

Reinhard Busse

Miriam Blümel | Diana Ognyanova

# Das deutsche Gesundheitssystem

Akteure, Daten, Analysen



Reinhard Busse | Miriam Blümel | Diana Ognyanova

# Das deutsche Gesundheitssystem

Akteure, Daten, Analysen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## Die Autoren

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH**  
Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen/  
WHO Collaborating Centre  
for Health Systems Research and Management  
Technische Universität Berlin  
H 80, Straße des 17. Juni 135  
10623 Berlin

**Diana Ognyanova**  
Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie  
Referat E B 4  
Scharnhorststr. 34-37  
10115 Berlin

**Miriam Blümel, Diplom-Soziologin**  
Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen/  
WHO Collaborating Centre  
for Health Systems Research and Management  
Technische Universität Berlin  
H 80, Straße des 17. Juni 135  
10623 Berlin

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Zimmerstr. 11  
10969 Berlin  
[www.mwv-berlin.de](http://www.mwv-berlin.de)

ISBN 978-3-939069-97-3

### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2013

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Monika Laut-Zimmermann, Berlin  
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin  
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Publishing Services, Berlin  
Druck: druckhaus köthen GmbH, Köthen

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, [lektorat@mwv-berlin.de](mailto:lektorat@mwv-berlin.de)

Reinhard Busse | Miriam Blümel | Diana Ognyanova

## **Das deutsche Gesundheitssystem**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## Vorwort und Danksagung

Der vorliegende Band ist verfasst worden von Reinhard Busse, Miriam Blümel und Diana Ognyanova (Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin), beruht aber auf der Mitwirkung vieler anderer Personen. So danken die Autoren insbesondere Franz Knieps (ehemaliger Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit) und Annette Riesberg (GKV-Spitzenverband) für die ausführliche Durchsicht des gesamten Buchs und ihre Verbesserungsvorschläge. Herzlich gedankt sei auch Sabine Fuchs (Technische Universität Berlin) und Armgard Hesse, die den Bericht unter bestimmten Gesichtspunkten durchsahen und wertvolle Anregungen gaben.

Das Buch lehnt sich an die Struktur der Schriftenreihe Health Care Systems in Transition (HiTs), herausgegeben vom European Observatory on Health Systems and Policies, an und ist die Grundlage der kommenden englischsprachigen Publikation „Health systems in transition: Germany“ des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und -politiken. In Teilen beruht es auf dem 2005 bei der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft erschienenen Buch „Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland“ (Busse & Riesberg, 2005).

Das vorliegende Werk berücksichtigt Reformen und Daten mit Stand von November 2012. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird zur Bezeichnung von Personengruppen lediglich die männliche Form verwendet.

Das Europäische Observatorium ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation (Regionalbüro für Europa), den Regierungen von Belgien, Finnland, Irland, den Niederlanden, Norwegen, Schweden, Slowenien, Spanien, der Region Venezien in Italien, der Europäischen Kommission, der Europäischen Investitionsbank, der Weltbank, der UNCAM (Nationaler Verband der Krankenkassen Frankreich), der London School of Economics and Political Science (LSE) und der London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM).

Die HiT-Profile sind länderspezifische Berichte, die die Gesundheitssysteme und die laufenden bzw. geplanten Reforminitiativen der jeweiligen Länder beschreiben und analysieren, und werden von Länderexperten in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Europäischen Observatoriums erstellt. Um eine größtmögliche Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern zu ermöglichen, liegt den verschiedenen HiT-Profilen ein gemeinsamer Leitfaden zugrunde, der in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. Dieser dient als Orientierungshilfe zur Erarbeitung eines HiT-Profiles und enthält detaillierte Leitlinien und spezifische Fragen, Definitionen und Beispiele, ist aber auch so flexibel angelegt, dass die Autoren den länderspezifischen Kontext berücksichtigen können.

