

# Einleitung

## 1. Krankheit und medizinische Versorgung

Jedes Jahr suchen in mehr als 500 Millionen Fällen<sup>1</sup> Patienten in Deutschland den Rat ihres niedergelassenen Arztes. Krankenhäuser erbringen rund 20 Millionen stationäre Behandlungen. Hinzu kommen Pflege- und andere Dienstleistungen und Produkte. Insgesamt arbeiten über 4 Millionen Menschen in der medizinischen Versorgung. – Welche Krankheiten werden eigentlich behandelt, von wem, und wer bezahlt die Behandlung?

### A. Krankheit: Definition, Häufigkeit, Kosten

Einzelne Erkrankungen sind recht präzise definiert; meist geschieht das mittels Ätiologie (Ursache) und Pathogenese (Krankheitsverlauf). Ein Diabetes mellitus Typ I ist z. B. ursächlich bedingt durch eine Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen in der Bauchspeicheldrüse; dadurch kommt es zu einem Insulinmangel, durch den wiederum verschiedene Körperfunktionen gestört werden (Pathogenese).

Hingegen ist es gar nicht so leicht zu sagen, was „Krankheit an sich“ ist. Im Kern stehen dafür zwei Gruppen von Definitionen zur Verfügung:

- jemand ist „krank“, wenn er sich (subjektiv) selbst krank fühlt oder
- krank ist, wer (objektiv) arbeitsunfähig ist.

Der Widerspruch zwischen diesen Definitionen lässt sich nicht aufheben.<sup>2</sup> Für Nichtmediziner ist es außerdem häufig überraschend, dass man nicht genau weiß, wie viele Krankheiten es überhaupt gibt. Die Schwierigkeit entsteht daraus, dass die medizinische Krankheitsdefinition auf bestimmte behandlungspflichtige Zustände des Patienten zielt, weniger auf die Semantik der Definition. Zum Beispiel kann man einen Schnupfen als *eine* Krankheit zählen, als *viele* (da der Schnupfen von verschiedenen Virustypen verursacht werden kann und man jedem Virus eine Krankheit zuordnen könnte) oder als *gar keine* (wenn man der Meinung ist, dass es sich bloß um eine „Befindlichkeitsstörung“ handelt). Das mag definitorisch unbefriedigend sein, spielt aber für den betroffenen, verschnupften Patienten und damit für den behandelnden Arzt keine große Rolle. Man kann aber sagen, dass es „viele“ Krankheiten gibt. Der ICD-Code, der z. B. in der Todesursachenstatistik verwendet wird, erlaubt die Verschlüsselung von knapp 30.000 Krankheiten. Natürlich sind nicht alle Krankheiten gleich wichtig, im Gegenteil verursachen einige Dutzend bis wenige Hundert den größten Teil des medizinischen Aufwands.

---

<sup>1</sup> Ein „Fall“ kann mehrere Arztbesuche pro Quartal umfassen. Da jeder Deutsche im Durchschnitt ca. 18-mal pro Jahr eine Praxis aufsucht, ergeben sich insgesamt rund 1,5 Mrd. Praxisbesuche pro Jahr.

<sup>2</sup> Eine ausführliche Diskussion des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs bietet z. B. Thielscher, C.: Wo werde ich ordentlich behandelt? Stuttgart 2011, S. 43-50.

Verschiedene öffentliche Einrichtungen, insbesondere das Statistische Bundesamt und die Gesundheitsministerien bieten Statistiken an, die das Krankheitsgeschehen sehr transparent machen. So kann man sehr genau angeben, woran Menschen in Deutschland sterben; die Todesursachenstatistik entspricht einer statistischen Vollerhebung, da für jeden Verstorbenen die Todesursache erfasst wird.

**Tabelle Todesursachen 2012 (Ausschnitt)**

Kapitel		2012		
		Anzahl		
		Insgesamt	Männlich	Weiblich
Alle Kapitel	<b>Insgesamt</b>	869 582	416 423	453 159
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	18 353	8 121	10 232
II	Neubildungen	228 289	123 207	105 082
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen Beteiligungen des Immunsystems	2 685	1 108	1 577
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	30 605	12 745	17 860
V	Psychische und Verhaltensstörungen	30 890	12 186	18 704
VI	Krankheiten des Nervensystems	24 258	11 742	12 516
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	7	4	3
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	22	4	18
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	349 217	150 149	199 068
X	Krankheiten des Atmungssystems	60 454	32 229	28 225
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	40 094	20 448	19 646
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1 195	406	789
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	3 299	1 150	2 149
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	20 536	8 793	11 743
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	31	X	31
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	1 165	619	546
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1 532	842	690
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	24 019	12 890	11 129
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	32 931	19 780	13 151

Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12 Reihe 4. Wiesbaden 2013.  
Online verfügbar: [www.destatis.de](http://www.destatis.de).

Gut erfasst sind auch die häufigsten Krankenhausdiagnosen, also die Krankheiten, die eine stationäre Behandlung erfordern.

