

KRANKENHAUS



Barbara Schmidt-Rettig  
Siegfried Eichhorn (Hrsg.)

# Krankenhaus- Managementlehre

Theorie und Praxis eines  
integrierten Konzepts



## **Die Herausgeber**

### **Professor Dr. Barbara Schmidt-Rettig**

vertritt an der Fachhochschule Osnabrück die Schwerpunkte Krankenhausmanagement und Krankenhausfinanzierung.

### **Professor Dr. Siegfried Eichhorn (†)**

ist Gründer der Krankenhausbetriebslehre und war langjähriges geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. (DKI) sowie Professor für Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens an der Technischen Universität Berlin.

Barbara Schmidt-Rettig  
Siegfried Eichhorn (Hrsg.)

# **Krankenhaus- Managementlehre**

Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2008  
Alle Rechte vorbehalten  
© 2008 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart  
Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher  
Gesamtherstellung:  
W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart  
Printed in Germany

ISBN 978-3-17-026562-2

# Vorwort

## Von der Krankenhausbetriebslehre zur Krankenhaus-Managementlehre ...

Die Gesundheitswirtschaft befindet sich in einem tief greifenden Struktur- und Kulturwandel. Die vor ihr liegenden Entwicklungen und deren Konsequenzen sind kaum abschätzbar, die zu bewältigenden Herausforderungen nur zur erahnen. Die Krankenhauswirtschaft – als größter Teilbereich – erfährt damit eine dramatische Veränderung ihrer Rahmenbedingungen.

Krankenhäuser der Zukunft werden in zahlreichen Teilmärkten der Gesundheitswirtschaft tätig sein, in unterschiedliche Versorgungsstrukturen ihre Behandlungsangebote einbringen, ihre internen Organisations- und Führungsstrukturen massiv verändern und in vielfältigen Kooperations- und Holdingstrukturen geführt werden. Dabei wird sich die Zahl der Krankenhäuser verringern, der Anteil der Krankenhäuser unter privater Trägerschaft weiter ansteigen.

Eingeleitet wurde diese Entwicklung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993, welches eine Wende in der Ordnungspolitik gebracht hat mit tiefen Einschnitten in Struktur, Organisation und Finanzierung von Krankenhäusern. Fortgesetzt wurde sie mit der Kehrtwende im Entgeltssystem 2003/2004. Die Regelungen der Gesundheitsreform 2007 – des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) – und die ordnungspolitischen Festlegungen für das DRG-basierte Vergütungssystem 2009 verstärken nicht nur diesen Umbruch – sie geben ihm abermals eine neue Richtung.

Was in der Theorie seit langem als Paradigmenwechsel im Krankenhausmanagement bezeichnet wird, zeigt sich in der Praxis als eine Suche nach einer Neuorientierung.

Hier setzt dieses Werk an:

Ausgangspunkt ist die Anfang der 1970er Jahre von Siegfried Eichhorn gegründete Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes.<sup>1</sup> Sie galt über Jahrzehnte als Wegweiser für die Praxis, Krankenhäuser als Betriebe zu verstehen und zu führen – beginnend bereits 1958 mit der Arbeit von Siegfried Eichhorn zur Wirtschaftlichkeitsmessung im Krankenhaus.<sup>2</sup>

Die zu Beginn der 1990er Jahre ordnungspolitisch bedingten Herausforderungen an das Krankenhausmanagement suchten zunächst ihre Lösungen im Einsatz einzelner neuer

- 
- 1 Eichhorn: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band I, 1971; Eichhorn: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band II, 1971; Eichhorn: Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhaus-Leistungsrechnung, Band III, 1987, Verlag W. Kohlhammer GmbH Köln, Stuttgart, Berlin, Mainz
  - 2 Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts e. V., Düsseldorf (Hrsg.): Beiträge zur Krankenhauswissenschaft, 1958, Verlag W. Kohlhammer GmbH – Stuttgart, Köln

Managementansätze und -instrumente. Handlungsempfehlungen für die Praxis waren gefragt.<sup>3</sup>

Die jetzt vor uns liegenden Veränderungen verlangen jedoch eine Neuorientierung des Denkens und Handelns im Management, welches die Gesamtzusammenhänge erkennt und die Interdependenzen von Entscheidungen berücksichtigt. Es geht um die Weiterentwicklung des Managements.

Mit dem Ziel, die Bedeutung der systembedingten Verflechtungen im Management zu verdeutlichen, wurde daher von Siegfried Eichhorn – ausgehend vom St. Galler Management-Konzept – der Ansatz eines integrierten Krankenhausmanagements entwickelt und damit der Übergang von der Krankenhausbetriebslehre zu einem Konzept eines integrierten Krankenhausmanagements vollzogen. Mit weiteren 18 Einzelbeiträgen von 17 Autorinnen und Autoren wird dieser Ansatz eingebunden in die Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements und angewandt auf die derzeitige Praxis.

Zunächst werden die Grundlagen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik und des deutschen Gesundheitssystems sowie die Krankenhauswirtschaft in Zahlen erläutert. Die Übertragung auf die Krankenhauspraxis erfolgt dann in vier Abschnitten.

In einem ersten Teil werden die Struktur und Prozesse des Krankenhausbetriebes wie Rechtsform und Trägerstrukturen, Aufbau- und Ablauforganisation, Leitungsorganisation und Prozessorganisation erklärt. Der zweite Teil befasst sich mit den Strukturen und Prozessen der Leistungserstellung im Krankenhaus, insbesondere der Diagnostik und Therapie, Pflege, Fürsorge und Seelsorge sowie den Leistungen der Administrativen Bereiche und Versorgungsbereiche. Der dritte Teil präzisiert die betriebswirtschaftlichen Funktionen und Entscheidungen und ihre krankenhausspezifischen Besonderheiten wie Finanzierung, Betriebswirtschaftliches Rechnungswesen, Personalmanagement, Marketing, Logistik und Facility Management. Der letzte Teil gibt einen Einblick in die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser und deren Bedeutung.

Dieses Buch ist ein Angebot an alle, die in der Gesundheits- und Krankenhauswirtschaft Managementverantwortung tragen, aber auch an Lehrende und Lernende, die Chancen eines integrierten Ansatzes als Erfolgsfaktor im Wettbewerb zu verstehen. Es zeigt keine Lösungswege für einzelne Problemkonstellationen auf – es erklärt jedoch die wesentlichen Grundlagen und Zusammenhänge des Krankenhausmanagements in Theorie und Praxis und bietet einen Bezugsrahmen für ein verändertes Managementverständnis.

### ... ein langer Weg

Dass dieser Weg von der Krankenhausbetriebslehre zur Krankenhaus-Managementlehre kein kurzer und auch kein leichter sein wird, darüber bestanden zu Beginn des Vorhabens im Jahr 2002 keine Zweifel. Zunächst konzeptionelle und inhaltliche Anpassungen, später auch krankheitsbedingte Verzögerungen und zuletzt der Tod von Siegfried Eichhorn am 29. September 2005 haben den Zeitplan dann immer wieder nach hinten verschoben.

Ich danke daher allen Autorinnen und Autoren sowie dem Kohlhammer Verlag, dass sie mit uns über einen so langen Zeitraum das Ziel und den Optimismus geteilt haben, eine *neue Krankenhausbetriebslehre = Krankenhaus-Managementlehre* entstehen zu lassen.

---

3 Eichhorn/Schmidt-Rettig (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel, Handlungsempfehlungen für die Praxis, 1995, Verlag W. Kohlhammer GmbH Köln, Stuttgart, Berlin, Mainz

Mein besonderer Dank gilt dabei den Autorinnen und Autoren, die – als unmittelbar vor dem Ziel doch noch das Scheitern drohte – in kurzer Zeit fachlich hervorragende Beiträge zur Verfügung gestellt haben.

Sehr vermisst habe ich in den beiden zurückliegenden Jahren meinen akademischen Lehrer und Mit-Herausgeber Siegfried Eichhorn – die fachliche Diskussion mit ihm, sein ausgewogenes Urteil in Grundsatz- und Detailfragen und seine natürliche Autorität bei Abstimmungsprozessen. Gerne hätte ich mit ihm die Erleichterung und Freude geteilt als unser gemeinsames Werk vollendet war. Ich bin ihm dankbar, dass er im Alter von fast 80 Jahren unser Buchprojekt initiiert und mit seinem Beitrag das Fundament dazu gelegt hat.

Schlussendlich gilt mein Dank Julia Oswald. Ohne ihre fach- und sachkompetente Unterstützung und ihr außergewöhnliches persönliches Engagement würde das Buch in dieser Form nicht vorliegen.

