

Hauptakteure im deutschen Gesundheitssystem

Prof. Dr. med. Reinhard Busse

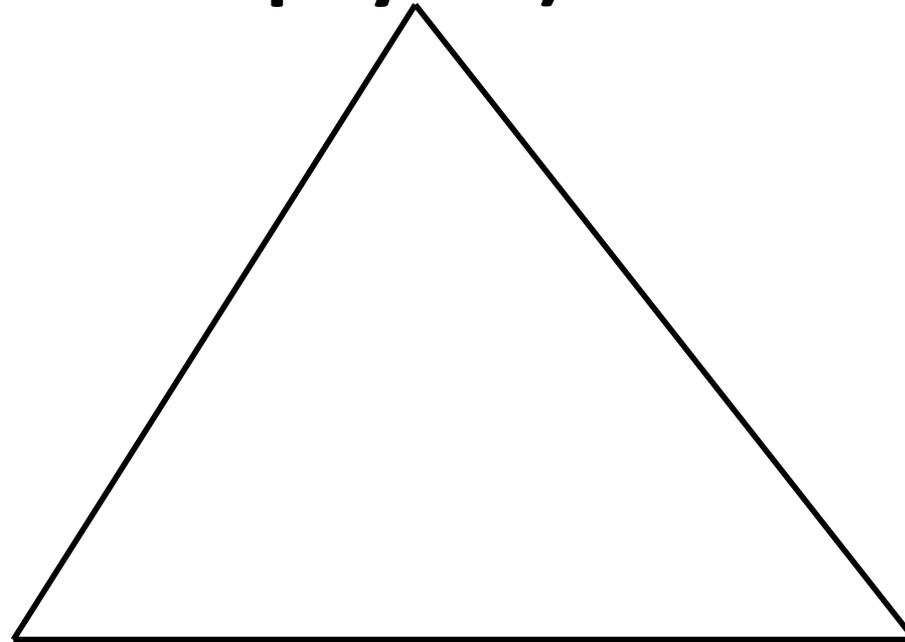
FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies

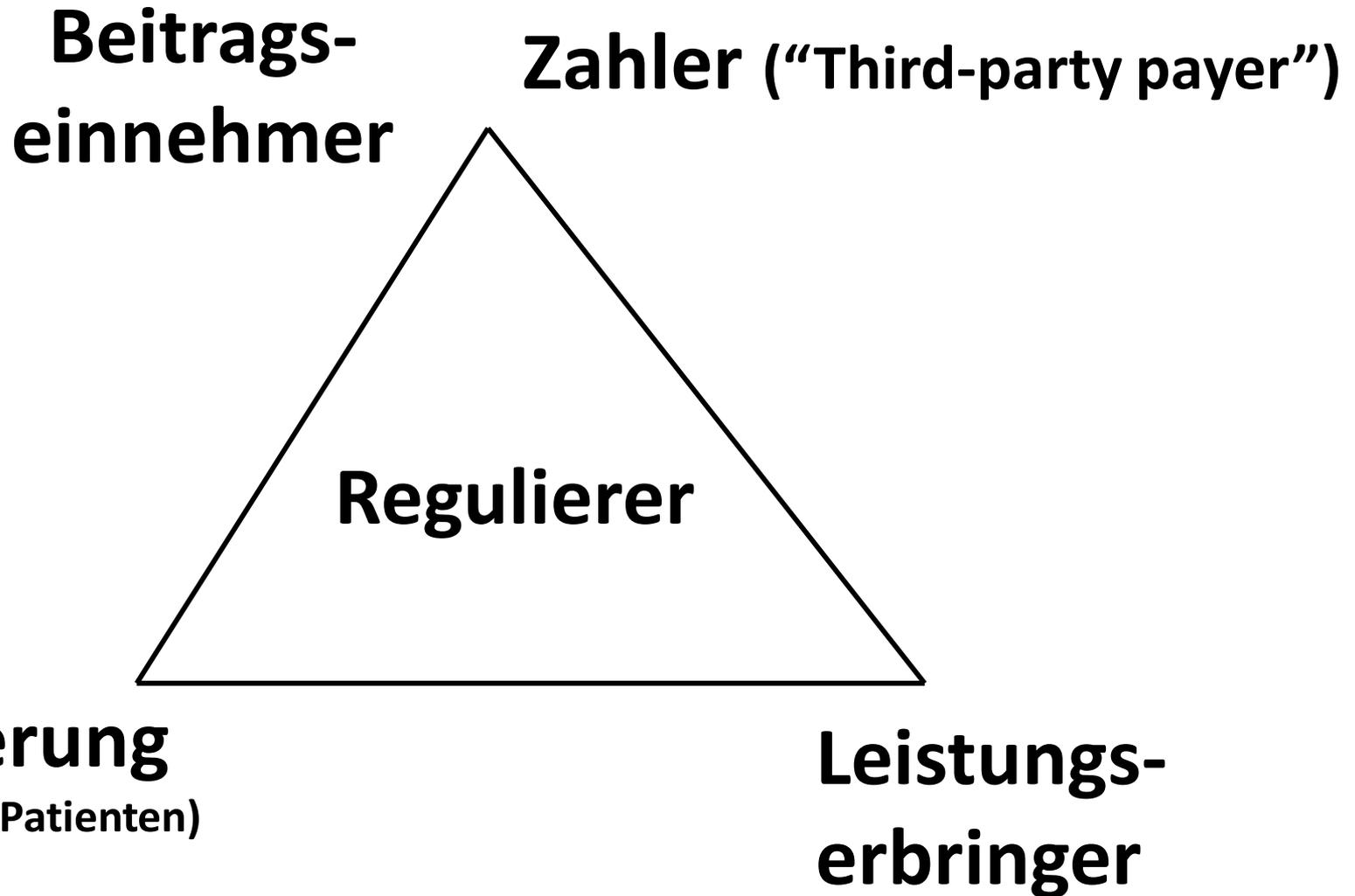


Zahler (“Third-party payer”)



