



Sachstand

Informationen zum deutschen Gesundheitssystem

Informationen zum deutschen Gesundheitssystem

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 – 071/19
Abschluss der Arbeit: 20. September 2019
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Leistungen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung	4
2.	Wichtige Akteure in der Gesundheitspolitik für den Bereich der ärztlichen und der Krankenhausversorgung	6
2.1.	Gemeinsamer Bundesausschuss	6
2.2.	Kassenärztliche Bundesvereinigung	6
2.3.	Bundesärztekammer und Ärztekammern in den Ländern	7
2.4.	Deutsche Krankenhausgesellschaft	7
2.5.	Der öffentliche Gesundheitsdienst	7
2.5.1.	Robert-Koch-Institut	7
2.5.2.	Paul-Ehrlich-Institut	8
3.	Die elektronische Gesundheitskarte	8
4.	Ärztliche Versorgung	9
5.	Krankenhausversorgung	10
6.	Arzneimittelversorgung	12
7.	Pflegerische Versorgung	14

1. Leistungen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf **vier Grundprinzipien**: dem Prinzip der Versicherungspflicht, der Beitragsfinanzierung, dem Solidaritäts- sowie dem Selbstverwaltungsprinzip. Grundsätzlich müssen danach in Deutschland alle Personen krankenversichert sein – entweder in der Gesetzlichen (GKV¹) oder der Privaten Krankenversicherung (PKV). Der weit überwiegende Teil der Bevölkerung unterliegt der Versicherungspflicht in der GKV. Dies gilt nach § 5 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch² unter anderem für Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt eine bestimmte Grenze nicht überschreitet. Bestimmte Personengruppen unterliegen nicht der Versicherungspflicht, wie zum Beispiel Selbstständige (§ 5 Abs. 5 SGB V), oder sind versicherungsfrei, wie etwa Beamte (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Selbstständige sowie Arbeitnehmer, deren Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt, können sich unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig in der GKV versichern. Ehegatten, Lebenspartner und Kinder können grundsätzlich über die sog. Familienversicherung in der GKV mitversichert werden. Insgesamt waren im Jahresdurchschnitt 2018 circa 72,8 Millionen Personen und damit rund 89 Prozent der Bevölkerung in der GKV versichert. Davon waren circa 56 Millionen Personen (rund 69 Prozent der Bevölkerung) als Mitglieder und circa 16,2 Millionen als Familienangehörige beitragsfrei mitversichert (rund 20 Prozent der Bevölkerung).³ Die verbleibenden rund elf Prozent der Bevölkerung sind in der PKV versichert; diese gibt für das Jahr 2017 rund 8.750.000 Mitglieder an.⁴ Nicht alle PKV-Mitglieder sind dabei voll versichert; insbesondere Beamte haben im Krankheitsfall Anspruch auf Beihilfe und schließen ihre private Krankenversicherung in der Regel nur für den verbleibenden Anteil ab.⁵

Die Gesundheitsversorgung der gesetzlich Krankenversicherten wird überwiegend durch Beiträge finanziert. Die Höhe der Beiträge bemisst sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des einzelnen Mitglieds, die bis zur sog. Beitragsbemessungsgrenze (54.450 Euro im Jahr 2019) für die Beitragsberechnung herangezogen werden. Der Beitragssatz liegt derzeit bei 14,6 Prozent (allgemeiner Beitragssatz) bzw. bei 14 Prozent für Versicherte ohne Krankengeldanspruch (ermäßigter Beitragssatz). Die Beiträge werden bei Erwerbstätigen jeweils zur Hälfte vom Versicherten und dem Arbeitgeber getragen; bei Rentnern entfällt jeweils die Hälfte des Beitrags auf den Versicherten und den Rentenversicherungsträger.

1 Die GKV ist einer von fünf Sozialversicherungszweigen in Deutschland.

2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202).

3 Vergleiche hierzu Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit, im Internet abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> (zuletzt abgerufen am 18.09.2019).

4 Verband der Privaten Krankenversicherung, Zahlen und Fakten, Stand Juni 2018, <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>.

5 Im Jahr 2016 waren von rund 8.770.000 Mitgliedern 49,35 Prozent beihilfeberechtigt, siehe dazu: Verband der PKV, Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016, abrufbar unter: <https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2016.pdb.pdf>.