**Tabelle** Diagnosedaten in Krankenhäusern 2012 (Ausschnitt)

				Anzahl
1		<b>Insgesamt</b>	<b>19 082 321</b>	<b>18 797 989</b>
2	A00-T98	<b>Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen</b>	<b>18 475 489</b>	<b>18 196 558</b>
3	A00-B99	Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	566 633	559 091
4	A15-19, B90	Tuberkulose einschl. ihrer Folgezustände	5 823	5 883
5	A39	Meningokokkeninfektion	427	464
6	B15-B19	Virushepatitis	4 490	4 726
7	B20-B24	HIV-Krankheit	1 292	1 303
8	C00-D48	<b>Neubildungen</b>	<b>1 842 469</b>	<b>1 856 272</b>
9	C00-C97	Bösartige Neubildungen	1 481 514	1 491 383
10	C00-C14	der Lippe, Mundhöhle und des Pharynx	55 095	56 755
11	C15	des Ösophagus	28 750	27 995
12	C16	des Magens	48 160	48 442
13	C18	des Dickdarmes	82 690	85 660
14	C19-C21	des Rektums und des Anus	75 496	77 546
15	C22	der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	26 732	26 453
16	C25	des Pankreas	45 753	44 081

Quelle: Statistisches Bundesamt: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden 2013.

Weniger gut bekannt ist die Prävalenz von Krankheiten, d. h., wie viele Einwohner aktuell an einer bestimmten Krankheit leiden. Diese Daten werden im Gegensatz zur Krankenhausbehandlung bzw. zu den Todesfällen nicht zentral erfasst und müssen daher jeweils für einzelne Erkrankungen ermittelt werden. Die Schätzungen sind je nach Erkrankung

unterschiedlich genau. Man findet Angaben darüber in medizinischen Lehrbüchern bei der jeweiligen Erkrankung.

Zu Krankheitsfolgen und ihren Kosten gibt es weitere Erhebungen. So schätzt das statistische Bundesamt die Kosten von Krankheiten. Allerdings ist die Berechnung schwierig, weil die Verschlüsselung von Krankheiten nach ICD überlappt. Zum Beispiel entwickeln viele Diabetiker nach einigen Jahren Erkrankungen der Nieren. Handelt es sich dabei um Kosten der Grunderkrankung Diabetes oder der Folgeerkrankung der Niere?

Krankenkassen sowie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin veröffentlichen zusätzliche Daten über Diagnosen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen. Auch andere Akteure im Gesundheitswesen stellen Informationen zu ihren jeweiligen Arbeitsgebieten zur Verfügung, z. B. Sozialversicherungsträger (Pflegeversicherung, z. B. Daten zur Qualität der Pflegeanbieter), Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften, Unternehmensverbände (z. B. Pharmaindustrie) u. v. a.

Einen Überblick über die Gesundheitslage insgesamt bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Sie informiert z. B. über Indikatoren für Gesundheit und Krankheit (z. B. Lebenserwartung), Risikofaktoren (z. B. Rauchen), soziale Einflussfaktoren (etwa: bessere Lebenserwartung bei höheren Einkommensgruppen) u. v. m.

Entsprechende Daten stehen auch international zur Verfügung, z. B. bei der OECD, EU, der WHO und anderen Organisationen. Das ist nicht zuletzt deswegen wichtig, weil die Krankheitsdefinitionen national unterschiedlich sein können. In jede Behandlung fließen subjektive Faktoren und soziale Effekte ein, was u. a. dazu führt, dass Operationsraten bei sonst vergleichbaren Bevölkerungen unterschiedlich sein können. Anders gesagt: es ist durchaus nicht nur die naturwissenschaftliche Medizin, die darüber entscheidet, ob ein bestimmter Befund operationswürdig ist – und entsprechend kann die Häufigkeit bestimmter Behandlungen, z. B. Operationen, von Region zu Region schwanken.

## **B. Medizinische Versorgung im Überblick**

An der medizinischen Versorgung, ihrer Finanzierung und Regulierung<sup>3</sup> nehmen Beschäftigte in sehr unterschiedlichen Organisationen und mit ebenso unterschiedlichen Aufgaben teil; entsprechend verwickelt ist das Geschehen. Einen ersten, orientierenden Überblick bietet die folgende **Tabelle**<sup>4</sup>:

---

<sup>3</sup> In den folgenden Kapiteln wird erläutert, dass medizinische Güter und Leistungen nicht über den Preis rationiert werden sollen und dass daher die Versorgung mit anderen Mechanismen gesteuert werden muss; von besonderer Bedeutung sind dabei politische Prozesse zur Abstimmung der Regulierung.

<sup>4</sup> Eine andere Möglichkeit, die Akteure einzuteilen, nämlich nach der Ebene, auf der sie tätig werden (Makro-, Meso- und Mikroebene), wird hier nicht weiter verfolgt, u. a. deswegen, weil die Ebenen definitorisch kaum präzise voneinander abgegrenzt werden können – was unterscheidet die Mesoebene genau von der Mikroebene? – und weil einige Akteure auf mehreren Ebenen gleichzeitig aktiv sind.

**Tabelle Akteure der medizinischen Versorgung**

	<b>Medizinische Versorgung</b>	<b>Regulierung und Finanzierung</b>	<b>Ausbildung und Information</b>
Politische Gremien, Behörden, ÖGD	Gesundheitsämter	Ministerien BfArm RKI <sup>5</sup> Paul-Ehrlich-Institut G-BA	SVR BzGA IQWiG DIMDI
Körperschaften und ihre Organisationen		Sozialversicherungsträger, z. B. Krankenkassen, Pflege-, Unfallkassen KVen Kammern	Hochschulen MDK WIdO ZI
Unternehmen	Kliniken und Klinikketten, Pharmaunternehmen	PKV DKG	Verlage Online-Angebote
Freie Berufe und andere	Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenpfleger, Physiotherapeuten u. a.		