Osnabrück im September 2007

Barbara Schmidt-Rettig





# Inhaltsverzeichnis

## I Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements

<b>A Grundlagen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik</b> .....	3
Hendrike Berger und Christian Stock	
<b>B Deutschland im Strukturvergleich von Gesundheitssystemen</b> .....	37
Klaus-Dirk Henke	
<b>C Die Krankenhauswirtschaft in Zahlen</b> .....	55
Julia Oswald	

## II Das Konzept eines integrierten Krankenhausmanagements: Von der Krankenhausbetriebslehre zur Krankenhaus-Managementlehre

<b>A Krankenhausbetriebliche Grundlagen</b> .....	81
Siegfried Eichhorn	
<b>B Von der Krankenhausbetriebslehre zur Krankenhaus-Managementlehre</b> ...	105
Siegfried Eichhorn	
<b>C Grundlagen der Krankenhaus-Managementlehre</b> .....	125
Siegfried Eichhorn	

## III Krankenhausmanagement in Theorie und Praxis

<b>A Struktur und Prozesse des Krankenhausbetriebs</b> .....	181
1 Trägerstrukturen und Rechtsformen .....	181
André Sonnentag	
2 Grundlagen der Aufbau- und Ablauforganisation .....	196
Dirk-R. Engelke	
3 Leitungsstrukturen .....	217
Barbara Schmidt-Rettig	
4 Prozessorganisation .....	251
Winfried Zapp	
<b>B Struktur und Prozesse der Leistungserstellung</b> .....	281
1 Diagnostik und Therapie .....	281
1.1 Prozess und Struktur der Diagnostik und Therapie .....	281
Thomas Kersting	
1.2 Managementwerkzeug: Geplante Behandlungspfade .....	303
Andreas Tecklenburg	

*Inhaltsverzeichnis*

2	Pflege .....	311
2.1	Grundlegende Aspekte der Pflegeleistung .....	311
	Friedhelm Peil	
2.2	Konzeptionelle Aspekte der Pflegeleistung .....	320
	Martin Moers und Doris Schiemann	
3	Fürsorge und Seelsorge .....	334
	Michael Fischer	
4	Leistungen der administrativen Bereiche und Versorgungsbereiche .....	346
	Dirk-R. Engelke	
<b>C</b>	<b>Betriebswirtschaftliche Funktionen und Entscheidungen .....</b>	<b>379</b>
1	Finanzierung .....	379
1.1	Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung .....	379
	Barbara Schmidt-Rettig	
1.2	Betriebskostenfinanzierung und Vergütungssystem .....	401
	Barbara Schmidt-Rettig	
2	Betriebswirtschaftliches Rechnungswesen .....	427
	Winfried Zapp	
3	Personalmanagement .....	477
	Dirk-R. Engelke	
4	Marketing .....	521
	Andrea Arnold	
5	Logistik .....	583
	Joachim Stapper-Mürer	
6	Facility Management .....	596
	Klaus Goedereis	
<b>D</b>	<b>Krankenhaus und ambulante Versorgung .....</b>	<b>619</b>
	Andrea Arnold	
	Autorenverzeichnis .....	655
	Sachregister .....	656

# **I Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements**



# A Grundlagen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie

Hendrike Berger und Christian Stock

1	Gesundheitspolitik
1.1	Definition und Ziele der Gesundheitspolitik
1.2	Gesundheitsversorgung in Deutschland
1.2.1	Zentrale Merkmale des Gesundheitssystems
1.2.2	Prinzipien der sozialen Sicherung
1.3	Historische Entwicklung
1.3.1	Entstehung der Sozialgesetzgebung im Kaiserreich
1.3.2	Weimarer Republik und Nationalsozialismus
1.3.3	Bundesrepublik Deutschland
1.4	Gegenwärtige Rahmenbedingungen und Reformpolitik
2	Gesundheitsökonomik
2.1	Grundsätzliches zur Gesundheitsökonomik
2.2	Gesundheitsmarkt
2.2.1	Besonderheiten des Marktes
2.2.2	Bedarf und Nachfrage
2.2.3	Produktion und Angebot
2.2.4	Versicherung
2.3	Gesundheitssysteme
2.4	Gesundheitsökonomische Evaluation
3	Krankenhäuser als Leistungsanbieter
3.1	Krankenhausbegriff
3.2	Modell der Krankenhausversorgung
3.3	Politisch-rechtliche und ökonomische Entwicklungen

## 1 Gesundheitspolitik

### 1.1 Definition und Ziele der Gesundheitspolitik

Jede Form des Krankenhausmanagements findet vor einem bestimmten gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Systemhintergrund statt. Das folgende Einführungskapitel dient daher der Darstellung des gesundheitspolitischen Systems der Bundesrepublik Deutschland sowie der besonderen Facetten der Ökonomik des Gesundheitssystems bevor in seinem dritten Teil Krankenhäuser als Leistungsanbieter in diesem System vorgestellt werden.

Fragt man in der Gesellschaft nach Werten, die im Leben von hoher Wichtigkeit sind, so wird „Gesundheit“ stets unter den häufigsten Antworten zu finden sein. Auch wenn das jeweilige begriffliche Verständnis und die Bedeutung dieses Wertes dabei individuell verschieden und von der gegenwärtigen Lebenssituation abhängig sein dürften, besitzt Gesundheit zweifellos das Ansehen eines elementar wichtigen menschlichen Gutes, welches es zu erhalten oder zu verbessern gilt.

Nicht unumstritten ist dabei bereits die Definition des Begriffes „Gesundheit“. Die World Health Organization definiert Gesundheit als den „Zustand eines vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens eines Menschen“. Im deutschen Krankenversicherungsrecht ist Gesundheit als ein Körperzustand zu bezeichnen, bei dem eine Krankheit im Sinne des § 27 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB) sowie weiterer Regelungen nicht vorhanden ist.

Dem individuellen wie auch gesellschaftlichen Bedürfnis nach Gesundheit zu entsprechen, ist die vorrangige Aufgabe der Gesundheitspolitik. Nach Rosenbrock/Gerlinger (2006) soll Gesundheitspolitik dabei verstanden werden als die „Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen Folgen von Krankheit lindern.“<sup>1</sup> Im Hinblick auf Rationalität und Ergebnisorientierung der Gesundheitspolitik ist es notwendig, dass sie auch konkrete Zielformulierungen und die politische Diskussion über angestrebte Ziele sowie über geeignete Instrumente und Maßnahmen zu ihrer Erreichung umfasst. Idealerweise wird als oberstes Ziel eine Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes und damit eine Erhöhung von Lebenserwartung und/oder -qualität verfolgt, wobei Nebenbedingungen durch die zur Verfügung stehenden finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen gegeben sind. In der praktizierten Gesundheitspolitik bestehen infolge unterschiedlicher Interessen und Handlungslogiken der beteiligten Akteure jedoch auch davon abweichende gesundheitspolitische Ziel- bzw. Schwerpunktsetzungen, wie z.B. die Erreichung eines definierten Versorgungsniveaus (Ärztedichte, Krankenhausbetten-dichte), anderweitige volkswirtschaftliche Ziele (Beitrags- und Steuerlastsenkung) oder sonstige politische Ziele (Partei-, Standes- und Industrieinteressen).<sup>2</sup>

## **1.2 Gesundheitsversorgung in Deutschland**

### **1.2.1 Grundlegende Merkmale**

Der deutschen Gesundheitspolitik liegt als Basis das Sozialversicherungsmodell zugrunde.<sup>3</sup> Maßgeblich geprägt wird dies durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die als ein Zweig der Sozialversicherung im SGB V verankert ist. Nach § 1 SGB V ist es ihre Aufgabe, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern. Der gesetzlich krankenversicherte Bevölkerungsanteil beläuft sich derzeit auf 88 Prozent, weitere 12 Prozent verteilen sich auf private Krankenversicherungen (10 Prozent) und sonstige Sicherung (2 Prozent). Unter einer Vielzahl von Ausgabenträgern besitzt die GKV mit knapp 57 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben den mit Abstand größten Anteil. Auf Grund dieser Verteilungen besteht eine weitgehende Konzentration der Gesundheitspolitik auf den Bereich der GKV.

Eine ordnungspolitische Besonderheit besteht im deutschen Gesundheitswesen darin, dass auf den einzelnen Teilmärkten unterschiedliche Koordinations- bzw. Allokationsmechanismen vorherrschen.<sup>4</sup> Im Rahmen der ambulanten Versorgung dominiert der Korporativismus, in der Krankenhausplanung und -finanzierung ist es die öffentliche Planung bzw. die staatliche

---

1 Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006), S. 12.

2 Vgl. Schwartz, F.W./Kickbusch, I./Wismar, M. (2003).

3 Vgl. in diesem Beitrag Kapitel 2.5.

4 Vgl. SVR (2005).

Administration, im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich wird vorwiegend über den Markt- und Preismechanismus gesteuert.<sup>5</sup>

## 1.2.2 Prinzipien der sozialen Sicherung

Die gesundheitliche Versorgung wird durch eine Reihe von historisch gewachsenen Sicherungsprinzipien bestimmt. Dabei handelt es sich nicht um absolut unveränderbare Größen, sie werden jedoch von fundamentalen Werthaltungen in der Gesellschaft getragen. Je nach individueller sozialpolitischer Grundüberzeugung wird ihnen ein unterschiedliches Gewicht verliehen. Als konstitutiv gelten die Prinzipien primär für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – auf Grund des sehr hohen gesetzlich krankenversicherten Bevölkerungsanteils erhalten sie jedoch einen zentralen Einfluss.<sup>6</sup>

Das Sozialstaatsprinzip leitet sich aus Art. 20 I GG („Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“) und Art. 28 I GG („den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Rechtsstaates im Sinne des Grundgesetzes entsprechen“) ab. Danach ist es die Aufgabe des Staates, für „soziale Gerechtigkeit“ zu sorgen und die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein sowie gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sicherzustellen.

