

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie, Gesundheitssysteme, Öffentliche Gesundheitspflege


Dozenten:

Henrich- Kranke – Mehlhase - Vogel, U. - Vogel, H. - Menzel

Organisation/Zeitplan

Ort	Hörsaal Kinderklinik (Gebäude D-31, -170-Sitzplätze)
Wochentag, -Uhrzeit	Dienstag, -15.30-Uhr-s.t.
Erste-Veranstaltung	10.04.2018
Einführungsveranstaltung	10.04.2018
Verantw.-Dozent,- Ansprechpartner	Priv.-Doz.-Dr.-med.-Thomas-P.-Menzel, menzel@klinikum-fulda.de
Anwesenheitspflicht	ja
Zulässige-Fehltermine	1
Prüfungstermin	10.07.2018
Prüfungsform	Schriftlich, -Multiple-Choice
Scheinausgabe	Dekanat; -Termin-wird-noch-bekannt-gegeben


Organisation/Zeitplan




Veranstaltungsinhalte		
Termin	Thema	Dozenten
10.04.2018	Einführung	PD-Dr. Menzel
17.04.2018	DRG	PD-Dr. Menzel
24.04.2018	Das öffentliche Gesundheitssystem	Dr. Hagemeyer, Marc
08.05.2018	Die Organisation des Rehabilitationssystems	Dr. Vogel
15.05.2018	OP-Management	Hr. Henrich
05.06.2018	Qualitätsmanagement im Krankenhaus	PD-Dr. Menzel
12.06.2018	Evidenzbasierte Medizin	Prof. Dr. Kranke
19.06.2018	Die Sozialversicherungssysteme	PD-Dr. Menzel
26.06.2018	Informationstechnologie im Krankenhaus	Hr. Mehlhase
03.07.2018	Klinische Pfade /Medizin-Controlling	PD-Dr. Menzel
10.07.2018	Klausur	PD-Dr. Menzel

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM

02.07.2018 3






Telefon der Zentrale
(0661) 84 - 0

Telefon der Hausnummer
(0661) 84 - 6145

Parcelle 4, 36043 Fulda
erweit. 2008



Startseite Das Klinikum Fulda - Ihr Aufenthalt - Medizin & Pflege Medizinische Zentren Qualität & Hyg **Kernnet & Jobs** - Ärzte & Partner -

Angebote für Medizinstudenten

Siehe geehrte Studentinnen und Studenten,

das Klinikum Fulda ist das moderne und leistungsstarke Krankenhaus der Maximalversorgung in Ostthessen. Mit mehr Lungenreihe. An dieser herzu Willkommen auf der Internetseite der Angewandten Gesundheitsökonomie. Wir wünschen Ihnen viel Spaß und Erfolg mit unserer Vorlesungsreihe. An dieser Stelle werden Ihnen die aktuellen Folien jeweils nach der Vorlesung eingestellt. Für Rückfragen steht Ihnen der verantwortliche Dozent, Privatdozent Dr. Thomas Menzel, gerne per Mail zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Dozenten:
der Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie, Gesundheitssysteme, Öffentliche Gesundheitspflege

Einführung in die Vorlesungsreihe


Sozialversicherungssysteme in Deutschland

DRG Diagnose Related Groups - Diagnostikbasiertes Fallpauschalen

Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Weitere Informationen

- [Medizinische Zentren](#)
- [Campus Merburg](#)
- Medizin - Campus Fulda
- Fernstudium
- Pflegepraktikum
- Praktisches Jahr (PJ)
- Studienreisen
- [Vorlesungen](#)
- [Sonstiges](#)




Die Sozialversicherungssysteme In Deutschland

Priv.- Doz. Dr. med Thomas P. Menzel

Agenda

- **Grundlagen der Sozialversicherung**
- **Geschichte der Sozialversicherungen in Deutschland**
- **Gesetzliche Grundlagen**
- **Aktueller Stand**
- **Herausforderungen**

Soziologisch-anthropologische Grundlagen


Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Der Mensch ist ein soziales Wesen: Existenz und Persönlichkeit ist ohne Gesellschaft nicht denkbar
 - Viele Bedürfnisse können vom Einzelnen nicht alleine gedeckt werden
 - Soziale Beziehungen sind eine anthropologische Notwendigkeit.



- **Reziprozität** ist eine Grundform sozialer Beziehung/ Interaktion
 - Allgemein: unterschiedliche Austauschformen („Geben und Nehmen“)
 - Soziologisch: Gegenseitigkeit, auch Prinzip der Gegenseitigkeit genannt (Grundprinzip menschlichen Handelns)
 - *reciprocere* (lat.) aufeinander bezüglich / gegenseitig / wechselseitig. Neue soziolog. Terminologie: „Tausch“ (exchange)
 - Reziprozität und Gabe sind ubiquitäre soziale Phänomene mit hoher interkultureller Varianz

- Direkte "echte" Reziprozität
 - Einfachste Regel: "Tit for tat", "wie du mir, so ich dir".
 - Reziprozitätsform aus der der Tauschhandel (Gabentausch) abgeleitet wird, der Regeln gegenseitiger Verpflichtung der Beteiligten beinhaltet
 - Es kommt zu einer Eröffnungsgabe.
 - Die Gabe muss angenommen werden (häufig gibt es hierfür Normen).
 - Es muss eine Gegengabe erfolgen


Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM

02.07.2018

7

Soziologisch-anthropologische Grundlagen


Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda



- Generalisierte Reziprozität
- Generalisierungen über einen längeren Zeitraum
 - Während bei der direkten Reziprozität ein Ausgleich für eine Gabe oder eine Handlung im Vordergrund steht, werden einzelne Gaben mit der Zeit vergessen.
 - Generalisierung über die Zeit: Generationenbeziehungen Eltern erbringen für ihre Kinder Pflegeleistungen und materielle Unterstützung. Vielfach wird daher von den Kindern im Falle einer Pflegebedürftigkeit der Eltern erwartet, dass sie die ihnen entgegengebrachten Leistungen "erwidern"

- Weitere Generalisierungen
 - z.B. Landsmannschaft, Hautfarbe oder Geschlecht
 - Generalisierung über ein Merkmal
 - für jemanden eine Leistung erbringen, ohne dass eine Gegengabe von genau jener Person, der sie zugute kam, erwartet werden könnte.
 - Eine Gegengabe wird möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt von jemand anderem erwartet, der das Merkmal des Empfangenden teilt

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM

02.07.2018

8

Sozialversicherung in Deutschland



- Die Sozialversicherung bildet in Deutschland die wichtigste Institution der sozialen Sicherung.
- Sie ist eine staatlich geregelte Fürsorge für wichtige Risiken des Daseins, die von selbstverwalteten Versicherungsträgern organisiert wird.
- Zur Sicherung des Beitragsaufkommens besteht überwiegend Versicherungspflicht für Personen und Organisationen
- Der Leistungsbedarf eines Jahres wird nahezu vollständig aus dem Beitragsaufkommen des gleichen Jahres bestritten, d. h. angesammeltes Kapital dient im Wesentlichen nur als kurzzeitige Schwankungsreserve (Nachhaltigkeitsrücklage, Generationenvertrag)
- Die Leistungen werden vorwiegend als für alle Versicherten gleiche Sachleistungen (Solidaritätsprinzip) oder als beitragsabhängige Geldleistungen (zum Beispiel Renten, Krankengeld) erbracht
- Zu den Aufgaben der Sozialversicherung gehören neben den Versicherungsleistungen im engeren Sinn auch Prävention und Rehabilitation

Geschichte der Sozialversicherung in Deutschland



- **1883: Krankenversicherung**
- **1884: Unfallversicherung**
- **1889: Rentenversicherung (ursprünglich Invaliditäts- und Altersversicherung)**
- **1927: Arbeitslosenversicherung**
- **1957: Rentenreform: Einführung der dynamischen Rente**
- **1995: Pflegeversicherung**

Ursprünge der Sozialversicherungen


Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- **Vor 1881:**
 - Zünfte und Gilden bieten im Mittelalter erste berufsspezifische Versorgungssysteme (Vorläufer einer Sozialversicherung)
 - **1849:** Preußen macht die Krankenversicherung für Bergleute verpflichtend
 - Gemeinden dürfen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern Pflichtbeiträge zu erheben
 - **1869:** Gesetz zur gemeindlichen Krankenpflegeversicherung in Bayern

- **1881:** Deutsches Kaiserreich wird weltweit zum Vorreiter beim Aufbau von staatlichen Sozialsystemen:
 - „Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“


- Das Gesetz baute auf existierenden Ortskrankenkassen, berufsständischen Krankenkassen (Bergbau, Innungen) und Betriebskrankenkassen auf, die auf gemeinnütziger Basis operierten (Primärkassen)

- **Kaiserliche Botschaft 17. November 1881**
 - *Wegen des wachsenden Einflusses der Sozialdemokratie sah sich Kaiser Wilhelm I. auf Anraten des Reichskanzlers Otto von Bismarck veranlasst, seine Auffassung vorzutragen, der Reichstag solle Gesetze zur finanziellen Absicherung der Arbeiter gegen Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter beschließen.*

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM
02.07.2018
11






Kaiserliche Botschaft 17. November 1881



Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen u.s.w., thun kund und fügen hiermit zu wissen:
 - *Schon im Februar d. J. haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß **die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde.** Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von Neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstages ohne Unterschied der Parteistellungen.*
 - *In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines **Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle** mit Rücksicht auf die Reichstage stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine **gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens** zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch **Alter oder Invalidität erwerbsunfähig** werden, haben der Gesamtheit gegenüber begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zutheil werden können.*
 - *Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde. Immerhin aber wird auch auf diesem Wege das Ziel nicht ohne die Aufwendung erheblicher Mittel zu erreichen sein.*