Patienten und ihre Organisationen

Der Begriff des „öffentlichen Gesundheitsdienstes“ (ÖGD) wird in der Literatur nicht ganz einheitlich definiert. Im Folgenden werden darunter Aufgaben verstanden, die von staatlichen Einrichtungen erbracht werden und der Gesundheitspflege dienen; es handelt sich also um Tätigkeiten der staatlichen Exekutive (während der Staat z. B. im Bereich der ambulanten Versorgung nur regulierend, also legislativ tätig wird).<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Das RKI hat auch informierende Aufgaben (vgl. dazu den entsprechenden Beitrag in diesem Buch). Soweit Organisationen mehrere Funktionen haben, werden sie in der Tabelle in der weiter links befindlichen Spalte aufgeführt.

<sup>6</sup> So definieren z. B. auch v. Troschke, J. Mühlbacher, A.: Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege. Bern 2005, S. 157 ff.

Insofern gehören zum ÖGD einerseits Bundesbehörden, die u. a. folgende Funktionen haben:

- Krankheitsüberwachung und Prävention (Robert-Koch-Institut, RKI; es betreut außerdem die Gesundheitsberichterstattung);
- Arzneimittelsicherheit (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, sowie das Paul-Ehrlich-Institut);
- Aufklärung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA);
- Dokumentation und Information (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI).

Im weiteren Sinne gehören hierher auch Behörden, die sich mit Lebensmittelsicherheit, Risikobewertung, Arbeits-, Umwelt- und Verbraucherschutz befassen. Zuschnitt und Zuständigkeit der Behörden wurden in den letzten Jahren mehrfach geändert.

Außerdem gehören zum ÖGD Einrichtungen der Länder bzw. der Landesgesundheitsministerien (z. B. die Gesundheitsministerkonferenz und die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden) und auf kommunaler Ebene die Gesundheitsämter. In letzteren arbeiten rund 1000 Ärzte für öffentliches Gesundheitswesen. Insgesamt bearbeitet das ÖGD also wichtige Themen, ist aber, gemessen an der Zahl der Mitarbeiter, eher ein kleiner Teil der medizinischen Versorgung. Oberste Einrichtung zur Regulierung der medizinischen Versorgung ist das Bundesgesundheitsministerium.

Eine Besonderheit des deutschen Medizinsystems sind körperschaftliche Einrichtungen, insbesondere Krankenkassen, Kammern und kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen. Diese Einrichtungen übernehmen staatliche Funktionen und können auch Zwangsmaßnahmen einsetzen; auch wird man u. U. nicht aus freien Stücken, sondern durch gesetzliche Regelung Mitglied einer Körperschaft.

Hauptfunktion der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Finanzierung und Mitwirkung bei der Steuerung der medizinischen Versorgung für ca. 90 Prozent der deutschen Bevölkerung. Sie ist damit größter Kostenträger der Versorgung in Deutschland. Ihr sind gleich zwei Kapitel in diesem Buch gewidmet, die sich mit Struktur und Aufgaben einerseits und Management der GKV andererseits befassen.

Etwa 10 Prozent der deutschen Bevölkerung sind in privaten Krankenversicherungen versichert. Ihre Struktur ist mit der GKV kaum vergleichbar; es handelt sich im Kern um ein privatwirtschaftliches, also vertragliches Verhältnis zwischen Versicherung und Versicherungsnehmer.

Die GKV bzw. einzelne Krankenkassen unterhalten weitere Einrichtungen: der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) berät die Kranken- und Pflegekassen in medizinischen Fragen und führt außerdem Einzelbegutachtungen durch. Das wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) versteht sich als Einrichtung zur Forschung für mehr Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen.

Hauptfunktion der Kammern (der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker usw.) ist die Überwachung und Entwicklung berufsspezifischer Regelungen. Die Ärztekammer z. B. vertritt die Mitgliedsärzte (jeder Arzt ist Pflichtmitglied in der für ihn zuständigen Kammer) und übernimmt öffentliche Aufgaben. Insbesondere überwacht sie die Einhaltung beruflicher Regelungen (Berufsordnung, Gerätevorschriften, Normierungen, etc.) und die Fort- und Weiterbildung. Während der Staat die medizinische Ausbildung bis zum Staatsexamen regelt, fällt die Weiterbildung zum Facharzt in die Zuständigkeit der Kammer. An diesem Beispiel erkennt man auch den fließenden Übergang von staatlichen zu körperschaftlichen Aufgaben und Institutionen. Die einzelnen Landesärztekammern sind in der Bundesärztekammer zusammengeschlossen.

In den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind alle Ärzte Pflichtmitglieder, die Kassenpatienten behandeln. Die KVen stellen die ambulante ärztliche Versorgung sicher (sorgen also dafür, dass Kassenpatienten ausreichend versorgt werden), regeln u. a. die Zulassung von Kassenärzten (d. h., in welchen Regionen wie viele Kassenärzte tätig sein dürfen) und verteilen die Gesamtvergütung der Kassen an die einzelnen Ärzte. Der wissenschaftlichen Forschung dient das Zentralinstitut der kassenärztlichen Vereinigungen (ZI). Da die KVen einerseits die Interessen der Ärzte vertreten, andererseits hoheitliche Aufgaben übernehmen und Gelder zwischen den Ärzten verteilen, sind ihre Aufgaben teilweise konfliktbeladen.