Zentrales Prinzip der sozialen Sicherung im Krankheitsfall ist das Solidarprinzip. Darunter ist der gegenseitige Ausgleich innerhalb der Mitglieder einer Solidargemeinschaft zu verstehen. Das Schwergewicht des Solidargedankens liegt in der GKV auf der Finanzierungsseite. Dort erfolgt die Abgabenerhebung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip, das sich an der Fähigkeit des Bürgers orientiert, eine Abgabe zur Finanzierung öffentlicher bzw. meritokratischer Güter und Dienste zu leisten. In der gesetzlichen Krankenversicherung soll der Ausgleich zwischen gesunden und kranken, jungen und alten Menschen, zwischen höheren und niedrigeren Einkommen sowie zwischen Ledigen und Familien erfolgen.

Das in der katholischen Soziallehre entwickelte Subsidiaritätsprinzip beinhaltet zwei Forderungen: Zunächst soll Selbsthilfe den Vorzug vor Fremdhilfe erhalten, d.h. kein Sozialgebilde soll Aufgaben an sich ziehen, die ein Individuum oder ein kleineres Sozialgebilde nicht mindestens ebenso gut zu lösen in der Lage ist. Daneben wird der Staat verpflichtet, die Individuen bzw. Gemeinschaften in den Stand zu versetzen, sich möglichst selbstbestimmt und selbstverantwortlich verwirklichen zu können.

In der GKV besteht grundsätzlich eine Versicherungspflicht für diejenigen Personen, die vom Gesetzgeber als „schutzbedürftig“ angesehen werden. Dazu zählen in erster Linie alle Arbeitnehmer, deren Einkommen unter einer gesetzlich festgelegten Grenze liegt (Versicherungspflichtgrenze/Jahresarbeitsentgeltgrenze) sowie Arbeitslose, Studenten, Rentner und Behinderte, vgl. § 5 ff. SGB V. Korrespondierend zur Versicherungspflicht der Mitglieder sind die Krankenkassen verpflichtet, alle versicherungspflichtigen Personen aufzunehmen (Kontrahierungszwang) und zu gleichen Konditionen zu versichern (Diskriminierungsverbot). Den von der Versicherungspflicht befreiten Personen steht es offen, sich freiwillig bei einer gesetzlichen oder bei einer privaten Krankenversicherung oder gar nicht zu versichern. Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes entfällt ab dem 1. April 2009 die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht, sodass eine allgemeine Versicherungspflicht gelten wird.

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Bedarfsdeckungsprinzip vorgesehen. Der Versicherte hat danach Anspruch auf eine „bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand

<sup>5</sup> Vgl. Wille, E. (2006).

<sup>6</sup> Vgl. Simon, M. (2005).



der medizinischen Erkenntnisse entsprechende“ Versorgung (§ 2 I S. 3 SGB V). Eine Limitierung des Bedarfs erfolgt ausschließlich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches. Dieses sieht vor, dass die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein sollen und „das Maß des Notwendigen“ nicht überschritten werden darf (§ 12 SGB V). Dieser Grundsatz wird auch im Postulat der Beitragssatzstabilität (§ 71 I SGB V), das eine Beitragserhöhung nur zulässt, sofern die notwendige medizinische Versorgung nicht anders gewährleistet werden kann, nicht außer Kraft gesetzt.

Charakteristisches Kennzeichen des Sachleistungsprinzips ist, dass gesetzlich krankenversicherte Personen notwendige Gesundheitsleistungen als Sach- oder Dienstleistungen beanspruchen können, ohne selbst in den Zahlungsvorgang involviert zu sein, vgl. § 2 SGB V. Dem Sachleistungsprinzip steht in der Privaten Krankenversicherung (PKV) das Kostenerstattungsprinzip gegenüber, wonach der Leistungsempfänger einen Rechnungsbetrag an den Leistungserbringer zahlt, der ihm daraufhin von der Versicherung erstattet wird.

Das Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sieht eine Beschränkung staatlicher Aktivitäten auf Rahmensetzung und Rechtsaufsicht vor. Die direkte Ausführung und Durchführung von Gesetzen erfolgt auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips durch selbstverantwortliche dezentrale Organe der Selbstverwaltung als mittelbare Staatsverwaltung (Korporatismus). Höchstes Gremium der Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), § 91 f. SGB V.

## **1.3 Historische Entwicklung des Gesundheitswesens**

### **1.3.1 Entstehung der Sozialgesetzgebung im Kaiserreich**

Die Kontinuität in den Strukturen ist eine der wesentlichen Charaktereigenschaften des Gesundheitswesens in Deutschland. Nach der Einführung der Sozialversicherung im späten 19. Jahrhundert existiert es auch über politische System- und Regierungswechsel sowie zahlreiche Gesundheitsreformen hinaus in den Grundzügen wenig verändert weiter.<sup>7</sup> Der folgende Überblick veranschaulicht die Entwicklung und das Fortbestehen wesentlicher Kennzeichen der heutigen Gesundheitsversorgung:

Die Entstehung des Sozialversicherungssystems geht ursprünglich auf die „kaiserliche Botschaft“ von 1881 zurück. Kaiser Wilhelm I kündigte darin auf Initiative des Reichskanzlers Otto von Bismarck die später als Bismarck'schen Sozialgesetze bekannt gewordenen Vorhaben zur Krankenversicherung (1883), zur Unfallversicherung (1884) sowie zur Invaliden- und Alterssicherung (1889) an. (Als vierte und fünfte Säule des Sozialversicherungssystems wurden schließlich noch 1927 die Arbeitslosenversicherung und 1995 die Pflegeversicherung eingeführt.)

Im Vorfeld der Bismarck'schen Pläne hatten sich die Lebensbedingungen infolge von Wirtschaftskrisen insbesondere für die Arbeiterklasse verschlechtert. Soziale Gegensätze und Spannungen waren zunehmend in Arbeiterprotesten zum Ausdruck gekommen. Die Regierung hatte darauf zunächst mit den sogenannten „Sozialistengesetzen“ reagiert, die sozialdemokratische und sozialistische Organisationen außerhalb des Reichstags und der Landtage verboten. Um der politischen Arbeiterbewegung jedoch zumindest teilweise die Grundlage ihrer Forderungen nach einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu entziehen und die bestehenden Machtverhältnisse zu erhalten, wurde ein reichsweites soziales Sicherungssystem installiert. In

---

<sup>7</sup> Vgl. Busse, R./Riesberg, A. (2005).

der kaiserlichen Botschaft hieß es dazu: „[...] dass die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich auf dem Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem Wege der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde.“<sup>8</sup>

Mit der Verabschiedung des „Gesetzes betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ am 31. März 1883 galt in Deutschland fortan eine Krankenversicherungspflicht für Arbeiter, sofern ihr Einkommen eine bestimmte Höhe nicht überschritt. Als Träger der Versicherung wirkten die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern selbstverwalteten Krankenkassen, die zum Teil schon in Form gemeinnütziger Hilfskassen bestanden hatten. Die Zugehörigkeit zu einer der Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, der knappschaftlichen Versicherung oder der See-Krankenkasse wurde zumeist durch den Arbeitsplatz vorgegeben. Existierte keine arbeitsplatzbezogene Kasse, so diente die von der Gebietskörperschaft gegründete Ortskrankenkasse als eine Art Auffangkasse. Das Solidarprinzip galt bereits in der Frühphase der Krankenversicherung, d.h. einkommensabhängigen Beiträgen standen beitragsunabhängige Leistungen gegenüber. Arbeitnehmer hatten zwei Drittel und Arbeitgeber ein Drittel der Beiträge zu entrichten. Die Leistungen der Krankenkassen umfassten zunächst Heilbehandlung sowie ein Krankengeld ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit, das maximal 13 Wochen lang gezahlt wurde. Die Einbeziehung von Familienangehörigen war in dieser frühen Phase noch nicht obligatorisch, jedoch bereits bei einzelnen Kassen möglich.

