

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland Finanzierung und Verteilung von Gesundheitsleistungen

Den Grundstein für das heutige Gesundheitssystem in Deutschland hat im letzten Jahrhundert eher ungewollt Otto von Bismarck gelegt. Der Kanzler des deutschen Kaiserreiches hatte ein politisches Ziel vor Augen: Durch die Einführung von Gesetzen zum Unfallschutz sowie zur Alters- und Krankenversicherung wollte er den Sozialdemokraten den politischen Rückhalt nehmen und die Arbeiterklasse stärker an den Staat binden. Obwohl die Leistungen im Kaiserreich in keinem Fall ausreichend waren, begann damit doch die Vorreiterrolle Deutschlands als Vorbild für die soziale Sicherung. Bis heute prägen die Prinzipien: Pflichtversicherung, Selbstverwaltung und die Gliederung in Berufsgruppen das deutsche Gesundheitssystem.

Im Jahr 2006 wurden rund 239 Mrd. Euro für Gesundheit ausgegeben. Das sind ca. 11% des Bruttosozialproduktes. 11% aller Erwerbstätigen arbeiten direkt (ca. 2,2 Mio.) oder indirekt, im erweiterten Sinne (4,2 Mio.) in einem Gesundheitsberuf. Damit zählt das Gesundheitssystem zu einem der wichtigsten wirtschaftlichen Sektoren in der Bundesrepublik.

Graphiken und Infos hierzu bei der Bundeszentrale für politische Bildung:

<http://www.bpb.de/files/P5QECU.pdf>

Ein zentrales Problem dieses Systems ist in Deutschland der Interessenkonflikt zwischen den Krankenkassen als Kostenträger und den Ärzten als wichtigste Leistungsanbieter. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts prägten Ärztestreiks gegen die Krankenkassen das Tagesgeschehen. Die auf Unabhängigkeit bedachten Mediziner sahen sich von angestellten Mediziner bei den Krankenkassen bedroht. Durch den andauernden Konflikt drohte der deutsche Staat damit, das Gesundheitswesen zu verstaatlichen und brachte so die Gegner an den Verhandlungstisch. Das „Berliner Abkommen“ von 1914 begründete die Kassenärztliche Vereinigung als öffentlich-rechtliche Zwangskörperschaft, deren Monopol für die Vergütungsregelungen auf ärztlicher Seite bis heute besteht. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Gesundheitsversorgung liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Bis heute bricht regelmäßig Streit um die Verteilung von Einsparmaßnahmen aus. (vgl. Strünck, C., Gesundheitsökonomie und -politik, 2007, S 7)

Hauptmerkmale des Gesundheitssystems in Deutschland

- Starke Selbstverwaltung der Krankenkassen
- Gruppenverhandlungen bei Vergütungs- und Strukturfragen
- Dominanz der Ärzteschaft als Profession
- Sachleistungsorientierte Pflichtversicherung
- 90% der Versicherten sind gesetzlich krankenversichert
- 10% der Versicherten sind privat krankenversichert

Einzigartig in der EU ist, dass sich die private Krankenversicherung in Deutschland nicht wie in den anderen Ländern auf zusätzlich Versicherungsleistungen beschränkt, sondern ein eigenes Vollversicherungssystem neben dem gesetzlichen darstellt.

Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems

Gesundheitsleistungen in Deutschland werden über ein Sozialversicherungsmodell (auch Bismarck-Modell genannt) finanziert.

Ungefähr 70 Mio. Bundesbürger sind zurzeit gesetzlich versichert. Das sind 90% aller Krankenversicherten. 8,5 Mio. (ca. 10%) Versicherte sind privat versichert.

