

Kapitel 3

Dimensionen des Gesundheitsmarktes und seine Darstellung

3.1 Gesundheitswesen und Krankheitsversorgung

Das Gesundheitswesen bzw. Gesundheitssystem wird mit seinem enormen Marktvolumen, das knapp doppelt so hoch ist wie der Zweite Gesundheitsmarkt, oft fälschlicherweise mit dem Gesundheitsmarkt bzw. der Gesundheitswirtschaft insgesamt gleichgesetzt. Die Ursachen hierfür liegen in der staatlich definierten Zuständigkeit und, sich wechselseitig bedingend, in der Deutungshoheit von „Gesundheit“ durch die Schulmedizin (vgl. Kapitel 1.1). Um Einsteiger und (jeweils) Branchen- bzw. Sektorenfremde an die Größenordnungen heranzuführen werden die Ausgaben des Gesundheitswesens gesamthaft dargestellt. Mit der Darstellung von Berufen und Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen sowie von unterschiedlichen Betrachtungsmodellen in den offiziellen Statistiken wird versucht den Gesundheitsmarkt in seiner Gesamtheit transparenter zu machen. Dazu dienen auch die tabellarische Darstellung der einzelnen Teilbranchen und ein kurzer Einblick in die neuen Formen der Zusammenarbeit (Netzwerke und Kooperationen) im Gesundheitsmarkt.

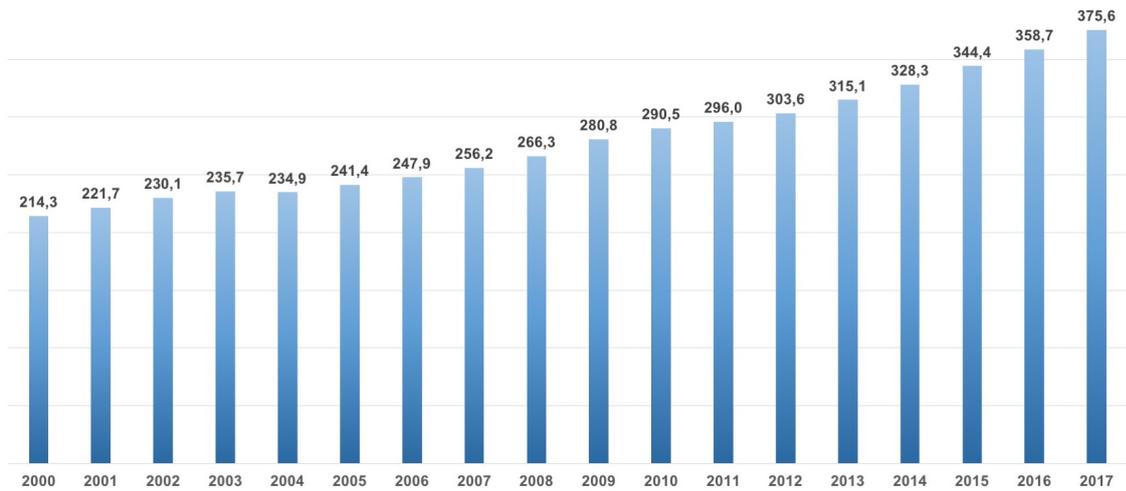
3.1.1 Ausgaben und Leistungsarten im Gesundheitswesen

Die **Gesundheitsausgaben** in Deutschland beliefen sich im Jahr 2017 auf 375,6 Milliarden Euro oder 4 544 Euro je Einwohnerin beziehungsweise Einwohner. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, entspricht dies einem Anstieg um 4,7 Prozent oder 16,9 Milliarden Euro gegenüber 2016. Der Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag bei 11,5 Prozent. Die Gesundheitsausgaben überschritten damit im Jahr 2017 erstmals die Marke von einer Milliarde Euro pro Tag. Für das Jahr 2018 wird auf Basis bereits vorliegender und fortgeschriebener Werte ein weiterer Anstieg auf 387,2 Milliarden Euro geschätzt, das wären 3,1 Prozent mehr als im Jahr 2017.¹³² Insgesamt stiegen die Gesundheitsausgaben von 2000 auf 2017 um 75,3 Prozent.

57,0 Prozent der Gesundheitsausgaben im Jahr 2017 trugen die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gefolgt von den privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszwecke mit 13,5 Prozent (vgl. Abbildung 3.2)

¹³² vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/03/PD19_109_23611.html, Abruf: 23. März 2020.

Abbildung 3.1: Gesundheitsausgaben in Deutschland 2000 – 2017 (Mrd. Euro)

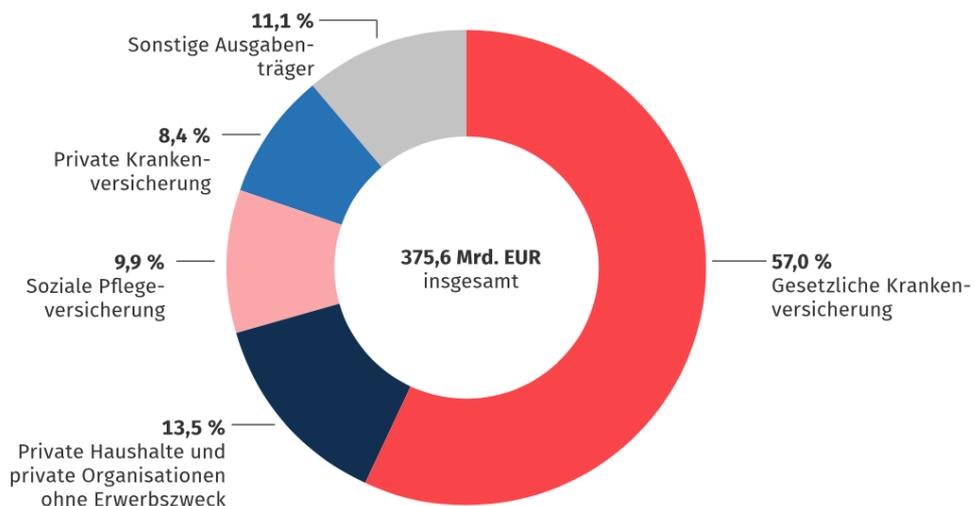


Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung (GAR)

Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) weist die Ausgaben – unabhängig von der Einrichtung – auch für die jeweiligen Leistungsarten aus (vgl. Abbildung 3.3). Diese Leistungsarten formen mitunter auch die Sektoren (Branchen, Teilmärkte) des Gesundheitswesens:¹³³

Abbildung 3.2: Gesundheitsausgaben 2017 nach Ausgabenträgern in Prozent

Gesundheitsausgaben 2017
nach Ausgabenträgern in %



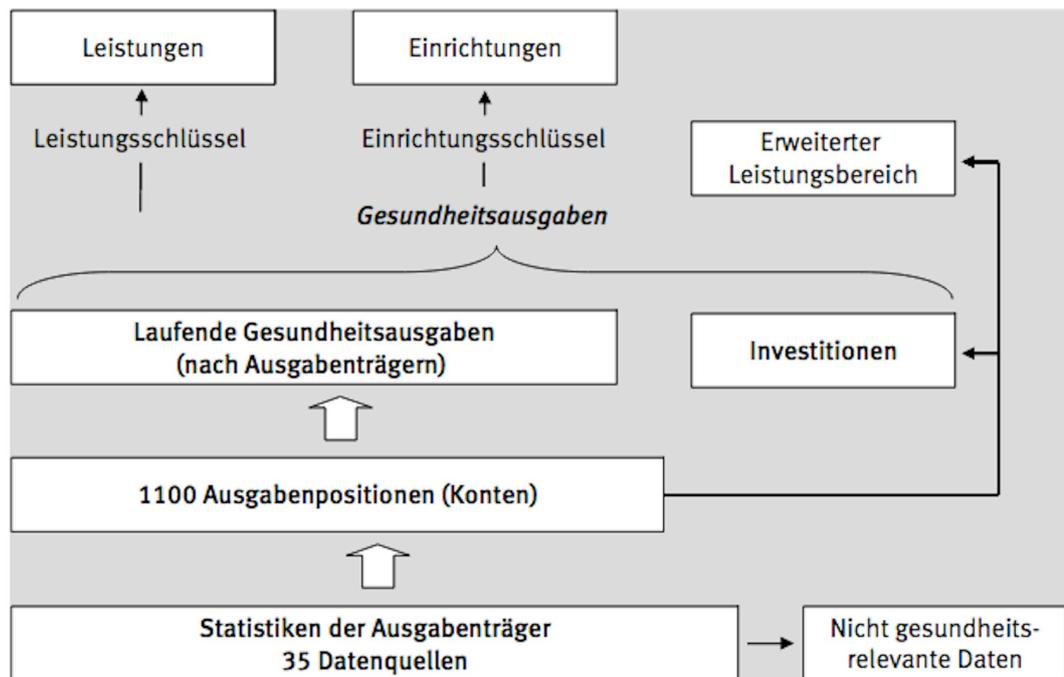
© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019

Quelle: destatis

¹³³ vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.1, 2014, S. 7ff.

- *Prävention/Gesundheitsschutz* umfasst sämtliche Leistungen, die bereits im Vorfeld oder im Frühstadium einer Erkrankung greifen und deren Entstehen oder weitere Verbreitung verhindern sollen. Hierzu gehören auch die von Ministerien, Gesundheitsämtern und sonstigen Institutionen erbrachten Überwachungsfunktionen.

Abbildung 3.3: Systematik der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes



Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Methoden und Grundlagen Statistisches Bundesamt, 2008

- *Allgemeiner Gesundheitsschutz*: Gesundheitsbeobachtung, Infektionsschutz, Hygieneüberwachung, Umweltmonitoring.
- *Gesundheitsförderung*: Vorbeugung spezifischer Krankheiten (*primäre Prävention*). Zur Gesundheitsförderung werden die von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen erbrachten Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsleistungen gerechnet.
- *Früherkennung von Krankheiten*: rechtzeitiges Erkennen einer Erkrankung, einer Störung beziehungsweise Fehlbildung oder eines sonstigen Gesundheitsschadens (sekundäre Prävention).
- *Gutachten und Koordination*: vor allem die Ausgaben für die gutachterlichen Stellungnahmen des sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienstes der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (MDK).

- *Ärztliche Leistungen* sind alle anfallenden Untersuchungs- und Behandlungsleistungen mit Ausnahme der physikalisch-medizinischen Leistungen, diese werden unter den therapeutischen Leistungen verbucht.
 - *Grundleistungen*: neben der Beratung, der Ausstellung von Rezepten und Hausbesuchen auch eingehende Untersuchungen an Organsystemen und die Erstellung von ärztlichen Berichten.
 - *Sonderleistungen*: breites Spektrum der fachärztlichen Tätigkeit, worunter Leistungen der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Augenheilkunde usw. fallen. Aber auch Leistungen in Verbindung mit der ärztlichen Grundversorgung wie zum Beispiel das Anlegen eines Verbandes oder das Verabreichen von Injektionen, sind Sonderleistungen. Obwohl die Unterscheidung in Grund- und Sonderleistungen prinzipiell nicht an die Einrichtung, in der die Leistungen erbracht werden, gebunden ist, werden in Krankenhäusern sowie in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nur Sonderleistungen erbracht. Nicht davon betroffen sind die ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen in diesen Einrichtungen. Im zahnärztlichen Bereich sind die Sonderleistungen der Prothetik und der Kieferorthopädie vorbehalten.
 - *Laborleistungen*: Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, Probenvorbereitung, Untersuchung des Materials sowie Erstellung der Befunddokumentation. Histologische, zytologische und zytogenetische Leistungen werden ebenfalls den Laborleistungen zugewiesen.
 - *Strahlendiagnostische Leistungen*: röntgendiagnostische und computertomographische Leistungen sowie die Magnetfeld-Resonanz-Tomographie (MRT) und die nuklearmedizinische in-vivo-Untersuchungen.
- *Pflegerische/therapeutische Leistungen* beinhalten Leistungen, die darauf abzielen, die Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf die Fähigkeiten und das Handeln einer Person zu lindern oder zu beseitigen.
 - *Pflegerische Leistungen*: Während bei der Grundpflege die Unterstützung und Hilfestellung bei Tätigkeiten des täglichen Lebens im Vordergrund steht, schließt die Behandlungspflege auch Maßnahmen wie Injektionen, Verbände, Medikamentengabe und Infusionen mit ein. Die Intensivpflege widmet sich insbesondere der Betreuung schwerstkranker Patienten mit bedrohten oder stark beein-