In der Geschichte der Krankenversicherung kam es in der ambulanten ärztlichen Versorgung immer wieder zu Konflikten zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen. Im Jahr 1892 erhielten die Krankenkassen das Recht, die Zahl der für definierte Versorgungsbereiche erforderlichen Ärzte festzulegen und Einzeldienstverträge mit Ärzten zu schließen. Als in den folgenden Jahren die Nachfrage der Kassen geringer wurde, mobilisierte das die Ärzteschaft, die sich im „Verband der Ärzte Deutschlands“ (heute: Hartmannbund) organisierte und einen ärztlichen Generalstreik androhte. Die Ärzte forderten, das System der Einzeldienstverträge durch Kollektivverträge zwischen der Ärzteorganisation und den Krankenkassen zu ersetzen. Im Berliner Abkommen von 1913 erreichten sie immerhin eine gleichberechtigte Mitbestimmung bei der Zulassung von Ärzten zur Behandlung der GKV-Versicherten.<sup>9</sup>

Für Krankenhäuser hatte sich durch die Bismarck'schen Reformen die finanzielle Lage erheblich gebessert, da nun auch die Behandlungskosten von Patienten unterer sozialer Schichten vergütet wurden. Zuvor war das nicht immer der Fall gewesen, denn Krankenhäuser galten traditionell als „Ort der Barmherzigkeit“ insbesondere für arme Kranke, die dort ein gewisses Maß an medizinischer Versorgung, überwiegend aber Unterkunft und Pflege erhielten.<sup>10</sup> In der Versorgung breiter Bevölkerungsschichten spielten sie jedoch lange eine untergeordnete Rolle. Vor dem ersten Weltkrieg betrug die Ausgaben für Krankenhäuser knapp 13 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit.<sup>11</sup>

Dem Bestreben, die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung zu einem einheitlichen Gesetzeswerk zusammenzufassen, wurde 1911 mit der Reichsversicherungsordnung (RVO) Rechnung getragen.

Der Mitgliederkreis der gesetzlichen Krankenversicherung dehnte sich mit der Zeit immer weiter aus. 1913 waren bereits rund 35 Prozent der Bevölkerung krankenversichert. Auch Familienangehörige wurden zu diesem Zeitpunkt von vielen Kassen mitversichert.<sup>12</sup>

---

8 Vgl. Simon, M. (2005).

9 Vgl. Simon, M. (2005).

10 Vgl. Beske, F./Brecht, J. G./Reinkemeier, A.-M. (1995).

11 Vgl. Lindner, U. (2004).

12 Vgl. Busse, R./Riesberg, A. (2005).

### 1.3.2 Weimarer Republik und Nationalsozialismus

Generell war im deutschen Gesundheitswesen eine Dominanz der kurativen Medizin gegeben, da das Bestreben der Krankenkassen auf Wiederherstellung der Arbeitskraft abzielte. Präventive Maßnahmen wurden dagegen nicht unterstützt. Ergänzend wurden deshalb in der Zeit der Weimarer Republik kommunale Gesundheitsdienste aufgebaut, die beratend und präventiv tätig waren. Die Therapie blieb allerdings den niedergelassenen Kassenärzten vorbehalten.<sup>13</sup>

Die gemeinsame Selbstverwaltung wurde in den 1920er Jahren weiter ausgebaut. Es kam jedoch nach längerer Auseinandersetzung zu einer deutlichen Machtverschiebung zwischen niedergelassenen Ärzten und Kassen: Auf der Landesebene wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt, die anstelle des Hartmannbundes neuer Verhandlungspartner der Krankenkassen wurden. Zugleich wurde das System der Einzeldienstverträge in ein Kollektivvertragssystem überführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhielten ein Versorgungsmonopol im ambulanten Bereich, mussten im Gegenzug aber auch eine bedarfsgerechte und flächendeckende ambulante Versorgung sicherstellen (Sicherstellungsauftrag).

Für Krankenhäuser, die bis dahin mit den Kassen direkt auch Verträge über ambulante Leistungen schließen konnten, ergab sich daraus die Schwierigkeit, dass die Ärzteschaft versuchte, sie zunehmend aus der ambulanten Versorgung herauszudrängen. Insgesamt erweiterten sie ihre Bettenkapazitäten jedoch. Während die Zahl der Einwohner pro Krankenhausbett im Jahr 1885 noch bei 324 gelegen hatte, wurde 1927 schon ein Krankenhausbett für 120 vorgehalten (vgl. Tab. I.A-1).

Der Beginn des nationalsozialistischen Regimes hatte eine weitere Verringerung des Einflusses der Krankenkassen zur Folge. Durch das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung von 1934 wurden die selbstverwalteten Sozialversicherungsträger der staatlichen Verwaltung unterstellt. Da ihre Leitung meist der gewerkschaftlichen Arbeiterbewegung zuzurechnen war,

**Tab. I.A-1:** Gesundheitspersonal und Krankenhauskapazitäten, 1876–2002  
(Quelle: Busse, R./Riesberg, A. (2006))

	Anzahl Einwohner pro					Gesamtbevölkerung (in Mio.)
	Arzt	Zahnarzt	Apotheker	Pflegekraft	Krankenhausbett	
<b>1885</b>	3.004	86.752	7.483	3.260	324	46,7
<b>1900</b>	2.047	9.529	–	–	219	56,0
<b>1909</b>	2.085	5.682	6.414	926	158	63,7
<b>1927</b>	1.447	2.690	5.982	712	120	63,3
<b>1938</b>	1.371	1.924	5.789	517	107	68,4
<b>1952</b>	700	1.706	4.182	476	89	48,7
<b>1960</b>	699	1.705	3.514	527	95	55,4
<b>1975</b>	521	1.946	2.415	388	85	61,8
<b>1987</b>	356	1.573	1.802	292	91	61,1
<b>1991</b>	329	1.450	1.922	–	99	80,3
<b>2002</b>	274	1.289	1.528	117	111	82,5

13 Vgl. Lindner, U. (2004).

diente diese Maßnahme vor allem der Ausschaltung politischer Gegner. Im Gegensatz zu den Krankenkassen wurden die regionalen und nationalen Ärzteverbände 1934 als Körperschaften des öffentlichen Rechts etabliert, wodurch sich die Machtverhältnisse insgesamt noch weiter zu Gunsten der Ärzte verlagerten.

Die öffentliche Gesundheitsfürsorge stand vermehrt im Dienst der nationalsozialistischen Ideologie, die den Sozialstaatsgedanken dadurch pervertierte, dass von öffentlichen Institutionen Maßnahmen wie Zwangssterilisationen bis hin zum Euthanasieprogramm („Vernichtung unwerten Lebens“) durchgeführt wurden. Insbesondere für die jüdische Bevölkerung und andere durch die Nationalsozialisten stigmatisierte Gruppen wurde der Zugang zur medizinischen Versorgung zunehmend eingeschränkt oder ganz verwehrt.

Eine Ausweitung des Versichertenkreises der sozialen Krankenversicherung erfolgte dennoch auch während des Nationalsozialismus mit dem Einbezug der Rentner in die Krankenversicherung im Jahre 1941.

### 1.3.3 Bundesrepublik Deutschland

Nach dem zweiten Weltkrieg mussten zunächst die Folgen des Krieges, wie Infektions- und Mangelkrankungen sowie zahlreiche hygienische Probleme bewältigt werden. Vorerst wurde die Gesundheitspolitik regional von den Besatzungsmächten geprägt, was zu einer uneinheitlichen Anwendung der Gesetzesgrundlagen der Sozialversicherung führte.

Die sich anschließende politische Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland kann in vier Phasen eingeteilt werden: die Phase der Restauration von 1951 bis 1956, die Phase der gescheiterten Strukturreformen von 1957 bis 1965, die Phase des Ausbaus der Versorgungsstrukturen von 1965 bis 1975 und die Phase der Kostendämpfung ab 1976.<sup>14</sup>

#### Phase der Restauration

Zu Beginn der Phase der Restauration von 1951 bis 1956 erfolgte mit der Entscheidung der Regierung Adenauer eine wesentliche Weichenstellung zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gegen Zentralisierungstendenzen und alliierte Vorstellungen einer Einheitsversicherung nach britischem Vorbild. (Auf Grund der Kürze dieses Beitrags soll an dieser Stelle auf die Entwicklung in Ostdeutschland verzichtet werden.<sup>15</sup> Das System der Sozialversicherung mit den Vorschriften der RVO wurde wieder eingeführt. Darüber hinaus verankerte man mit dem GKV-Selbstverwaltungsgesetz (1951) und dem dazu erlassenen Ergänzungs- und Änderungsgesetz (1952) das sozialpartnerschaftliche Selbstverwaltungsmodell und bestätigte das Monopol der Kassenärzteschaft.

#### Phase der gescheiterten Strukturreformen

In der Phase der gescheiterten Strukturreformen von 1957 bis 1965 wurde in zwei Anläufen versucht, weit reichende Umstrukturierungen in der GKV durchzusetzen: Das Leistungsrecht sollte neu geordnet werden und die Zuzahlung von Patienten eingeführt werden.<sup>16</sup> Die Gesundheitsreformvorschläge scheiterten 1960 und 1964 allerdings am Protest von Ärzten, Krankenkassen, Medizinprodukteherstellern und Bevölkerung. Beide Reformansätze sahen

14 Vgl. Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B. (1992).

15 Vgl. hierzu Simon, M. (2005) oder Busse, R./Riesberg, A. (2005).

16 Vgl. Schwartz, F. W./Kickbusch, I./Wismar, M. (2003).

Bestimmungen über Zuzahlungen vor, welche über das in der späteren Phase der Kostendämpfung erreichte Maß deutlich hinausgingen.