Krankenhäuser und Krankenhausketten sind in mehreren Organisationen zusammengeschlossen, von denen die wichtigste die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist. Daneben gibt es Verbände der privaten, evangelischen, katholischen usw. Krankenhäuser. Dazu wird – ebenso wie für die Pharmaunternehmen – auf die Spezialkapitel verwiesen.

Die *ambulante* medizinische Versorgung erfolgt durch niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Krankenpfleger u. a. – Wegen ihrer Bedeutung werden sie in diesem Buch in eigenen Kapiteln dargestellt.

Kassen, ärztliche Gremien u. a. betreiben außerdem gemeinsam eine Reihe von Einrichtungen. Zu nennen ist hier zuerst der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland und entscheidet darüber, welche Leistungen der medizinischen Versorgung die GKV bezahlt – und welche nicht. Außerdem beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung. Wegen seiner Bedeutung wird der G-BA auch als „kleiner Gesetzgeber“ bezeichnet.

Eine weitere, wichtige Einrichtung ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Vor- und Nachteile medizinischer Leistungen objektivieren soll (um z. B. Entscheidungen des G-BA, ob ein bestimmtes Medikament von den Kassen finanziert wird oder nicht, vorzubereiten). 2014 wurde außerdem das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gegründet. Das Aufgabenspektrum solcher Einrichtungen kann sich über die Zeit ändern; so wurde z. B. die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) 2001 gegründet und mit der externen Qualitätssicherung in Krankenhäusern beauftragt, hat diese Funktion aber 2010 wieder verloren.

Zu erwähnen sind weiterhin Hochschulen als Zentren der Ausbildung (z. B. in Medizin, Medizinökonomie, Sozialarbeit, Management, Public Health usw.); auch Verlage und Online-Informationsdienste gestalten die medizinische Versorgung mit.

Zweck der gesamten Medizin und aller davon abgeleiteten Tätigkeiten (z. B. „Gesundheitspolitik“) ist die Behandlung kranker Menschen. Insofern ist es auf den ersten Blick überraschend, dass Patienten und ihre Organisationen bei Darstellungen des Gesundheitssystems manchmal schlicht übersehen werden. Es gibt bisher keine erschöpfende Darstellung, welche Patientenorganisationen in Deutschland existieren. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind derzeit vier Organisationen vertreten (aber nicht stimmberechtigt):

- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient/innenstellen (BAGP),
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und
- die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

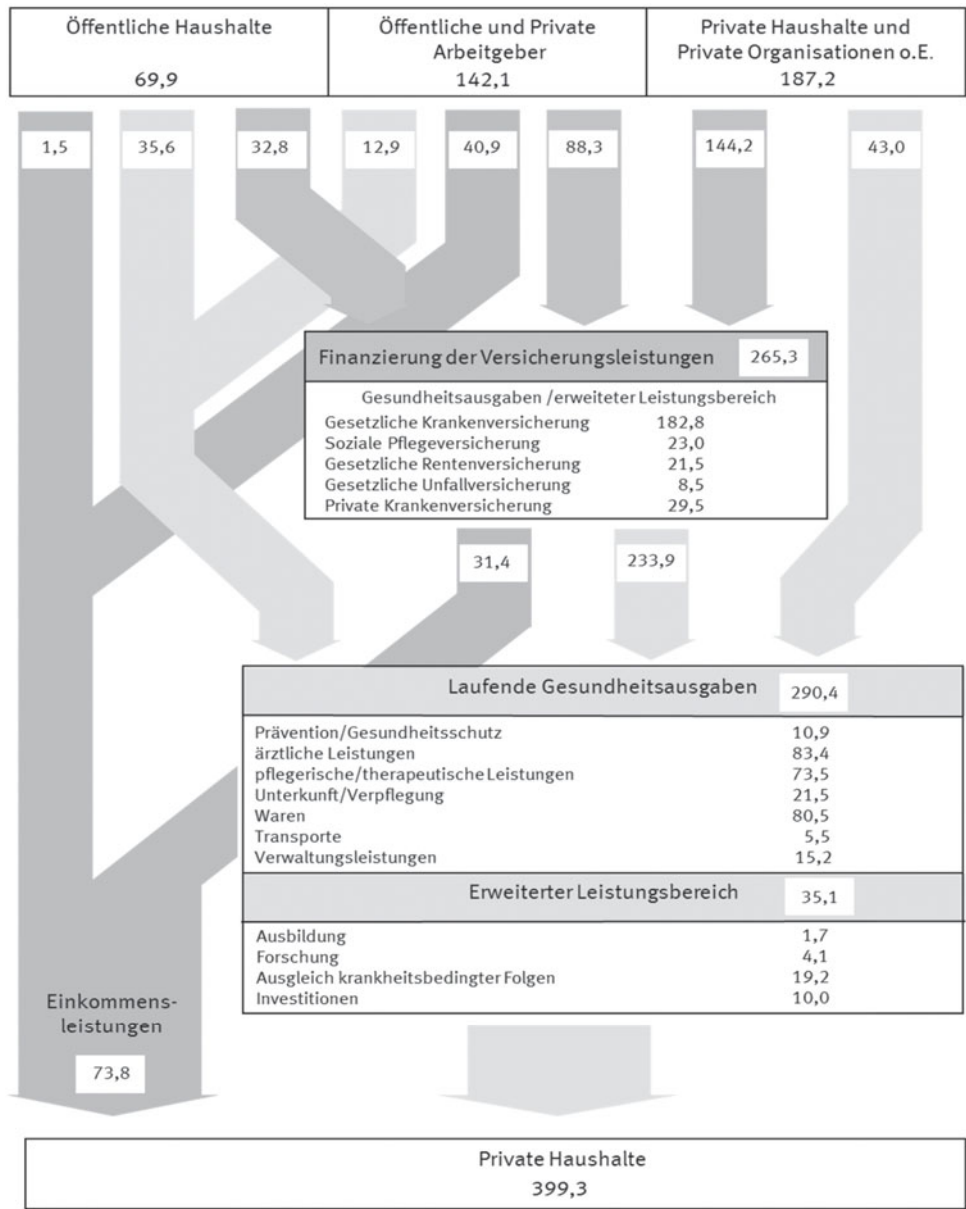
Diese Organisationen sind relativ jung. Der Deutsche Behindertenrat wurde 1999 von Sozialverbänden und Behindertenorganisationen gegründet. Mitglieder sind z. B. der Sozialverband VdK, die Deutsche Alzheimergesellschaft u. v. a. In der BAGP sind seit 1989 Beratungsstellen zusammengeschlossen, während die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen seit 1982 Patientenselbsthilfegruppen vertritt, die meist krankheitsbezogen tätig sind. Der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. ist die Dachorganisation der 16 Verbraucherzentralen der Länder und von 26 verbraucherpolitisch orientierten Verbänden. Er wurde im Jahre 2000 gegründet und ging aus einem Zusammenschluss der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV), des Verbraucherschutzvereins (VSV) und der Stiftung Verbraucherinstitut hervor.