Bevölkerung
(Versicherte/ Patienten)

**Leistungs-
erbringer**



Ressourcenpooling & (Re-)Allokation

Beitrags- → **Zahler (“Third-party payer”)**
einnehmer

Ressourcen-
mobilisierung/
aufbringung

Leistungseinkauf/
Verträge/
Vergütung

Regulierer
Regulation

Bevölkerung
(Versicherte/ Patienten)

Versicherung:
Wer? Was (Leistungen)?

Zugang →
← **Versorgung**

Leistungs-
erbringer

Historische Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems (insb. GKV)

Reichs-Gesetzblatt.

№ 9.

Inhalt: Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter. S. 73.

(Nr. 1496.) Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter. Vom 15. Juni 1883.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen ꝛ.

verordnen im Namen des Reichs, nach erfolgter Zustimmung des Bundesraths und des Reichstags, was folgt:

A. Versicherungszwang.

§. 1.

Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind:

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn- und Binnendampfschiff-fahrtsbetriebe; auf Werften und bei Bauten,
2. im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben,
3. in Betrieben, in denen Dampfessel oder durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heiße Luft ꝛ.) bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschließlich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht,

sind mit Ausnahme der im §. 2 unter Ziffer 2 bis 6 aufgeführten Personen, sofern nicht die Beschäftigung ihrer Natur nach eine vorübergehende oder durch den Arbeitsvertrag im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern.

Reichs-Gesetzbl. 1883.

Ausgegeben zu Berlin den 21. Juni 1883.

Deutschland war erstes Land mit Sozialversicherung auf nationaler Ebene, beginnend mit:

„Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ - 1883

- Primärkassen (= AOK, BKK, IKK)
- Hilfskassen

⇒ Sachleistungen 50% (aktuell 95%)

⇒ Kostenlose ambulante Behandlung, Medikamente, Hilfsmittel, Krankengeld

⇒ durch AN und AG selbstverwaltete Kassen

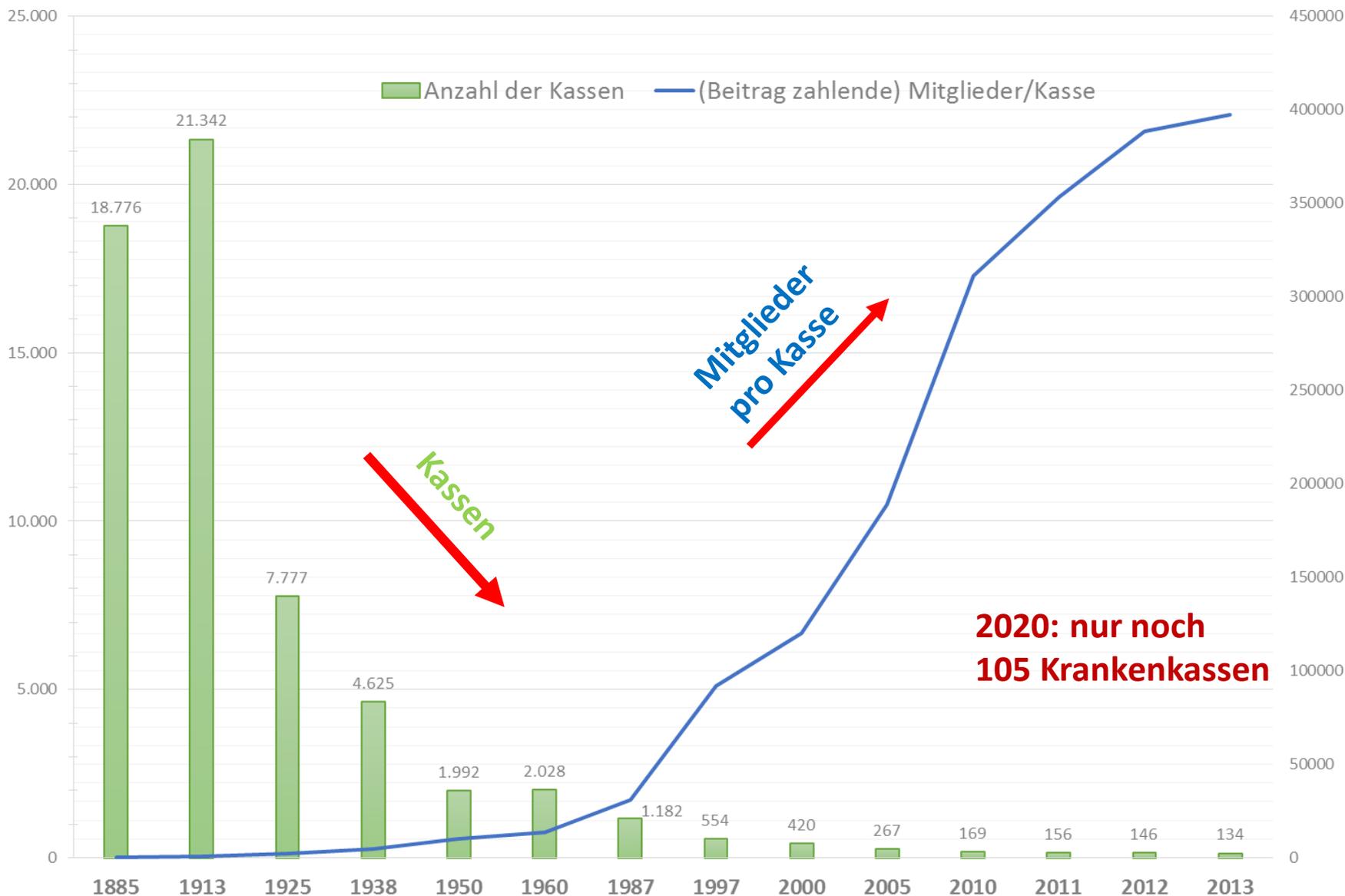
⇒ Keine Regelung von Beziehungen zw. Kassen/Ärzten und Qualifikationen