Dem öffentlichen Gesundheitswesen wurden in den fünfziger und sechziger Jahren auch seine präventiv-medizinischen Aufgaben weitgehend entzogen und es wurde im Wesentlichen auf kontrollierende und gutachterliche Tätigkeiten beschränkt.

Die Krankenhausversorgung war geprägt durch Unterfinanzierung. Nach dem Krieg mussten zunächst viele zerstörte Klinikgebäude wieder aufgebaut und neu ausgestattet werden. Da die Krankenkassen keine kostendeckenden Pflegesätze bezahlten, waren Krankenhäuser bei Investitionen in Bauten und technische Ausrüstung auf Zuschüsse der öffentlichen Hand bzw. ihrer Träger angewiesen. Auf Grund ihrer pluralen Trägerstruktur von öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Trägern, die zum Teil divergierende Interessen verfolgten, konnten sie gegenüber den Krankenkassen nie so geschlossen und machtvoll auftreten wie die freie Ärzteschaft.<sup>17</sup>

### **Phase des Ausbaus der sozialstaatlichen Versorgungsstrukturen**

Zwischen 1965 und 1975 wurde der Ausbau der Versorgungsstrukturen stark vorangetrieben. Im Leistungsbereich entstanden erhebliche Verbesserungen in den Bereichen Krankenhauspflege, Krankengeld, Anspruch auf Freistellung von der Arbeit bei Betreuung eines kranken Kindes, Unterstützung durch Haushaltshilfen, Früherkennungsmaßnahmen, Leistungen zur Rehabilitation, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch. Der Kreis der Versicherten wurde auf Landwirte, Studenten, Behinderte, Künstler und Publizisten ausgedehnt.

Nachdem eine im Auftrag des Bundestages erstellte Krankenhaus-Enquête (1969) dringenden Reformbedarf im Krankenhaussektor festgestellt hatte, erfolgte im Jahr 1972 mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der ein Jahr später erlassenen Bundespflegesatzverordnung (BPflV) eine überfällige Neugestaltung in der Krankenhausfinanzierung. Den Krankenhäusern wurde dadurch der Anspruch auf Deckung ihrer Selbstkosten zuerkannt. Ferner wurden die staatliche Krankenhausplanung, die duale Finanzierung durch Krankenkassen und Bundesländer sowie der allgemeine tagesgleiche Pflegesatz in der Krankenhausversorgung eingeführt.<sup>18</sup>

Das allgemeine Wachstum und die Investitionen ins Gesundheitswesen waren politisch beabsichtigt, um infrastrukturelle Mängel, Unterversorgung durch die Zerstörungen im Zweiten Weltkrieg, sowie die inadäquate Krankenhausfinanzierung zu überwinden. Die Leistungsausgaben stiegen dadurch beträchtlich an, was schließlich ökonomisch und politisch zum Problem wurde.

### **Phase der Kostendämpfung**

Ab 1976 entstand eine politische Debatte über die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, für die insbesondere der zunehmende internationale Standortwettbewerb und ein sinkender Anteil sozialversicherungspflichtiger Einkommen ausschlaggebende Gründe waren. Der Notwendigkeit von Kostendämpfungsmaßnahmen wurde 1977 im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz entsprochen, das Krankenkassen und Leistungserbringer verpflichtete, eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität zu verfolgen (vgl. Abbildung I.A-1). Eines der wichtigsten Instrumente dazu stellt die sektorale Budgetierung dar, die schrittweise über alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung ausgedehnt wurde. Weitere Kostendämpfungsmaßnahmen waren die Entwicklung der Bedarfs-

---

17 Vgl. Müller, D./Simon, M. (1994).

18 Vgl. dazu die Ausführungen von B. Schmidt-Rettig in Kapitel III.C.1.2: Betriebskostenfinanzierung und Vergütungssystem.

- Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG) v. 27. Juni 1977 (BGBl. I, S. 1069)
- Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz – KVEG) v. 22. Dezember 1981 (BGBl. I, S. 1578)
- Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kosten-dämpfungsgesetz – KH-KDG) v. 22. Dezember 1981 (BGBl. I, S. 1568)
- Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts (Haushaltsbegleitgesetz 1983) v. 20. Dezember 1982 (BGBl. I, S. 1857)
- Gesetz über Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in der Rentenversicherung sowie über die Verlängerung der Investitions-hilfeabgabe (Haushaltsbegleitgesetz 1984) v. 22. Dezember 1983 (BGBl. I, S. 1532)
- Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz – KHNG) v. 20. Dezember 1984 (BGBl. I, S. 1716)
- Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundes-pflegesatzverordnung – BPfIV) v. 21. August 1985 (BGBl. I, S. 1666)
- Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung v. 19. Dezember 1986 (BGBl. I, S. 2593)
- Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) v. 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477)
- Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) v. 21. Dezember 1992 (BGBl. I, S. 2266)
- Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz) v. 1. November 1996 (BGBl. I, S. 1631)
- Erstes und Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Erstes und Zweites Neuordnungsgesetz – NOG) v. 23. Juni 1997 (BGBl. I, S. 1518)
- Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritäts-stärkungsgesetz) v. 19. Dezember 1998 (BGBl. I, S. 3853)
- Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheits-reformgesetz 2000) v. 22. Dezember 1999 (BGBl. I, S. 2626)
- Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG) v. 19. Dezember 2001 (BGBl. I, S. 3773)
- Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz – AABG) v. 15. Februar 2002 (BGBl. I, S. 684)
- Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragsatzsicherungsgesetz – BSSichG) v. 23. Dezember 2002 (BGBl. I, S. 4637)
- Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14. November 2003 (BGBl. I, S. 2190)
- Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbe- werbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) v. 26. März 2007 (BGBl. I, S. 378)

**Abb. I.A-1:** Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Gesetze und Verordnungen 1977 bis 2005 (Quelle: Darstellung in Anlehnung an Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J. (2002); eigene Ergänzung)

planung der kassenärztlichen Versorgung, die Einführung einer Negativliste in der Arzneimittelversorgung, die Ausgrenzung von Bagatellarzneimitteln aus dem Leistungskatalog sowie die Einführung von Festbetragsregelungen. Alle diese Maßnahmen hatten jedoch immer nur geringe und vorübergehende Wirkungen im Hinblick auf die gewünschte Kostendämpfung. Um eine verbesserte Systematik in den Sozialversicherungsgesetzen zu erhalten, sollte mit dem Sozialgesetzbuch ein einheitliches Gesetzeswerk geschaffen werden. Nachdem dessen allgemeiner Teil bereits 1975 verabschiedet worden war, folgte der Teil über die Krankenversicherung (SGB V) im Jahr 1988.

Die zunehmend schwierigere Finanzierungssituation machte eine Reform der Strukturen in der GKV unumgänglich. Hierzu dienten zwei Gesetze: das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 und das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992. Das GRG sollte Eigenverantwortung und Solidarität in der GKV stärken. Es enthielt Neuerungen: zu Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Erweiterung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, zur Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und Zahnersatz, zu Festbetragsregelungen bei der Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln, zur sozialen Absicherung des Pflegefallrisikos, zur Begrenzung der Höhe des Sterbegeldes, zu Härtefallregelungen, zur Qualitätssicherung der Leistungserbringer und zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Das GSG umfasste im Wesentlichen folgende Regelungen zur Sicherung der finanziellen Grundlagen und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Einführung des Kassenwahlrechts für alle Versicherten (ab 1996) und somit Einführung von Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen, Einführung des Risikostrukturausgleichs (ab 1994), Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip im Krankenhaus, Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, Begrenzung der Zahl der Kassenärzte, Positivliste verordnungsfähiger Arzneimittel (wurde im Gesetzgebungsprozess zurückgezogen), Preismoratorium und Preisabsenkung bei Arzneimitteln, Grundlohnbindung und damit Budgetierung der Ausgaben für Krankenhausleistungen, stationäre Kuren, ambulante Versorgung und Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sowie erweiterte Zuzahlungsregelungen für Versicherte.<sup>19</sup>

Die 1990er Jahre waren seit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung gesundheitspolitisch das bisher bewegteste Jahrzehnt. Das Tempo und die Reichweite gesundheitspolitischer Reformen stiegen erheblich.<sup>20</sup> Vorrangig steht seither die Erhöhung der technischen Effizienz durch (geregelten) Wettbewerb im Mittelpunkt. Dabei gilt die Prämisse, nachteilige Auswirkungen auf Gleichheit und Qualität zu vermeiden. Die Politik folgte dem Grundsatz „Rationalisierung vor Rationierung“.<sup>21</sup>

Nach GRG und GSG schloss sich mit dem Beitragsentlastungsgesetz (1996) und den beiden GKV-Neuordnungsgesetzen (1997) die sogenannte „Dritte Stufe“ der Gesundheitsreformen der konservativ-liberalen Regierung an. Die Wirksamkeit des Wettbewerbes insbesondere zwischen den Krankenkassen sollte erhöht und die Eigenverantwortung der Versicherten weiter gestärkt werden. Als Instrumente hierzu dienten Modellvorhaben, Strukturverträge, Änderungen im Kündigungsrecht und Schaffung von Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Ferner erhöhten sich die Zuzahlungen im Arzneimittel-, Heilmittel- und Fahrkostenbereich sowie bei Krankenhausleistungen.