Seit dem 1. Januar 2009 werden die Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer einschließlich Sonderbeiträgen und Zuzahlungen dem sog. **Gesundheitsfonds**, der von Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet wird, zugeleitet. Zusätzlich fließt dem Gesundheitsfonds ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss zu. Das BVA leitet den Krankenkassen die anteiligen Finanzmittel zu, wobei nach Anzahl, Geschlecht und Alter der Versicherten differenziert wird. Daraus ergeben sich Grundbeträge, die entsprechend dem morbiditätsorientierten **Risikostrukturausgleich** an die jeweiligen Finanzbedarfe der Kassen angepasst werden. Sofern diese Mittel nicht ausreichen, um die Kosten der Kassen zu decken, besteht die Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben.⁶

Entsprechend dem **Solidaritätsprinzip** tragen in der GKV alle gesetzlich Versicherten gemeinsam das Kostenrisiko durch Krankheit. Danach hat jeder Versicherte – unabhängig von seinem Einkommen und damit seiner Beitragshöhe – den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung und Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Anders als in der GKV variieren Höhe und Umfang des Versicherungsschutzes in der privaten Krankenversicherung und damit auch der zu entrichtende Beitrag entsprechend individueller Vertragsvereinbarungen, wobei der Beitrag in der Regel vom Versicherten allein zu tragen ist. Allerdings ist dieser Beitrag, wie oben erwähnt, insbesondere bei Beamten, die im Wege der Beihilfe einen Zuschuss zu ihren Krankheitskosten erhalten, deutlich geringer.

Seit einigen Jahren wird in Deutschland über die Einführung einer solidarischen **Bürgerversicherung** diskutiert, was die Aufhebung des dualen Systems zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung bedeuten würde. Grundidee des Reformansatzes ist, dass ausnahmslos alle Bürger unter Einbeziehung aller Einkunftsarten Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung leisten. Neben dem Arbeitseinkommen würden somit auch Einnahmen aus Mietverhältnissen und Kapitalanlagen berücksichtigt. Die Einführung der Bürgerversicherung soll vor allem eine Lösungsstrategie gegen die beginnende Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland sein. Die Qualität medizinischer Versorgung soll, dies wird von den Befürwortern einer Bürgerversicherung hervorgehoben, demnach nicht mehr vom Einkommen der Versicherten abhängen.⁷

Im Grundsatz erbringen die GKV und die PKV ihre Leistungen getrennt voneinander und stützen sich dafür auf externe Leistungserbringer wie Ärzte und Krankenhäuser. Die Kosten der Leistungen werden von der jeweiligen Krankenkasse getragen – in der GKV nach dem Leistungsrecht des SGB V, in der PKV je nach dem Umfang des individuell vereinbarten Versicherungsschutzes. Die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung legt der Staat fest, die weitere Organisation und Finanzierung der einzelnen Leistungen erfolgt jedoch im Rahmen der Selbstverwaltung. Diese wird gemeinsam von Vertretern der Ärzte und Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherten wahrgenommen.

6 Siehe hierzu [krankenkassen.direkt.de](https://www.krankenkassen.direkt.de), Gesundheitsfonds, Bundeszuschuss, abrufbar unter <https://www.krankenkassen-direkt.de/themen/thema.pl?id=474948>.

7 <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/buergerversicherung#>.

2. Wichtige Akteure in der Gesundheitspolitik für den Bereich der ärztlichen und der Krankenhausversorgung

Neben dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sind eine Reihe von Institutionen in die Erarbeitung gesundheitspolitischer Zielsetzungen, der Abfassung der notwendigen Regelungen und der Umsetzung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung eingebunden. Hierzu zählen u. a.:

- Der Gemeinsame Bundesausschuss
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft
- die Bundesärztekammer und die Ärztekammern in den Ländern sowie
- Einrichtungen, die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrnehmen.

2.1. Gemeinsamer Bundesausschuss

Oberstes Gremium der Selbstverwaltung in der GKV ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er setzt sich zusammen aus Vertretern der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des GKV-Spitzenverbandes. Der G-BA hat die Aufgabe, den in SGB V normierten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung durch Richtlinien zu konkretisieren und sicherzustellen, dass die Versorgung der Versicherten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist (§ 92 SGB V). Dazu kann etwa die Übernahme bestimmter Leistungen eingeschränkt oder ausgeschlossen werden, wenn ihr therapeutischer Nutzen oder ihre Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien sind für die gesetzlichen Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherten bindend. Zu den wichtigen Richtlinien des G-BA gehören Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelrichtlinien, die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung sowie Qualitätssicherungsrichtlinien.