trächtigsten Vitalfunktionen. Die im Rahmen der häuslichen Pflege erbrachte hauswirtschaftliche Versorgung wird ebenfalls als pflegerische Leistung angesehen.

- *Therapeutische Leistungen:* insbesondere physio- und psychotherapeutische Leistungen sowie die von Heilpraktikern, Logopäden und Chiropraktikern usw. erbrachten Leistungen. Die im Rahmen der ärztlichen Behandlung erbrachten physikalisch-medizinischen Leistungen werden ebenfalls zu den therapeutischen Leistungen gezählt.
- *Mutterschaftsleistungen:* von Hebammen oder Entbindungshelfern durchgeführten Leistungen. Dazu gehören auch die Vergütungen für die U1-Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind. Ausgaben für ärztliche Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie die Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung im Falle einer stationären Entbindung werden nicht zu den Mutterschaftsleistungen gezählt.
- *Unterkunft/Verpflegung:* Hotelleistungen in stationären/teilstationären Einrichtungen.
- *Waren:* Arznei- und Hilfsmittel sowie der sonstige medizinische Bedarf sowie die im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und der kieferorthopädischen Behandlung eingesetzten Materialien und Laborleistungen.
 - *Arzneimittel:* Arzneimittel sind Stoffe und Zubereitungen, durch deren Anwendung Krankheiten und Beschwerden geheilt, gelindert oder verhütet werden sollen. Hierzu gehören auch Stoffe, die der Diagnose dienen, die Abwehrkräfte erhöhen oder seelische Zustände beeinflussen sowie Verbandmittel.
 - *Hilfsmittel:* Gegenstände, die beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, ergänzen oder erleichtern.
 - *Zahnersatz:* Material- und Laborleistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und der kieferorthopädischen Behandlung anfallen und von praxis-eigenen oder gewerblichen Labors erbracht werden. Die Leistungen der praxis-eigenen Labore werden dabei der Einrichtungsart „Zahnarztpraxen“ und die der gewerblichen Labore der Einrichtungsart „Gesundheitshandwerk/-einzelhandel“ zugeordnet.

- *Sonstiger medizinischer Bedarf*: Implantate, Blutprodukte, ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Instrumente, Narkose- und sonstiger OP-Bedarf, Labor- und Dialysebedarf.
- *Transporte*: Ausgaben für Rettungs- und Notarztwagen oder Flugrettung sowie die Ausgaben für dabei anfallende Erste-Hilfe-Maßnahmen. Auch Aufwendungen für die Beförderung in Krankentransportwagen, Taxen und Mietwagen.
- *Verwaltungsleistungen*: Personalausgaben der Ausgabenträger (u.a. Krankenkassen), deren Aufwendungen für die Durchführung von Verwaltungsarbeiten sowie die Beiträge an Verbände und Vereine. Aus methodischen Gründen werden bei der Gesundheitsausgabenrechnung jedoch nicht alle Verwaltungskosten der Ausgabenträger einbezogen (zum Beispiel Ausgaben für Finanzausgleiche und Abschreibungen).
- *Investitionen*: Investitionsausgaben und Investitionszuschüsse der öffentlichen Haushalte für Krankenhäuser (i.d.R. Bundesländer) sowie die öffentlichen Investitionen für Forschung und Ausbildung sowie Investitionskosten, die den Bewohnern von (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Rechnung gestellt werden, Investitionen der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der privaten Krankenversicherung. Die darüberhinausgehenden in den unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Arztpraxen, Apotheken und Gesundheitshandwerk/-einzelhandel) werden den Einrichtungen indirekt über die in den Leistungsabrechnungen enthaltenen Abschreibungsbestandteile vergütet und sind somit implizit enthalten.

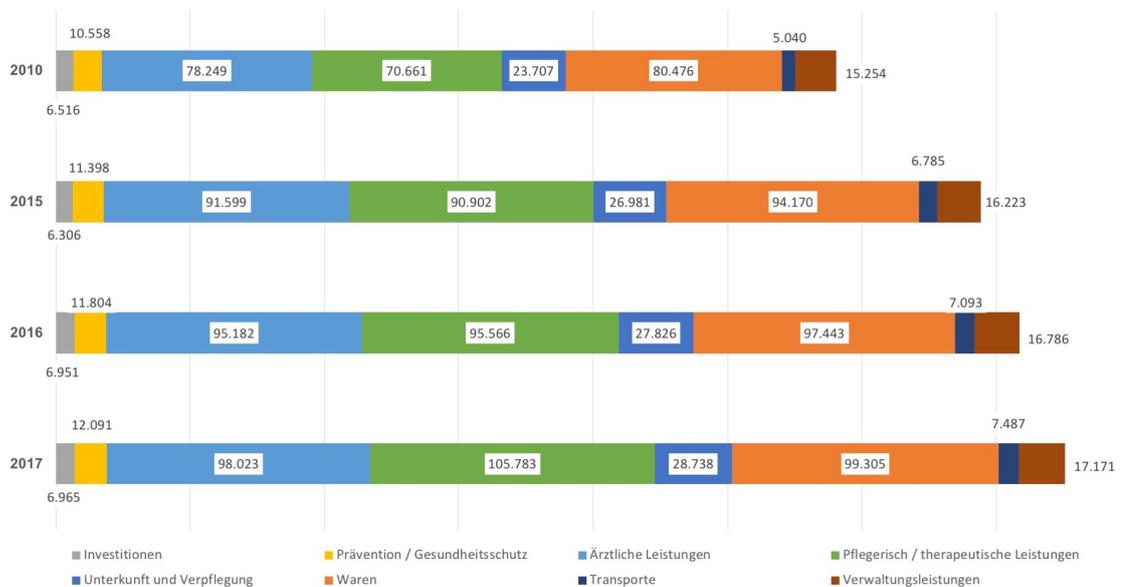
Daneben gibt es noch eine *erweiterten Leistungsbereich* des Gesundheitswesens mit den folgenden Bereichen:

- *Forschung*: die öffentlich finanzierte Erforschung des Menschen unter human-genetischen, biochemischen, biophysikalischen u. ä. Gesichtspunkten. Die Erforschung der Entstehung von Krankheiten und die Entwicklung von Methoden zur Krankheitsvermeidung, Früherkennung und Behandlung sowie die Entwicklung von Arzneimitteln mit öffentlichen Mitteln werden ebenfalls einbezogen. Nicht enthalten sind die Forschungsleistungen der pharmazeutischen Industrie.
- *Ausbildung*: Kosten für Aus- und Weiterbildung von medizinischen und paramedizinischen Berufen.
- *Ausgleich krankheitsbedingter Folgen*: nicht-medizinische Leistungen, bei denen der soziale Aspekt im Vordergrund steht. Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter

Folgen zum Beispiel zur beruflichen Teilhabe für behinderte Menschen, aber auch Haushalts- und Betriebshilfen.

- *Einkommensleistungen*: Lebensunterhalt der Kranken, Berufs- oder Erwerbsunfähigen. Dies geschieht durch die Zahlung von Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeldern, vorzeitigen Renten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie durch die Entgeltfortzahlung bei Krankheit und Mutterschaft.

Abbildung 3.4: Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren 2010 – 2017 nach Leistungsbereichen (Mrd. Euro)



Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung (GAR)

Diese dargestellten Leistungsbereiche, teilweise auch mit einigen Sektoren identisch, schlagen sich ganz unterschiedlich in den Gesundheitsausgaben nieder (vgl. Abbildung 3.4).¹³⁴ Das Statistische Bundesamt betrachtet zur Strukturierung des Gesundheitswesens in der *Krankheitskostenrechnung* ausschließlich die direkten Kosten einzelner Krankheiten. Dabei werden die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und den, diese Leistungen erbringenden Einrichtungen gegliedert. Basis sind dabei die Daten der Ausgabenträger (vgl. Kapitel 3.1.3).

Hinsichtlich der Herkunft der Daten führt das Statistische Bundesamt aus: „Dies bedeutet, dass der Startpunkt der Erfassung der Gesundheitsausgaben die unterschiedlichen Informationen der einzelnen Ausgabenträger ist. Für die Sozialversicherungsträger [bzw. im Rahmen des Handbuchs Ausgaben- bzw. Kostenträger, Anm.] sind dies die jährlich veröf-

¹³⁴ vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit Ausgaben, Wiesbaden 2016.

fentlichten Rechnungsergebnisse. Für die Ausgaben von Bund, Länder und Kommunen stehen Daten aus den Haushaltsplänen [über die Finanzstatistiken] zur Verfügung [...] Für Ausgaben im privaten Sektor stammen die Informationen aus den Geschäftsergebnissen der privaten Krankenkassen [PKV, Anm.] und anderen Quellen, welche über Zuzahlungen und Direktkäufe der [...] Patienten ohne Zwischenschaltung eines Versicherungssystems Aufschluss geben. Dies können z. B. Informationen über Umsätze oder den Produktionswert eines Wirtschaftszweiges sein, in dem der private Konsum als Residualwert der bekannten Größen behandelt wird. In anderen Bereichen werden die Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten über vorhandene Statistiken [Verbands- und Ressort-Statistiken] oder Schätzungen ermittelt.“¹³⁵

Dass es hier i.d.R. zu einer etwa zweijährigen Zeitverzögerung bei der Veröffentlichung der Daten kommt und damit ebenfalls mit unterschiedlichen Datenquellen und auch -qualitäten operiert werden muss, ergibt sich selbstredend (vgl. Kapitel 3.2).

3.1.2 Berufe, Einrichtungen und Akteure

Eine exakte Definition von „Gesundheitsberuf“ gibt es nicht. Dies kann es bei der Vielfalt unter dem Aspekt „ganzheitliche Gesundheit“ aber auch nicht geben. Es dürften sich weit über 1.000 Begrifflichkeiten dazu im Gesundheitsmarkt finden. Dazu gehören u.a. auch selbständige Berufe im Umfeld sogen. *importierter Gesundheits- bzw. Heillehren* wie die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Feng Shui, Shiatsu, Taijiquan oder Qigong (vgl. Kapitel 9).¹³⁶ Im Allgemeinen werden unter ‚Gesundheitsberuf‘ „alle die Berufe zusammengefasst, die im weitesten Sinne mit der Gesundheit zu tun haben. Nur für einen Teil der Gesundheitsberufe ist der Staat zuständig; viele entwickeln sich auch ohne Reglementierung, das heißt, ohne dass es eine staatliche Ausbildungsregelung gibt.“¹³⁷ Dem entsprechend teilt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Gesundheitsberufe in geregelte und nicht geregelte Berufe ein. Die Regelung kann durch den Bund oder wenn dieser die Regelung nicht in Anspruch nimmt durch die Länder erfolgen.