Die HiT-Profile haben zum Ziel, relevante und vergleichbare Informationen darzustellen, um Entscheidungsträger und Analysten bei der Weiterentwick-

lung von Gesundheitssystemen in Europa zu unterstützen. Sie sind Bausteine, die verwendet werden können, um:

- Einzelheiten über unterschiedliche Ansätze bei der Finanzierung, Organisation und Erbringung von Gesundheitsleistungen zu erfahren;
- Prozess und Inhalt von Programmen zur Reformierung der Gesundheitsversorgung und deren Umsetzung genau zu beschreiben;
- gemeinsame Aufgaben und Gebiete herauszustellen, die einer genaueren Analyse bedürfen;
- Informationen über Gesundheitssysteme zu verbreiten und den Erfahrungsaustausch über Reformstrategien zwischen politischen Entscheidungsträgern und Analysten in den verschiedenen Ländern zu unterstützen;
- als Grundlage tiefer gehender Forschungen zu dienen.

Die Erstellung der HiT-Profile bringt einige methodologische Probleme mit sich. In vielen Ländern liegen wenige Informationen über das Gesundheitsversorgungssystem und die Auswirkungen von Reformen vor. Wegen des Mangels einer einheitlichen Datenquelle, basieren quantitative Daten über die Gesundheitsversorgung auf einer Reihe unterschiedlicher Quellen, einschließlich der Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa sowie auf gesundheitsbezogenen Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltbank. Die Methoden der Datensammlung und zugrunde liegende Definitionen unterscheiden sich zum Teil, sind jedoch üblicherweise innerhalb der jeweiligen Datenserie konsistent.

Standardisierte Profile haben gewisse Nachteile, da die Finanzierung und Leistungserbringung in jedem Land unterschiedlich ist. Jedoch liegt ihr Vorteil darin, dass sie bestimmte Themen aufwerfen und zu Fragen führen. Sie können dazu genutzt werden, Entscheidungsträger über Erfahrungen in anderen Ländern zu informieren, die für ihre nationale Situation relevant sind. Sie können auch für vergleichende Untersuchungen über Gesundheitssysteme verwendet werden.

Die Dokumente werden in regelmäßigen Zeitabständen aktualisiert. Die HiT-Profile können auch auf der Website des Observatoriums unter folgender Internet-Adresse abgerufen werden: <http://www.healthobservatory.eu>.

## Zusammenfassung

Die Bundesrepublik Deutschland liegt in Mitteleuropa und erstreckt sich über eine Fläche von 357.000 km<sup>2</sup>. Im Jahr 2010 lebten in der Bundesrepublik insgesamt 81,8 Millionen Einwohner, davon 42,1 Millionen Frauen und 39,7 Millionen Männer. Die Fläche der neuen Bundesländer, d.h. das Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, beläuft sich auf circa 30% der bundesdeutschen Gesamtfläche. Die dort lebenden 13 Millionen Einwohner stellen rund 16% der Bundesbevölkerung (Berlin ausgenommen), während 80% in den alten Bundesländern leben. Von den 20 bundesdeutschen Städten mit mehr als 300.000 Einwohnern befinden sich lediglich drei (einschließlich Berlin) im östlichen Teil Deutschlands. Die größte Stadt ist Berlin mit 3,4 Millionen Einwohnern.

Deutschland ist Mitglied der G8-Gruppe der führenden Industrienationen. Das Bruttoinlandsprodukt belief sich 2010 auf insgesamt knapp € 2,5 Billionen bzw. rund € 32.000 pro Kopf. Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat mit 16 Bundesländern. Jedes dieser Länder hat eine eigene Verfassung, die mit den föderalen, demokratischen und sozialen Prinzipien des Grundgesetzes im Einklang stehen muss. Die vom Grundgesetz definierten gesetzgebenden Körperschaften auf der Bundesebene sind der Bundestag und der Bundesrat. Der Deutsche Bundestag besteht aus mindestens 598 Mitgliedern, die alle vier Jahre gewählt werden.

Im Jahr 2009 lag die Lebenserwartung bei Geburt für Männer bei 77,8 Jahren und für Frauen bei 82,8 Jahren. Die Sterberate erwachsener Frauen sank von 1990 bis 2005 von 6,7 auf 5,0 je 1.000 Frauen und lag damit deutlich unter derer erwachsener Männer, die im selben Zeitraum von 11,2 auf 7,9 je 1.000 Männer sank. Die Säuglingssterblichkeit halbierte sich von 7,0 je 1.000 Lebendgeborenen im Jahr 1990 auf 3,5 im Jahr 2009. Ebenso wie die Mortalitätsraten liegen die Raten ausgewählter Indikatoren der Morbidität in Deutschland in der Regel unter dem EU15 Durchschnitt.