2.2. Kassenärztliche Bundesvereinigung

Alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind gesetzlich gemäß § 77 Abs. 5 SGB V zur Mitgliedschaft in einer der kassenärztlichen Vereinigungen in den in den jeweiligen Bundesländern verpflichtet. Oberstes Beschlussgremium ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Sie ist die politische Interessenvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Die KBV organisiert gemeinsam mit den insgesamt 17 kassenärztlichen Vereinigungen die flächendeckende qualitätsgesicherte ambulante haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung und verhandelt Verträge mit den Krankenkassen und anderen Leistungsträgern.

2.3. Bundesärztekammer und Ärztekammern in den Ländern

Die Bundesärztekammer ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung, sie vertritt die berufspolitischen Interessen aller Ärzte. Zu ihren Aufgaben gehört u. a. die Entwicklung möglichst einheitlicher Regelungen der ärztlichen Berufspflichten.⁸ Die detaillierten Regelungen (Heilberufs- und Kammergesetze) und Überwachung der ärztlichen Berufsausübung erfolgt durch die Ärztekammern auf Landesebene.

2.4. Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist ein gemeinnütziger Interessen- und Dachverband von Spitzen- und Landesverbänden (28 Mitgliedsverbände) der Krankenhausträger, darunter z. B. der Arbeiterwohlfahrt, des Deutschen Roten Kreuzes oder des Verbandes der Universitätskliniken. Die DKG vertritt die Krankenhäuser bei allen gesundheitspolitischen Entscheidungen und entscheidet über die wichtigen krankenhausesrelevanten Themen, wie z. B. die Mitgestaltung des Vergütungssystems im Krankenhauswesen.⁹

2.5. Der öffentliche Gesundheitsdienst

Auf Bundesebene, auf der Ebene der Länder wie auch in den Kommunen ist neben Vertragsärzten und -therapeuten einerseits und Krankenhäusern andererseits der öffentliche Gesundheitsdienst tätig, der in vielen Bereichen Beratungs- und Unterstützungsleistungen erbringt und insbesondere mit Aufgaben der Prävention befasst ist. Besonders hervorzuheben sind im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten, deren Verhütung und allen Fragen zu Impfungen die Arbeit des Robert-Koch-Instituts und die des Paul-Ehrlich-Instituts.

2.5.1. Robert-Koch-Institut

Das **Robert Koch-Institut (RKI)** ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Berlin und die zentrale Einrichtung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention. Die Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten. Es ist damit auch die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung. Zu den Aufgaben gehört wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten sowie die Information und Beratung der Fachöffentlichkeit und zunehmend auch der breiteren Öffentlichkeit.¹⁰

8 Siehe hierzu Bundesärztekammer, Aufgaben, abrufbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aufgaben/>.

9 Siehe DKG, Stimme der Krankenhäuser, <https://www.dkgev.de/dkg/aufgaben-ziele/>.

10 https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html;jsessionid=BF882DE10703DB09E9108BC4719CC635.2_cid372.

2.5.2. Paul-Ehrlich-Institut

Das **Paul-Ehrlich-Institut (PEI)** in Langen ist das deutsche Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel. Kernaufgabe ist die Sicherstellung der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der vom PEI bearbeiteten Arzneimittel. Das PEI prüft und bewertet Nutzen und Risiko der Arzneimittel im Rahmen der klinischen Entwicklung und Zulassung, sowie danach. Unerlässlich für die Arbeit des PEI ist hierbei die eigene Forschung. Darüber hinaus kommt dem PEI Beratungsfunktion auf nationaler (Bundesregierung, Länderbehörden, Parlament) und internationaler Ebene zu. Nicht zuletzt erteilt es Auskunft an Patienten und Verbraucher.¹¹

3. Die elektronische Gesundheitskarte

Um die Qualität der medizinischen Versorgung sicherzustellen, müssen die für eine medizinische Behandlung notwendigen Daten sicher und schnell zur Verfügung stehen. Seit Oktober 2011 wurde im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung daher sukzessiv die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eingeführt. Sie hat zum 31. Dezember 2013 die bisherige Krankenkartenkarte abgelöst und gilt seit dem 1. Januar 2015 als der grundlegende Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, vgl. §§ 15, 291 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Durch die elektronische Dokumentation von Behandlungsdaten auf der eGK soll die ärztliche Versorgung der Versicherten qualitativ verbessert, sowie effizienter und wirtschaftlicher gestaltet werden, vgl. §§ 291 Absatz 1, 291a Absatz 1 SGB V. Die verschiedenen Leistungserbringer erhalten so einen besseren Überblick über bisherige Diagnosen und Behandlungen. Auf diese Weise werden Fehl- und Doppelbehandlungen vermieden. Darüber hinaus können Versicherte bestimmte Notfalldaten (z.B. bestehende Allergien, oder bedeutsame Vorerkrankungen) auf der Gesundheitskarte speichern lassen.