Demnach zählen alle Berufe „deren Ausbildung nicht bundes- oder landesrechtlich geregelt ist, zu den nicht geregelten Berufen. Sie werden demzufolge auch nicht den sogen.

¹³⁵ Gesundheitsausgabenrechnung Methoden und Grundlagen 2008, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, März 2011, S. 7.

¹³⁶ Als beispielhafter Dachverband für Freie Gesundheitsberufe sei hier der Dachverband für freie beratende und Gesundheit fördernde Berufe e.V. angeführt, vgl. <http://www.freie-gesundheitsberufe.de>, Abruf: 22. April 2020.

¹³⁷ Hierzu und zum Folgenden <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html#c933>, Abruf 22. April 2020.

staatlich anerkannten Berufen zugerechnet. Das gilt auch für hochschulische Ausbildungen. Die Unterscheidung kann relevant werden, wenn es bei der Ausübung bestimmter Tätigkeiten auf eine staatliche Anerkennung des Berufs ankommt, wie das z. B. der Fall ist, wenn eine Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt wird.“ Die Bundesagentur für Arbeit wird daher auch i.d.R. diese „nicht geregelten Berufe“ in den wenigsten Fällen vermitteln bzw. darüber z.B. auch Statistiken führen. Durch Bundesgesetze (jeweils mit Abkürzungen in Klammern) geregelte Heilberufe sind:

- Arzt (Bundesärzteordnung BÄO)
- Zahnarzt (Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde ZHG)
- Psychologischer Psychotherapeut (PsychThG)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (PsychThG)
- Apothekenwesen (ApoG)
- Tierarzt (Bundestierärzte-Verordnung BTÄO)
- Gesundheits- und Kinder-/Krankenpfleger (KrPflG)
- Hebamme/Entbindungspfleger (HebG)
- Ergotherapeut (ErgThG)
- Logopäde (LogopG)
- Orthoptist (OrthoptG)
- Physiotherapeut (MPhG)
- Masseur und medizinische Bademeister (MPhG)
- Diätassistent (DiätAssG)
- Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTA-Gesetz)
- Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTA-Gesetz)
- Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTA-Gesetz)
- Veterinärmedizinisch-technischer Assistent (MTA-Gesetz)
- Podologe (PodG)
- Notfallsanitäter (NotSanG), Rettungsassistent (RettAssG)
- Pharmazeutisch-technischer Assistent (PTA-Gesetz/PharmTAG)
- Altenpfleger (AltpflG).

Die Ausbildung der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten und der pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten wird durch das Berufsausbildungsgesetz

geregelt. Sie zählen nicht zu den Heilberufen. Die Zuständigkeit für das Gesundheitshandwerk liegt beim Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) und den entsprechenden nachgeordneten Behörden in den Ländern. Unter die Handwerksordnung fallen Augenoptiker, Hörgeräteakustiker, Orthopädieschuhtechniker und -mechaniker, Bandagisten und Zahntechniker (vgl. Kapitel 7).

Die Berufstätigen dieser und anderer nichtärztlicher geregelter Gesundheitsberufe (vgl. Kapitel 6) arbeiten meist in sogen. Gesundheitseinrichtungen, sprich Unternehmen des Gesundheitswesens (Erster Gesundheitsmarkt). Ursache für diese Begrifflichkeit „Einrichtung“ ist die staatliche Reglementierung dieser Gesundheitsanbieter, die häufig damit intendierte Nicht-Gewinnerzielungsabsicht und die damit einhergehende Nichtsteuerbarkeit der Umsätze von „juristischen Personen des öffentlichen Rechts.“¹³⁸ Als *Einrichtungen* – sie werden in den betreffenden Kapiteln des Handbuchs näher vorgestellt – definiert das Statistische Bundesamt:¹³⁹

- *Einrichtungen des Gesundheitsschutzes* wie z.B. Gesundheitsämter, Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle und -überwachung, Kommunalhygiene, Arbeitsschutz und -medizin und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dazu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.
- *Ambulante Einrichtungen*
 - Arzt- und Zahnarztpraxen
 - Praxen sonstiger medizinischer Berufe wie physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Hebammen, Heilpraktiker, Podologen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste
 - Apotheken
 - Gesundheitshandwerk/-einzelhandel
 - Ambulante Pflege.
- *Stationäre/teilstationäre Einrichtungen*
 - Krankenhäuser
 - Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen
 - Stationäre/teilstationäre Pflege.

¹³⁸ Mit dem neugeregelten Umsatzsteuergesetz (UStG) § 2b Juristische Personen des öffentlichen Rechts werden aber auch diese i.d.R. meistens im Wettbewerb des Gesundheitsmarktes stehenden Unternehmen in gewissen Fällen steuerpflichtig. Vgl. hierzu https://www.gesetze-im-internet.de/ustg_1980/_2b.html, Abruf: 24. April 2020.

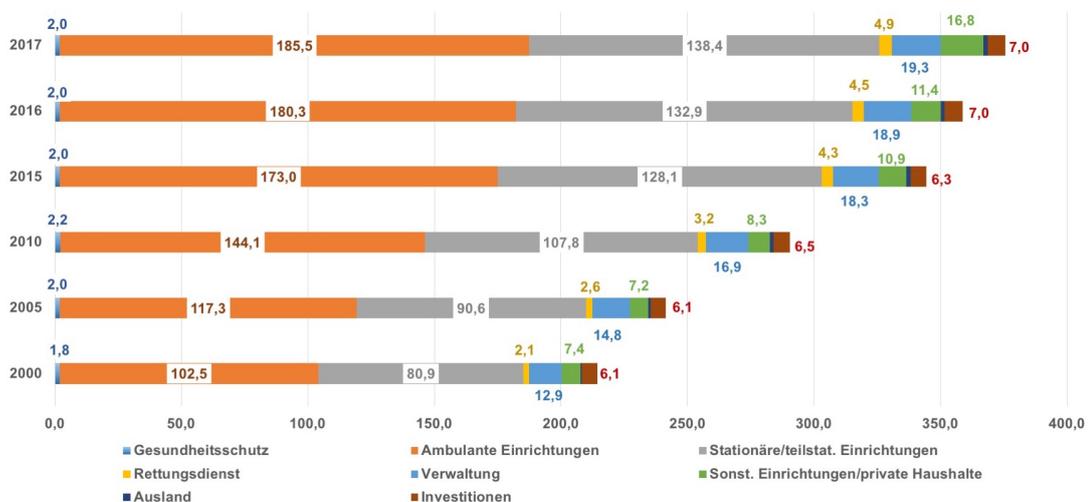
¹³⁹ vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.1, 2014, S. 6, 11f.