Eine wesentliche Eigenschaft des Gesundheitssystems in Deutschland ist die Gewaltenteilung zwischen Bund, Ländern und legitimierten Organisationen der Zivilgesellschaft. Die Kompetenzen zur Regulierung und Planung der Versorgung innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind an die Akteure der verschiedenen Ebenen delegiert. In der Regel werden Grunddefinitionen auf Bundesebene durch das Sozialgesetzbuch (SGB) V festgesetzt. Detaillierte Regulierungen und konkrete Umsetzungen obliegen meist den Selbstverwaltungspartnern der Ausgabenträger und Leistungserbringer, deren wichtigstes gemeinsames Beschlussgremium der Gemeinsame Bundesausschuss ist. In der GKV haben Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Status von Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie bilden die Selbstverwaltungsstrukturen, die für die Finanzierung und Erbringung

von GKV-Leistungen innerhalb des gesetzlichen Rahmens verantwortlich sind (und dabei von staatlichen Behörden beaufsichtigt werden).

Seit Januar 2009 gilt in Deutschland die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte allgemeine Krankenversicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland. Die GKV ist das Hauptversicherungssystem, das 2010 ca. 70 Millionen Personen oder rund 85% der Bevölkerung versicherte – entweder als Pflichtmitglieder, als freiwillige Mitglieder oder als Familienangehörige. 8,9 Mio. oder rund 10,9% der Bevölkerung waren privat krankenversichert, darunter etwa 5% Beamte (einschl. Pensionäre und ihre Familienangehörigen), die staatliche Beihilfe beziehen und zusätzlich privat versichert sind. Zudem waren 4% der Bevölkerung durch staatliche freie Heilfürsorge abgesichert (Soldaten, Zivildienstleistende, Polizisten, Sozialhilfeempfänger, Asylbewerber). Deutschland ist das einzige Land innerhalb der EU, in welchem die Kassen mit privaten Krankenversicherungen, die substitutiven Versicherungsschutz anbieten, koexistieren.

Die GKV-Versicherten haben freie Kassenwahl. Unabhängig vom Versichertenstatus, der Beitragshöhe oder der Dauer der Versicherung haben GKV-Mitglieder und ihre nicht verdienenden Familienangehörigen bei Bedarf den gleichen Anspruch auf Leistungen. Der GKV-Leistungskatalog umfasst Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, Rettungsdienst sowie weiteren Bereichen wie Rehabilitation, Pallativ- und Hospiz-Versorgung.

Die Gesundheitsausgaben beliefen sich in 2010 auf € 3.520 pro Einwohner und insgesamt auf € 287 Milliarden, was einem Anteil von 11,6% des Bruttoinlandsprodukts entsprach. Im Jahr 2009 hatte Deutschland mit 11,3% die dritthöchsten Gesundheitsausgaben in Westeuropa gemessen am BIP. Im Schnitt der EU15-Länder lag dieser Wert bei 10,5%, während er in den neuen EU-Mitgliedstaaten 6,9% betrug.

Obwohl die beitragsfinanzierte GKV die große Mehrheit der Bevölkerung versichert und die Diskussionen über Gesundheitsausgaben und Gesundheitsreformen dominiert, entfielen 2010 nur 57,6% aller Gesundheitsausgaben auf die gesetzlichen Krankenkassen. Insgesamt betrug der Anteil öffentlicher Ausgaben 72,9% der Gesamtausgaben für Gesundheit, während auf private Ausgaben 27,1% entfielen. Der offiziell ausgewiesene Anteil der Steuern an den gesamten Gesundheitsausgaben ist von 13% in 1992 auf 4,8% in 2010 gesunken. Der deutlichste Rückgang war im Bereich der Ausgaben für Langzeitpflege zu verzeichnen (über 50%), was die Entlastung kommunaler Budgets durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung ab 1993 widerspiegelt.