§ 291a SGB V ermächtigt zur Speicherung personenbezogener Daten und regelt differenziert Zugriffs- und Übermittlungsbefugnisse in personeller sowie sachlicher Hinsicht. Einwilligungs- und Interventionsmöglichkeiten des Versicherten erhöhen die Patientensouveränität sowie den Datenschutz. §§ 15, 291, 291a SGB V kategorisieren insofern zwischen Pflichtanwendungen bzw. -angaben und freiwilligen Anwendungen bzw. Angaben. Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen freiwilliger Angaben ist gemäß § 291a Abs. 5 S. 1 SGB V nur mit dem Einverständnis der Versicherten zulässig. Die §§ 291, 291a SGB V enthalten Verweise auf Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG)¹², gehen diesen im Übrigen als *leges speciales* jedoch vor.¹³

11 <https://www.pei.de/DE/institut/institut-node.html>.

12 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vom 30. Juni 2017 (BGBl. I S. 2097).

13 BSG, Urteil vom 18. November 2014 – B 1 KR 35/13 R, ZD 2015, 441, 443 Rn. 15.

4. Ärztliche Versorgung

Zur ärztlichen Versorgung zählen die haus- und die fachärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wobei zu den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten Allgemeinärzte, Kinderärzte, aber auch Internisten gezählt werden, soweit diese keine Schwerpunktbezeichnung führen.

Bereits 2009 hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen¹⁴ in einem Sondergutachten festgestellt, dass es auf eine nachhaltige Funktionsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung entscheidend ankomme, um die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung in Deutschland sichern zu können. Einerseits gebe es einen **Nachwuchsmangel**, andererseits böten der demografische Wandel und die Veränderung des Krankheitsspektrums gerade mit Blick auf die hausärztliche Versorgung besondere Herausforderungen¹⁵. Um auf Dauer eine gut erreichbare medizinische Versorgung auf hohem Niveau, insbesondere in unterversorgten Regionen auf dem Land, sicherzustellen, wurde 2015 das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG**)¹⁶ erlassen. Es soll den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten bieten, Anreize für eine Niederlassung insbesondere in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten zu setzen.

In den vergangenen Jahren wurden in allen Bundesländern gesetzliche Regelungen und darauf aufbauend zahlreiche Maßnahmen entwickelt, um der Unterversorgung im ländlichen Raum entgegenzuwirken. Hierzu gehören u. a.

- Stipendien für Medizinstudenten wie auch finanzielle Anreize für Assistenzärzte, die sich verbindlich bereit erklären, sich nach erfolgreichem Abschluss in entsprechenden Regionen für einen bestimmten Mindestzeitraum niederzulassen
- Vergütungszuschläge für Ärzte, die sich in einer bislang unterversorgten Region niederlassen
- Investitionszuschüsse zur Errichtung von Arztpraxen in ländlichen Regionen
- finanzielle Unterstützung von Ärzten mit Familienpflichten.

Ein weiterer Schritt zur Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum ist das vor einigen Monaten, am 11. Mai 2019, in Kraft getretene Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (**Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG**)¹⁷. Es bestimmt u. a. eine Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärzte von 20 auf 25 Stunden pro Woche. Das Gesetz

14 Nach § 142 Absatz 2 SGB V hat der Sachverständigenrat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Er hat u. a. Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten zu entwickeln und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

15 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2009, Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Kurzfassung, Kapitel 6.1, abrufbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=192>.

16 BGBl. I S. 1211.

17 Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung, BGBl I S. 646.

zielt darauf ab, durch die Erweiterung des Sprechstundenangebots allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen.