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM
02.07.2018
12






Gesetze zur sozialen Sicherung im Reichstag



Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- **Krankenversicherungsgesetz 1883 (Gesetzliche Krankenversicherung = GKV)**
 - 29. Mai 1883 verabschiedete der Reichstag als erstes das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (KGV)“ (ab 1. 12. 1884 in Kraft)
 - Für die Versicherten wurden folgende Leistungen eingeführt:
 - Krankengeld ab dem 3. Tag, 50 Prozent bis zu 26 Wochen
 - ärztliche Behandlung, Arznei und Hilfsmittel
 - Krankenhausbehandlung
 - Sterbegeld
 - Wöchnerinnenunterstützung (Mutterschaftshilfe)
 - Die Beiträge trugen der Arbeitgeber zu 1/3 und Arbeitnehmer zu 2/3. Für beide Zahlungen wurde eine Beitragsbemessungsgrenze festgelegt.
- **Träger (Primärkassen):**
 - Ortskrankenkassen (OK)
 - Innungskrankenkassen (IKK)
 - Gemeindekrankenkassen
 - Betriebskrankenkassen
 - Baukrankenkassen
 - (Hilfskrankenkassen= Ersatzkassen, versichert überwiegend Angestellte)

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM
02.07.2018 13







Unfallversicherungsgesetze


Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Unfallversicherungsgesetz: Inkrafttreten: 1. 10. 1885
- Für die Versicherten wurden bei Betriebsunfällen folgende Leistungen eingeführt:
 - Unfallrenten ab der 14. Woche, die Rentenhöhe war vom jeweiligen Verdienst abhängig
 - Medizinische Heilbehandlung
 - Unfallverhütung: Beweispflicht des Verunglückten entfiel
 - Der Arbeitgeber zahlte zu 100 Prozent die Beiträge. Träger wurden die Gewerblichen, Bau-, See-, Land- und Forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften
- Pflichtversicherung zu 100% von Arbeitgebern, die sich in Berufsgenossenschaften organisieren

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM
02.07.2018 14






 **Klinikum Fulda**
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

Gesetzliche Rentenversicherung

- **Invaliditäts- und Alterssicherung 1889 (Gesetzliche Rentenversicherung = GRV)**
 - *Das Gesetz betreffend der Invaliditäts- und Altersversicherung wurde am 22. 6. 1889 vom Reichstag beschlossen und trat ab dem 1. 1. 1891 in Kraft.*
 - *Folgende Leistungen:*
 - Übergangsgeld während medizinischer Heilbehandlung
 - Altersrenten ab dem 70. Lebensjahr
 - Invaliditätsrenten
 - Die Beiträge kamen zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Zusätzlich gab es einen Reichszuschuss. Träger wurden Regionale Versicherungsanstalten für Arbeiter (Landesversicherungsanstalten)

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM 02.07.2018 15


Universitätsklinikum Würzburg 

 **Klinikum Fulda**
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda


Reichsversicherungsordnung (RVO)

- **19. Juni 1911: Reichsversicherungsordnung (RVO)**
 - *Regelte die deutsche Sozialversicherung von 1914 bis in die Jahre 1991 / 1992, heute weitestgehend im Sozialgesetzbuch aufgegangen*
 - *Zusammenfassung und Weiterentwicklung der früheren Gesetze*
 - *Einführung der Hinterbliebenenrenten*
- **1911: die Angestelltenversicherung (AnV) gegründet**
 - *Angestellte eine Altersrente ab dem 65. Lebensjahr und ihre Witwen - ohne Rücksicht auf ihre Arbeitsfähigkeit und ihr Alter - 40 Prozent der Altersrente ihres verstorbenen Ehegatten.*
 - *Die Angestellten waren damals eine eigenständige soziale Gruppe zwischen den Arbeitern und den Beamten*

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM 02.07.2018 16

Universitätsklinikum Würzburg 

Weimarer Republik




Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda


- **Niedergelassene Ärzte** in eigener Praxis
 - dominante Rolle im gesamten Gesundheitswesen
 - Konflikte zwischen Krankenkassen und niedergelassenen Ärzte
 - „Berliner Abkommen“ von 1914 regelte die ambulante Versorgung bis 1923
 - Gemeinsame Ausschüsse von Vertretern der Ärzteschaft und der Kassen
 - Der Anteil Ärzten zu Versicherten auf ein Minimum von 1:1350 festgesetzt.
 - Gemeinsame Zulassungsausschüsse
 - Verträge mit den Ärzten mussten von allen Kassen kollektiv abgestimmt werden
- Kündigung 1923/ Kassen gründen Ambulatorien und weitere Einrichtungen
 - Ärztestreiks
 - Niedergelassene Ärzte fühlten sich bedroht durch die Einrichtung von Maßnahmen und Einrichtungen zur Prävention, Gesundheitserziehung und Pflege durch die Gemeinden und durch Wohlfahrtsverbände
 - Regierung reagierte auf die Streiks und richtete den **Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen** (der heute in Form des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter besteht) als gemeinsame verantwortliche Körperschaft zur Regelung des Leistungsumfangs und der ambulanten Versorgung ein.
- Bis 1933 errangen die niedergelassenen Ärzte wichtige Erfolge hinsichtlich des Versorgungsauftrags gegenüber Krankenkassen, anderen Heilberufe und angestellte Ärzten im öffentlichen oder gemeinnützigen Sektor.

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie™

02.07.2018 17



Weimarer Republik




Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- **1923 Rezession/Hyperinflation**
 - erste Selbstbeteiligungsmaßnahmen in Form einer 10- bis 20-prozentigen Zuzahlung für Arzneimittel und medizinische Hilfsmittel
 - Notverordnungen um mit steigenden Ausgaben und erheblichen Einnahmeeinbußen der Krankenkassen aufgrund hoher Arbeitslosigkeit über die finanzielle Krise
- Einführung des Medizinische Dienst der Krankenkassen (Versicherungen) zur Kontrolle vertragsärztlicher Leistungen
- Niederlassung im ambulanten Sektor auf einen Vertragsarzt pro 600 GKV-Versicherte
- **1931**
 - Monopol für niedergelassene Ärzte auf die ambulante Patientenversorgung
 - Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhielten das Recht, umfassende Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen abzuschließen und deren Vergütungen unter ihren Mitgliedern aufzuteilen
 - Seither: Trennung der ambulanten von der stationären Versorgung, „Sektorengrenze“

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie™

02.07.2018 18



Nationalsozialismus



- Während des **nationalsozialistischen Regimes (1933–1945)** blieben die fundamentalen Strukturen des Sozialversicherungssystems einschließlich seiner Finanzierung und der Gesundheitsversorgung bestehen
- **1936**
 - *Verpflichtung der Krankenkassen die Krankenhausversorgung Familienangehörigen zu gewähren*
 - *die Ersatzkassen dürfen keine freiwillig Versicherten mehr aufnehmen und überführten diese in ausgegründete Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Beginn mehrerer Unternehmen der privaten Krankenversicherung.*
- **1939**
 - *Einführung des Handwerker - Versorgungs - Gesetzes (HVG): Versicherungspflicht für selbständige Handwerker.*
- **1941**
 - *Ausweitung des Krankenversicherungsschutz auf Rentner*
 - *Zentralisierung der Organisation der Gesundheitsversorgung*
 - *Schwächung der Kassen / Stärkung der niedergelassenen Ärzte*

Nationalsozialismus



- Die **Grundprinzipien** der gesetzlichen Krankenversicherung wurden in erheblichem Maß **außer Kraft** gesetzt
 - *Der Zugang zu Versorgungs- und Geldleistungen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Altersversicherung wurde für die jüdische Bevölkerung und stigmatisierte Minderheiten stark eingeschränkt*
 - *Zwangsarbeiter mussten Pflichtbeiträge an die gesetzliche Krankenversicherung entrichten, ohne dass ein gesicherter Leistungsanspruch bestand. Die Qualität ihrer Versorgung war häufig unter dem allgemeinen Standard.*
- Angehörige medizinischer Berufe ließen sich als Gutachter für die Legitimierung von Mord, sozialer Selektion und Misshandlung instrumentalisieren
- Gesetze untersagten jüdischen Ärzten die Behandlung gesetzlich versicherter und letztendlich generell die Berufsausübung.
- 12% der Ärzte von der medizinischen Versorgung (und 60% der in Berlin praktizierenden Ärzte) ausgeschlossen.
- Die Mehrheit der nicht jüdischen Ärzteschaft, der Berufsgruppe mit dem höchsten Anteil an Mitgliedern in der NSDAP, begrüßte den Ausschluss der jüdischen Ärzte


Bundesrepublik Deutschland bis 1990

 **Klinikum Fulda**
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- **1972**
 - Rentenreformgesetz RRG 1972 ==> Öffnung der Rentenversicherung für Selbständige und Hausfrauen sowie Einführung der flexiblen Altersgrenze
 - Einführung landwirtschaftlichen Krankenkassen
- **1975**
 - Beginn der schrittweisen Erarbeitung des **Sozialgesetzbuchs (SGB)**
- **1983**
 - Einführung eines Krankenversicherungsbeitrages für Rentner
- **1985**
 - Anrechnung von Kindererziehungszeiten
- **1986**
 - Neuordnung des Hinterbliebenenrechtes in der Rentenversicherung
- **1988**
 - Regelung der Krankenversicherung nach SGB V

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM 02.07.2018 21 

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1989 bis 2013:

 **Klinikum Fulda**
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

1989: Gesundheitsreformgesetz (GRG), 01.01.1989

1995: Einführung der Pflegeversicherung, 01.01.1995

1995: 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1. und 2. GKV-NOG), 1.7.1997