Insgesamt ergibt sich ein außerordentlich komplexes System aus Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen, dessen Verflechtungen schwer zu durchschauen sind. Obendrein ändern sie sich über die Zeit. Wegen der Bedeutung der Regulierung benötigt man daher ein sehr tiefes Verständnis für die beteiligten Organisationen und ihre Vertreter, wenn man das Gesundheitswesen verstehen will. Daher werden sie in den folgenden Kapiteln ausführlich beschrieben.

Die Bedeutung der Branche spiegelt sich auch in den Finanzströmen, die sie bewegt, wie folgende **Abbildung** zeigt:



Abbildung Finanzierungströme im Gesundheitswesen 2012, Angaben in Mrd. Euro



Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheit Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.1: Wiesbaden 2014.

Fächert man die laufenden Ausgaben nach Einrichtungen der Leistungserbringung auf, so ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle Gesundheitsausgaben 2012 nach Einrichtungen und Ausgabenträgern (in Mill. Euro)

Lfd. Nr.	Gegenstand der Nachweisung	Ausgabenträger								
		insgesamt	öffentl. Haushalte	gesetzl. Krankenversicherung	soziale Pflegeversicherung	gesetzl. Rentenversicherung	gesetzl. Unfallversicherung	private Krankenversicherung	Arbeitgeber	Private
	Einrichtungen									
1	Gesundheitsausgaben	300 437	14 429	172 408	22 985	4 261	4 899	27 963	12 884	40 606
2	Investitionen	10 015	6 034	146	-	94	-	77	-	3 664
3	laufende Gesundheitsausgaben	290 422	8 395	172 263	22 985	4 167	4 899	27 886	12 884	36 943
4	Gesundheitsschutz	1 924	1 924	-	-	-	-	-	-	-
5	ambulante Einrichtungen	147 006	1 604	88 939	4 393	276	1 525	14 826	7 550	27 893
6	Arztpraxen	44 889	204	31 046	-	143	781	5 785	3 282	3 650
7	Zahnarztpraxen	18 699	62	10 391	-	3	30	3 126	1 461	3 627
8	Praxen sonstiger medizin. Berufe	9 927	278	5 667	-	106	245	1 226	248	2 157
9	Apotheken	40 047	158	27 073	-	6	157	2 890	1 659	8 103
10	Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	20 070	88	9 797	262	0	262	1 645	658	7 358
11	ambulante Pflege	11 326	668	3 949	4 131	-	50	155	242	2 130
12	sonstige ambulante Einrichtungen	2 049	145	1 016	-	18	-	-	1	869
13	stationäre/teilstationäre Einrichtungen	110 291	4 580	67 792	11 395	3 450	1 265	8 422	4 404	8 984
14	Krankenhäuser	78 819	382	65 100	-	-	1 015	7 933	2 823	1 566
15	Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	8 708	1 243	2 615	-	3 450	135	122	983	160
16	stationäre/teilstationäre Pflege	22 764	2 956	76	11 395	-	115	367	598	7 258
17	Rettungsdienste	3 471	47	3 015	-	-	159	138	63	49
18	Verwaltung	17 018	-	9 990	1 120	352	1 777	3 778	-	-
19	sonstige Einr. und private Haushalte	8 981	240	1 276	6 072	89	173	247	867	17
20	Ausland	1 731	-	1 251	5	-	-	475	-	-
	Nachrichtlich:									
21	Ausbildung	1 679	1 627	52	-	-	-	-	-	-
22	Forschung	4 111	4 091	3	-	17	-	-	-	-
23	Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	19 246	15 483	335	-	794	198	0	6	2 429
24	Einkommensleistungen	73 811	1 496	10 022	-	16 466	3 426	1 516	40 886	-

Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheit Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.1: Wiesbaden 2014.