- *Rettungsdienste*
- *Verwaltung* (ihnen werden die Verwaltungskosten der GKV, des MDK und der sonstigen Ausgabenträger zugeordnet).
- *Sonstige Einrichtungen/private Haushalte* (Einrichtungen anderer Wirtschaftszweige, wie z.B. Taxiunternehmen, die Krankenfahrten durchführen und die Pflege von Angehörigen).
- *Ausland (Importe)* mit allen Gütern und Dienstleistungen welche Versicherte im Ausland beziehen bzw. die für sie im Ausland erbracht werden.
- *Investitionen* mit den getätigten Investitionsleistungen.

Die Ausgaben für diese Einrichtungen steigen nach der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes (destatis) seit Jahrzehnten (vgl. Abbildung 3.5). Dies wird in dem betrachteten Zeitraum vor allem von den ambulanten (102,5 zu 185,5 Mrd. Euro) und stationären/teilstationären Einrichtungen (80,9 zu 138,4 Mrd. Euro) verursacht. Die Ausgaben für den Gesundheitsschutz (1,8 zu 2,0 Mrd. Euro) und die Ausgaben für die restlichen Einrichtungen stiegen moderat.

Der Staat sowie die damit beauftragten Institutionen, i.d.R. der *Selbstverwaltung*, lassen diese Gesundheitsanbieter im Gesundheitswesen zu und „verplanen“ diese Berufe bzw. Einrichtungen mit den unterschiedlichsten Methoden und Verfahren. Diese werden nach den unterschiedlichsten Anlässen (z.B. Ärztemangel auf dem Lande) überarbeitet. Die Darstellung derselben folgt in den nachstehenden Kapiteln.

Abbildung 3.5: Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Einrichtungen 2011 – 2017 (Mrd. Euro)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung (GBE)

3.1.3 Ausgaben-, Kostenträger und Finanzierung im Gesundheitswesen

Das Statistische Bundesamt definiert in seiner bereits zitierten Methoden- und Definitionen-Ausgabe der Gesundheitsausgabenrechnung¹⁴⁰ die *Ausgabenträger* wie folgt:

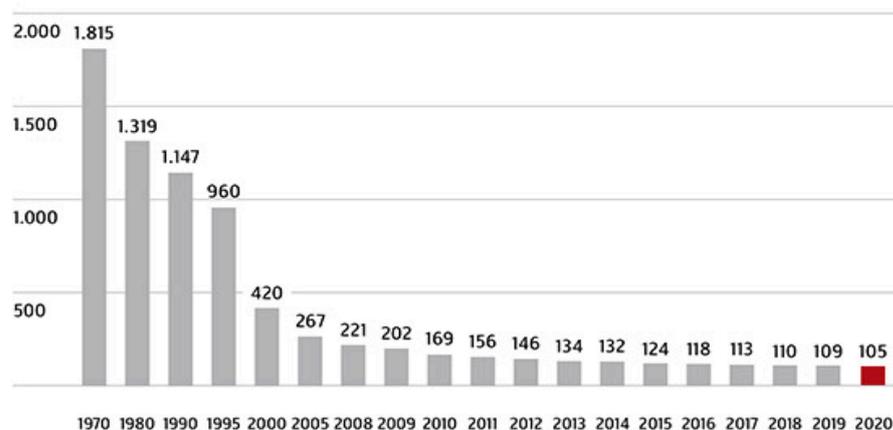
- *Öffentliche Haushalte*: Bilden alle gesundheitsrelevanten Ausgaben der öffentlichen Hand – also von Bund, Ländern und Gemeinden ab. Dies beinhaltet auch die Ausgaben für Sozialhilfe, den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Krankenhausinvestitionen. Ausgenommen sind die Beihilfe- und Fürsorgeleistungen der öffentlichen Hand. Diese werden nicht dem Ausgabenträger öffentliche Haushalte, sondern dem Ausgabenträger Arbeitgeber zugerechnet. In der GAR setzen sich die Ausgaben der öffentlichen Haushalte aus folgenden Komponenten zusammen:
 - Asylbewerberleistungen,
 - Leistungen der Bundesagentur für Arbeit,
 - Leistungen der Kriegsopferfürsorge,
 - Leistungen der Kriegsopferversorgung (Bundesversorgungsgesetz),
 - Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes,
 - Leistungen der Sozialhilfe sowie
 - Sonstige öffentliche Ausgaben.
- *Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)*: Die gesetzliche Krankenversicherung, die eine enorme Fusionswelle in den letzten 100 Jahren hinter sich hat, wird von 118 im Herbst 2016¹⁴¹ im Jahr 2020 nur mehr von 105 Krankenkassen getragen (vgl. Abbildung 3.6). Gut 85 Prozent der Bevölkerung sind über dieses Versicherungssystem gegen Krankheit versichert (vgl. Abbildung 3.8). Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten sowie Rehabilitations- und pflegerische Maßnahmen.
- *Soziale Pflegeversicherung*: Sie wird von Pflegekassen getragen, die organisatorisch an die gesetzlichen Krankenkassen angebunden sind. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beinhalten hauptsächlich die Grund- und Behandlungspflege von Pflegebedürftigen sowie deren hauswirtschaftliche Versorgung.