1995: Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntG), 1.1.1997

1995: 9. SGB V-Änderungsgesetz, 08.05.1998

1999: Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG), 1.1.1999

2001: Gesundheitsreform 2000 (GKV-GR-2000), 1.1.2000

2001: Arzneimittelbudgetablösungsgesetz (ABAG), 1.1.2002

2003: Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG), 1.1.2003

2006: Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), 1.5.2006

2004: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), 1.1.2004

2007: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), 1.4.2007


2009: Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), 1.4.2009

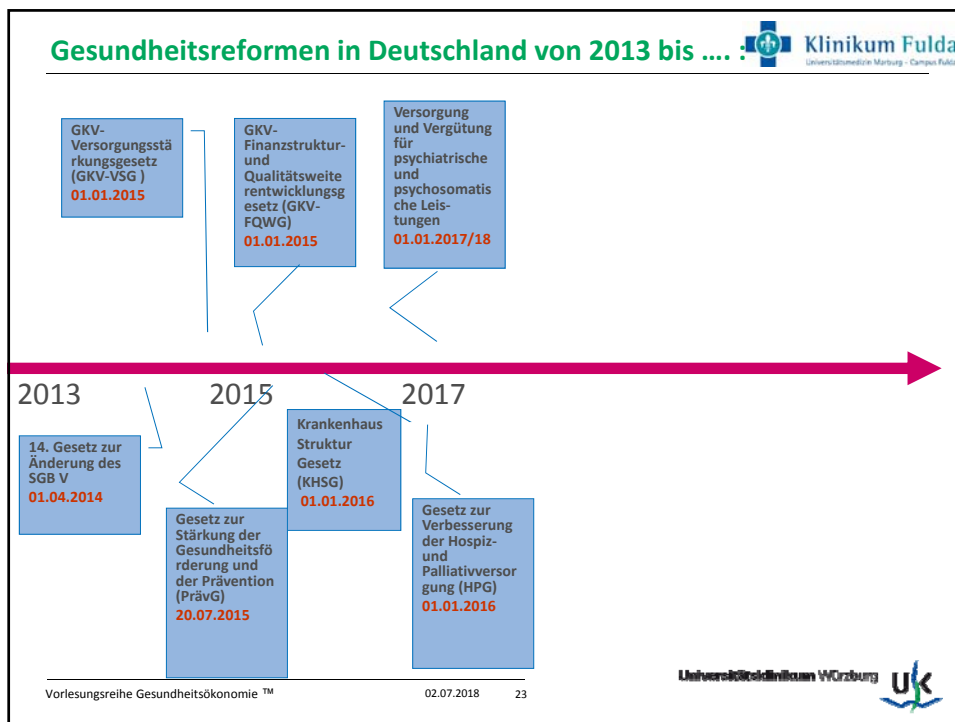
2011: Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der GKV (GKV-FinG), 1.1.2011

2012: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG), 1.1.2012

2012/2013: PsychiatrieEntgeltgesetz (PsychEG), 1.8.2012/1.1.2013

2013: Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfWG), 1.7.2013

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM 02.07.2018 22 



Bundesrepublik Deutschland bis 1990

 **Klinikum Fulda**
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- **1976 Kostendämpfungsgesetz**
 - Arzneimittel-Höchstbeträge
 - Leistungsbeschränkungen
 - Bagatell-Medikamente werden nicht mehr bezahlt
 - Zuzahlungen pro Arznei-, Verbands- und Heilmittel
 - 50 Cent Zuzahlung je Medikament (Vorher 1,25 Euro je Rezept)
 - Obergrenze der Eigenbeteiligung bei Zahnersatz von 250 Euro wird gestrichen
- **1982 Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz**
 - 75 Cent pro Medikament
 - Zwei Euro Zuzahlung bei Verordnung von Brillen und Heilmitteln wie Massagen, Bädern
- **1983 Haushaltsbegleitgesetz**
 - Ein Euro Zuzahlung pro Medikament
 - ein Krankenhaustag kostet 2,50 Euro - höchstens 35 Euro
 - Krankenversicherung der Rentner nicht mehr beitragsfrei
- **1989 Gesundheitsreformgesetz "GRG"**
 - "Negativliste" für Medikamente
 - Festbeträge, die Differenz zu höheren Preisen muss der Patient tragen.
 - Höhere Rezeptgebühr für Arzneimittel / 1,50 Euro Aufschlag bei nicht preisgebundenen Präparaten
 - Klinik-Zuzahlung wird verdoppelt
 - Einführung der Zuzahlung im zahnärztlichen Bereich

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM 02.07.2018 24

 **UK**

Bundesrepublik Deutschland bis 1990



Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- **1993 Gesundheitsstrukturgesetz "GSG" (Lahnstein-Kompromiss)**
 - Ab 1997 freie Kassenwahl für alle Versicherten
 - Einführung der Budgetierung
 - Erhöhte Zuzahlungen für Medikamente / Beträge für Medikamente nach Packungsgröße gestaffelt
 - Höhere Zuzahlungen bei Zahnersatz und Heilmitteln sowie für die Krankenhausbehandlung
- **1996 Beitragsentlastungsgesetz**
 - Streichung des Zuschusses zum Zahnersatz für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind (galt bis 1998)
 - Keine Erstattung bei Brillengestellen / Höhere Zuzahlungen für Arzneimittel
 - Leistungskürzungen und Zuzahlungserhöhungen bei Kuren
 - Absenkung des Krankengeldes

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM

02.07.2018 25




Gesundheits- u. Strukturreformen von 1989 bis 2008



Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- **Gesundheitsreformgesetz (GRG), 01.01.1989** ▶ Einführung bzw. Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz, Krankenhausaufenthalte und Fahrkosten ▶ Einführung des Festbetragsystems bei Arznei- und Hilfsmitteln, Ausschluss von Bagatellarzneimitteln ▶ Einführung von Maßnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung
- **Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), 01.01.1993** ▶ Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel und Begrenzung auf medizinisch notwendigen Zahnersatz ▶ Punktwertabsenkung bei Zahnersatz um 10%, Absenkung zahntechnischer Höchstpreise um 5% ▶ Strikte Budgetierung der Vergütungen 1993 bis 1995 **Einführung der Pflegeversicherung, 01.01.1995** ▶ 01.01.1995 Versicherungs- und Beitragspflicht ▶ 01.04.1995 Leistungen für die ambulante Pflege ▶ 01.07.1996 Leistungen für die stationäre Pflege
- **Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG), 01.01.1997** ▶ Reduzierung der Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen generell von vier auf drei Wochen
- **Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG), 01.01.1997** ▶ Anhebung der Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel und Krankenhausaufenthalte ▶ Absenkung des Krankengelds von 80% auf 70% des Bruttoeinkommens ▶ Kürzungen bei Kurleistungen ▶ Streichung der Zuschüsse für Brillenfassungen ▶ Klarstellung der Leistungspflicht bei zahnärztlichen Behandlungen (medizinisch nicht erforderliche Leistungen werden nicht mehr auf Kosten der GKV erbracht) ▶ Abschaffung der Zahnersatzleistungen für nach 1978 Geborene
- **1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1. und 2. GKV-NOG), 01.07.1997** ▶ Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel, Krankenhausaufenthalte und Fahrkosten ▶ Einführung von Festzuschüssen beim Zahnersatz ▶ Notopfer Krankenhaus
- **Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG), 01.01.1999** ▶ Reduzierung der Zuzahlungen für Arzneimittel ▶ Wiedereinführung der Zahnersatzleistungen für nach 1978 Geborene ▶ Rückkehr zum Sachleistungsprinzip beim Zahnersatz
- **GKV-Gesundheitsreform 2000 (GKV-GR-2000)**
- **01.01.2000** ▶ Stärkung der Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation ▶ Stärkung von Prävention und Zahnerhalt gegenüber Zahnersatz ▶ Förderung von Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen durch die Krankenkassen ▶ Leistungsverbesserungen in der Rehabilitation (Senkung der Zuzahlungen, flexiblere Behandlungsdauer pro Fall)

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM

02.07.2018 26




Gesundheitsreformen in Deutschland




- **Arzneimittelbudgetablösungsgesetz (ABAG), 01.01.2002** ▶ Abschaffung des Arznei- und Heilmittelbudgets
- **Beitragsatzsicherungsgesetz (BSSichG), 01.01.2003** ▶ Krankenkassen erhalten von den Apotheken einen bis zu 10% hohen Abschlag auf den Arzneimittelabgabepreis ▶ Pharmazeutische Unternehmen müssen der GKV einen Rabatt in Höhe von 6% des Herstellerabgabepreises einräumen ▶ Nullrunde für Ärztinnen und Ärzte ▶ Absenkung der Höchstpreise für zahnärztliche Leistungen ▶ Verbot von Beitragsatzanhebungen der Krankenkassen ▶ Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
- **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), 01.01.2004** ▶ Finanzierung ▶ Zusätzlicher Beitragssatz von 0,9% der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen ab 01.07.2005, der alleine von den Mitgliedern getragen werden muss; gleichzeitig werden die allgemeinen Beitragssätze um 0,9% gesenkt ▶ Rentnerinnen und Rentner müssen den vollen Krankenversicherungsbeitrag auf Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrenten) zahlen ▶ Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen ▶ Leistungsspektrum ▶ Sehhilfen: werden nur noch in Ausnahmefällen bezuschusst (unter 18 Jahren) ▶ Fahrkosten: werden nur noch bei zwingenden medizinischen Gründen übernommen ▶ Sterbegeld/Entbindungsgeld: gestrichen ▶ Arzneimittel: nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nur noch in Ausnahmefällen erstattet ▶ Zahnersatz: ab 01.01.2005 befundorientierte Festzuschüsse ▶ Zuzahlungsregelungen ▶ Arzneimittel: 10% der Kosten (min. 5 €, max. 10 €) ▶ Heilmittel und häusliche Krankenpflege: 10% der Kosten + 10 € pro Verordnung ▶ Hilfsmittel: 10% der Kosten für jedes Hilfsmittel (min. 5 €, max. 10 €) ▶ Krankenhaus: Erhöhung des Eigenanteiles von 9 € auf 10 € pro Tag ▶ Einführung einer Praxisgebühr: einmalig 10 € pro Quartal bei Ärztin und Arzt sowie Zahnärztin und Zahnarzt zu entrichten; Vorsorgeuntersuchungen sind davon ausgenommen ▶ Verwaltungskosten ▶ Verwaltungskosten der Krankenkassen wurden begrenzt, indem sie bis zum Jahr 2007 an die Entwicklung der Einnahmen gekoppelt sind ▶ Herstellerabschlag ▶ Der Rabatt der pharmazeutischen Unternehmen wird für das Jahr 2004 auf 16% des Herstellerabgabepreises erhöht