Die 146 Krankenkassen (Januar 2012) erheben die Beiträge direkt von den Arbeitgebern, der Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit oder den Versicherten und leiten diese an den 2009 eingeführten Gesundheitsfonds weiter. Die Beiträge steigen proportional mit dem Einkommen bis zu einer

Obergrenze, der sogenannten Beitragsbemessungsgrenze, die 2012 bei € 3825 monatlich lag. Bis Ende 2008 bestimmten Kassen selbst die Höhe ihrer Beitragssätze. Seither gilt ein bundeseinheitlicher Beitragssatz von 15,5% des beitragspflichtigen Einkommens, der für 2009 und 2010 von der Bundesregierung festgelegt wurde und seit 2011 im SGB V gesetzlich fixiert ist. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds ihre Finanzmittel gemäß der Kriterien des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, der v.a. Alter, Geschlecht und die Morbidität von 80 Krankheiten berücksichtigt. Die durch den Gesundheitsfonds nicht gedeckten Ausgaben müssen die Krankenkassen direkt über Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben.

Die Krankenkassen vergüten die Leistungserbringer, wobei Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte (knapp vor Arzneimitteln) die größten Ausgabeblocke bilden. Für Krankenhäuser gilt die duale Finanzierung: Dies bedeutet, dass Investitionskosten von den Ländern (über Steuern) und die laufenden Kosten von gesetzlichen Krankenkassen (über Beiträge), privaten Krankenversicherungen und Selbstzahlern finanziert werden, wobei die Krankenkassen den Großteil der laufenden Ausgaben finanzieren. Die laufenden Kosten umfassen sämtliche Kosten für medizinische Waren und Personal. Die Finanzierung der laufenden Ausgaben ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen und erfolgt seit 2004 überwiegend über Fallpauschalen (sogenannten Diagnosis related Groups, DRGs). Während 2004 die Vergütung von Krankenhäusern noch vollständig durch Budgets geprägt war (d.h. die DRGs lediglich als Vergütungseinheiten dienen), erfolgte ab 2005 im Rahmen der Konvergenzphase die schrittweise Umstellung auf eine Vergütung aller Krankenhausleistungen innerhalb eines Bundeslandes mit einem einheitlichen Basisfallwert ab 2009.

Die Vergütung von niedergelassenen Ärzten durch Krankenkassen ist ein komplexer Vorgang, der im Wesentlichen aus zwei Schritten besteht: Im ersten Schritt leisten die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die KVen zur Vergütung aller in der betreffenden Region tätigen Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. In einem zweiten Schritt verteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vergütung anhand eines Honorarverteilungsmaßstabs an die Vertragsärzte, wobei vorab definierte Regelleistungsvolumina eine wichtige Rolle spielen.

Deutschland verfügte 2010 über insgesamt 2.064 Krankenhäuser mit 502.749 Betten (5,7 Betten pro 1.000 Einwohner). Davon befanden sich 630 in öffentlicher Trägerschaft, 755 in freigemeinnütziger Trägerschaft und 679 in privater gewinnorientierter Trägerschaft – mit einem Bettenanteil von 49%, 35% und 17%. Die 1.758 allgemeinen Krankenhäuser (bzw. Akutkrankenhäuser) verfügten über insgesamt 462.457 Betten, von denen rund 99% für GKV-Versicherte zugänglich sind. Wenngleich die Anzahl der Akutbetten in Deutschland seit 1991 beträchtlich reduziert worden ist, ist die Bettendichte noch immer fast 50% höher als der Durchschnitt der EU15-Länder. Im Jahr 2010 gab es in

Deutschland circa 18,0 Millionen stationär aufgenommene Fälle und damit 22,1 pro 100 Einwohner. Die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten sank zwischen 1991 und 2010 kontinuierlich von 12,8 Tagen auf 7,9 Tage.