5. Krankenhausversorgung

Aktuell gibt es in Deutschland rund 2000 Krankenhäuser, darunter fast 1600 allgemeine Krankenhäuser mit einem in der Regel breiten Behandlungsspektrum, fast 300 sonstige Krankenhäuser sowie 65 Tages- und Nachtkliniken.¹⁸ Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Entsprechend ihrer Trägerschaft werden die Krankenhäuser unterschieden nach öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Einrichtungen.

Den **Sicherstellungsauftrag** für die Krankenhausversorgung haben die Bundesländer. Ihnen obliegt es, für eine ausreichende Anzahl leistungsfähiger Krankenhäuser in erreichbarer Nähe zu sorgen. Hierzu führen sie – seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972¹⁹ – eine staatliche **Krankenhausplanung** durch, bei der der Bedarf an Krankenhausleistungen in verschiedenen Versorgungsregionen zu ermitteln und die hier erforderlichen Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufzunehmen sind.

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt nach einem **dualen System**, einerseits im Wege öffentlicher Förderung der Investitionskosten durch die Bundesländer, andererseits haben die Behandelten bzw. ihre Kostenträger Pflegesätze zu entrichten, die zur Betriebskostenfinanzierung verwendet werden. Diese richten sich nach einem leistungsbezogenen Vergütungssystem mit Fallpauschalen und Sonderentgelten für Operationsleistungen (sog. **DRG-Fallpauschalensystem**²⁰). Dabei wird jeder DRG in Abhängigkeit vom durchschnittlichen Behandlungsaufwand ein Zahlenwert zugeordnet, auf dessen Grundlage eine Fallpauschale berechnet wird.²¹ Anhand der jeweiligen Fallpauschale wird sodann der einzelne Behandlungsfall abgerechnet.

18 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Krankenhausstatistik 2018, siehe http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=411.

19 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972, in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991, BGBl I S. 896, zuletzt geändert durch Art. 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019, BGBl I S. 646.

20 Die Abkürzung DRG steht für Diagnosis Related Group.

21 Vgl. den G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2018, https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2018.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes standen bei den Fallpauschalen nach **Hauptdiagnosen** im Jahr 2017 an höchster Stelle Erkrankungen des Kreislaufsystems, gefolgt von Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett- und Bindegewebes sowie Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane.²²

Mit Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)²³ zum 1. Januar 2016 hat der Gesetzgeber das Ziel einer gut erreichbaren und qualitativ hochwertigen Versorgung formuliert. Zu den vordringlichen Maßnahmen gehören:

- die Weiterentwicklung der Qualität der Versorgung der Krankenhausversorgung
- die Stärkung der unmittelbaren Patientenversorgung
- die finanzielle Unterstützung von Umstrukturierungsprozessen in der Krankenhausversorgung mit Hilfe des Krankenhausstrukturfonds.

Zu diesen Maßnahmen gehört auch die Festlegung von **Pflegepersonaluntergrenzen** in besonders pflegeintensiven Krankenhausbereichen, wie etwa der Intensivmedizin oder der Geriatrie. Die Einzelheiten werden in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 geregelt.²⁴

Das **Pflegeberufereformgesetz**, das am 24. Juli 2017 verkündet wurde und das ebenfalls zur Qualitätsverbesserung beitragen soll, setzt bei der Ausbildung der Pflegekräfte an. Diese soll den veränderten Rahmenbedingungen, insbesondere dem zunehmenden Pflegebedarf Rechnung tragen. Eine der Maßnahmen ist die Generalisierung der Pflegeausbildung, die es künftig möglich macht, dass Pflegefachkräfte in allen Altersgruppen und damit flexibler als bisher eingesetzt werden können. Gerade diese Generalisierung wurde jedoch sowohl während des Gesetzgebungsverfahrens als auch nach Verabschiedung des Gesetzes kritisiert, u. a., weil befürchtet wird, dass dann, wenn etwa im Bereich der Altenpflege nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen, dort Fachkräfte vorgesehen würden, denen es an ausreichendem Spezialwissen für die Altenpflege fehlt.²⁵

22 Statistisches Bundesamt, Anzahl der in deutschen Krankenhäusern abgerechneten Fallpauschalen nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht im Jahr 2017, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/369342/umfrage/diagnosen-in-deutschen-krankenhausern-nach-hauptdiagnosegruppen-und-geschlecht/>.

23 Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl I S. 2229).

24 BGBl. I S. 1632.

25 Kritik an Verhalten der Bundesregierung beim Pflegeberufegesetz, 1. Juni 2017, siehe <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/76104/Kritik-an-Verhalten-der-Bundesregierung-beim-Pflegeberufegesetz>.