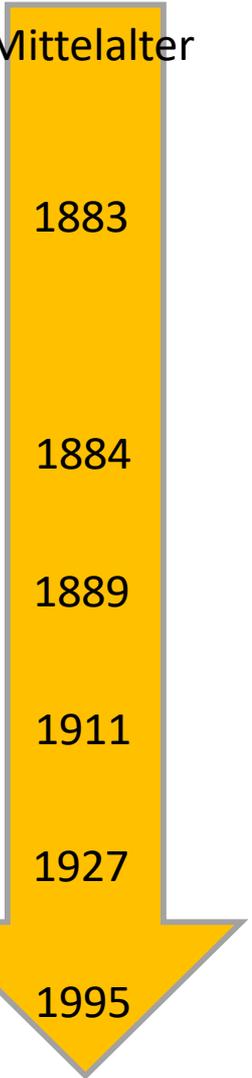
⇒ Einführung des Solidaritätsprinzips

⇒ Versicherungspflicht für Arbeiter, nicht für Lehrer, Kommunalbeamte, Geistliche

Geburtsstunde der PKV: Bis heute deutsche Besonderheit

Historische Entwicklung der Krankenkassen, 1885–2013





Mittelalter	aus sozialer Sicherung innerhalb der Gilden entwickelten sich berufsständige (Innungs-)Kassen, später Betriebskrankenkassen, Ortskrankenkassen
1883	Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter reichsweite KV-Versicherungspflicht (Beiträge 1:2 geteilt zwischen AG u. AN), AN & AG an Selbstverwaltung der Kassen beteiligt
1884	Unfallversicherung
1889	Invaliditäts- und Altersversicherung der Arbeiter
1911	<i>Reichsversicherungsordnung</i> (bis 1988 Rechtsgrundlage der GKV)
1927	Arbeitslosenversicherung
1995	Pflegeversicherung

**Bismarcksche System
der Sozialversicherung**

- Wachsende Zahl von Beschäftigten im Gesundheitswesen: Professionalisierung & Arbeitsteilung
- „Sozialisation“ der medizinischen Profession
- führte zu Konflikten über Macht und Einkommen zw. Niedergelassenen und Kassen

	Anzahl der Einwohner pro					Gesamtbevölkerung (Mio.)
	Arzt	Zahnarzt	Apotheker	Pflegekraft	Krankenhausbett***	
1885	3.004	86.752	7.483	3.260	324	46,7
1900	2.047	9.529	-	-	219	56,0
1909	2.085	5.682	6.414	926	158	63,7
1927*	1.447	2.690	5.982	712	120	63,3
1938	1.371	1.924	5.789	517	107	68,4
1952**	700	1.706	4.182	476	89	48,7
1960**	x 4 x 50 x 2 x 7 x 3,5					55,4
1975**	x 4 x 50 x 2 x 7 x 3,5					61,8
1987**	356	1.573	1.802	292	91	61,1
1991	329	1.450	1.922	-	99	80,3
1997	290	1.324	1.520	118	107	82,1
2002	274	1.289	1.528	117	113	82,5
2007	261	1.245	1.417	112	121	82,2
2008	256	1243	1390	106	122	82,0
2009	251	1221	1387	103	121	81,8
2010	245	1202	1363	101	121	81,7