In Deutschland ist das Gesundheitswesen ein bedeutender Beschäftigungssektor, in dem Ende 2009 insgesamt 4,7 Mio. Personen, das heißt 11,4% aller Erwerbstätigen, beschäftigt waren. Gemäß Daten der WHO für 2009 waren 364 Ärzte pro 100.000 Einwohner in der ambulanten und stationären Patientenversorgung tätig. Somit lag die Ärztedichte in Deutschland etwas über dem EU15-Durchschnitt und wesentlich höher als der Durchschnitt der neuen EU-Mitglieder. Die Anzahl der Pflegekräfte pro 100.000 Einwohner in der akutstationären Versorgung stieg von 959 im Jahr 2000 auf 1.098 im Jahr 2009. Die Zahl der Zahnärzte pro 100.000 Einwohner nahm ebenfalls kontinuierlich zu und lag laut WHO im Jahr 2009 bei 79. Damit ist die Versorgung mit Zahnärzten in Deutschland überdurchschnittlich hoch verglichen mit anderen EU-Ländern.

Die ambulante Gesundheitsversorgung liegt überwiegend in den Händen privater gewinnorientierter Leistungserbringer. Patienten haben freie Wahl von Ärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten, Apotheken sowie Notfallambulanzen. GKV-Versicherte können andere Gesundheitsprofessionen zwar direkt aufsuchen, allerdings für gewöhnlich nur gegen Selbstzahlung, denn ihre Kasse zahlt deren Leistung nur, wenn sie auf vertragsärztliche Überweisung erfolgt. 2010 waren 46% der 138.472 praktizierenden Vertragsärzte als Hausärzte und 54% als Fachärzte tätig. Dabei haben die Hausärzte keine Gatekeeper-Funktion, jedoch sind ihre Zuständigkeiten zur Koordinierung der Gesundheitsversorgung für ihre GKV-versicherten Patienten in den letzten Jahren gestärkt worden.

Krankenhäuser waren in der deutschen Gesundheitsversorgung traditionell auf stationäre Versorgung ausgerichtet, und die Grenzen zu anderen Sektoren waren strikt. Diese starre Trennung wurde in den letzten Jahren durchlässiger gestaltet. So sind Krankenhäuser heute zur teilweisen Erbringung ambulanter Leistungen und zur Teilnahme an Integrierten Versorgungsmodellen und Disease Management Programmen ermächtigt. Seit 2004 sind multidisziplinäre Versorgungszentren in allen Teilen der Republik erlaubt. Die Träger dieser Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind frei in der Wahl ihrer Organisationsform, deren Zulässigkeit vorausgesetzt.

Der deutsche Arzneimittelmarkt ist herkömmlicherweise einerseits durch bemerkenswert liberale Regelungen zur Bestimmung von Herstellerpreisen und hinsichtlich der Anforderungen an die Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog geprägt. Andererseits sind die Vertriebsstrukturen und Zuschläge für Großhändler und Apotheker auf Herstellerpreise im Detail geregelt. Kostendämpfungsmaßnahmen haben sich auf den GKV-finanzierten Arzneimittelmarkt konzentriert und sich insbesondere auf indirekte Preiskontrollen durch Festbeträge (seit 1989) und regionale Ausgabenobergrenzen für Arzneimittel (1993–2001) gestützt. Letztere wurden abgelöst von Vereinbarungen auf regionaler

Ebene für praxisbezogene Richtgrößen, ergänzt durch Verordnungsfeedback für Vertragsärzte sowie von strikteren Kostensenkungsmaßnahmen im Bereich der Arzneimitteldistribution durch eine Abschlagszahlung der Hersteller, eine Erhöhung von Rabatten und eine verpflichtende Aut-idem-Regelung. 2004 wurden Vertriebsstrukturen teilweise liberalisiert und nicht-verschreibungspflichtige Medikamente grundsätzlich von der GKV-Erstattung ausgenommen. Weitere Regulierungsmaßnahmen wie die Einführung von Höchstbeträgen, die Bonus-Malus-Regelung oder die Möglichkeit zu Rabattverhandlungen zwischen Herstellern und Krankenkassen sind seit 2007 entwickelt, z.T. allerdings auch bereits wieder aufgehoben worden. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) wurde ab 2011 die Preisbildung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen wesentlich geändert, da seitdem die Bewertung des Zusatznutzens gegenüber der bestehenden Vergleichstherapie bei allen eingeführten Arzneimitteln über die Erstattungshöhe des Arzneimittels entscheidet.