Gesundheitsreformen in Deutschland




- **Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), 01.05.2006** ▶ Zweijähriger Preisstopp für Arzneimittel, die zu Lasten der GKV verordnet werden ▶ Möglichkeit des Abschlusses von Arzneimittelrabattverträgen zwischen Hersteller und Krankenkassen wird eröffnet ▶ Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung von Arzneimitteln, die 30% unter dem Festbetragspreis angeboten werden, wird eingeräumt
- **Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), 01.04.2007** ▶ Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland (ab 01.01.2009) ▶ Schaffung des »Gesundheitsfonds« mit Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes ab dem 01.01.2009 für alle Krankenkassen; die Kassen können Zusatzbeiträge bis zu max. 1% des Einkommens der Versicherten erheben oder den Versicherten Beiträge zurück erstatten ▶ Krankenkassen dürfen Wahltarife für Versicherte einführen ▶ Versicherte in der privaten Krankenversicherung haben das Recht ihre Altersrückstellungen bei einem Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung mitzunehmen ▶ Kuren und Impfungen werden zu Pflichtleistungen der GKV (früher Kann-Leistungen) ▶ Angebote der Palliativmedizin werden verbessert ▶ Die privaten Krankenversicherungen müssen ab dem 01.01.2009 einen Basistarif anbieten, der den Leistungen der GKV entspricht; für diesen Basistarif besteht ein Kontrahierungszwang
- **Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfVG), 01.07.2008** ▶ Schrittweise Anhebung der Sätze für ambulante Sachleistungen, des Pflegegeldes sowie - bei Pflegestufe III - der stationären Leistungen bis 2012 ▶ Ausweitung der Leistungen für demenziell Erkrankte ▶ Schaffung von bundesweit 4.000 Pflegestützpunkten, welche bei Fragen rund um die Pflege als Anlaufstelle dienen sollen ▶ Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen wollen, können sich bis zu 6 Monate unentgeltlich von der Arbeit frei stellen lassen und haben danach ein garantiertes Rückkehrrecht zu ihrer Arbeitgeberin/ihrem Arbeitgeber ▶ Erhöhung des Beitragssatzes auf 1,95% (2,2% bei Kinderlosen) des Bruttoeinkommens



Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- **Gesetzliche Grundlagen**

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM

02.07.2018 29





Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

Was bedeutet Soziale Sicherheit?


- Der Begriff "Soziale Sicherheit" steht für den Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor den Wechselfällen des Lebens.
- Zentraler Bestandteil ist die gesetzliche Sozialversicherung:
 - *Finanzieller Schutz vor den Lebensrisiken und deren Folgen:*
 - *Krankheit, Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunfällen, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit*
 - *Für die Versicherte, deren Angehörige und Hinterbliebene*
- In Deutschland sind 90 Prozent der Bevölkerung in der Sozialversicherung pflicht- oder freiwillig versichert.
- Soziale Sicherung beruht auf „fünf Säulen“ ->

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM

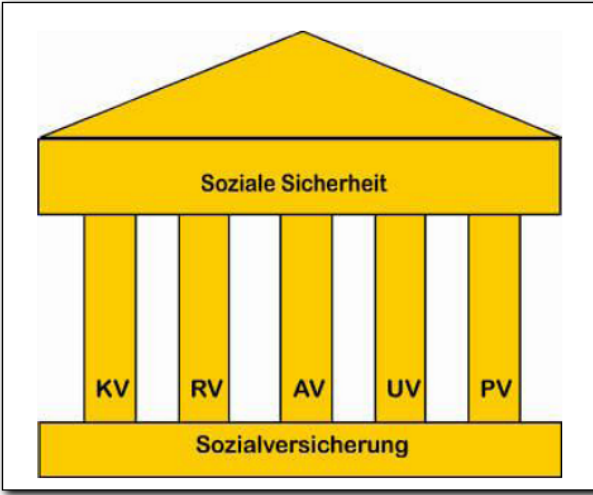
02.07.2018 30



Soziale Sicherheit



Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda



KV: Die Krankenversicherung
Die gesetzliche Krankenversicherung unterstützt die Gewährleistung und Wiederherstellung der Gesundheit und lindert die Folgen von Krankheit.

RV: Die Rentenversicherung
Die gesetzliche Rentenversicherung sichert die Mitglieder im Alter sowie im Falle von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit und im Falle des Todes deren Hinterbliebene ab.

AV: Die Arbeitslosenversicherung
Die gesetzliche Arbeitslosenversicherung gewährleistet die existenzielle Sicherheit im Falle einer Arbeitslosigkeit.


UV: Die Unfallversicherung
Die gesetzliche Unfallversicherung stellt im Falle eines (Arbeits-) Unfalls die Erwerbsfähigkeit wieder her.

PV: Die Pflegeversicherung
Die gesetzliche Pflegeversicherung sichert dauerhaft pflegebedürftigen Menschen finanzielle Unterstützung zu.


Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie™

02.07.2018

31



Aktuelle Rechtsgrundlage der Sozialversicherung in D




Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Rechtsgrundlage der Sozialversicherung ist das Sozialgesetzbuch
- Das Sozialgesetzbuch (SGB) gliedert sich in „Bücher“
- **SGB I § 1 Aufgaben des Sozialgesetzbuchs**
- (1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen,
 - ein menschenwürdiges Dasein zu sichern,
 - gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen,
 - die Familie zu schützen und zu fördern,
 - den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und
 - besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.
- (2) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll auch dazu beitragen, dass die zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie™

02.07.2018

32



Das Sozialgesetzbuch



- SGB I (1976): Allgemeine Regelungen
 - Leistungsansprüche, Rechte und Pflichten von Sozialversicherten
 - Spezifizierung in den nachfolgenden Sozialgesetzbüchern
- SGB IV (1977) und SGB X (1981):
 - Vorschriften und Verwaltungsabläufe für alle Sozialversicherungen
- SGB II (2005): Grundsicherung für Arbeitsuchende (Hartz IV-Gesetz)
- SGB III (1998): Arbeitsförderung, Arbeitslosenversicherung
- SGB V (1989): Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VI (1992): Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB VII (1997): Gesetzliche Unfallversicherung
- SGB VIII (1997): Kinder- und Jugendhilfe
- SGB IX (2001): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB XI (1995): Soziale Pflegeversicherung
- SGB XII (2005): Sozialhilfe

Organisationsstruktur u. Akteure im Gesundheitssystem



- Gewaltenteilung zwischen Bund, Ländern und legitimierten Organisationen der Zivilgesellschaft
- Umfangreiche Kompetenzen an mitglieder-basierte, selbstregulierte, nicht-profitorientierte Organisationen von Ausgabenträgern und Leistungserbringern delegiert
- Motivation: Sachkenntnisse und Motivation ihrer an der Basis tätigen Mitglieder in die Entscheidungsfindung einbringen und bei der Umsetzung von Entscheidungen nutzen
- Gesetzliche Krankenversicherung (Selbstverwaltungsstrukturen)
 - Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen
 - Status: Körperschaften öffentlichen Rechts.
 - In gemeinsamen Gremien aus Ausgabenträgern (Verbände der Krankenkassen) und Leistungserbringern (KVen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen oder Krankenhäuser) haben die für den jeweiligen Leistungssektor gesetzlich legitimierten Akteure das Recht und die Pflicht, Leistungen, Preise und Qualitätsstandards zu definieren (Bundesebene) und horizontale Verträge zu schließen, ihre Mitglieder zu überprüfen und gegebenenfalls zu sanktionieren (Länderebene)

Bundesebene




- Auf nationaler Ebene sind der Bundestag, der Bundesrat und das Bundesministerium für Gesundheit die Hauptakteure im Gesundheitswesen.
- Beauftragte der Bundesregierung: Drogen, Belange behinderter Menschen (seit 2002), Sozialversicherungswahlen, Belange der Patientinnen und Patienten, Pflege (seit 2018)
- Das Bundesministerium für Gesundheit wird von Ad-hoc-Komitees und dem „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ beraten

Kompetenzen der Bundesebene




- Angelegenheiten, die auf Bundesebene geregelt werden
 - Leistungsumfang von Sozialversicherungen
 - die Gewährleistung gleicher Bedingungen
 - einheitliche Regelung der Leistungserbringung und Finanzierung
- Die Säulen der Sozialversicherung werden durch das Sozialgesetzbuch (Kernstück der Sozialversicherungsgesetzgebung) geregelt
- Die SGB fallen in die Verantwortungsbereiche unterschiedlicher Ministerien.
- Das SGB regelt seit Januar 1991 die Sozialversicherungen in den neuen Bundesländern ebenso wie in den alten Bundesländern, allerdings mit einigen Übergangsregelungen

Länderebene


 **Klinikum Fulda**
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Die föderale Struktur wird durch die 16 Länderregierungen und die Landesparlamente repräsentiert
- Länderministerien (je nach Bundesland unterschiedliche Aufteilung über die Ressorts)
- Angelegenheiten, die auf Länderebene geregelt werden:
 - *Krankenhausplanung Finanzierung von Investitionen*
 - *Öffentlicher Gesundheitsdienst, übertragbare Krankheiten und Umwelthygiene*
 - *Prävention und Gesundheitsförderung*
 - *Arzneimittel, Medizinprodukte, Biotechnologie*
 - *Suchtbekämpfung (Drogenbeauftragter des Landes)*
 - *Krankenhäuser*
 - *Heilberufe*
 - *Psychiatrie*

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM 02.07.2018 37


Universitätsklinikum Würzburg 

Krankenhausplanung / Finanzierung von Investitionen

 **Klinikum Fulda**
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur
- Finanzierung von Investitionen
 - *Investitionen (Gebäude und Großgeräte) werden prinzipiell unabhängig vom tatsächlichen Krankenträger und gemäß den Prioritäten der Länderregierungen finanziert:*
 - *Krankenkassen sind für die Finanzierung von Instandhaltung und Reparaturen der Krankenhäuser zuständig (1,1% des verhandelten Krankenhausbudgets werden dafür aufgeschlagen*
- Krankenhausplanung
 - *Gesetzliche Grundlage der Landeskrankenhauspläne ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz und landeseigene Krankenhausgesetze*
 - *Die Länder haben Entscheidungsrecht über die Zulassung eines Krankenhauses bei der Versorgung von stationären Patienten*
 - *§ 108 (SGB V) verpflichtet die Krankenkassen zur Erstattung der Behandlungskosten in denjenigen Krankenhäusern, die im Plan verzeichnet sind, den sogenannten Plankrankenhäusern (zusätzlich auch Universitätskliniken)*
 - *Kassen sind in diesen Fällen zu Entgelt- Pflegesatzverhandlungen gezwungen. Will eine Krankenkasse ein Krankenhaus aus der Planung ausschließen lassen, kann sie dies beim Land beantragen*