¹⁴⁰ a.a.O. S. 21ff.

¹⁴¹ vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp, Abruf: 24. März 2020.

- *Gesetzliche Unfallversicherung*: Diese sichert Anspruchsberechtigte gegen Unfälle am Arbeitsplatz, bei Wegeunfällen und gegen die Folgen von Berufskrankheiten ab. Stellt Güter und Dienstleistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit zur Verfügung und zahlt Verletztengeld und Unfallrenten. Sie wird von gewerblichen Berufsgenossenschaften, regionalen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen der öffentlichen Hand getragen.

Abbildung 3.6: Anzahl Gesetzlicher Krankenkassen 1970 – 2020



Quelle: GKV Spitzenverband

- *Private Krankenversicherung (PKV)*: Das sind privatwirtschaftliche Unternehmen, die Krankenversicherungen (Voll- und Teilversicherungen) anbieten. Diese wirken sowohl ergänzend als auch anstelle der GKV. Die Ausgaben der im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. organisierten Krankenversicherungsunternehmen, der Krankenversorgung für Bundesbahnbeamte und der Postbeamtenkrankenkasse sind gegenüber der GKV inkl. der Ausgaben der privaten Pflegepflichtversicherung überproportional höher (vgl. Abbildungen 3.7 und 3.8).

Tabelle 3.1: Gesetzliche Krankenkassen nach Größenklassen 2003 - 2017

Mitglieder	1/03	8/05	1/06	1/07	1/08	1/09	1/10	7/11	7/12	7/14	11/15	7/16	2017
> 1 Mio.	12	12	13	13	13	13	14	15	14	14	14	14	14
500.000 - 999.999	10	10	10	10	11	11	7	7	6	7	7	7	6
250.000 - 499.999	8	9	10	9	10	10	12	10	12	12	11	11	11
100.000 - 249.999	24	29	31	28	29	27	18	14	11	12	13	12	12
50.000 - 99.999	32	33	28	34	27	26	21	18	15	8	10	10	11
25.000 - 49.999	36	32	38	31	23	19	19	19	22	19	17	16	14
< 25.000	205	134	123	116	106	96	78	71	65	59	51	47	45
Gesamt	327	259	253	241	219	202	169	154	145	131	123	117	113

Quelle: dostal-Datenbank

- *Gesetzliche Rentenversicherung*: Die gesundheitsrelevanten Leistungen beziehen sich vor allem auf die medizinische Rehabilitation sowie die Gewährung von Renten bei Berufs- und Arbeitsunfähigkeit. Enthalten sind auch die Ausgaben der knapp-schaftlichen Rentenversicherung, der landwirtschaftlichen Alterskassen, der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes und der Versorgungswerke.

Abbildung 3.7: Mitglieder im PKV-Verband 2020

42 Mitgliedsunternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • 16 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit • 26 Aktiengesellschaften
8 außerordentliche Mitgliedsunternehmen	Versicherungsunternehmen sind keine ordentlichen Mitglieder, wenn sie dem Verband nach dem 15. Juni 2010 beigetreten sind und die Krankenversicherung ausschließlich als Zusatzversicherung betreiben.
2 verbundene Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten • Postbeamtenkrankenkasse

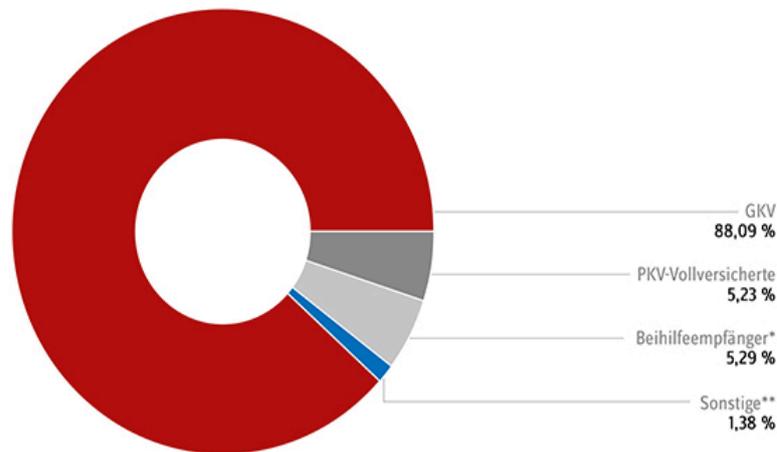
Stand: Januar 2020

Quelle: PKV

- *Arbeitgeber*: sämtliche gesundheitsrelevanten Arbeitgeberleistungen, unter anderem die Leistungen des betrieblichen Gesundheitsdienstes, Beihilfeausgaben (vgl. Abbildung 3.8) der öffentlichen und privaten Arbeitgeber, Fürsorgeleistungen der öffentlichen Arbeitgeber (z.B. auch Freie Heilfürsorge), Pensionszahlungen der öffentlichen Hand aufgrund von Dienstunfähigkeit sowie die Entgeltfortzahlung der Arbeitgeber im Krankheitsfall.
- *Private Haushalte/Private Organisationen ohne Erwerbszweck*: hierunter fallen Zuzahlungen zu Leistungen der unterschiedlichen Versicherungssysteme oder Zahlungen im Rahmen der Selbstmedikation von Arzneimitteln oder der Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen. Auch die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (z. B. Wohlfahrtsverbände) finanzieren einige Gesundheitsleistungen.
- Noch keine größere Beachtung als Kostenträger finden sogen. *Solidarvereine*, wie die Samarita Solidargemeinschaft e.V., die Solidago Bundesverband Solidargemein-

schaft für Gesundheit e.V. oder Artabana.¹⁴² Zusammen haben sie heute über 20.000 Mitglieder und können größtenteils mit einigen Betriebskrankenkassen (BKK) mithalten. Sie betrachten sich selbst seit einigen Jahren als Alternative zu herkömmlichen Krankenversicherungen.