Arzneimittel können von Krankenhäusern und sogenannten öffentlichen Apotheken sowie von Apotheken bestimmter Einrichtungen abgegeben werden. 2010 wurden nur 5% von insgesamt 1.448 Mio. Packungen Arzneimittel außerhalb der Apotheke abgegeben. 2010 betragen die Gesamtausgaben für Arzneimittel € 46,3 Mrd.; davon entfielen nach der Gesundheitsausgabenrechnung € 39,1 Mrd. (84%) auf den ambulanten Apothekenmarkt, € 3,8 Mrd. (8%) auf Akutkrankenhäuser und € 3,4 Mrd. (7%) auf andere Einrichtungen.

Sowohl die SPD/Bündnisgrüne (1998–2004) Koalition als auch die große Koalition aus Christdemokraten und Sozialdemokraten (2005–2009) sind von den Grundstrukturen der GKV nicht abgewichen. Beide Regierungen delegierten Kompetenzen an die Selbstverwaltung, beide förderten den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und beide intervenierten zunehmend, um die Qualität der Versorgung und die Strukturen der Leistungserbringung zu verbessern. Wenn man aber ein gemeinsames Hauptziel der Gesundheitsreformen zwischen 2000 und 2009 zu formulieren sucht, so besteht dieses in der Kostendämpfung der Ausgaben der GKV sowie dem Entwurf eines nachhaltigen Finanzierungssystems. Einschneidende und umfassende Gesundheitsreformen erfolgten stets dann, wenn die GKV finanzielle Defizite aufwies. Auch die Koalition aus Christdemokraten und Liberalen, die seit 2009 regiert, verfolgt die Konsolidierung der GKV-Finanzierung bei gleichzeitiger Begrenzung der Ausgaben. Der Schwerpunkt des Koalitionsvertrages liegt auf weiterführender Deregulierung und einer Stärkung des Wettbewerbs. Langfristig verfolgt die jetzige Regierung das Ziel, das gegenwärtig einkommensabhängige Beitragssystem auf eine einkommensunabhängige Kopfpauschale umzustellen.

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt im internationalen Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge und eines der quantitativ höchsten Versorgungsniveaus. Die Leistungen sind zudem mit vergleichsweise nied-

rigen Zuzahlungen verbunden. Da Deutschland bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit zwar hoch liegt, aber nur unterdurchschnittliche Ausgaben-Wachstumsraten bei steigenden ambulanten und stationären Leistungsmengen aufweist, verfügt das deutsche Gesundheitssystem über eine relativ hohe technische Effizienz, wenn man die Kosten mit den Leistungen vergleicht. Deutschland zeichnet sich zudem durch einen sehr guten Zugang zur Gesundheitsversorgung aus. Letzteres zeigt sich durch niedrige Wartezeiten oder eine aus Sicht der Befragten häufiger als andernorts funktionierende Versorgung auch außerhalb der regulären Sprechzeiten der Ärzte. Grund dafür sind die vergleichsweise hohen Versorgungskapazitäten.

Nichtsdestotrotz weist das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich Verbesserungsbedarf auf. Das zeigen zum einen die Ergebnisse von Befragungen zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, bei denen Deutschland weniger gut abschneidet. Die Deutschen stellen häufiger als Befragte aus anderen Ländern einen hohen gesundheitspolitischen Reformbedarf fest. Der Nachholbedarf wird – trotz aller Reformmaßnahmen in diesem Bereich – insbesondere bei der Qualität der medizinischen Versorgung ersichtlich, wenn die Ergebnisqualität bei der Behandlung einzelner Erkrankungen analysiert wird. Hier befindet sich Deutschland fast nie auf den ersten Plätzen, sondern meist im Mittelfeld.

Eine der größten Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen ist zweifellos die Zweiteilung zwischen GKV und PKV mit ihren unterschiedlichen Risikopools und den Ungleichheiten in Finanzierung, Zugang und Versorgung.