Die zukünftige Entwicklung der medizinischen Ausgaben wird aktuell breit diskutiert, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt des demographischen Wandels – d. h., dass die Lebenserwartung steigt und die Geburtenrate auf niedrigem Niveau verharrt oder weiter sinkt, was zu einem steigenden Altersdurchschnitt führt – und des technologischen Fortschritts in der Medizin. Die genannten Faktoren, die wahrscheinlich die Ausgaben erhöhen, spielen auch im vorliegenden Buch eine wichtige Rolle.

2. Inhalt und Zweck der Medizinökonomie

**Medizinökonomie ist die Anwendung ökonomischer Methoden auf die Medizin, insbesondere die medizinische Versorgung.** Die Medizin zielt auf die einzelne Arzt-Patienten-Beziehung. Sie untersucht Krankheiten, um einem je einzelnen Patienten zu helfen. Dazu analysiert sie Ätiologie (Krankheitsursache) und Pathogenese (Krankheitsverlauf), Diagnostik und Therapie krankheitsspezifisch. Bei vielen dieser Themen kommen Faktoren vor, die für mehrere Patienten relevant sind. So können z. B. Risikofaktoren viele Patienten betreffen (man denke an die Rauchgewohnheiten in einem Land und Patienten mit Herz- und Lungenkrankheiten). Auch wird die Behandlung von mehreren Patienten in bestimm-

ten Organisationsformen zusammengefasst. Die Medizinökonomie interessiert sich für Fragen, die mehr als einen Patienten betreffen: z. B. die Organisation der Versorgung internistischer Erkrankungen in Deutschland, Präventionsangebote, die Finanzierung und Steuerung der Versorgung, usw. Die dabei angewendeten ökonomischen Methoden können ganz unterschiedlichen gedanklichen Ansätzen und Theorien entstammen. Medizinökonomie erschöpft sich nicht in Effizienzfragen oder gar Kostensenkung. Beispielsweise gehören auch Verteilungsfragen, letztlich also Fragen der Gerechtigkeit, zur Medizinökonomie.

**Zweck der Medizinökonomie ist die Verbesserung der realen medizinischen Behandlung realer Patienten.** Dagegen geht es ihr nicht – wie es in Nachbardisziplinen bisweilen vorkommt – um intellektuell brillante, aber realitätsfremde Analysen oder spätscholastisch erstarrte Regelkonformität. Es geht auch nicht primär um knappe Mittel; die optimale Allokation medizinischer Behandlung (d. h., Güter so zu Aufgaben zuzuordnen, dass sie den höchsten Nutzen stiften) ist nicht Zweck, sondern Mittel zum Zweck. Darin gleicht die Medizinökonomie der Medizin, in der ebenfalls derjenige recht hat, der heilt. Dass es in der Realität reichlich Raum für medizinökonomische Verbesserungen gibt, kann jeder „Insider“ – als Patient, Arzt oder Manager – bestätigen, für den der medizinische Alltag regelmäßig auch ein organisatorischer Hürdenlauf ist.

Medizinökonomische Methoden sind aus verschiedenen Gründen recht unterschiedlich. Erstens ist das medizinische Geschehen nicht nur wichtig, sondern auch vielgestaltig und – manchmal – komplex; es reicht von relativ einfachen Produkten („Brille“) bis hin zu umfangreichen Güter- und Dienstleistungsbündeln („Herzoperation“). Zweitens finden sich in der Ökonomie selbst mannigfaltige Vorgehensweisen. Fast jeder Gegenstand, fast jeder Vorgang hat auch einen ökonomischen Aspekt. Um die Untersuchungsmenge zu strukturieren, hat man in den Wirtschaftswissenschaften ganz unterschiedliche Ansätze gewählt. Managementlehre und Mikroökonomie haben beispielsweise wenig miteinander zu tun – so wenig, dass man sie als voneinander verschiedene Wissenschaften betrachten kann. Diese – für Mediziner ungewohnte – Vielfalt der Ökonomie bringt zwar eine gewisse Unübersichtlichkeit mit sich, aber auch Chancen, weil sie viele Instrumente zur Verfügung stellt, die auch in der Medizin nützlich sind.

Daher stellt dieses Buch die ganze Breite medizinökonomischer Ansätze dar. Zusätzlich werden theoretische Reflexionen mit praktischen Erfahrungen kontrastiert. Es kann daher gar nicht ausbleiben, dass sich manchmal widersprüchliche Meinungen und Ergebnisse einstellen. Das Buch versucht gerade *nicht*, solche Widersprüche zu verschweigen (etwa, indem es nur eine von vielen möglichen Richtungen der Medizinökonomie darstellt und die übrigen auslässt). Die Medizinökonomie bietet an einigen Stellen einfach noch kein endgültiges Ergebnis; ein künstliches „Glattbügeln“ würde nicht zu besserer, sondern nur zu unvollständiger und/oder falscher Darstellung führen.