Busse et al. 2013

1913

Berliner Abkommen (Mitspracherecht Ärzte) als Folge von Ärztestreiks

1923

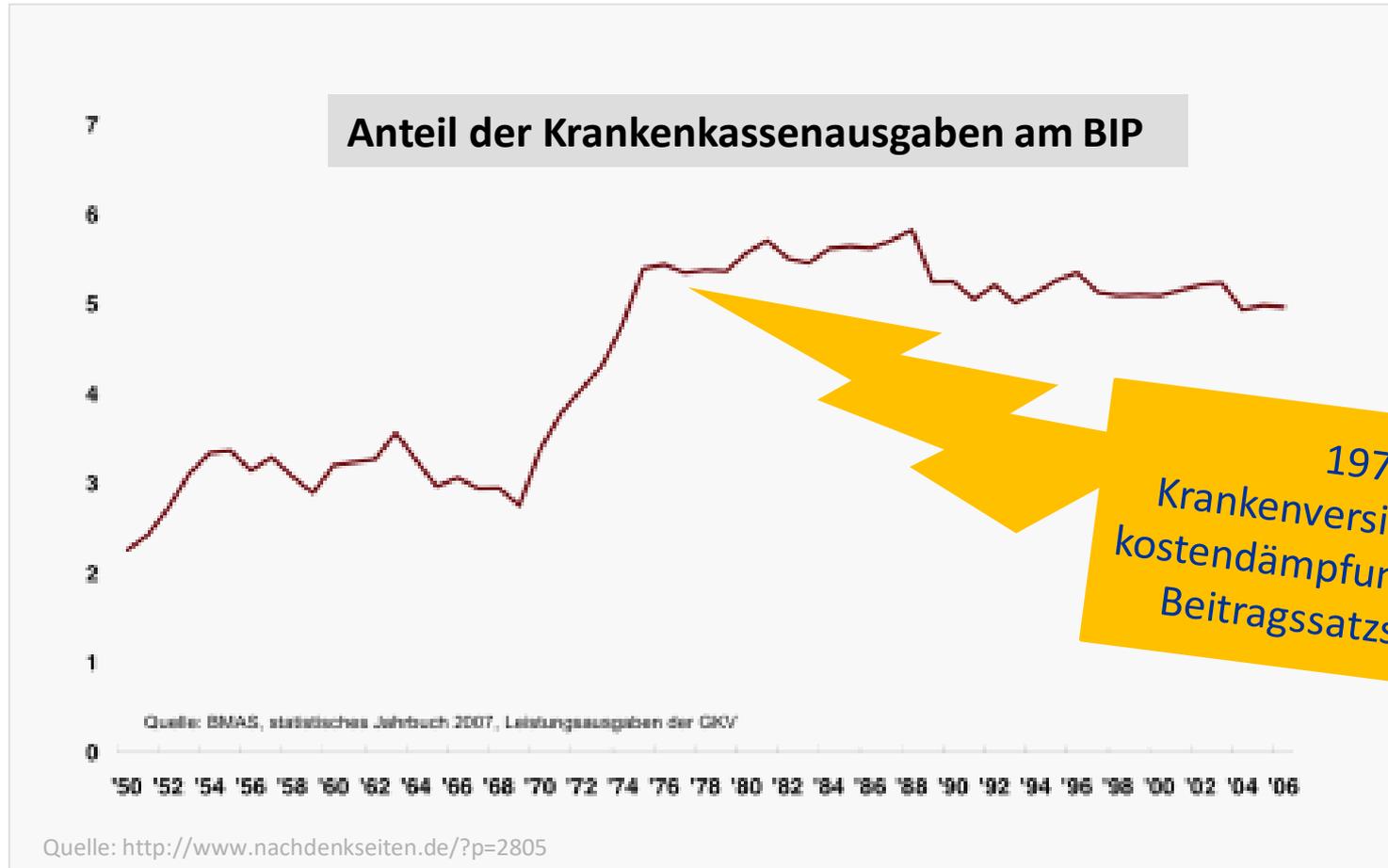
Notverordnung zu Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen (heute G-BA)

1931/
32

Notverordnung: Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)
Kollektivverträge mit Kassen, Vergütungen und Zulassung niedergelassener Ärzte, Sicherstellungsauftrag, Bedarfsplanung für ambulante Versorgung

**Niedergelassene:
ambulantes
Versorgungs-
monopol**

⇒ zunehmende Trennung ambulanter von stationärer Versorgung



- Wirtschaftswachstum, steigende Preise & Gehälter, demographische Entwicklung
- Modernisierung von Infrastruktur & kostenintensive Technologien
- Ausweitung von Leistungen
- Investitionen in Krankenhäuser (duale Finanzierung seit 1972)
- Steigende Versorgungsansprüche

- seit Weltwirtschaftskrise 1973/74 vordringliches Ziel der Gesundheitspolitik (offiziell bis heute, de facto bis ca. 2010): **Kostendämpfung**
- Anteil der Ausgaben der GKV am BIP seit Mitte 1970er Jahre lange nicht gestiegen (erst mit der Finanzkrise 2009)

Zwei (überlappende) Phasen der Kostendämpfungspolitik:

(I) Traditionelle Kostendämpfungspolitik (seit 1975)

- Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik
- Korporatisierung (Übertragung von Steuerungskompetenzen an Verbände)
- Korrekturen von Handlungsanreizen bei Leistungsanbietern:
 - => Gesetz über kassenärztliche Bedarfsplanung (1986)
 - => Reform der Gebührenordnung für Kassenärzte und EBM für kassenärztlichen Leistungen
 - => Modifizierungen des Vergütungssystems in stationären Versorgung

(II) Wettbewerbsorientierte Strukturreformen (seit 1992)

Grundzüge des deutschen Gesundheitssystems

Ressourcenpooling & (Re-)Allokation

**Beitrags-
einnehmer** → **Zahler (“Third-party payer”)**

**Ressourcen-
mobilisierung/
aufbringung**

**Leistungseinkauf/
Verträge/
Vergütung**

**Regulierer
Regulation**

Bevölkerung
(Versicherte/ Patienten)

Versicherung:
Wer? Was (Leistungen)?