Nach der Regierungsübernahme von Sozialdemokraten und Grünen 1998 wurde noch im gleichen Jahr das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz verabschiedet, das mit einer Reduzierung von Zuzahlungen hauptsächlich einige Änderungen der Neuordnungsgesetze wieder rückgängig machte. Es sollte als „Vorschaltgesetz“ zu einer mittel- bis langfristig angelegten Gesundheitsreform 2000 fungieren.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (1999) wurde der Versuch unternommen, strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen umzusetzen. Das Vorhaben, die starren sektoralen Budgetgrenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich durch ein sektorübergreifendes Globalbudget aufzulösen, scheiterte im Gesetzgebungsprozess, jedoch konnten erste gesetzliche Grundlagen zur integrierten Versorgung geschaffen werden. Im Bezug auf Krankenhäuser, bei denen verstärkt Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden sollten, wurde

---

19 Vgl. Beske, F./Brecht, J. G./Reinkemeier, A.-M. (1995).

20 Vgl. Gerlinger, T. (2002).

21 Vgl. Busse, R./Riesberg, A. (2005).

die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems (auf Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs)) beschlossen.<sup>22</sup>

Das Beitragssicherungsgesetz (2002) sollte die GKV vor einer umfassenden Strukturreform im Jahr 2004 durch folgende Maßnahmen entlasten: Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze, Senkung des Sterbegeldes, Festschreibung der Gesamtvergütung im ambulanten und stationären Bereich auf dem Niveau von 2002 und Herstellerrabatt auf die zu Lasten der GKV-Versicherten verschriebenen Arzneimittel. Das angestrebte Ziel konnte allerdings nicht erreicht werden, die Beiträge stiegen auf ein Rekordniveau von 14,3 %.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (2003) wurde hauptsächlich eine nachhaltige Senkung der Lohnnebenkosten beabsichtigt. Dazu wurden Leistungen wie Sehhilfen, Sterilisation, Sterbe- und Entbindungsgeld aus der GKV ausgegrenzt und Zuzahlungen beim Arztbesuch, bei stationärer Behandlung und bei Arzneimitteln erhöht. Wirtschaftlicher werden sollte das Gesundheitssystem zum einen durch die Integration von Versorgungsstrukturen, z. B. durch die Beseitigung von Hindernissen bei der integrierten Versorgung, die Schaffung eines rechtlichen Rahmens für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und die Verbesserung von Möglichkeiten der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.<sup>23</sup> Innovative Modelle der Versorgung erhielten so eine sicherere Basis. Des Weiteren erfolgten Maßnahmen zur Liberalisierung des Arzneimittelmarktes (z. B. Versandapotheken, Aufhebung des Mehrbesitzverbotes), zur Steigerung von Versorgungsqualität (z. B. Fortbildungspflicht für Ärzte), Patientenrechten (z. B. Mitspracherecht im neu geschaffenen Gemeinsamen Bundesausschuss) und Transparenz (z. B. Patientenquittung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte) sowie Neuordnungen in der Finanzierung (z. B. Bundeszuschuss bei versicherungsfremden Leistungen, Finanzierung des Krankengeldes ausschließlich durch Versicherte).

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ist zum 1. April 2007 in Kraft getreten. Ziel dieser jüngsten Gesundheitsreform ist es, mehr Wettbewerb und Qualität durch strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen zu etablieren. Die zentrale Neuerung durch das Gesetz ist die Finanzierung von GKV-Leistungen aus einem Gesundheitsfonds. Vorgesehen sind einheitliche Beitragssätze für alle Beitragszahler ab dem 1. Januar 2009. Krankenkassen sollen demnach pro versichertem Mitglied eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit der Versicherten erhalten. Darüber hinaus können Krankenkassen Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben bzw. auch rückerstatten. Zugleich wird der Steueranteil an der Finanzierung der GKV erhöht. Parallel ist zudem die Einführung eines weiterentwickelten, morbiditätsorientierten RSA geplant. Verwaltet werden soll der Gesundheitsfonds dann ebenso wie bisher der RSA vom Bundesversicherungsamt (BVA). Ab dem Jahr 2011 ist vorgesehen, dass Krankenkassen den Arbeitgebern zusätzlich die Möglichkeit bieten, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle zu entrichten. Von dieser erhalten die Sozialversicherungsträger dann die Beiträge ihrer Mitglieder. Somit würde die Einzugspraxis bundesweit vereinheitlicht. Im Mittelpunkt der Reform stehen außerdem Veränderungen im Zusammenhang mit der privaten Krankenversicherung: Private Versicherte sollen künftig verpflichtet werden, einen Basis-Tarif zu „bezahlbaren Prämien“ für alle nicht GKV-versicherungspflichtigen Personen anzubieten, der keine Risikozuschläge beinhaltet und dessen Leistungsumfang dem der GKV vergleichbar ist. Dabei gilt dann – ebenfalls wie in der GKV – ein Kontrahierungszwang für die Versicherungsunternehmen. Zudem sind verbesserte Wechsel- und Wahlmöglichkeiten in der PKV vorgesehen, z. B. durch Portabilität von Alterungsrückstellungen. Weitere Bestandteile der Reform sind: neue Leistungen (z. B. Eltern-Kind-Kuren und spezielle Betreuung für

22 Vgl. dazu die Ausführungen von B. Schmidt-Rettig in Kapitel III.C.1.2: Betriebskostenfinanzierung und Vergütungssystem.

23 Vgl. dazu die Ausführungen von A. Arnold in Kapitel III.D: Krankenhaus und ambulante Versorgung.



Schwerstkranke und Sterbende), Erhöhung der Eigenverantwortung der Patienten bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit, verstärkte Kosten-Nutzen-Bewertungen im Arzneimittelbereich, eine neue Gebührenordnung mit einem Festpreissystem im ambulanten Sektor, Ausbau integrierter Versorgung, die Schaffung eines gemeinsamen Dachverbandes der Krankenkassen anstelle der bislang sieben Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie Einsparungen bei Apotheken, Rettungsdiensten und Krankenhäusern. Ferner soll in Deutschland erstmalig eine allgemeine Krankenversicherungspflicht eingeführt werden, die es nicht mehr gestattet, keinen Versicherungsschutz zu haben.

## **1.4 Gegenwärtige Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik**

Derzeit dominieren die Globalisierung der Wirtschaftsprozesse, europäische Integrationsbestrebungen sowie die demographische Entwicklung den Argumentationsrahmen innerhalb dessen die Weiterentwicklung sozialer Sicherungssysteme diskutiert wird. Speziell im Gesundheitswesen sieht man sich darüber hinaus Herausforderungen gegenüber, die sich infolge des medizinisch-technischen Fortschritts und eines Wandels von Werten in der Gesellschaft ergeben haben.

Globalisierung und Europäisierung: Lange waren die ökonomischen Rahmenbedingungen durch relativ geschlossene Volkswirtschaften gekennzeichnet. Durch Globalisierung und Europäisierung der Wettbewerbslandschaft verändern sie sich aber zunehmend. Die Verwirklichung eines europäischen Binnenmarktes und einer gemeinsamen Währung führte auf europäischer Ebene nicht nur für privatwirtschaftliche Unternehmen zu einem Wettbewerb in einem bisher nicht bekannten Maße. Die marktwirtschaftlichen Leitvorstellungen sind durch das politische und ökonomische Scheitern staatlich gelenkter Wirtschaftssysteme und durch Schwierigkeiten beim Fortbestand staatlich gelenkter Großunternehmen in vielen Ländern gestärkt worden. Auch öffentliche Monopole sollen im Sinne der Wettbewerbskonzeption der Europäischen Union (EU) einer neuen Konkurrenz ausgesetzt werden. Ein gestiegener Wettbewerbsdruck äußert sich gegenwärtig vornehmlich als Standortwettbewerb, in dem besonders die Lohnkosten eine entscheidende Rolle einnehmen. Reformen sozialer Sicherungssysteme müssen sich deshalb zusehends bezüglich der von ihnen induzierten Lohnkosteneffekte hinterfragen lassen. In dem stark lohnkostenabhängigen deutschen Gesundheitssystem werden daher Steigerungen der Gesundheitsausgaben kaum mehr als Wohlfahrtssteigerungen, denn vielmehr als Standortnachteil wahrgenommen. In dem vielfach als Zukunfts- oder Wachstumsmarkt bezeichneten Gesundheitswesen wird die Entwicklung durch diese Ausgabenbegrenzung stark eingeschränkt.