Medizin und Ökonomie sind Wissenschaften, die wenig Dialog miteinander pflegen. Viele Ärzte erleben Teile der Veränderungen im Gesundheitswesen – etwa: die Zunahme nicht-ärztlicher Entscheidungsgremien – als unzulässige und unnütze Beschneidung ihrer ärztli-

chen Freiheit. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass viele Mediziner geradezu eine Abneigung gegen alles Ökonomische entwickeln; dass dies die Nutzung wirtschaftswissenschaftlicher Methoden – und selbst so harmloser wie der Buchführungstechnik – in der Medizin nicht gerade erleichtert, leuchtet ein. Ein kleines Beispiel: vor kurzem fragte der Herausgeber in einer Vorlesung Medizinstudenten im 6. klinischen Semester, was man unter Ökonomie versteht, worauf eine Studentin mit verschränkten Armen und tiefem Abscheu in der Stimme antwortete: „Kaufen! Verkaufen! Geld machen!“

Auf Seite der Ökonomen ist die Dialogbereitschaft ebenfalls nicht besonders ausgeprägt. Ärzte neigen dazu, bei gesundheitsökonomischen Fragen medizinisch zu argumentieren, also über Krankheiten zu sprechen. Auf diesem Terrain bewegen sich Ökonomen ungern und meiden lieber gleich das Gespräch: „über Medizin darf man mit Ärzten nicht reden!“. Und so beklagte sich kürzlich eine Chefärztin, dass der Geschäftsführer ihrer Klinik sich hinter Controllingzahlen, Business Plänen und Nettokapitalwertberechnungen verschanzte, als sie mit ihm über ein neues medizinisches Angebot sprechen wollte.

Insofern hoffen Autoren, Verlag und Herausgeber, dass die Leser, unabhängig davon, ob sie sich primär als Mediziner oder Ökonomen verstehen, bereit sind, sich auf fakultätsübergreifende medizinökonomische Fakten und Argumente einzulassen.

### 3. Zur Gliederung des Buchs

**Teil 1** des Buches widmet sich einigen **Grundlagen**, die für das Verständnis der folgenden Kapitel unverzichtbar sind.

Dazu gehört zunächst eine Darstellung der Logiken der Medizin und der Wirtschaftswissenschaften. Dabei wird deutlich, dass die moderne Medizin auf einer relativ einheitlichen theoretischen Basis aufbaut (insbesondere auf Anatomie und Physiologie), in ihrer Analyse körperlicher Krankheiten ein enormes Wissen angereichert und eine diagnostische und therapeutische Kraft erreicht hat, um die andere Wissenschaften sie beneiden; dass zugleich aber die Anwendung dieses Wissens auf den realen Patienten ein sehr persönlicher und gar nicht mehr nur naturwissenschaftlicher Vorgang ist, der je nach Patient sehr unterschiedliche Fähigkeiten des Arztes (z. B. Wissen *und* Empathie) voraussetzt und verschiedene Ergebnisse liefern kann.

Im direkten Vergleich stellen die Wirtschaftswissenschaften eher ein Konglomerat verschiedener Ansätze dar als ein in sich geschlossenes Theoriegebäude. Dadurch bieten sie eine enorme Vielfalt an Modellen und Methoden. Der Transfer von der Theorie in die Praxis ist häufig weiter als in der Medizin. Während dort die Lehre bis auf einzelne Handgriffe eingeht, bieten Teile der Ökonomie eher Leitideen, die erst bei der Umsetzung mit Leben gefüllt werden. Insofern müssen Ärzte, die in ihrer medizinischen Ausbildung dazu erzogen wurden, ja niemandem zu schaden, und daher nur Dinge zu tun, die sie wirklich beherrschen, lernen, bei ökonomischen Fragestellungen mehr Mut zu Risiko und Verantwortung zu übernehmen.

Anschließend werden wichtige Informationsquellen über Gesundheit und Krankheit in Deutschland erläutert und an einigen konkreten Beispielen näher ausgeführt.

Innerhalb der universitären Ökonomie spielt heute die neoklassische Theorie eine herausragende Rolle. Deshalb werden die (neoklassische) Gesundheits- und Versicherungsökonomie in einem eigenen Artikel vorgestellt, auch als Quelle für medizinökonomische Fragen.

Medizin und Medizinökonomie beschäftigen sich mit Grundfragen menschlicher Existenz, nämlich Gesundheit, Krankheit, Leid und Sterben. Daher sind ethische Fragestellungen für sie von besonderer Bedeutung. Im Beitrag zur Medizinethik wird ausgeleuchtet, inwieweit ethische Theorien dabei behilflich sein können.

Ein Beitrag zur Gesundheitspolitik rundet den Teil über Grundlagen und Rahmenbedingungen ab.

**Teil 2** skizziert das **gegenwärtige System der medizinischen Versorgung** in Deutschland und anderen Staaten und bildet den Schwerpunkt des ersten Bandes.

Um über Medizinökonomie sinnvoll mitsprechen zu können, muss man wissen, wie die medizinische Versorgung funktioniert. Es erfolgt daher zunächst eine Beschreibung der stationären, ambulanten und medikamentösen Versorgung sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes und wichtiger Patientenorganisationen; die Reihenfolge ergibt sich aus den jeweiligen Ausgaben. Anschließend erfolgt eine Beschreibung der Finanzierung der medizinischen Behandlung.

Ergänzt wird diese Darstellung durch einen Blick auf andere Gesundheitssysteme, die sich vom deutschen unterscheiden und in einigen Fällen Lösungen entwickelt haben, die möglicherweise auch hier umsetzbar wären.