## Abkürzungsverzeichnis

1. Fallpauschalen-Änderungsgesetz	1. FPÄndG
1. GKV-Neuordnungsgesetz	1. NOG
12. Sozialgesetzbuch-V-Änderungsgesetz	12. SGB V-ÄndG
2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz	2. FPÄndG
2. GKV-Neuordnungsgesetz	2. NOG
Allgemeine Ortskrankenkassen	AOK
Arbeiterwohlfahrt	AWO
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände	ADS
Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung	AQS
Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften	AWMF
Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz	AABG
Arzneimittelbudgetablösungsgesetz	ABAG
Arzneimittelgesetz	AMG
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz	AMNOG
Arzneimittelpreisverordnung	AmPreisV
Ärztliche Approbationsordnung	ÄAppO
Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin	ÄZQ
Beitragsatzsicherungsgesetz 2003	BSSichG
Berufsverband Deutscher Psychologen	BDP
Betriebskrankenkassen	BKK
Bruttoinlandsprodukt	BIP
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	BAFin
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege	Bagfw
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	BAR
Bundesarbeitsgemeinschaft Patienten-/innenstellen	BAGP
Bundesärztekammer	BÄK
Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller	BAH
Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung	BQS
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	BfArM
Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin	BgVV
Bundesministerium für Arbeit und Soziales	BMAS
Bundesministerium für Gesundheit	BMG
Bundespflugesatzverordnung	BPflV
Bundespsychotherapeutenkammer	BPtK
Bundesrepublik Deutschland	BRD
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie	BPI
Bundesverband Medizintechnologie	BVMed
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	ABDA
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung	Bvpg
Bundesversicherungsamt	BVA
Bundeszahnärztekammer	BZÄK
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	BZgA

## Abkürzungsverzeichnis

Christlich Demokratische Union	CDU
Christlich-Soziale Union	CSU
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen	DAG SHG
Deutsche Demokratische Republik	DDR
Deutsche Krankenhausgesellschaft	DKG
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	DPTV
Deutscher Behindertenrat	DBR
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	DBfK
Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien	Spectaris
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	DPW
Deutscher Pflegerat	DPR
Deutscher Psychotherapeutenverband – Berufsverband Psychologischer Psychotherapeuten	DPTV
Deutscher Verband der Ergotherapeuten	DVE
Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten	ZVK
Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung	DFPG
Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information	DIMDI
Deutsches Rotes Kreuz	DRK
Diagnose-bezogene Fallpauschale	DRG
Diakonisches Werk	DW
Disease Management Programm	DMP
Einheitlicher Bewertungsmaßstab	EBM
elektronische Gesundheitskarte	eGK
elektronische Patientenakte	EPA
Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card)	EHIC
Europäische Union	EU
Festbetragsanpassungsgesetz	FBAG
Freie Demokratische Partei	FDP
Gebührenordnung für Ärzte	GOÄ
Gemeinsamer Bundesausschuss	G-BA
Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte	gematik
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung	GVG
Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz	ZahnFinAnpG
Gesetz zur Reform des Vertragsarztrechtes und anderer Gesetze	VÄndG
Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung	AWVG
Gesetzliche Krankenversicherung	GKV
Gesundheitsreformgesetz	GRG
Gesundheitsstrukturgesetz	GSG
GKV-Arzneimittelschnellinformationssystem	GAmSI
GKV-Finanzierungsgesetz	GKV-FinG
GKV-Modernisierungsgesetz	GMG
GKV-Versorgungsstrukturgesetz	GKV-VStG
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	GKV-WSG
Grundgesetz	GG