Die Einflussnahme der EU auf die nationalen Gesundheitssysteme war im Zuge der europäischen Integration im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen bisher kaum wahrnehmbar. Eine zunehmende Zentralisierung der Politikfelder auf europäischer Ebene führt jedoch neben den nationalen, systemendogenen Problemstellungen immer wieder auch zur Forderung nach einer sozialen Ausgestaltung des europäischen Binnenmarktes. Die Europäische Union ist derzeit im Begriff, die Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge zu Gunsten von Wettbewerbslösungen zu deregulieren, wovon dauerhaft voraussichtlich auch der Gesundheitsbereich nicht auszunehmen sein wird. Das deutsche Gesundheitssystem wird sich zukünftig daher auch an supranational vereinbarten Zielen und Leitlinien messen lassen müssen.<sup>24</sup>

---

24 Vgl. Bruckenberger, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (2006).

**Demographische Entwicklung:** Bei steigender Lebenserwartung und vergleichsweise niedriger Geburtenrate verändert sich insbesondere in Deutschland die Altersstruktur der Gesellschaft. Dadurch erhöht sich kontinuierlich der Anteil der nicht-erwerbstätigen gegenüber der erwerbstätigen Bevölkerung. Die Entwicklung geht einher mit einer Zunahme an Ein-Personen-Haushalten und chronisch-degenerativen Erkrankungen. Nachfrageseitig entwickelt sich so eine Geriatriisierung des Gesundheitswesens, wobei die Kosten der alternden Gesellschaft bei gleichzeitig schwindender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit dazu führen, dass das gesamte System der sozialen Versorgung, der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung unter einen erhöhten finanziellen Druck gerät.

**Medizinisch-technischer Fortschritt:** Die Medizin erhält durch den medizinisch-technischen Fortschritt Möglichkeiten, die nicht nur alternativ, sondern zusätzlich angewendet werden können („Add-on“-Technologien). Von der Ausdehnung der Grenzen des Machbaren wird angenommen, dass bei Anwendung der neuen Möglichkeiten eine Erhöhung der Kosten des Gesundheitssystems eher die Folge ist als eine durch Produktivitätssteigerungen erreichbare Kostendämpfung.

Demographische Alterung und medizinisch-technischer Fortschritt werden als die Hauptursachen dafür betrachtet, dass in der Krankenversicherung zukünftig mit einer erheblichen Steigerung der finanziellen Belastung gerechnet werden muss.

**Werte- und Strukturwandel:** Während in den 70er Jahren noch ein Trend hin zum Kollektivismus und größerer öffentlicher Einflussnahme bestand, wandelte sich dieser spätestens in den 90er Jahren hin zu einer gegenläufigen Tendenz. Individualismus und geringerer öffentlicher Einfluss prägten stattdessen vermehrt den Zeitgeist. Zentrale, dirigistische Organisationsformen öffentlicher Aufgabenerfüllung werden zunehmend flexibler und individualisierter. Ein gesellschaftlicher Trend, den Baier (1997) als „Individualisierung der Erwartungen und Pluralisierung der Bedürfnisse“ bezeichnet, führt im Gesundheitswesen dazu, dass vor allem erhöhte qualitative Anforderungen an die Gesundheitseinrichtungen artikuliert werden und psychosoziale Wohlbefindlichkeit vermehrt betont wird.

## 2 Gesundheitsökonomik

### 2.1 Grundsätzliches zur Gesundheitsökonomik

Mit dem Gesundheitswesen ist in doppelter Hinsicht immer auch eine ökonomische Komponente verbunden: Erstens sichert ein guter Gesundheitszustand dem Einzelnen die Möglichkeit, am Arbeits- und Erwerbsleben teilzunehmen, bzw. kann erst bei einem guten Gesundheitsstand der Bevölkerung das Potenzial an Arbeitskräften einer Gesellschaft in vollem Umfang ausgeschöpft werden; somit ist Gesundheit als eine wesentliche Voraussetzung für wirtschaftliche Produktivität zu betrachten. Zweitens haben Dienstleistungen zur Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit die Eigenschaft eines Wirtschaftsgutes. Das heißt, sie stehen nicht unbegrenzt zur Verfügung und verbrauchen Ressourcen, die somit nicht mehr in andere Bereiche der Volkswirtschaft wie Bildung, Erziehung oder Konsum fließen können (Opportunitätskostenprinzip).

Eine möglichst effiziente Allokation der knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung nach transparenten und rationalen Maßstäben zu erreichen, ist das Grundproblem, mit dem sich die Gesundheitsökonomik auseinandersetzt. Untersucht werden dazu die Organisation der Gesundheitsversorgung und der Produktionsprozess von Gesundheit. Nach Neubauer (2006) wird die Gesundheitsökonomik definiert als jene Lehre, „welche Aussagen darüber zusammenfasst, wie die knappen Mittel im Gesundheitssektor optimal eingesetzt werden können.“<sup>1</sup> Durch das Wirtschaftlichkeitsprinzip sind hierzu erste Verhaltensmaßregeln vorgegeben:

- Mit gegebenen Mitteln ist ein Maximum des Gesundheitsstandes der Bürger zu erreichen (Maximalprinzip).
- Ein bestimmter – wünschenswerter – Gesundheitsstand ist mit möglichst geringem Aufwand zu erreichen (Sparsamkeits- bzw. Minimalprinzip).
- Das Verhältnis aus Output zu Input soll maximiert werden.

Während die Gesundheitsökonomik eher eine gesamtwirtschaftliche Perspektive einnimmt, kann in Abgrenzung dazu das Gesundheitsmanagement als die einzelbetrieblich angewendete Gesundheitsökonomik bezeichnet werden. Im Mittelpunkt steht hierbei nicht primär die Kosten-Nutzenoptimierung, sondern die Kosten-Ertragsoptimierung aus der Sicht des jeweiligen Gesundheitsbetriebes, z. B. eines Krankenhauses oder einer Arztpraxis (vgl. Abb. I.A-2).

Der Gesundheitsökonomik liegt die ökonomische Theorie zugrunde, welche davon ausgeht, dass Menschen ihre Entscheidungen durch Maximierung des Nettonutzens (Nutzen – Kosten) unter Berücksichtigung von Nebenbedingungen und angesichts ihres Informationsstandes treffen. Da dies grundsätzlich auch unter Beachtung der Besonderheiten von Gesundheitsgütern so gilt, ist es möglich, die allgemeine ökonomische Theorie auf dieses Anwendungsfeld zu

---

1 Neubauer, G. (2006), S. 2.

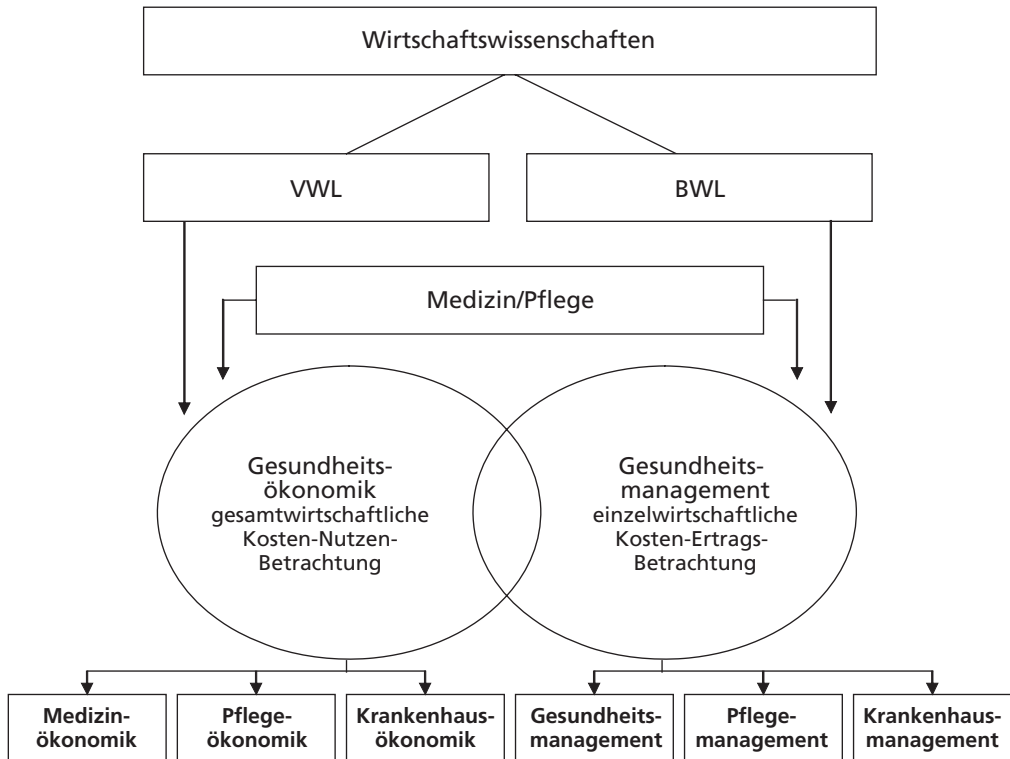


Abb. I.A-2: Abgrenzung Gesundheitsökonomik/Gesundheitsmanagement  
(Quelle: Neubauer, G. (2006))

adaptieren. Eine neue, eigene Theorie der Gesundheitsökonomik ist demzufolge nicht erforderlich.<sup>2</sup>

Gesundheitsökonomien versuchen, wie alle Ökonomen, ihr Gebiet mit wissenschaftlicher Objektivität zu bearbeiten. Sie wollen Erkenntnisse darüber zu Tage fördern, wie die Welt ist, d.h. es sollen sogenannte positive Aussagen hergeleitet werden. Ihre Aufgabe ist es grundsätzlich nicht, normative Aussagen zu formulieren, in denen festgestellt wird, wie die Welt sein sollte. In letzterem Fall würden Ökonomen mehr als Politiker denn als Wissenschaftler agieren.