Abbildung 3.8: Versicherte 2018 je System (Prozent)



* Der Beihilfesatz variiert zwischen 50 % und 80 %, meist mit ergänzender privater Krankenversicherung.
 ** Gefangene, Grenzgänger, Zeit- und Berufssoldaten etc.
 Summen können rundungsbedingt abweichen.
 Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KM 1 zum 1. Dezember 2018, Statistisches Bundesamt, PKV e.V. 2018 (Stand September 2019)

Quelle: GKV Spitzenverband

Demnach nimmt beispielsweise die Samarita „den traditionellen Gedanken *berufsständischer Unterstützungskassen* auf und entwickelte diesen zu einer modernen Form der Absicherung von *Krankheitskosten* weiter. Statt Ansprüche zu regeln, werden *Zuwendungen* im Krankheitsfall gegeben. Die individuellen Bedürfnisse eines jeden Mitglieds stehen im Vordergrund und damit verbunden eine weit gefasste Entscheidungs- und Therapiefreiheit. Charakteristisch für Solidargemeinschaften ist jedoch, dass es keine Rechtsansprüche auf bestimmte Leistungen gibt. Die Samarita Solidargemeinschaft bringt mit der Struktur des Vereins und den Formen der Zusammenarbeit ein gesellschaftspolitisches Prinzip hervor, das für eine völlig neue Perspektive der Entwicklung im Gesundheitswesen steht.“¹⁴³

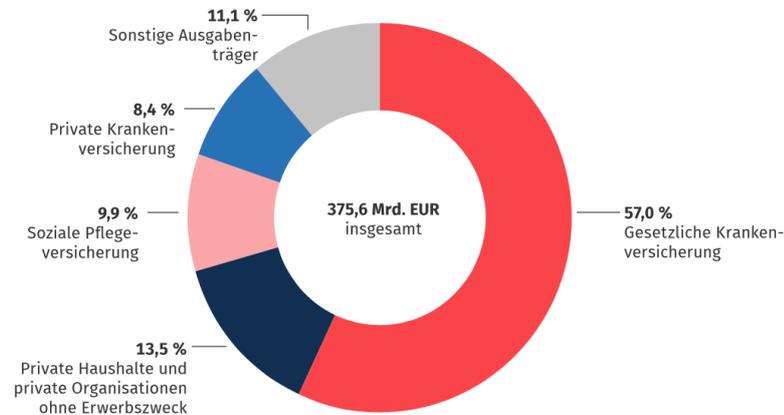
Die Anteile der verschiedenen *Ausgabenträger* (Kostenträger) an den gesamten Gesundheitsausgaben sind recht unterschiedlich. Die gesetzlichen Krankenkassen übernahmen 2017 mit 57,0 Prozent mehr als die Hälfte der Ausgaben. Die restlichen 43 Prozent teilen

¹⁴² vgl. <http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/867702/alternative-krankenkasse-solidargemeinschaft-alle-faelle.html>, Abruf: 24. April 2020

¹⁴³ <https://www.samarita.de/ueber-uns/ueber-uns.html>, Abruf: 24. April 2020.

sich vier Ausgabenträger. Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbscharakter liegen mit 13,5 Prozent vor der PKV mit 8,4 Prozent (vgl. Abbildung 3.9).

Abbildung 3.9: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern 2017 (Prozent)

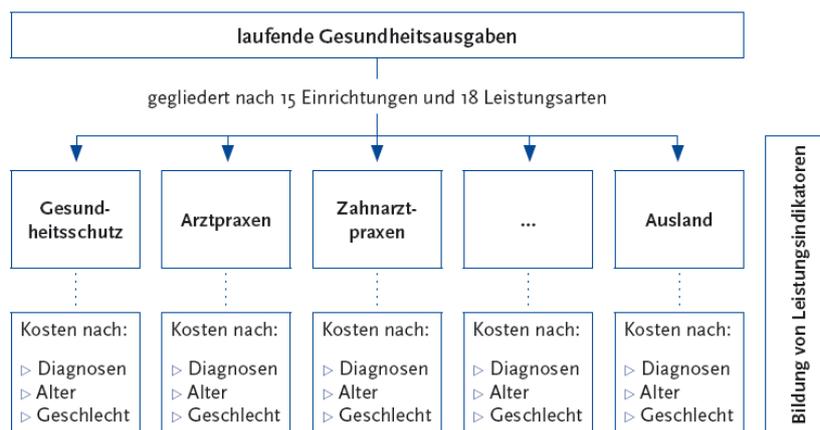


© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019

Quelle: Destatis

Das Statistische Bundesamt betrachtet bei seiner Strukturierung des Gesundheitsmarktes in der *Krankheitskostenrechnung* die direkten Kosten einzelner Krankheiten (vgl. Abbildung 3.10).¹⁴⁴ Diese strukturierte Vorgehensweise ermöglicht eine Langzeitbetrachtung.

Abbildung 3.10: Top-Down-Ansatz der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes



Quelle: Statistisches Bundesamt

¹⁴⁴ vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Krankheitskosten, H. 48, 12/2009: In der Krankheitskostenrechnung werden ausschließlich die direkten Kosten einzelnen Krankheiten zugerechnet. Sie bilden den unmittelbar mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entstandenen Ressourcenverbrauch ab. Dabei handelt es sich vor allem um die Kosten der im Rahmen der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung erbrachten diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen oder pflegerischen Leistungen. Hierzu zählen natürlich auch der damit in Verbindung stehende Verbrauch von Arznei- und Hilfsmitteln oder die Inanspruchnahme von Zahnersatz. Hinzu kommen die Leistungen der Rettungsdienste, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Verwaltungskosten der Leistungserbringer sowie die von öffentlichen und privaten Einrichtungen getragenen Kosten für Gesundheitsleistungen.