Zugang
→
←
Versorgung

**Leistungs-
erbringer**

„Risikostrukturausgleich“

Beitrags-
einnehmer



Zahler (“Third-party payer”)

Gesundheitsfonds

Krankenkassen
(& private Versicherer)

Einkommens-
abhängige
Beiträge

(risiko-abhängige
Prämien)

Kollektivverträge
(keine Verträge)

Regulierer
Parlament & G-BA
(Gemeinsamer Bundesausschuss)

Bevölkerung
(Versicherte/ Patienten)
88% GKV
(11% PKV)

Ambulant direkter Zugang

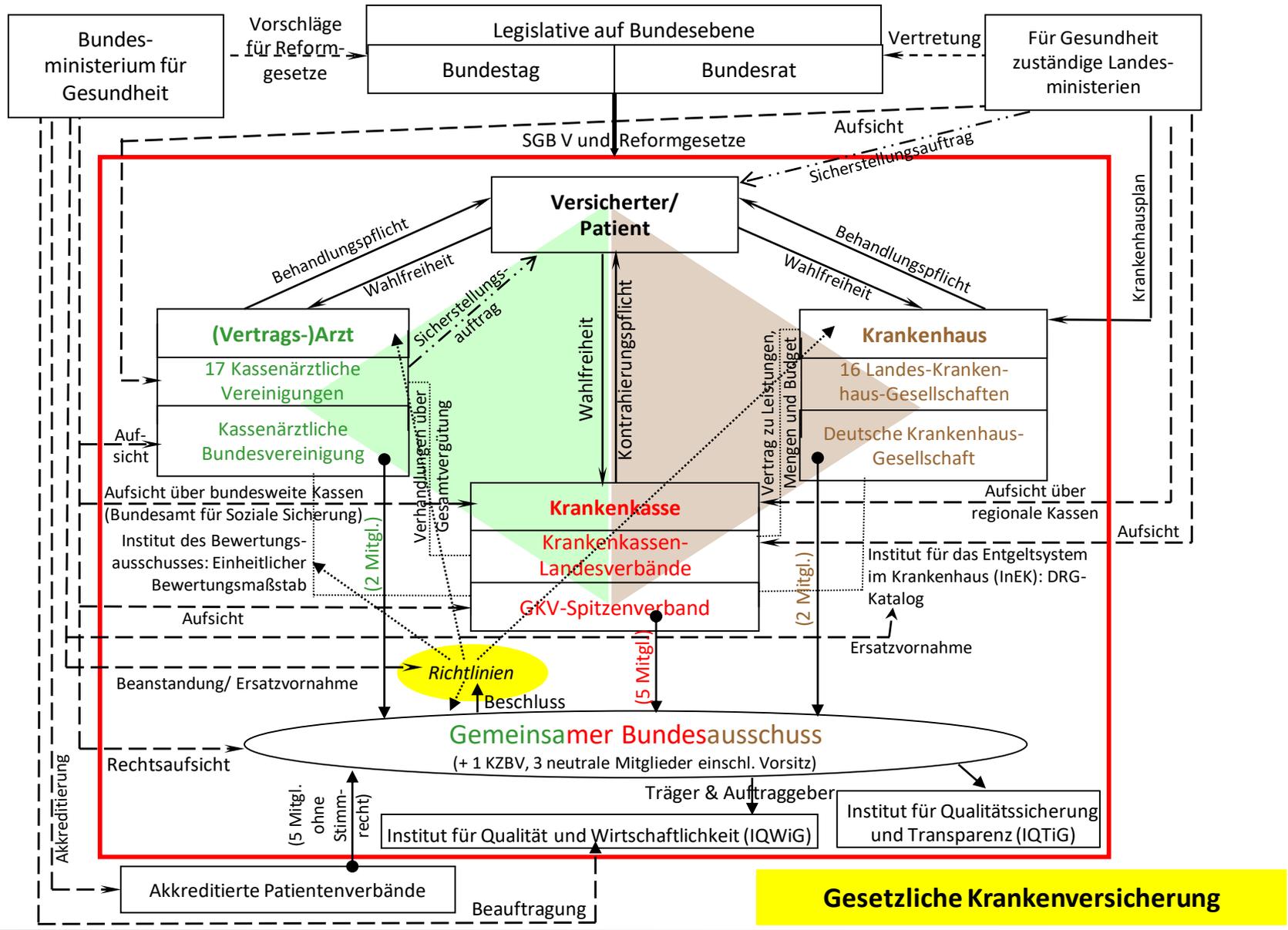


möglich; stationär mit
Einweisung/ als Notfall



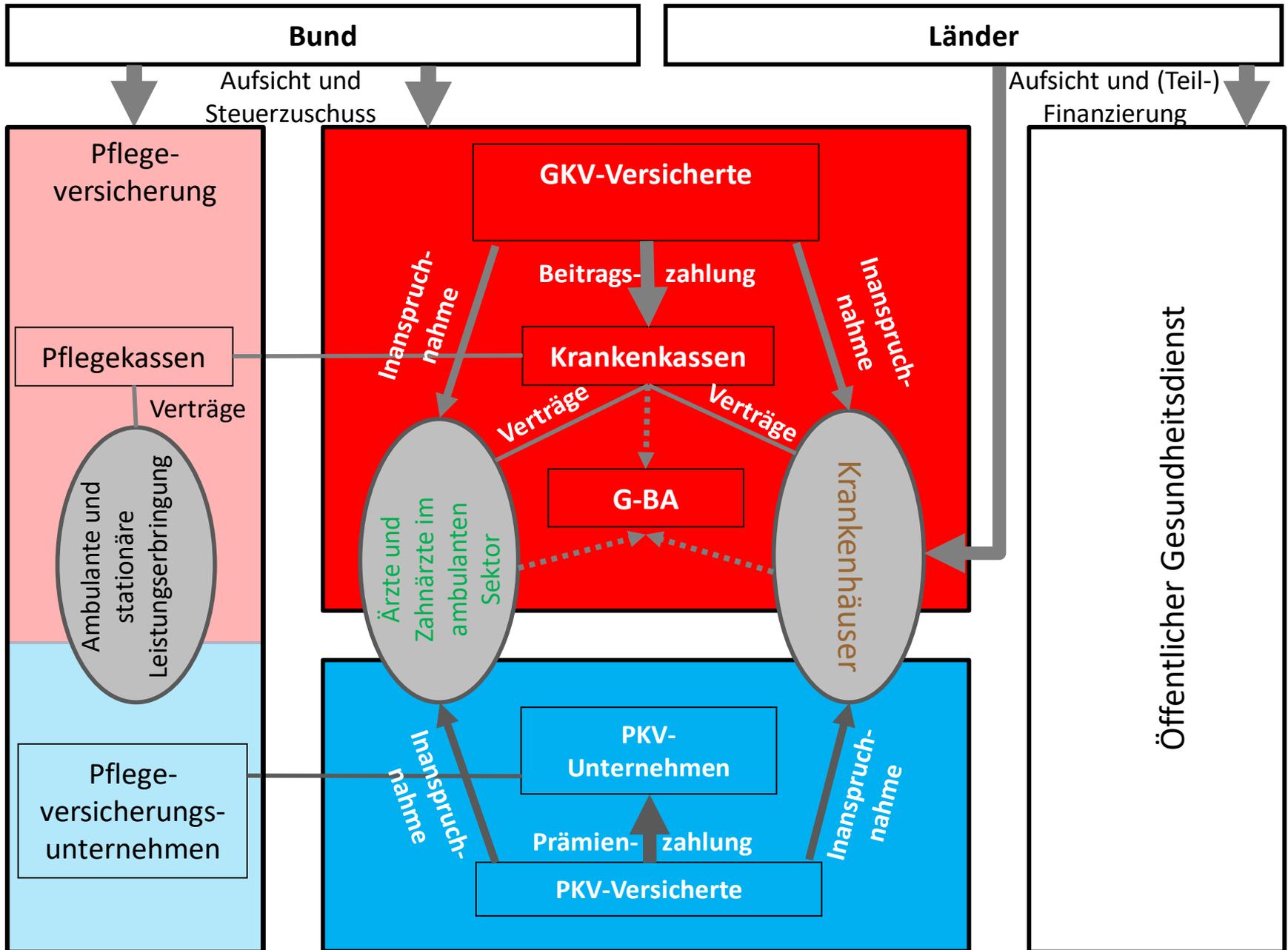
Leistungs-
erbringer
Öffentlich-privater Mix

Aber: ambulant & stationär sind getrennt → 2 ▲



Gesetzliche Krankenversicherung

Plus Trennung in GKV & PKV sowie Sektoren Pflege und ÖGD



Wesentliche Akteure im deutschen Gesundheitssystem



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesebene

- **BMG**
 - Erarbeitung von Gesetzentwürfen, Rechtsverordnungen, Verwaltungsvorschriften
 - Rechtsaufsicht über bundesunmittelbare Verbände/Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung in Kranken- u. Pflegeversicherung (GKV-Spitzenverband, KBV, G-BA)
 - Arbeitsschwerpunkte: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung, Förderung der Primärprävention und der Patientenrechte
 - stellt Drogen- sowie Patienten/Pflegebeauftragte
 - Beratung durch **Sachverständigenrat**

Bundesebene

- Nachgeordnete Behörden des BMG:
 - Robert Koch-Institut (RKI): Krankheitsüberwachung und –prävention
 - Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
 - Paul-Ehrlich-Institut (PEI) oder Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel
 - verantwortlich für die Erkennung, Verhütung sowie Bekämpfung von Krankheiten
