bundesministerium für Gesundheit, 2020a, S. 12.)

	ambulante Pflegeeinrichtungen	stationäre Pflegeeinrichtungen	und zwar nach Art der Leistung		
			vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege
1999	10.820	8859	8073	1621	1487
2001	10.594	9165	8331	1436	1570
2003	10.619	9743	8775	1603	1720
2005	10.977	10.424	9414	1529	1779
2007	11.529	11.029	9919	1557	1984
2009	12.026	11.634	10.384	1588	2277
2011	12.349	12.354	10.706	1673	2767
2013	12.745	13.030	10.949	1671	3302
2015	13.323	13.596	11.164	1674	3880
2017	14.050	14.480	11.241	1205	4455

Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind mehrfach berücksichtigt

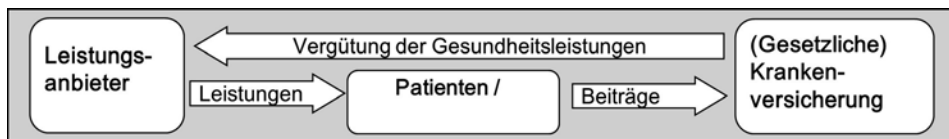


Abb. 1.8 Beziehung zw. Leistungsanbieter, Versicherung, Versicherten

1.2.2 Leistungsempfänger

Potenziell kann die gesamte Wohnbevölkerung als Leistungsempfänger im Gesundheitswesen auftreten.

Die Risikoversorge über Versicherungsmodelle sowie die Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger sowohl im Wissen über geeignete Behandlungsmethoden als auch im Wissen um die tatsächlichen Leiden des Individuums, führen regelmäßig zu Dreiecksbeziehung zwischen diesen Beteiligten, in welchen die jeweiligen Gesundheitsleistungen, finanziellen Beiträge und Fürsorge- bzw. Sachwalterpflichten austariert werden (siehe hierzu Abb. 1.8).

Sowohl in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) werden auf der Basis der Sozialgesetzgebung zwischen Leistungserbringer und Finanzierungsträger vorab Rahmenbedingungen und Richtlinien, Leistungskataloge und Verträge geschaffen, welche die Art und Weise sowie die Voraussetzungen für einen Leistungskonsum und seine Refinanzierung regeln. Dazu werden unter anderem Qualitätskriterien festgelegt die Leistungserbringer bei einer Leistungserbringung erfüllen müssen, dies erfolgt bspw. in sogenannten Expertenstandards oder Behandlungsrichtlinien. Ebenso werden neue Behandlungsmethoden vor einer Aufnahme in den Leistungskatalog einer Nutzenprüfung unterzogen, die Entscheidung zur Aufnahme oder Ablehnung erfolgt in Deutschland meist durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). In diesem gesetzlichen Rahmen kann sich der Leistungsempfänger und Leistungsanbieter in der Regel frei „bewegen“ und es herrscht Wahlfreiheit bei vollständiger Refinanzierung in der GKV.

Ausnahmen der Refinanzierung zu 100 % oder Wahlfreiheit können bei bestimmten einzelnen Leistungen vorliegen oder bei besonderen Versorgungsverträgen eines Finanzierungsträgers. So sind bspw. bestimmte Hausarztverträge, in die sich ein Leistungsempfänger einschreiben lassen kann, mit der Pflicht verknüpft, immer zuerst zu seinem Hausarzt dieses Vertrages zu gehen und nicht direkt zu einem Facharzt.

Der ebenfalls durch die Informationsasymmetrie und Versicherungsstrukturen entstehenden Abhängigkeit zwischen professionellen Leistungserbringern und Leistungsempfänger wird durch gesetzliche Aufklärungspflichten der Kostenträger und Leistungserbringer entgegengewirkt. Das Thema Patientenrechte und Patientensicherheit spielt dabei eine wachsende Rolle.

In der SPV erfolgt die Refinanzierung von Leistungen nur bis zu bestimmten Höchstsätzen, es wird von einer Teilleistungsversicherung gesprochen. Die erforderlichen Zuzah-

lungen hängen vom Wunsch und Bedarf des Leistungsempfängers ab. Zwar werden die gesetzlich festgelegten finanziellen Mittelzuweisungen anhand des Bedarfs variiert, z. B. mittels der Pflegegrade, jedoch verbleiben oft Eigenanteile.²³

Ein weiterer Unterschied der SPV zur GKV besteht in der fest eingeplanten Versorgung von Leistungsempfängern durch ihre Familien und Angehörigen. 2017 wurden rund 52 % aller Pflegebedürftigen ausschließlich durch private bzw. durch Laienpflege in der Häuslichkeit versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2019). In diesem Zusammenhang wird auch gerne vom „größten Pflegedienst Deutschlands“ gesprochen, wenn es um die Versorgung von Pflegebedürftigen durch nicht-professionelle Pflegekräfte geht. Gesetzlich manifestiert sich dies bspw. in der Mitwirkungspflicht von Angehörigen des gleichen Haushaltes bei einfachen pflegerischen Tätigkeiten. Aber auch die Möglichkeit Pflegegeld zu beziehen, welches der Pflegebedürftige zu seiner freien Verfügung (z. B. Bezahlung des Nachbarn oder der Angehörigen für pflegerische Unterstützung) als Leistung wählen kann, unterstützt diesen Gedanken. Eine Begleiterscheinung der Laienpflege ist die professionelle Überwachung der Haushalte und gesetzliche Maßregelungsmöglichkeiten durch die SPV bei Missbrauch des Pflegegeldes.

Entscheidet sich der Leistungsempfänger für eine professionelle Unterstützung wird von Sachleistungsbezug gesprochen.²⁴ Die Höhe des Pflegegeldes ist bei gleichem Pflegegrad meist niedriger als die monetäre Bewertung der Sachleistung.

Über diese gesetzlichen Regelungen hinaus kann der Leistungsempfänger auch direkt und außerhalb der Rahmenbedingungen und des Leistungskataloges konsumieren, falls seine Wünsche und Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt sind. Eine Refinanzierung ist dann privat sicherzustellen.²⁵

1.2.3 Finanzierungsträger

1.2.3.1 Einnahmenseite

Von besonderem Interesse für unsere Untersuchung sind die Finanzströme des deutschen Gesundheitswesens. Grundsätzlich besteht eine Versicherungspflicht für alle Bürger der Bundesrepublik Deutschland. Weiter kann festgehalten werden, dass es im Gesundheitswesen zwei Typen von Versicherungen für den Leistungsempfänger gibt, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV).²⁶ Ergänzend zu diesen beiden „Grundversicherungen“ können eine Vielzahl von Zusatzversicherungen privatrechtlich abgeschlossen werden.

²³ In Abhängigkeit der Bedarfe und Fähigkeiten der Leistungsempfänger werden sogenannte Pflegegrade vergeben, welche zu gesetzlich festgelegten finanziellen Mittelzuweisungen führen.

²⁴ Das Prinzip des Sachleistungsbezuges herrscht in der GKV durchgängig vor.

²⁵ Die Refinanzierung dieser Leistungen kann durch reines Ansparen oder Zusatzversicherungen abgesichert werden.

²⁶ Im Jahr 2018 gab das BMG bekannt, dass in der BRD 72,4 Mio. Bürger gesetzlich versichert sind. Bei einer Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum von rund 83 Mio. wären demnach rund 9 % der deutschen Bevölkerung privat versichert.