Das Zentrum der Finanzierung bildet die GKV als Pflichtversicherung, in der alle Arbeitnehmer bis zur Versicherungspflichtgrenze von derzeit 4162 € monatlichem Bruttoeinkommen versichert sein müssen. Wer mehr verdient, kann in eine private Versicherung wechseln oder in der gesetzlichen Versicherung bleiben. Um sogenannte „gute Risiken“ in der GKV zu halten, wird der zu zahlende Beitrag für Besserverdienende gedeckelt. Die Beitragsbemessungsgrenze liegt derzeit bei 5500 € monatlichem Bruttogehalt. Das bedeutet, dass Versicherte, die über dieser Bemessungsgrenze liegen, einen prozentual geringeren Beitrag in das Sozialversicherungssystem einzahlen als die Versicherten unterhalb dieser Bemessungsgrenze. Ein weiterer Vorteil gegenüber der Privatversicherung liegt darin, dass nicht erwerbstätige Familienangehörige mitversichert sind. Die Beiträge in die gesetzliche Krankenkasse werden je zur Hälfte vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Privatvermögen und Einnahmen aus anderen Quellen als der Erwerbsarbeit werden für die Beiträge nicht berücksichtigt.

Link zur Übersicht der Grundprinzipien der GKV: [Gesundheitspolitik - Lernstation](#)

http://www.bpb.de/themen/EM53VQ,0,Gesundheitspolitik_Lernstation.html?lt=AAA739

Innerhalb der Versichertengemeinschaft der GKV ist das Solidarprinzip besonders ausgeprägt. Es verbürgt, dass eine Mehrheit von Gesunden durch ihre Beiträge die Finanzierung der Leistungen für eine Minderheit kranker Menschen sichert.

Es findet also eine Umverteilung zwischen Personen statt. Bei der PKV erfolgt die Finanzierung nach dem Äquivalenzprinzip: Die Beiträge werden nach dem individuellen Risiko der Versicherten erhoben. Junge Mitglieder zahlen weniger Beitrag als ältere, Frauen höhere Beiträge als Männer. Mitglieder mit höheren Risiken wie chronischen Erkrankungen mehr als Gesunde. Außerdem können Privatversicherte Rücklagen bilden. Im Gegensatz zu gesetzlichen Kassen dürfen Privatversicherungen Versicherte mit hohem Risiko ablehnen. Damit soll einer sogenannten Negativselektion vorgebeugt werden. Allerdings wird so eine Krankenversicherung für Menschen ohne große Geldvermögen mit hohem Gesundheitsrisiko und im hohen Alter nahezu unerschwinglich. Da sich in den letzten Jahren immer mehr Privatversicherte die Privatprämien nicht mehr leisten konnten und die GKV nur Versicherte mit Versicherungspflicht aufnimmt (Menschen > 55 Jahre, die bisher in der PKV versichert waren, müssen von der GKV nicht versichert werden auch wenn sie arbeitslos oder sozialhilfebedürftig sind), kam es zu der prekären Situation, dass immer mehr Menschen in Deutschland keinen Krankenversicherungsschutz hatten. Deshalb wurde mit der letzten Gesundheitsreform auch die Pflicht für die privaten Kassen eingeführt, einen Basistarif anzubieten. Niemand, der einen berechtigten Antrag auf Versicherung im Basistarif erhebt, darf von der PKV abgewiesen werden. Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt. Das Gesetz sieht vor, dass es in Deutschland niemanden mehr ohne Krankenversicherung geben darf.

Große strukturelle Probleme des deutschen Gesundheitssystems liegen neben **Koordinationschwächen und Steuerungsdefiziten der Gesundheitsleistungen** (Doppeluntersuchungen, kaum Absprachen zwischen den Ärzten der verschiedenen Fachgebiete und den verschiedenen Gesundheitsberufen, unnötige oder ineffiziente Behandlungsmethoden,

Untersuchungen und Medikation, Abhängigkeit von politischen Entscheidungen, starker Lobbyismus von Seiten der Pharmaindustrie und der Ärzte) in der **lohnbeitragsbezogenen** Finanzierung der Krankenversicherung.

Das Problem der Finanzierung unseres Gesundheitssystems ist weniger ein Ausgabenproblem als vielmehr ein Einnahmeproblem. Gemessen am Bruttosozialprodukt sind die Ausgaben für Gesundheit in den letzten 30 Jahren sehr moderat gestiegen.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes und eine Statistik zum Thema:

http://www.gbe-bund.de/gbe10/express.prc_expr?p_aid=94893654&p_uid=gast&p_sprachkz=D&p_var=0&nummer=522&p_indsp=&p_ityp=H&p_hlpr=3&p_lfd_nr=1&p_sprache=D&p_news=&p_janein=J

Aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit und den sich ändernden Arbeitsverhältnissen - weg von sozialversicherungspflichtigen Vollzeitarbeitsplätzen hinzu mehr Teilzeitarbeitsplätzen, Minijobs und selbstständigen Beschäftigungen - schrumpfen die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Die angebliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist in Wirklichkeit ein erdrutschartiger Absturz der Einnahmen.

Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Versicherung

Das Grundprinzip der Verteilung der Leistungen in Deutschland ist das Solidarprinzip. Bei der GKV herrschen Nicht-Marktprozesse vor. Im Regelfall fordert nicht der Patient selbst, sondern sein Arzt die erforderlichen Gesundheitsleistungen ein. Er fungiert als Sachverwalter des Patienten, der in der Regel medizinischer Laie ist und die nötigen Leistungen schon alleine aus mangelndem Fachwissen nicht einfordern wird und kann. Die Finanzierung der Leistungen übernimmt die Krankenkasse als Kostenträger. Der Konsument ist also nicht wie bei reinen Marktprozessen derjenige, der die Leistung oder das Gut anfordert und bezahlt, sondern es liegt eine Trennung vor zwischen Bedarf, Konsum und Finanzierung. Die Leistungen der Krankenkassen sind in der Regel Sachleistungen. Die Kassen rechnen direkt mit dem Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus, Physiotherapeut, Pflegedienst) ab. Geldleistungen gibt es nur in wenigen Fällen, z.B. bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und dem Mutterschutzgeld.

Kostenerstattungsprinzip in der privaten Krankenkasse

Der Versicherte zahlt die Gesundheitsleistungen direkt an den Leistungserbringer und bekommt die Kosten von seiner Krankenkasse erstattet. Es ist bekannt, dass Ärzte bei Privatpatienten gegenüber dem Kassenpatienten ein Vielfaches für die Leistungen abrechnen können, da die privaten Kassen in der Mehrheit nach dem Kostendeckungsprinzip und nach Einzelleistungen erstatten. Noch in den 70er und 80er Jahren bezahlte die GKV die Leistungserbringer nach dem Kostendeckungsprinzip. Dadurch gab es in der Praxis keinen qualitativen Unterschied in der Versorgung von Privat- und Kassenpatienten. Durch die zunehmende Ausgabenlast der GKV auf der einen Seite und den geringeren Einnahmen andererseits wurden in mehreren Reformen Deckelungen in der Bezahlung für Ärzte und Krankenhäuser umgesetzt. Die Hauptlast aller Reformen hatten aber bisher immer die Versicherten durch höhere Zuzahlungen und Streichung von Leistungen zu tragen.

Da Krankenhäuser und Ärzte an Privatpatienten heute eindeutig mehr verdienen und bei manchen Kassenpatienten ins Minus wirtschaften müssen, ist der Unterschied in der Versorgung von Privat- und Kassenpatienten heute deutlich zu spüren. Ausnahmen sind Versicherte im privaten Basistarif, deren Versorgung häufig schlechter honoriert wird, als bei den gesetzlichen Kassen.

Eine Lösung für die Kostenproblematik unseres Gesundheitssystems wäre:

- **Pflichtversicherung für alle in Form einer Bürgerversicherung und eine Privatversicherung nur noch in Form von Zusatzleistungen**
- **Alternativ eine Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze und eine höhere Beitragsbemessungsgrenze**
- **Radikal - aber am effektivsten - wäre eine steuerfinanzierter staatlicher Gesundheitsdienst nach skandinavischen Vorbild**

Diese Lösungen wurden bisher nie angestrebt, da eine starke Lobby von privaten Versicherungen und Menschen, die am bisherigen System gut verdienen oder starke Vorteile daraus ziehen, diese Diskussion im Keim ersticken.