 - nationales Public Health-Institut
 - zentrale Rolle bei der Prävention und Überwachung von Infektionskrankheiten hinsichtlich der Datenerfassung, Koordinierung von Interventionen, Risikokommunikation und internationaler Zusammenarbeit sowie der Durchführung mikrobiologischer und epidemiologischer Forschung als auch eine gestärkte Rolle bei nicht-übertragbaren Krankheiten
 - ca. 1.100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Sitz: Berlin

Bundesebene

- Nachgeordnete Behörden
 - zentrale Zulassungsstelle für Arzneimittel und überwacht die Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten
 - ca. 1.100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Sitz: Bonn
- Robert Koch-Institut (RKI): Krankheitsüberwachung und –prävention
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- Paul-Ehrlich-Institut (PEI) oder Bundesinstitut für Impfstoffe und Biomedizinische Arzneimittel

2020 ist das Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in das BfArM eingegliedert worden, welches seither seine Aufgaben übernimmt:

- zuständig für die Herausgabe deutschsprachiger Versionen der Klassifikationssysteme, wie z.B. die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) oder den Operationen- und Prozedurenschlüssel in der Medizin (OPS)
- Erstellen, Pflegen und Zurverfügungstellen von Datenbanken etwa zu klinischen Studien

Bundesebene

- Nachgeordnete Behörden des BMG:
 - Robert Koch-Institut (RKI): Krankheitsüberwachung und –prävention
 - Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
 - Paul-Ehrlich-Institut (PEI) oder Bundesinstitut für Impfstoffe und biomed. Arzneimittel
 - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