Eine Besonderheit der medizinischen Versorgung ist ihre zentrale Verwaltung und Steuerung. Daraus ergeben sich mehrere Fragen, denen die folgenden Beiträge nachgehen. Erstens geht es darum, wie knappe Güter verteilt werden und nach welchen Kriterien eine Priorisierung erfolgen kann.

Hätte man zuverlässige und standardisierte Qualitätsinformationen, wäre die Steuerung der medizinischen Versorgung erheblich einfacher. Tatsächlich wird aktuell häufig gefordert, „endlich für mehr Qualität“ zu sorgen, wobei nicht immer ganz klar ist, was genau mit „Qualität“ gemeint ist. Ein Beitrag untersucht daher, ob und wie man Qualität in der Medizin messen kann.

Dass politische Entscheidungen für die Güterverteilung und damit für Gewinne und Einkommen in der Medizin von besonderer Bedeutung sind, führt auch dazu, dass es in kaum einer anderen Branche so viel Lobbyarbeit gibt. Da Lobbyisten manchmal mit nicht ganz zutreffenden Informationen arbeiten, hält sich im Gesundheitswesen hartnäckig eine Reihe von Mythen, die den Blick auf die Realität verstellen. Daher widmet sich ein Beitrag der

Entmythologisierung; er soll dem Leser helfen, seinen Blick zu schärfen, um Desinformation als solche zu erkennen.

Dieser Teil schließt mit einem kurzen Blick auf den Bereich der Pflege.

**Teil 3** skizziert mögliche **zukünftige Formen medizinischer Versorgung**. Dazu werden Modelle diskutiert, in denen neue Organisationsformen der Versorgung erprobt werden. Namentlich sind dies Disease Management, Hausarztmodelle und Integrierte Versorgung. Diese „besonderen Versorgungsformen“ lassen sich relativ präzise beschreiben, weil für sie eine Legaldefinition vorliegt, nämlich in § 53 SGB V.<sup>7</sup> Die dort genannten Paragraphen beziehen sich (neben Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V) insbesondere auf:

- Hausarztmodelle (§ 73b SGB V) bzw. besondere ambulante Versorgung (§ 73c SGB V),
- Disease Management/strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V),
- Integrierte Versorgung (§ 140 SGB V).

Ebenfalls ausführlich dargestellt wird der Ansatz des Case Managements, der ursprünglich aus der Sozialarbeit stammt und von dort über eine relativ scharf umrissene Definition verfügt.

Zu beachten ist, dass die „besonderen Versorgungsformen“ derzeit erprobt werden. Ihre wissenschaftliche Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen. Daher sind die Autoren selbstverständlich in einzelnen Punkten unterschiedlicher Meinung.

Im Gegensatz zu einzelnen Instrumenten, die relativ gut definierbar sind, wird in diesem Buch nicht ausführlich über „Managed Care“ geschrieben, weil dieser Begriff derzeit nicht präzise fassbar ist. Viele Autoren verstehen darunter eine Art Oberbegriff für eine jeweils unterschiedliche Auswahl aus einer Vielzahl von Instrumenten (z. B. selektives Kontrahieren und/oder andere finanzielle Anreize für Ärzte und Patienten, direkte Steuerung der medizinischen Leistungen, EDV-Lösungen etc.), die dazu dienen sollen, die Kosten der medizinischen Versorgung zu senken bzw. ihre Qualität zu verbessern, wobei sich die Behandlung und ihre Organisation bei Managed Care „irgendwie“ von bisherigen Standards unterscheiden. Wie in der Literatur schon häufig angemerkt wurde, wird der Begriff Managed Care so unterschiedlich benutzt, dass man sich bei einer Diskussion zunächst versichern muss, was der jeweilige Gesprächspartner darunter überhaupt versteht.<sup>8</sup>

**Teil 4** kontrastiert die bisherigen Überlegungen mit der manchmal harten Realität des medizinischen Alltags. Die Sicht der Patienten beschreibt der Vertreter einer Patientenor-

---

<sup>7</sup> „Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.“

<sup>8</sup> Kongstvedt, P. R.: Managed care: what it is and how it works. Sudbury 2009, S. 230.

ganisation; eine schwäbische Hausärztin stellt Medizin und Ökonomie in ihrem Alltag dar. Beide Artikel sind natürlich nicht im statistischen Sinn repräsentativ, stehen aber doch stellvertretend für viele Patienten und Ärzte an der „Basis“.

Ergänzend zum diesem Buch fokussiert Teil 2 der ersten Auflage („Medizinökonomie Band 2: Unternehmerische Praxis und Methodik“) auf das betriebswirtschaftliche Management einzelner Einrichtungen und Organisationen, auf rechtliche Rahmenbedingungen, IT-Technik und statistische Methoden.

Für die einzelnen Beiträge werden jeweils zu Beginn Lernziele formuliert, die am Ende durch Lernfragen für eine Selbstüberprüfung ergänzt werden. Für einige Beiträge sind Lösungen dazu auf der Verlagswebsite ([www.springer.com](http://www.springer.com)) bei den Buchinformationen unter der Rubrik „Zusätzliche Informationen“ hinterlegt.

Nicht alle genannten Themen können im vorliegenden Rahmen erschöpfend behandelt werden; daher bieten alle Beiträge Hinweise auf weiterführende Literatur.

Medizinökonomie 1

Das System der medizinischen Versorgung

Thielscher, C. (Hrsg.)

2015, XXIV, 738 S., Hardcover

ISBN: 978-3-658-01965-5