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM 02.07.2018 38

Universitätsklinikum Würzburg 

Kompetenzen auf Länderebene




- Öffentlicher Gesundheitsdienst (unter Berücksichtigung einiger Bundesgesetze, die Krankheiten betreffen, die die öffentliche Sicherheit gefährden können)
- Einige Bundesländer betreiben den Öffentlichen Gesundheitsdienst selber, während die Mehrheit diese Funktion an die Kommunen übertragen hat.
- Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
 - Aufsicht über Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen,
 - Prävention und Überwachung übertragbarer Krankheiten,
 - Aufsicht über Betriebe, die Lebensmittel verarbeiten oder Arzneimittel produzieren,
 - Aspekte der Umwelthygiene
 - Erbringung gemeindenaher psychiatrischer Dienste
 - Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung
 - gesundheitliche Untersuchung von Schulkindern
 - Vorklinischen und klinischen Studienabschnitte der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen
 - Ausbildung
 - Aufsicht über die Ärztekammer und KVen des jeweiligen Landes sowie die in dem jeweiligen Bundesland aktiven Krankenkassen

Korporatistische Ebene in der GKV („Selbstverwaltung“)





- Leistungserbringer
 - Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bzw. ihren Bundesvereinigungen
 - Krankenhäuser werden nicht durch Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern durch privatrechtlich organisierte Organisationen (Vereine) repräsentiert
 - Die Mitgliederstruktur der Deutschen Krankenhausgesellschaft besteht aus 16 Landesorganisationen und 12 Vereinigungen der verschiedenartigsten Krankenhausträger, z. B. Universitätskrankenhäuser, öffentlich-kommunale Träger oder privater Krankenhausbetreiber
- Ausgabenträger
 - Krankenkassen und ihren Verbänden auf Landes- und Bundesebene.
- Dieser so genannten Selbstverwaltung werden zunehmend gesetzliche Aufgaben in der GKV übertragen

Andere Sozialversicherungsträger



Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Korporatistische Institutionen in anderen gesundheitssystemrelevanten Zweigen der Sozialversicherung:
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
 - *Berufsgenossenschaften (für gewerbliche Arbeitgeber)*
 - *Unfallkassen (für öffentliche Arbeitgeber)*
 - *Aufgaben:*
 - *kurative und rehabilitative Leistungen nach berufsbedingten Unfällen und Erkrankungen*
 - *Geldleistungen bei berufsbedingter Berufs- und Erwerbsunfähigkeit*
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
 - *Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei Arbeitnehmern zur Vermeidung der Erwerbsunfähigkeit*
- Soziale Pflegeversicherung
 - *Pflegekassen sind in organisatorischer Hinsicht an die Krankenkassen angeschlossen*

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM 02.07.2018 41






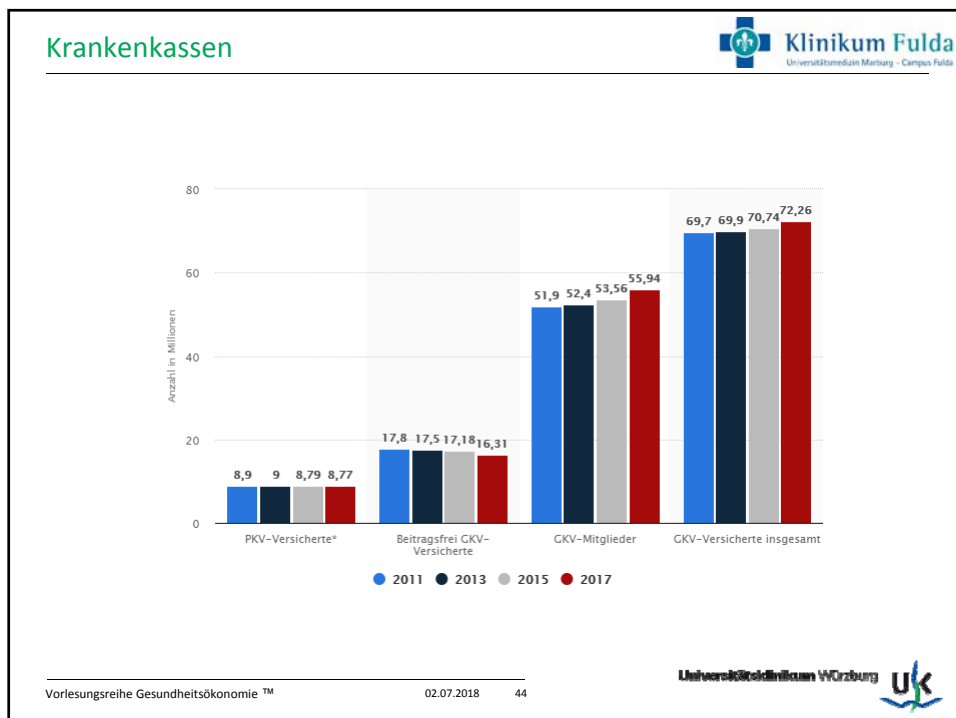
Kammern freier Heilberufe

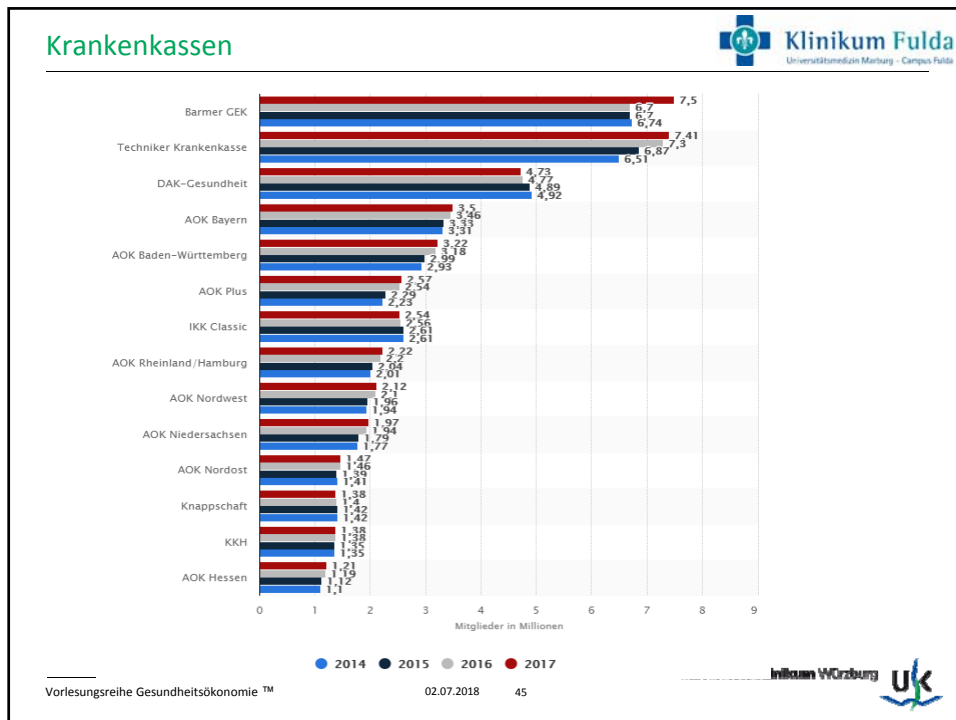

Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Kammern für die verschiedenen freien Heilberufe (Verankerung der außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung)
- Die Kammern sind Körperschaften öffentlichen Rechts und werden durch Landesgesetze reguliert
- In separaten Berufskammern organisiert sind
 - *Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Veterinärmediziner und seit 2003 auch Psychologen mit einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung.*
 - *Es besteht eine gesetzliche Beitrittspflicht*
 - *Derzeit diskutiert: Pflegekammern*
- Aufgaben:
 - *Weiterbildung, Anerkennung von Fachgebiets- und Zusatzbezeichnungen*
 - *Fortbildung*
 - *berufliche und ethische Belange*
 - *Vertretung des jeweiligen Berufsstandes in der Politik und Öffentlichkeit*
- Mitglieder verfügen über einige exklusive Rechte
 - *Z.B. eigene Altersversorgung in sog. Versorgungswerken*
- Arbeitsgemeinschaften auf Bundesebene (z.B. Bundesärztekammer)
 - *Privatrechtliche Organisationen, die nur Empfehlungen an die Landeskammern aussprechen*

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM 02.07.2018 42





Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

	2/2012	Anzahl	Mitgliederzahl mit Rentnern	bundesweit geöffnet	regional geöffnet	nicht geöffnet
Krankenkassen	alle Kassen	146	69,6 Mio.	43	60	43
Anzahl der Kassen	Betriebskrankenkassen	112	11,6 Mio.	33	45	34
Anzahl (Beitrag zahlender) Mitglied Kasse	Allgemeine Ortskrankenkassen	12	24,3 Mio.	0	12	0
Versichertenkreis	Landwirtschaftliche Krankenkassen	9	0,8 Mio.	0	0	9
GKV-versicherte Personen (% der Bevölkerung)			5,7 Mio.	6	0	0
Mitglieder (% der Bevölkerung)			6,4 Mio.	3	3	0
			7,8 Mio.	1	0	0
			1,5	1,3	1,1	1,3
			2:1	1:1	1:1	1:1
			2,6	3,2	6,2	6,7
			—	1:4	1:8	1:12