- prüft und bewertet Nutzen und Risiko biomedizinischer Human-Arzneimittel und immunologischer Tier-Arzneimittel im Rahmen der klinischen Entwicklung, Zulassung und danach
- führt auch eigene experimentelle Forschung durch
- Ca. 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Sitz: Langen (zw. Frankfurt a.M. und Darmstadt)

Bundesebene

- Nachgeordnete Behörden des BMG:
 - Robert Koch-Institut (RKI): Krankheitsüberwachung und –prävention
 - Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
 - Paul-Ehrlich-Institut (PEI) oder Bundesinstitut für Impfstoffe und biomed. Arzneimittel
 - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

- entwickelt gemeinsam mit Kooperationspartnern Strategien zur gesundheitlichen Aufklärung und Prävention und setzt sie in Kampagnen und Projekten um
- Themen: Suchprävention; Prävention von Infektionskrankheiten, insbesondere HIV/Aids; Aufklärung zum Thema Organ- und Gewebespende
- ca. 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Sitz: Köln

Korporatistische Ebene (innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung):

Leistungserbringer

- Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)
- Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen)
- KBV & KZBV = Bundesvereinigungen
- [Deutsche Krankenhausgesellschaft]

Zahler (Kostenträger)

- Krankenkassen und GKV-Spitzenverband

Gemeinsamer Bundesausschuss

- wichtigstes Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung
- Je 5 Vertreter der Leistungserbringer, Kostenträger, Patientenvertreter ohne Stimmrecht sowie 3 neutrale Mitglieder

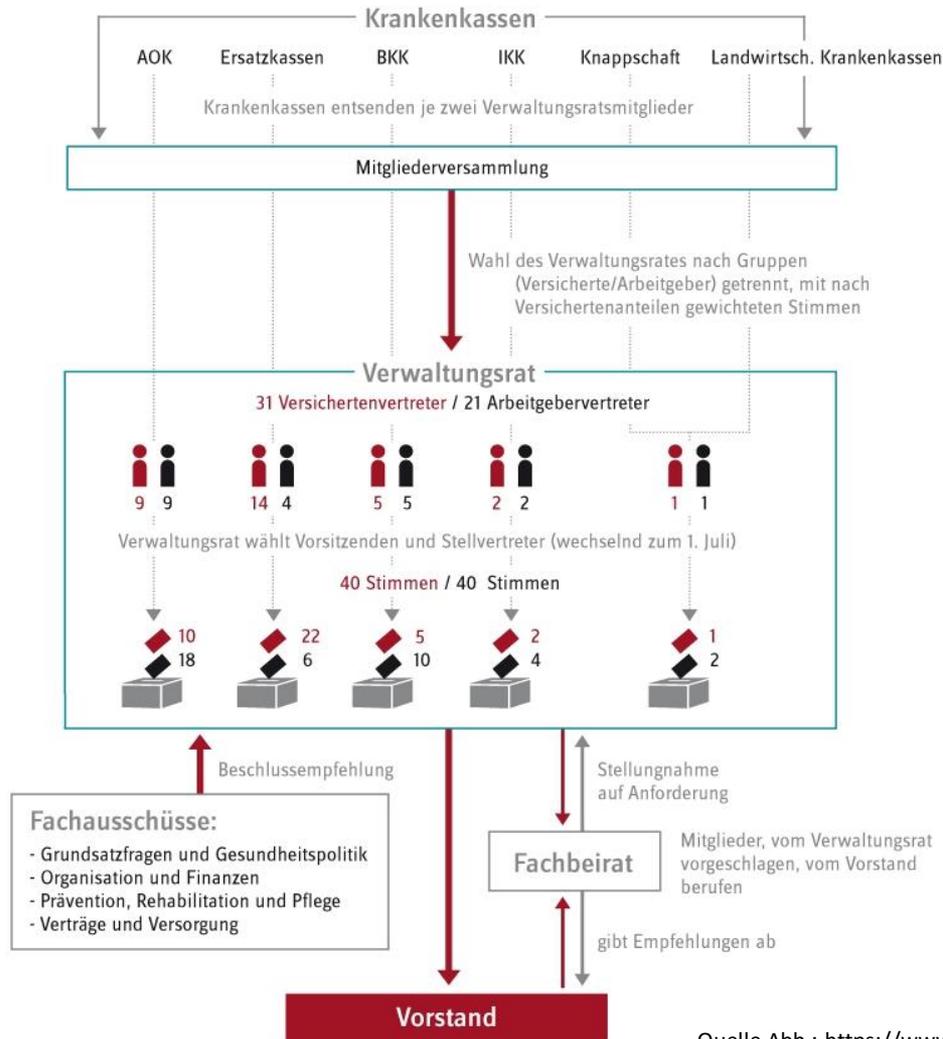
- **Kassenärztliche Vereinigungen (KVen):** Vertretung von Ärzten, die GKV-Versicherte ambulant behandeln
 - 17 KVen (Nordrhein-Westfalen: 2), vertreten rund 175.000 freiberufliche Vertragsärzte & Psychotherapeuten
 - Gesetzliche Sicherstellungsauftrag ambulanter ärztlicher Versorgung
 - handeln jährlich Kollektivverträge über Gesamtvergütung mit Krankenkassen aus
- KVen bilden auf Bundesebene die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**
 - vertritt politischen Interessen von freiberuflichen Vertragsärzten und Psychotherapeuten auf Bundesebene, u.a. im G-BA durch zwei Vertreter
 - **Kassenzugelassene Zahnärzte** ähnlich strukturiert (KZBV)
- **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG):**
Zusammenschluss von 12 Spitzen- und 16 Landesverbänden der Krankenhausträger
 - Mitglied im G-BA (mit zwei Vertretern)