Auch das **Hospiz- und Palliativgesetz**, das im Dezember 2015 in Kraft getreten ist²⁶, enthält eine Reihe von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung. Ziel des Gesetzes ist die Förderung der medizinischen, pflegerischen, psychologischen und seelsorgerischen Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase und ein flächendeckender Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung.

6. Arzneimittelversorgung

Gemäß § 31 Abs. 1 SGB V haben Versicherte der GKV einen Leistungsanspruch auf medizinisch notwendige Arzneimittelversorgung. Die Arzneimittelversorgung erfolgt in Deutschland durch Arzneimittelhersteller, pharmazeutischen Großhandel, sowie öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken. Krankenhausapotheken sind im Gegensatz zu öffentliche Apotheken nicht für den Publikumsverkehr geöffnet und sollen die Arzneimittelversorgung der Krankenhauspatienten sicherstellen.

Die Zulassung von Arzneimitteln für den deutschen Markt erfolgt durch das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** (BfArM). Auch nach der Zulassung werden Arzneimittel durch das BfArM ständig überwacht.²⁷ Daneben unterliegen auch alle Betriebe und Einrichtungen, die Arzneimittel herstellen, prüfen, lagern, verpacken oder in den Verkehr bringen, einer staatlichen Kontrolle, § 64 Arzneimittelgesetz (AMG)²⁸.

Bezüglich ihrer Zugänglichkeit können Arzneimittel in **vier Gruppen** eingeteilt werden:

- Freiverkäufliche Arzneimittel,
- apothekenpflichtige Arzneimittel,
- verschreibungspflichtige Arzneimittel nach der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)²⁹ und
- Betäubungsmittel.

Die Abgabe des überwiegenden Teils der Arzneimittel darf nur in Apotheken erfolgen (sog. **Apothekenmonopol**). Eine direkte Abgabe an den Patienten durch den Arzt ist nur in wenigen Ausnahmefällen erlaubt.³⁰ Bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln sind die Preise staatlich reguliert, es

26 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 1. Dezember 2015, BGBl I S. 2114.

27 Beobachtung des Arzneimittels nach der Zulassung <https://www.bfarm.de/DE/Buerger/Arzneimittel/Arzneimittelueberwachung/node.html>.

28 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) in der Fassung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202).

29 Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung - AMVV) vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 27. März 2019 (BGBl. I S. 366).

30 Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland, 4. Auflage, Bern 2013.

gilt die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV)³¹. Grundgedanke hierbei ist, dass Patienten ein bestimmtes Arzneimittel in jeder Apotheke zu den gleichen Bedingungen bekommen sollen und die Notlage der Patienten nicht ausgenutzt werden soll. Bei nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln herrscht hingegen freie Preisbildung.³²

2017 gab es in Deutschland 19.423 öffentliche Apotheken. Zehn Jahre zuvor waren es noch rund 2.000 Apotheken mehr. Die hohe Anzahl der jährlichen Schließungen ist dabei auch Ausdruck eines fortlaufenden Konzentrationsprozesses auf dem deutschen Apothekenmarkt.³³ Die Entwicklung spiegelt sich in einem stetigen Umsatzwachstum wider: Der Gesamtumsatz der Apotheken in Deutschland betrug im Jahr 2018 deutschlandweit insgesamt rund 50,8 Milliarden Euro (zum Vergleich: 2017 waren es 49,1 Milliarden Euro, im Jahr 2010 nur 39,9 Milliarden Euro).³⁴ Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung beliefen sich im Jahr 2018 dabei auf rund 38,67 Milliarden Euro.³⁵ Zu einem wichtigen Wachstumssegment entwickelt sich im Übrigen der **Apothekenversandhandel**, der sich im Übrigen erheblich auf die Schließung von Apotheken ausgewirkt hat.³⁶ Der Versandhandelsumsatz betrug im Jahr 2018 bei rezeptfreien Arzneimitteln 910 Mio. Euro, bei rezeptpflichtigen Medikamenten 300 Mio. Euro.³⁷

Der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln bedarf gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 AMG einer Erlaubnis nach § 11a Apothekengesetz (ApoG)³⁸. Apothekeninhaber müssen zum Erhalt der Erlaubnis eine Reihe von Anforderungen erfüllen. Der Versand darf nur aus einer öffentlichen Apotheke zusätzlich zum üblichen Apothekenbetrieb erfolgen. Der Versand muss innerhalb von zwei Arbeitstagen nach Eingang der Bestellung erfolgen, soweit das Arzneimittel in dieser Zeit zur Verfügung steht. Die Patienten müssen auf das Erfordernis hingewiesen werden, mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufzunehmen, falls das Arzneimittel Nebenwirkungen verur-

31 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 14 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202).