Hauptprobleme des deutschen Gesundheitssystems, was dessen Effizienz angeht:

- **geringer Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber der kurativen Versorgung**
- **mangelnde Integration zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst**
- **mangelnde Kooperation zwischen medizinischen und sozialen Diensten**
- **mangelnde Integration der Dienstleistungen nicht-ärztlicher Berufe**
- **mangelnde Effizienz der Gesundheitsversorgung**
- **Probleme der Überversorgung und Übermedikalisierung einerseits und der Fehlversorgung insbesondere im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich andererseits**
- **Vordringen von Wettbewerbs- und Marktideologien und damit einhergehend von Leistungsabbau und Entsolidarisierung.**

(vgl. Rosenbrock, Kühn, 1994)

Noch immer ist es so, dass das Gesundheitsverhalten in den unteren Berufsstatusgruppen deutlich schlechter ist als in den oberen. Hauptproblem sind hier der Zugang zu Bildung und zu präventiven Maßnahmen. Männer der unteren Gruppe sind laut 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung vom Juli 2008 dreimal so häufig gesundheitlich belastet wie Männer der oberen Berufsstatusgruppe. Bei Frauen ist der Unterschied sogar fünfmal so hoch.

Dritter Armuts- und Reichtumsbericht (Kurzfassung, S.26):

http://www.bmas.de/portal/26892/property=pdf/dritter_armuts_und_reichtumsbericht_kurzfassung.pdf

Dominanz der Ökonomie:

Solange Gesundheit und Ökonomie im Gegensatz zueinander stehen, dominiert das ökonomische Moment. Es ist das wichtigste Hemmnis für eine bessere präventive Versorgung.

„Auf Versuchen, gegen Automobil- und Benzinhersteller risikobezogene Umwelt- und damit Gesundheitspolitik zu betreiben, können kaum politische Karrieren begründet werden. Selbst über eine empirisch durchaus kalkulierbare Risikosenkung durch Tempolimits entscheidet bislang ausschließlich Macht und Interesse. Auch die Bindungswirkung existierender staatlicher Schutznormen ist – das zeigen nicht nur täglich bekannt werdende Skandale, sondern nahezu durchgängig Untersuchungen zum Arbeits- und Umweltschutz – in der Konfliktzone zwischen ökonomischer Verfügungsmacht und Gesundheit oft überraschend schwach. Die Beweislast für drohende oder eingetretene Schäden wird dabei zumeist dem Schwächeren aufgebürdet.“
(Kühn, Rosenbrock, 1994, S. 43)

Dominanz der Medizin in den Steuerungsprozessen des Gesundheitswesens und Dominanz der Ökonomie in den gesamtgesellschaftlichen Steuerungsprozessen sind zusammenhängende Phänomene: Zur gesellschaftlichen Funktion der Medizin gehört auch, sozial verursachte Gesundheitsprobleme in individuelle zu transformieren und sie für vermarktungsfähige Gesundheitswaren und Dienstleistungen zugänglich zu machen.
(Vgl. Kühn, Rosenbrock, 1994, s. 46)

Am Beispiel einer BGW-Übersicht der prozentualen Häufigkeit von Arbeitsunfällen in den verschiedenen Bundesländern, kann jeder seine eigenen Rückschlüsse ziehen. Die Vermutung liegt nahe, dass in Gegenden mit hoher Arbeitslosigkeit weniger Rücksicht auf die Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung der Arbeitnehmer genommen wird und daher in diesen Bundesländern höhere Unfallquoten zu verzeichnen sind. Ökonomie also vor Gesundheitsschutz steht.

http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/Presseinformation/Bilder-Grafiken-Press/Bilder_Presse_Info3_2008/Arbeitsunfaelle_07.property=bild.

Wer sich für die Chronologie der Gesundheitsreformen in Deutschland interessiert, kann folgenden Link zum Vericherungswiki anklicken:

<http://versicherungs-wiki.de/index.php/Hintergrund:Gesundheitsreform>

Quellenverzeichnis:

BMAS- Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2008)

Online in Internet [Stand: Juli 2008]:

http://www.bmas.de/coremedia/generator/26896/lebenslagen_in_deutschland_der_bundesregierung.html

Bundeszentrale für politische Bildung:

Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

Online im Internet [Stand September 2010]:

<http://www.bpb.de/themen/EM53VQ,0,Gesundheitspolitik>

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes:

Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP

Online im Internet [Stand: September 2010]:

<http://www.gbe-bund.de>

Kühn, H./R. Rosenbrock:

„Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze.“

In: Rosenbrock, R. u.a. (Hrsg.): Präventionspolitik (1994)

Strünck, C. (2007)

Gesundheitssystem der Bundesrepublik – Strukturelle Probleme und Reformansätze

Studienbrief 3, Gesundheitsökonomie und –politik, Studienbrief der HFH