- In der GKV fungieren unabhängige **Krankenkassen** als Zahler, die im **GKV-Spitzenverband** organisiert sind (Landesverbände bestehen weiterhin)
 - GKV-Spitzenverband ist gleichzeitig der Spitzenverband der Pflegekassen sowie
 - Träger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)
- Aufgaben des **GKV-Spitzenverband**:
 - vertritt Interessen der gesetzlichen Krankenkassen und deren Landesverbänden auf Bundesebene
 - verantwortlich für die Erfüllung aller wettbewerbsneutralen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (u.a. Verhandlungen über Kollektivverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit Leistungserbringern im stationären und ambulanten Sektor)
 - Festsetzung der Festbeträge für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel
 - Vereinbarungen von Rahmenvorgaben für Verträge auf Landesebene



Struktur des GKV-Spitzenverbandes



- GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung
- hat seinen Sitz in Berlin
- Vorstand des GKV-Spitzenverbandes besteht aus drei Personen, die ihre Tätigkeit hauptamtlich ausüben (Amtszeit beträgt in der Regel sechs Jahre)
- 9 Abteilungen, 4 Stabsbereiche

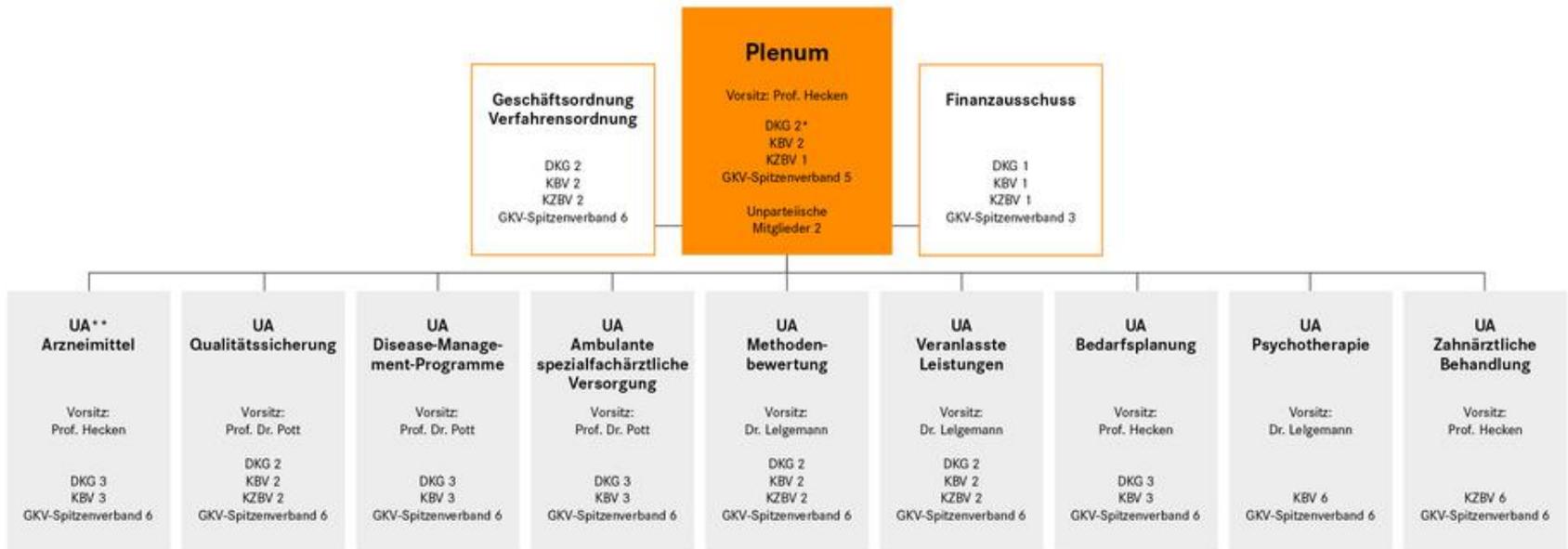
Quelle Abb.: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/wir_ueber_uns/organisation/organisation.jsp#lightbox



- **Geschäftsführung**
 - 6 Abteilungen (u.a. Arzneimittel, Fachberatung Medizin) und ca. 100 Mitarbeiter
- **Aufgaben des G-BA**
 - Erlässt Richtlinien, die GKV-Leistungskatalog definieren und bindend sind für alle Akteure
 - Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der GKV
 - Leistungsdefinition (z.B. durch Bewertung von Nutzen und Wirtschaftlichkeit)
- **Bereiche der G-BA Richtlinien u.a.:**
 - Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten
 - Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
 - Qualitätssicherung
 - Disease Management Programme (DMP)



Der Gemeinsame Bundesausschuss: Plenum und Unterausschüsse



* Anzahl der Mitglieder ** Unterausschuss

Grafik: G-BA

- In allen Gremien nehmen **Patientenvertreterinnen und -vertreter** mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht (§ 140f Abs. 2 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Bedarfsplanung nehmen **zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder** mitberatend teil (§ 92 Abs. 7e SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V).
- Im Plenum und im Unterausschuss Qualitätssicherung nehmen **jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats** mitberatend teil, soweit es Regelungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherung) betrifft. Dies gilt auch für **die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer**, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen und Zahnärzte berührt ist (§ 136 Abs. 3 SGB V).

Stand: Juli 2018