70 Millionen Menschen sind in der Gesetzlichen Krankenkasse krankenversichert.

Die 32 größten gesetzlichen Krankenkassen versorgen 90 % der Kassenpatienten

BarmerGEK: 8,5 Millionen


Techniker Krankenkasse 7,6 Millionen

Deutsche Angestellten (DAK): 6,4 Millionen

10 Prozent sind Mitglied in den Privaten Krankenversicherungen



Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie™ 02.07.2018 46

Gemeinsame Selbstverwaltung



Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Gremien der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ bestehen aus mindestens zwei Akteuren der Selbstverwaltung (z. B. der Kassen und Vertragsärzte)
- Funktionen:
 - *Verhandlungen zwischen den unterschiedlichen Akteuren, die zu Verträgen führen (müssen)*
 - *Entscheidungen von gemeinsam besetzten Ausschüssen*
 - *Bestimmte gesetzlich delegierte Aufgaben bedürfen immer Entscheidungen in gemeinsam besetzter Ausschüsse (z. B. die Definition von Leistungen)*
 - *andere erfordern nur dann eine gemeinsame Entscheidung, wenn in offenen Verhandlungen keine Übereinkunft möglich ist (z. B. zur vertragsärztlichen Gesamtvergütung)*
 - *In anderen Fällen wiederum fungiert ein gemeinsamer Ausschuss als erste Instanz bei Widerspruch gegen Entscheidungen eines anderen gemeinsamen Ausschusses (z. B. Widerspruch eines Vertragsarztes beim Beschwerdeausschuss gegen Sanktionen des Prüfungsausschusses)*

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM
02.07.2018 47






Gemeinsame Ausschüsse auf Bundesebene


Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (seit 1923!)**
 - *Der G-BA erlässt gesetzlich bindende Richtlinien für nahezu alle Versorgungsbereiche der GKV*
 - *Diese Richtlinien haben einen untergesetzlichen Normencharakter sind in der GKV aber rechtlich bindend.*
 - *Rechtsgrundlage ist § 91 (SGB V) vom 1.1.2004 (GMG)*
 - *§12 SGB V: Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten: Wirtschaftlichkeitsgebot*
 - *Der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen muss nachgewiesen werden, um in den GKV-Leistungskataloges aufgenommen zu werden*
 - *Der G-BA ist Organ der mittelbaren Staatsverwaltung (keine Behörde), der zunehmend mehr hoheitliche staatliche Aufgaben übertragen werden*
 - *Die Entscheidungen des G-BA müssen dem BMG zur (rechtlichen) Prüfung vorgelegt werden*

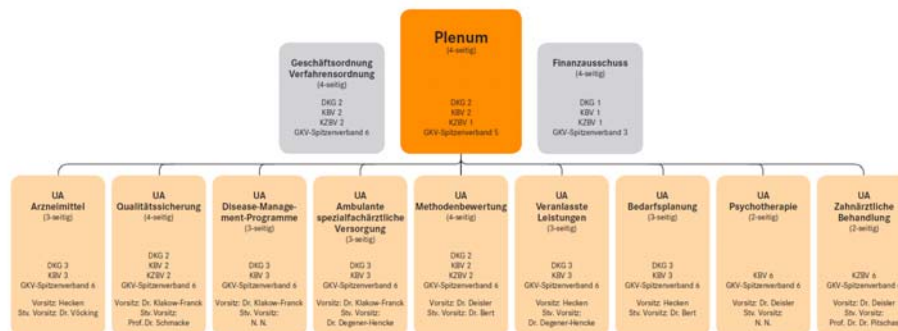
Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM
02.07.2018 48

- Der Ausschuss hat 13 stimmberechtigte Mitglieder
 - 5 Vertreter der Kostenträger (vertreten durch den GKV-Spitzenverband
 - 5 Vertreter der Leistungserbringer (vertreten durch die KBV, KZBV, DKG)
 - drei unparteiische Mitglieder (Vorsitzender ist Josef Hecken)
 - Bis zu 5 Patientenvertreter nehmen beratend teil

- 9 Unterausschüsse

Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Unterausschüsse



Sozialgerichte



- Viele korporatistische Entscheidungen und Regierungsregelungen können vor den Sozialgerichten in Frage gestellt werden.
- Sozialgerichte bestehen auf der lokalen, Landes- und Bundesebene und bilden ein separates System der Rechtsprechung. (Klagen vor den SG bis 2003 kostenlos, seither Nutzungsgebühren)
- Fälle, die zur Klage vor den Sozialgerichten gebracht werden
 - *Patienten, die ihre Krankenkasse verklagen, weil diese eine Kostenübernahme verweigert*
 - *Vertragsärzte, die Einspruch gegen Berechnungen des Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschusses auf Landesebene erheben*
 - *Medizinproduktehersteller, die Einspruch gegen die Nichtaufnahme ihrer Produkte in den ambulanten Leistungskatalog für vertragsärztliche Leistungen erheben*
 - *Krankenhäuser, die gegen leistungsrechtliche Entscheidungen (z.B. Vergütung stationärer Fälle) der Krankenkassen klagen*
- Legitimierung der Spitzenverbände der Krankenkassen in Frage gestellt
 - *Anfang 2004 vom Europäischen Gerichtshof bestätigt mit der Begründung, dass sie öffentlichen Aufgaben erfüllen, die ihnen gesetzlich zugewiesen wurden*
- Klage einiger Betriebskrankenkassen gegen die Verpflichtung, sich finanziell an dem Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Kassen zu beteiligen.
 - *Einspruch im Juli 2004 vom Bundesverfassungsgericht abgewiesen*

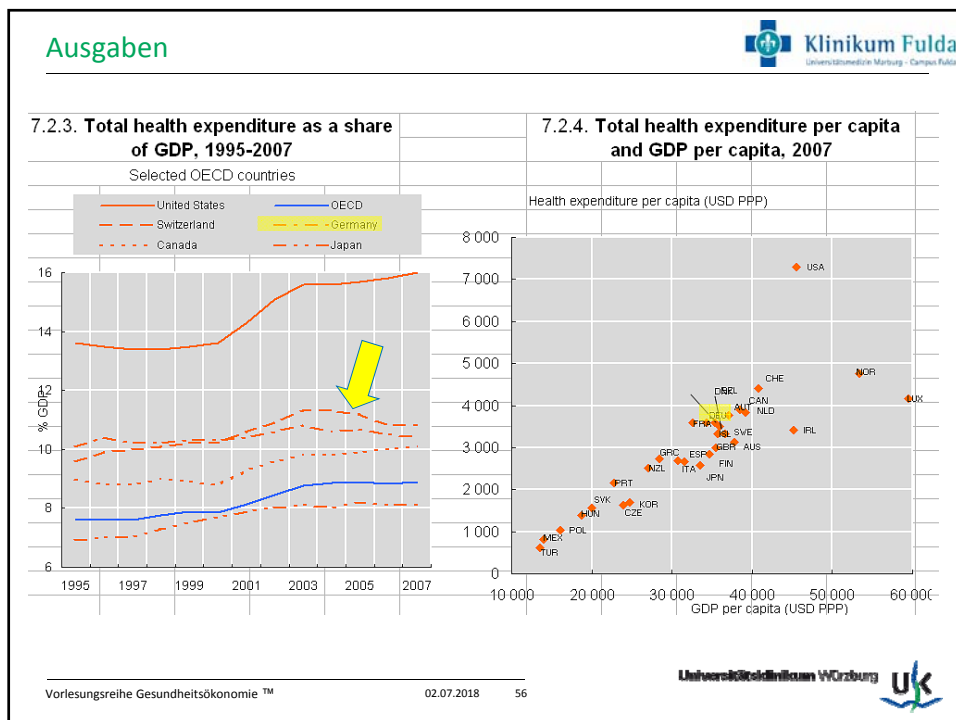
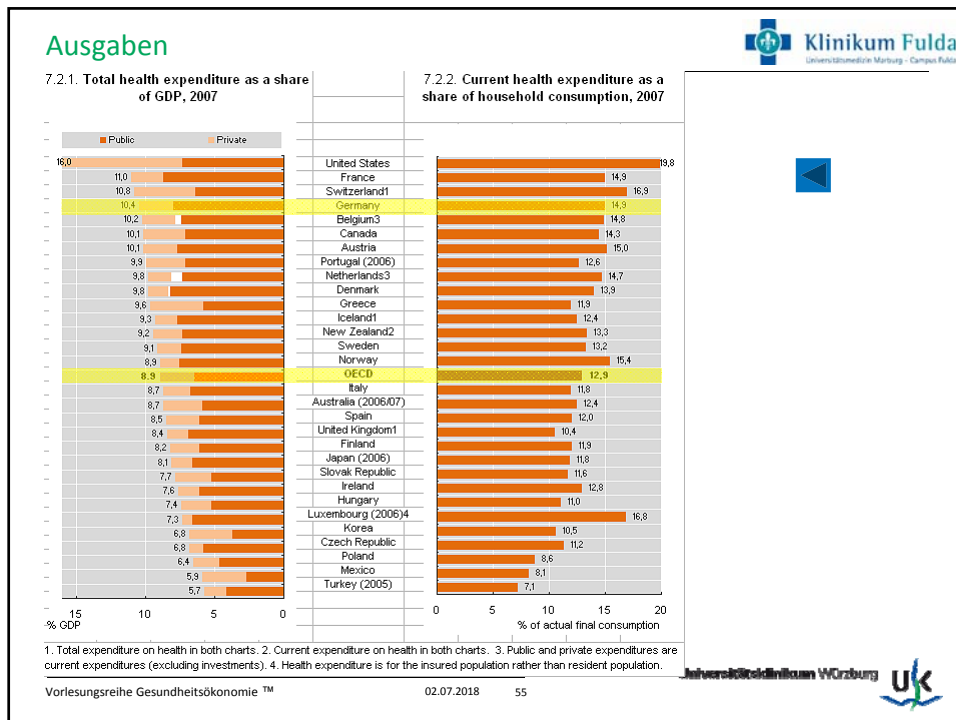
- Aktueller Stand

OECD 2010


- **Fazit:**
- Deutschlands Gesundheitssystem ist leistungsfähig und sichert die Versorgung für nahezu die gesamte Bevölkerung
- In vielen OECD-Ländern sind die Menschen jedoch gesünder, leben länger und das bei geringeren Kosten.
- Hohe Kosten durch viele Krankenhausbetten, hohe Ausgaben für Medikamente, hohe Ärztehonorare und hohe Verwaltungskosten
- Viele Jugendliche leben sehr ungesund

Gesamtausgaben

- Deutschland gab im Jahr 2007 **10,4 Prozent der Wirtschaftsleistung** für die Gesundheitsversorgung aus 
- Das ist nach den USA, Frankreich und der Schweiz der höchste Wert in der OECD.
- Die **Ausgaben pro Kopf** liegen kaufkraftbereinigt um 20 Prozent über dem OECD-Schnitt 
- Anders als in den meisten anderen Ländern sind die Gesundheitsausgaben nicht schneller gewachsen als die Wirtschaftsleistung und das bei einer vergleichsweise rasch alternden Bevölkerung.