# Abkürzungsverzeichnis

Health Technology Assessment	HTA
Hochschulbaufördergesetz	HBFG
Honorarverteilungsmaßstab	HVM
Infektionsschutzgesetz	IFSG
Innungskrankenkassen	IKK
Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung	AQUA
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	INEK
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	IQWiG
Kassenärztliche Bundesvereinigung	KBV
Kassenärztliche Vereinigung	KV
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	KZBV
Kassenzahnärztliche Vereinigung	KZV
Kaufkraftparität	KKP
(die frühere) Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	KAiG
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen	KTQ
Krankenhausentgeltgesetz	KHEntgG
Krankenhausfinanzierungsgesetz	KHG
Krankenhausfinanzierungsreformgesetz	KHRG
Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz	KHKG
Krankenhausneuordnungsgesetz	KHNG
Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz	KVBeitrEntlG
Krankenversicherungs-Kostendämpfungsergänzungsgesetz	KVEG
Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz	KVKG
Landwirtschaftliche Krankenkassen	LKK
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	MDK
Medizinisches Versorgungszentrum	MVZ
Medizinproduktegesetz	MPG
Medizinprodukteverordnung	MPV
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	Morbi-GV
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden öffentlicher Gesundheitsdienst	NUB ÖGD
Operations- und Prozedureschlüssel	OPS
Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	OECD
Paul Ehrlich-Institut	PEI
Private Krankenversicherung	PKV
Psychiatrische Institutsambulanzen	PIA
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	QZV
Regelleistungsvolumen	RLV
Reichsversicherungsordnung	RVO
Risikostrukturausgleich	RSA
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	RSAV
Robert Koch-Institut	RKI
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (früher: für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)	SVR
Sozialdemokratische Partei Deutschlands	SPD
Soziale Pflegeversicherung	SPV

## Abkürzungsverzeichnis

Sozialgesetzbuch Elftes Buch (Soziale Pflegeversicherung)	SGB XI
Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)	SGB V
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)	SGB IX
Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (Gesetzliche Rentenversicherung)	SGB VI
Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (Gesetzliche Unfallversicherung)	SGB VII
Sozialgesetzbuch Viertes Buch (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung)	SGB IV
Sozialverband Deutschland	SoVD
Sozialverband VdK Deutschland	VdK
Verband der Ersatzkassen (bis 2008: Verband der Angestelltenkrankenkassen/ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband)	vdek (VdAK/AEV)
Verband der privaten Krankenversicherung	PKV
Verband forschender Arzneimittelhersteller	VfA
Verbraucherzentrale Bundesverband	VZBV
Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte	VDÄÄ
Weltgesundheitsorganisation	WHO
Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen	WIdO
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland	ZWST

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung</b>	<b>1</b>
1.1	Geografie und Soziodemografie	1
1.2	Ökonomischer Kontext	5
1.3	Politischer Kontext	5
1.4	Gesundheitsstatus	8
1.5	Historischer Hintergrund	17
<b>2</b>	<b>Organisationsstruktur</b>	<b>37</b>
2.1	Übersicht über das Gesundheitssystem	37
2.2	Wesentliche Akteure und ihre Aufgaben	41
2.3	Dezentralisierung des Gesundheitssystems	50
2.4	Kompetenzen für Regulierung und Planung	53
2.5	Regulierung der Beziehung von Ausgabenträgern zu Leistungserbringern	68
2.6	Regulierung und Planung der Leistungserbringer	72
2.7	Regulierung von Arzneimitteln und Medizinprodukten	81
2.8	Informationsmanagement	88
2.9	Patientenbeteiligung	93
<b>3</b>	<b>Finanzierung</b>	<b>103</b>
3.1	Gesundheitsausgaben	103
3.2	Finanzierungsquellen und Finanzierungsströme	110
3.3	Gesetzliche Krankenversicherung	116
3.4	Private Haushalte	124
3.5	Private Krankenversicherung	130
3.6	Vergütungsmechanismen	134
<b>4</b>	<b>Materielle und personelle Ressourcen</b>	<b>153</b>
4.1	Technische und materielle Ressourcen	153
4.2	Gesundheitspersonal	163
<b>5</b>	<b>Leistungserbringung im Gesundheitssystem</b>	<b>173</b>
5.1	Öffentliche Gesundheit und Prävention	173
5.2	Koordination der Patientenversorgung	177
5.3	Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung	181
5.4	Stationäre und intersektorale Versorgung	186
5.5	Rettungs- und Notfallversorgung	192
5.6	Arzneimittelversorgung	195
5.7	Rehabilitation	213
5.8	Pflege und Langzeitversorgung	216
5.9	Hospize und Palliativversorgung	223
5.10	Versorgung psychisch Kranker	225