32 <https://www.abda.de/apotheke-in-deutschland/preise-und-honorare/preisbildung-bei-arzneimitteln/>.

33 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5063/umfrage/oeffentliche-apotheken-in-deutschland-seit-1999/>.

34 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/3221/umfrage/jaehrlicher-gesamtumsatz-der-apotheken-in-deutschland-seit-1999/><https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5063/umfrage/oeffentliche-apotheken-in-deutschland-seit-1999-1995/>.

35 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/152841/umfrage/arzneimittelausgaben-der-gesetzlichen-krankenversicherung-seit-1999/>.

36 Radtke, Rainer, Statistiken zu Apotheken und zum Apothekenmarkt, 28. Mai 2019. Abrufbar über <https://de.statista.com/themen/650/apotheken/>.

37 Deutscher Apothekerverband e.V. (DAV), Apothekenwirtschaftsbericht 2019, S. 63, abrufbar unter https://live.typo3.abda.321.works/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2019/WiFo_2019/Apothekenwirtschaftsbericht_2019_DAV_Wifo_2019-05-08.pdf.

38 Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202).

sacht. Zudem muss mit einem Qualitätssicherungssystem gewährleistet werden, dass die Arzneimittel so verpackt, transportiert und ausgeliefert werden, dass ihre Qualität und Wirksamkeit erhalten bleiben.

Der Arzneimittelversandhandel nach Deutschland ist gemäß § 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1a AMG auch für Apotheken aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraumes möglich. Voraussetzung dafür ist, dass die ausländischen Apotheken entweder eine Versandhandelserlaubnis nach deutschem Recht haben oder eine Erlaubnis nach dem Recht des eigenen Staates, soweit es den deutschen Vorschriften in Bezug auf den Arzneimittelversandhandel entspricht.

7. Pflegerische Versorgung

Im Koalitionsvertrag 2018 haben die Koalitionäre betont, wie wichtig es ist, Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege zu treffen. Hierzu gehören u. a.:

- bessere und flexiblere Abstimmung der Leistungen der Pflegeversicherung
- Unterstützung älterer und pflegebedürftiger Menschen, damit sie ihren Alltag möglichst selbst bewältigen können
- Entwicklung von Personalmindeststandards und Aufwertung der Pflegeberufe.

Nach der Pflegestatistik 2017 des Statistischen Bundesamtes waren zum Jahresende 2017 3,5 Mio. Menschen pflegebedürftig³⁹. Gut drei Viertel der Pflegebedürftigen (76 Prozent) wurden zuhause versorgt, d. h. durch Angehörige oder ambulant gepflegt, 24 Prozent wurden stationär in Pflegeheimen versorgt. Die Zahl der Pflegebedürftigen hat seit 2015 stark zugenommen, sie lag Ende 2017 um 19 Prozent höher als noch zwei Jahre zuvor.

Im Dezember 2017 gab es in Deutschland insgesamt rund 14.000 ambulante Dienste, wobei knapp zwei Drittel in privater Trägerschaft standen, knapp ein Drittel waren freigemeinnützige Träger (wie etwa Diakonie oder Caritas), lediglich ein Prozent fiel auf öffentliche Träger. Etwas anders stellen sich die Zahlenverhältnisse bei den Pflegeheimen dar: Rund 53 Prozent von ihnen werden in freigemeinnütziger Trägerschaft betrieben, rund 43 Prozent von privaten Trägern und rund 5 Prozent von öffentlichen Trägern.⁴⁰

Um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen finanziell zu entlasten, hatte der Gesetzgeber 1994 mit Erlass des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit

39 Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse 2017, S. 4, abrufbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf;jsessionid=22A1DD58EEC62C57CEFAB26B5C5CDE4C.internet721?_blob=publicationFile.

40 Zu diesen Zahlen siehe die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 2017, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf;jsessionid=22A1DD58EEC62C57CEFAB26B5C5CDE4C.internet721?_blob=publicationFile.