Gesundheitszustand und Lebensweise




Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Bei den Gesundheitsausgaben liegt Deutschland innerhalb der OECD an 10. Stelle, bei der **Lebenserwartung** an Platz 14 ▶

- Bei **Herzinfarkt** und unterschiedlichen **Krebsleiden** liegt die Todesrate mal knapp über, mal unter dem OECD-Schnitt.

- Auch die **Kindersterblichkeit** ist etwa so hoch wie im OECD-Schnitt ▶


Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM



Universitätsklinikum Würzburg **UK**

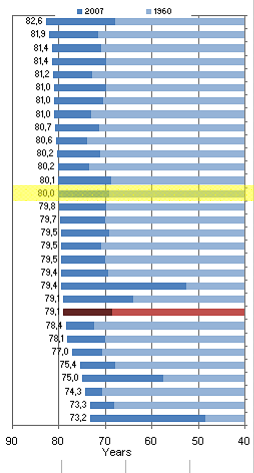
02.07.2018 57

Lebenserwartung



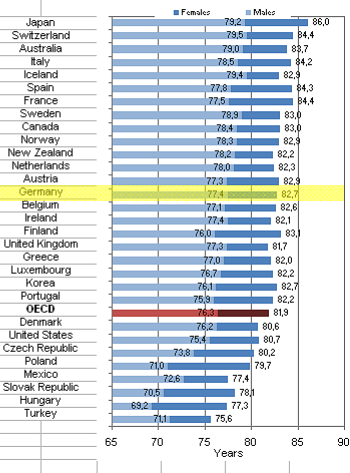
Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

1.1.1. Life expectancy at birth, total population, 1960 and 2007 (or latest year available)




Country	1960	2007
Japan	73.2	82.6
Switzerland	73.5	81.4
Australia	73.0	81.7
Italy	73.5	81.2
Iceland	73.4	81.2
Spain	72.8	81.0
France	72.6	81.0
Sweden	73.9	80.7
Canada	73.4	80.6
Norway	73.0	80.2
New Zealand	73.2	80.2
Netherlands	73.0	80.2
Austria	72.3	80.1
Germany	72.4	80.0
Belgium	72.1	79.8
Ireland	72.4	79.7
Finland	73.5	79.5
United Kingdom	72.3	79.5
Greece	72.0	79.5
Luxembourg	72.7	79.4
Korea	71.1	79.4
Portugal	71.3	79.1
OECD	73.2	79.1
Denmark	73.8	78.8
United States	75.4	78.4
Czech Republic	73.8	77.0
Poland	71.0	75.4
Mexico	72.8	75.0
Slovak Republic	70.5	74.3
Hungary	68.2	73.2
Turkey	71.1	73.2

1.1.2. Life expectancy at birth, by gender, 2007 (or latest year available)



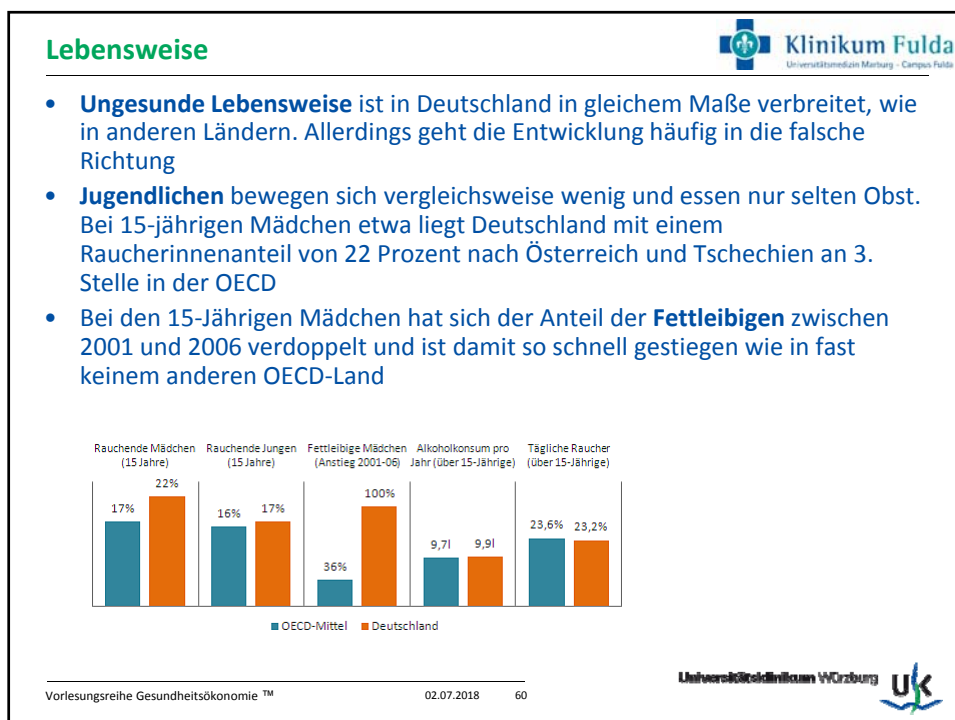
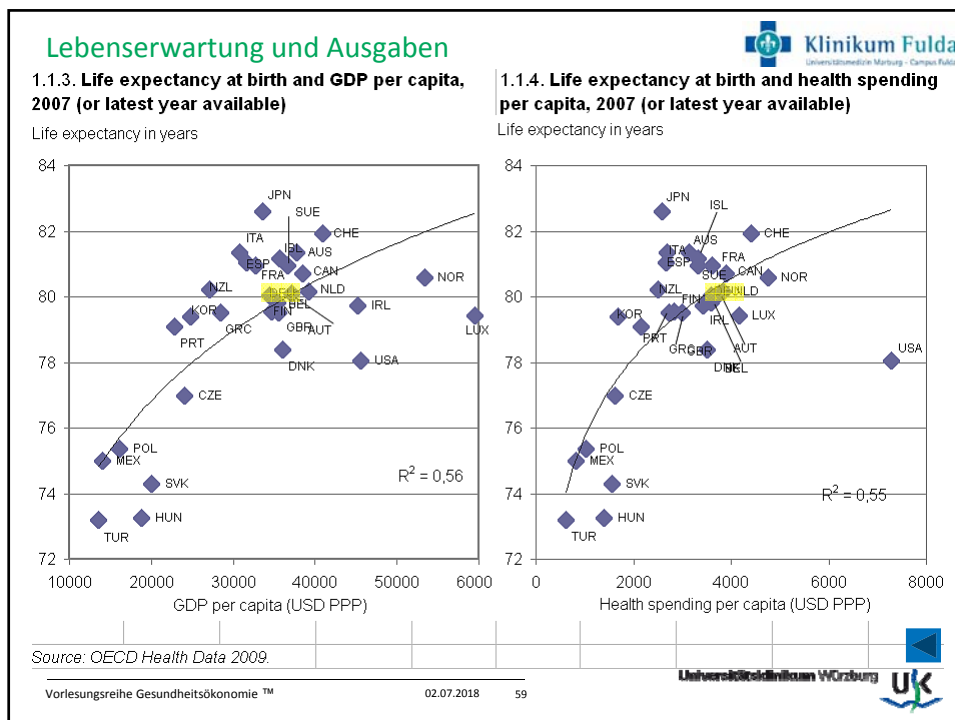
Country	Females	Males
Japan	79.2	85.0
Switzerland	79.5	84.4
Australia	79.0	83.7
Italy	78.5	84.2
Iceland	78.4	82.9
Spain	77.8	84.3
France	77.6	84.4
Sweden	78.9	83.0
Canada	78.4	83.0
Norway	78.0	82.9
New Zealand	78.2	82.2
Netherlands	78.0	82.3
Austria	77.3	82.9
Germany	77.4	82.7
Belgium	77.1	82.6
Ireland	77.4	82.1
Finland	76.0	83.1
United Kingdom	75.3	81.7
Greece	77.0	82.0
Luxembourg	76.7	82.2
Korea	76.1	82.7
Portugal	75.9	82.2
OECD	76.2	81.9
Denmark	76.2	80.6
United States	75.4	80.7
Czech Republic	73.8	80.2
Poland	71.0	79.7
Mexico	72.8	77.4
Slovak Republic	70.5	78.0
Hungary	68.2	77.3
Turkey	71.1	75.6

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM



Universitätsklinikum Würzburg **UK**

02.07.2018 58

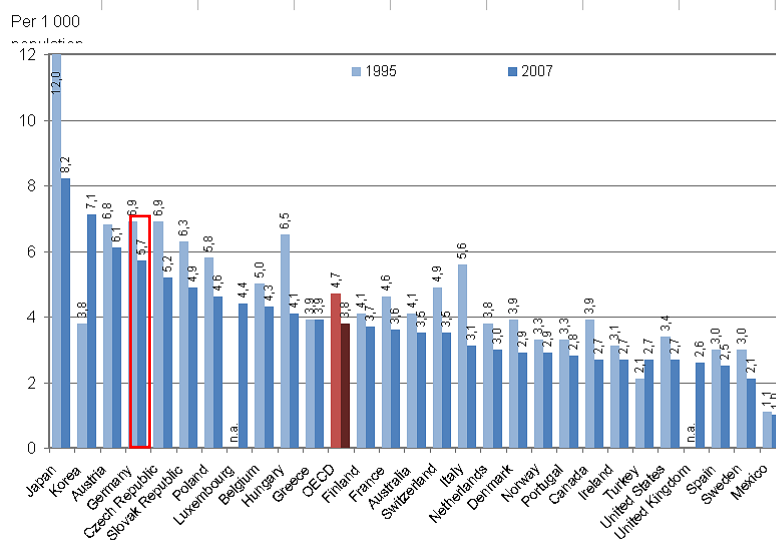


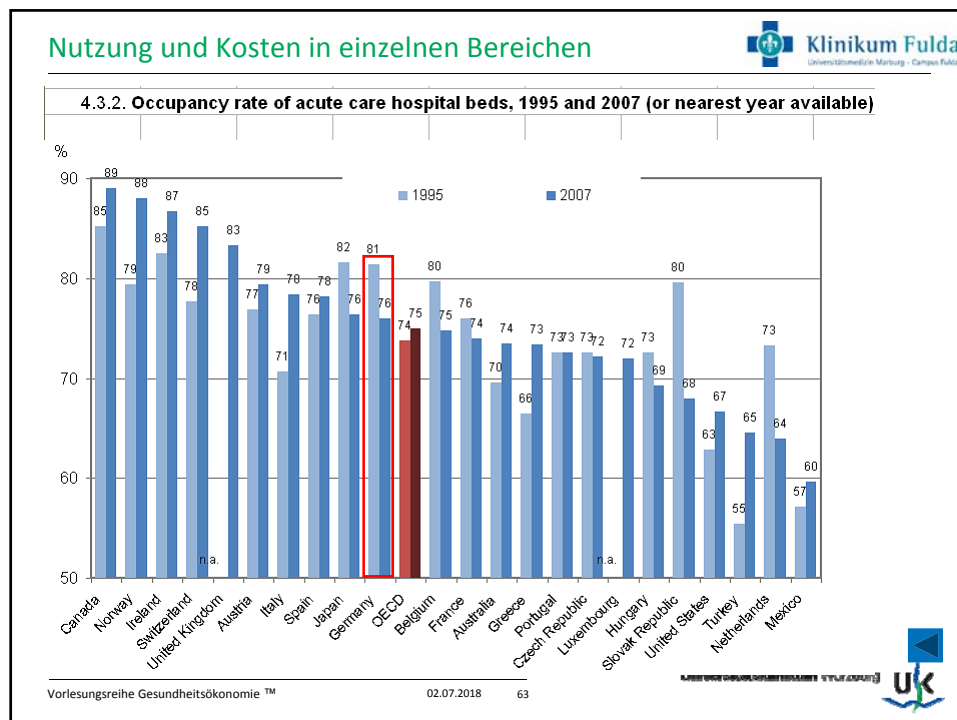
Nutzung und Kosten in einzelnen Bereichen



- Trotz eines erheblichen Rückgangs in den vergangenen Jahren hat Deutschland im Verhältnis zur Bevölkerung sehr viele **Krankenhausbetten**.
- Auf 1.000 Einwohner kommen 5,7 Krankenhausbetten, im OECD-Schnitt sind es 3,8 Betten.
- Das deutlich dünner besiedelte und damit schwerer zu versorgende Schweden kommt mit 2,1 Krankenhausbetten je 1000 Einwohner aus.
- Deutschland hat bezogen auf die Bevölkerung nach Österreich und Frankreich die höchste Zahl an **Krankenhauseinweisungen** (227 je 1000 Einwohner, OECD-Mittel 158, Niederlande 109)
- Nach Japan die längsten **Krankenhausaufenthalte** (7,8 Tage, OECD-Mittel 6,5 Tage, Dänemark 3,5 Tage)

4.3.1. Acute care hospital beds per 1 000 population, 1995 and 2007 (or nearest year available)





Nutzung und Kosten in einzelnen Bereichen

Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Die Gesamtausgaben für **Medikamente** liegen pro Kopf kaufkraftbereinigt um 17 Prozent über dem OECD-Schnitt.
- Die von den Krankenkassen finanzierten Kosten für Medikamente sind mit die höchsten in der OECD.
- Mit 1,5 Allgemeinmedizinern je 1000 Einwohner hat Deutschland eine deutlich höhere **Ärztendichte** als die OECD-Länder im Schnitt (0,9 Allgemeinmediziner je 1000 Einwohner).
- Regional sind die Ärzte in Deutschland gleichmäßiger verteilt als in fast allen anderen OECD-Ländern, für die diese Daten verfügbar sind.
- Die Facharzttdichte liegt mit 2,0 je 1000 Einwohnern etwas über dem OECD-Schnitt von 1,8.
- Mit 7,5 **Arztbesuche** pro Jahr pro Einwohner gehen den Menschen in Deutschland etwas häufiger zum Arzt als im OECD-Mittel (6,8 Arztbesuche pro Einwohner pro Jahr).
- Allerdings hat in Deutschland die Zahl der Arztbesuche so schnell zugenommen wie in fast keinem anderen OECD-Land

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie™ 02.07.2018 64

Universität Würzburg UK

Nutzung und Kosten in einzelnen Bereichen

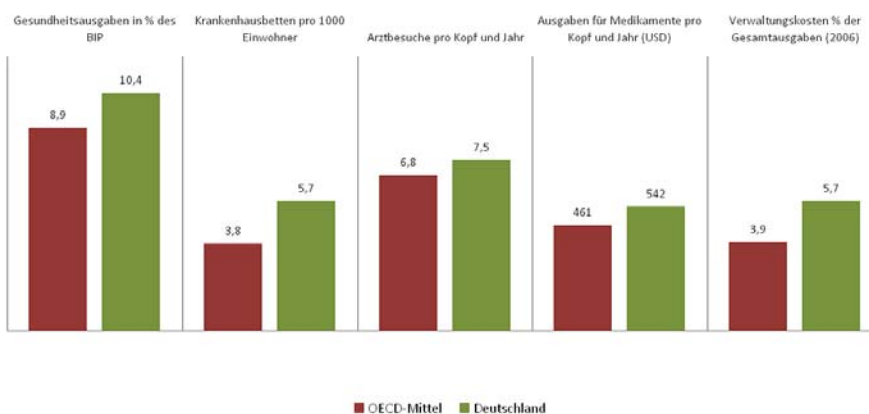


- Die **Bruttoeinkommen** der selbständigen Allgemeinmediziner liegen nach Abzug der Praxiskosten in Deutschland beim 3,3-fachen des Durchschnittslohns. Das ist nach Großbritannien, Mexiko und den USA das höchste relative Einkommen in den 13 OECD-Ländern, für die diese Daten erhältlich sind. Selbstständige Fachärzte verdienen in Deutschland das 4,1-fache des Durchschnittslohns. Dieser Wert wird in acht OECD-Länder übertroffen.
- Der Anteil der **Verwaltungskosten** an den Gesundheitsausgaben ist mit 5,7 Prozent deutlich höher als in den meisten anderen OECD-Ländern. Bei einem vergleichbaren Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP machen in der Schweiz die Verwaltungskosten nur 4,8 Prozent der Gesamtausgaben aus, in Österreich gar nur 3,8 Prozent.
- Der vergleichsweise guten Ausstattung mit Ärzten steht eine eher mäßige Versorgung mit **anderem medizinischen Fachpersonal** gegenüber. So gibt es in Deutschland pro Arzt weniger Krankenschwestern oder Krankenpfleger als im OECD-Mittel.
- Der **Nachwuchs** bei Krankenpflegern und Krankenschwestern ist deutlich schlechter gesichert als bei Medizinern. Auf knapp 1000 Krankenpfleger und Krankenschwestern kommen in Deutschland pro Jahr nur rund 30 Absolventen, im OECD-Mittel sind es dagegen 40. Auch die Bezahlung von Krankenschwestern liegt anderes als bei Ärzten nur im OECD-Durchschnitt.

Nutzung und Kosten in einzelnen Bereichen



Gesundheitssystem Deutschland - Überblick (Daten von 2007)





Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

- Herausforderungen

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM

02.07.2018 67





Klinikum Fulda
Universitätsmedizin Marburg - Campus Fulda

Reformen im Gesundheitswesen: Reformziele

- **Kostendämpfung**
 - *Verbesserung technischer Effizienz*
 - *Budgets und andere Kostendämpfungsmaßnahmen*
 - *prospektive Vergütungsformen*
 - *die Einführung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen*
- **Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft besser gerecht werden und finanzielle Belastungen privater Haushalte und der kommunaler Ausgabenträger reduzieren**
 - *Pflegeversicherung*
- **Stärkung von Prävention und Patienteninformation**
 - *Leistungen im ambulanten Leistungskatalog erweitert*
- **Soziotherapie für psychisch Kranke**
- **Qualitätsdefizite in der Versorgung reduzieren**
 - *Einführung zunehmend verpflichtender Qualitätssicherungsbestimmungen*
 - *Verpflichtungen zum internen Qualitätsmanagement*

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie TM

02.07.2018 68



Herausforderungen in der Finanzierung



- **Versicherungsfremde Leistungen**
 - *beitragsfreie Mitversicherung Kinder (14 Mrd. Euro)*
 - *beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern oder Lebenspartnern (7-8- Mrd. Euro)*
 - *Hartz IV-Empfänger: keine ausreichenden Beiträge (4,7 Mrd. Euro)*
 - *ambulante und stationäre Kuren, Sterbegeld, hauswirtschaftliche Versorgung*
 - *gesetzliche Krankenversicherung subventioniert andere Systeme*
- **Berechnungen zum Versorgungsbedarf im Jahr 2050:**
 - *Die Zahl der Arbeitsfähigen wird vermutlich von 51 auf 36 Millionen sinken*
 - *Ein Arbeitstätiger finanziert dann einen Rentner*
 - *Ausgaben werden steigen (med-techn. Fortschritt) und die Finanzierung ist nicht gesichert*
- **Mögliche Konsequenzen:**
- **Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung steht zur Disposition.**
 - *Der Einzelne muss künftig mehr in der Gesundheitsversorgung übernehmen als heute*
- **Sicherung bestimmter Gesundheitsziele muss gesichert werden**
 - *Medizinischer Fortschritt für alle Versicherten*
 - *Alter darf kein Kriterium für Leistungsausschluss sein*
- **Langfristig Finanzierung sichern**
 - *Kürzung des (umfangreichen) Leistungskatalog.*
 - *Welche Leistungen können/müssen herausgenommen werden?*
 - *Sachliche Diskussion erforderlich*