(**Pflege-Versicherungsgesetz** – PflegeVG) die Pflegeversicherung eingeführt, die allerdings nicht alle Pflegekosten abdeckt sondern sich als Teilleistungssystem versteht und nur einen gesetzlich festgelegten Teil der pflegebedingten Kosten übernimmt.

Heute sind rund 72,7 Millionen Menschen sozial und rund 9,3 Millionen privat pflegeversichert.

Diverse Gesetzesänderungen haben die soziale Pflegeversicherung seitdem reformiert. Mit dem **Ersten Pflegestärkungsgesetz**, das zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, wurde zur Sicherung der Finanzierung der Pflege u. a. ein **Pflegevorsorgefonds** eingeführt, in den regelmäßig 0,1 Prozentpunkte des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung einfließen. Mit diesen Beträgen soll bis zum Jahr 2035 Kapital angespart werden, das dann der Pflegeversicherung wieder zugeführt werden könnte. Auf diese Weise sollen denkbare Beitragssteigerungen abgedeckt werden, die für den Zeitpunkt erwartet werden, wenn die geburtenstarken Jahrgänge das durchschnittliche Pflegealter erreichen.⁴¹

Die umfassendsten Reformen brachte das **Zweite Pflegestärkungsgesetz** vom 21. Dezember 2015, insbesondere mit der stärkeren Berücksichtigung von Demenz- und psychischen Erkrankungen bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit, der Umstellung der bisherigen drei Pflegestufen auf **fünf Pflegegrade** sowie der Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens mit sich.

Die Leistungen der Pflegeversicherung unterscheiden sich danach, ob die Pflege am Wohnort des Pflegebedürftigen oder aber stationär erbracht werden sowie nach Zuordnung zu einem der Pflegegrade.⁴²

ambulante Pflege:

- **Pflegegeld** für Pflegebedürftige (wird an diese gezahlt): maximal bei Pflegegrad 2: 316 € bis zu maximal 5: 901 € bei Pflegegrad 5.
- **Pflegesachleistungen** (Kosten für Inanspruchnahme für bestimmte körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen zur Haushaltsführung), maximal bei Grad 2: 689 € und bei Grad 5: 1995 €.
- alternativ **Kombination** beider Leistungsarten, um die optimalen individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen, allerdings mit der Konsequenz, dass der ein bzw. andere Leistungsanteil entsprechend reduziert wird.
- **Entlastungsbeitrag** bis zu 125 € monatlich (zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Nahestehender und zur Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen).

41 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegevorsorgefonds.html>.

42 Nachfolgende Übersicht ist den Informationen auf der Internetseite des BMG zum Thema Pflege, Leistungen der Pflegeversicherung entnommen, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege.html>.

stationäre Pflege:

- vollstationär: pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen, ebenfalls nach Pflegegraden gestaffelt (von 125 € bei Pflegegrad 1 bis zu 2005 € bei Pflegegrad 5)
- teilstationär (Tages- oder Nachtpflege)
- Kurzzeitpflege

Im Rahmen der vollstationären und teilstationären Pflege besteht darüber hinaus ein Anspruch auf zusätzliche Betreuung, um den Pflegebedürftigen mehr Zuwendung und mehr Teilnahme am Gemeinschaftsleben zu ermöglichen.

Eines der größten Probleme ist nach wie vor der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal. Das im Jahr 2017 verkündete **Pflegeberufegesetz**, mit dem die Alten- und Krankenpflegeausbildung zusammengeführt, das Schulgeld abgeschafft und eine Ausbildungsvergütung gesichert wurden, versucht hier gegenzusteuern.⁴³

In der medizinischen Fachliteratur und Fachpresse wird seit Jahren auf die Personalnot in der Pflege hingewiesen. Zum diesjährigen „**Tag der Pflege**“ am 12. Mai 2019 hat auch die Bundesagentur für Arbeit darauf hingewiesen, dass der Fachkräftemangel in der Pflege weiter zugenommen habe und es nach wie vor große Probleme gebe, freie Pflege-Jobs zu besetzen. Es dauere aktuell 183 Tage, eine frei gewordene Pflegestelle zu besetzen.⁴⁴

43 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe vom 17. Juli 2017, BGBl I S. 2581.

44 Staeck, Florian, Personalmangel in der Pflege spitzt sich zu, in: ÄrzteZeitung online, 10. Mai 2019, abrufbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/987696/bundesagentur-arbeit-personalmangel-altenpflege-spitzt.html.