In Deutschland galt das Gesundheitswesen lange als ein Bereich, der sich infolge der Eigenschaften des Gutes Gesundheit, aus denen sich besondere Produktions- und Marktbedingungen ergeben, einer ökonomischen Untersuchung (über deskriptive Darstellungen hinaus) größtenteils entzieht. Erst als in den 1970er Jahren zunehmend Debatten über die „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ geführt wurden, änderte sich dieses Verständnis, und die Gesundheitsökonomik begann sich über erste Ansätze hinaus weiter zu entwickeln. Dazu trugen insbesondere die ab 1978 stattfindenden gesundheitsökonomischen Colloquien der Robert-Bosch-Stiftung und die daraus zwischen 1981 und 1992 hervorgehenden Publikationen bei. Seit 1985, als der Verein für Socialpolitik sich in seiner Jahrestagung mit der „Öko-

2 Vgl. Schulenburg, J.M. Graf v. d./Greiner, W. (2000).

nomie des Gesundheitswesens“ beschäftigte, gilt die Gesundheitsökonomik als anerkannte ökonomische Fachdisziplin.<sup>3</sup>

Um auf den Stellenwert und die Notwendigkeit einer ökonomischen Betrachtung der gesundheitlichen Versorgung hinzuweisen, wird gegenwärtig häufig auch die zunehmende Bedeutung des Gesundheitssektors als Wirtschaftsfaktor angeführt, welche beispielsweise in den Gesundheitsausgaben von 10,6% des Bruttoinlandsproduktes im Jahr 2004 zum Ausdruck kommt oder auch in der Beschäftigtenzahl von mehr als vier Millionen Menschen, die im gleichen Jahr ihr Einkommen aus diesem Sektor bezogen.<sup>4</sup> Einigkeit besteht grundsätzlich darin, dass Entscheidungsträger in der Politik infolge einer zunehmenden Ressourcenknappheit bzw. eines

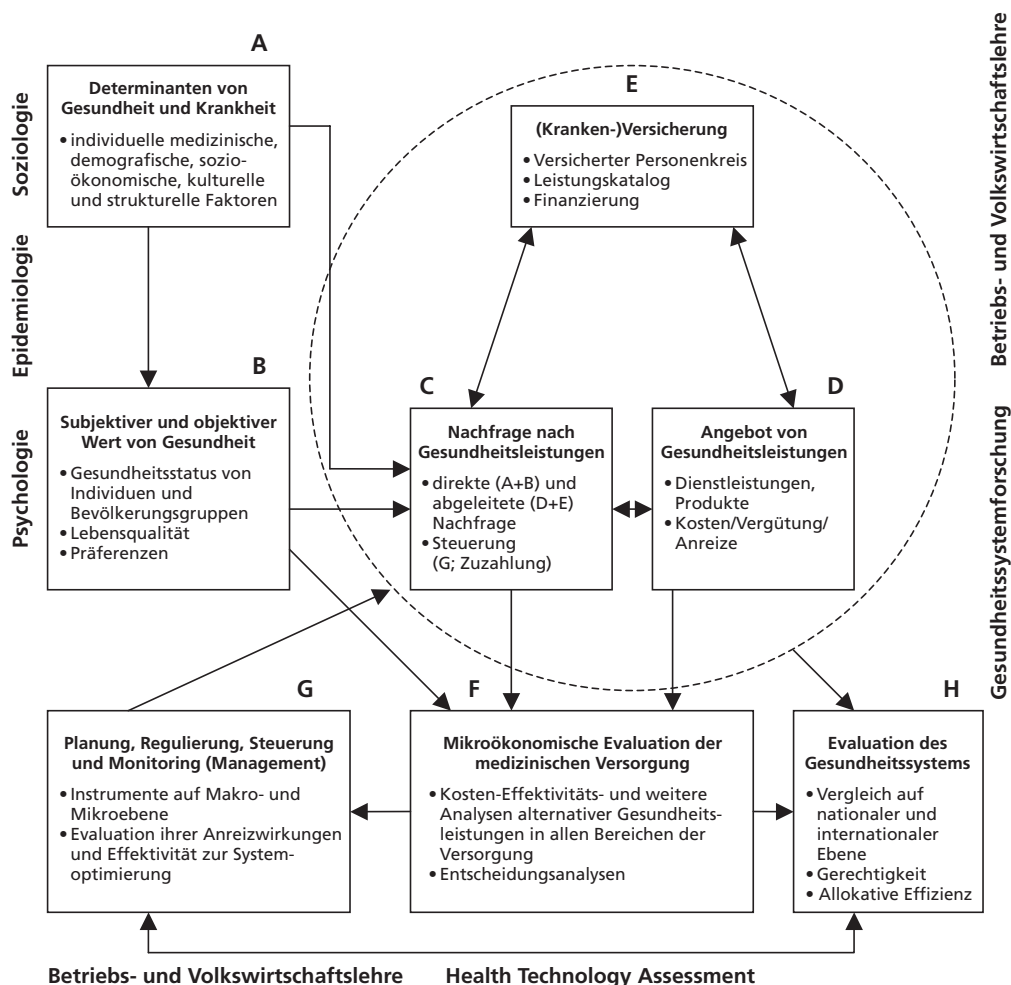


Abb. I.A-3: Themenschwerpunkte und Forschungsfelder der Gesundheitsökonomik (Quelle: Darstellung in Anlehnung an Busse, R. (2006) bzw. Maynard, A. (1997))

<sup>3</sup> Vgl. Gäfgen (1986).

<sup>4</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2006).

Ansteigens des Bedarfs an Gesundheitsgütern durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die Alterung der Bevölkerung vermehrt ökonomischer Beratung bei den anfallenden komplexen Allokations- und Distributionsfragen bedürfen.<sup>5</sup>

Eine aktuelle Übersicht der wesentlichen gesundheitsökonomischen Themenschwerpunkte und Forschungsfelder gibt Busse (2006) (vgl. Abb. I.A-3). Diese sind: die Determinanten von Gesundheit bzw. Krankheit, der Wert der Gesundheit, der Gesundheitsmarkt mit den Komponenten Nachfrage – Angebot – Versicherung, der Themenbereich Planung – Regulierung – Steuerung, gesundheitsökonomische Evaluationen und Gesundheitssystemforschung.

## 2.2 Gesundheitsmarkt

### 2.2.1 Besonderheiten des Marktes

Analog zu anderen Wirtschaftsbereichen ist das Interesse der Ökonomen am Gesundheitswesen primär auf den Markt gerichtet, der allgemein definiert ist als „die Gesamtheit der wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Anbietern und Nachfragern eines bestimmten Gutes oder einer bestimmten Gütergruppe“.<sup>6</sup>

In der neoklassischen Wirtschaftstheorie sind Marktteilnehmer vollständig über alle Güter informiert und handeln stets rational. Preise und Qualität aller Produkte sind bekannt und die Nachfrager sind in der Lage zu bewerten, welchen Nutzen sie aus dem Konsum eines angebotenen Gutes ziehen können. Die Preisbildung wird allein dem Koordinationsmechanismus Markt überlassen (je höher der Preis, desto geringer die Nachfrage; je geringer der Preis, desto größer die Nachfrage). Es wird ferner davon ausgegangen, dass sich auf dem Markt ein Gleichgewicht einstellt, das zur vollständigen Markträumung und damit zur einer paretooptimalen Allokation der Ressourcen führt. Auf diese Weise kann der Wohlstand einer Gesellschaft maximiert werden.

Märkte führen gemäß dieser Theorie jedoch dann nicht zu einer effizienten Allokation der Ressourcen, wenn Marktmängel vorliegen, d.h. wenn nicht alle beschriebenen Eigenschaften eines Marktes gegeben sind. Bei näherer Betrachtung des Gesundheitswesens stellt sich schnell heraus, dass zentrale Merkmale eines „vollkommenen Marktes“ hier fehlen bzw. nur eingeschränkt vorhanden sind. Nach Stiglitz (1988) sind die Gründe für ein „Marktversagen“ in diesem Anwendungsbereich der ökonomischen Theorie in einer asymmetrischen Informationsverteilung jedoch insbesondere (hier schließen sich die meisten Gesundheitsökonom an) in der umfassenden Regulierung des Wettbewerbes durch staatliche Eingriffe zu sehen. Diese rühren primär – aber nicht nur – aus dem gesamtgesellschaftlichen Konsens her, dass jedem Mitglied der Gesellschaft Gesundheitsleistungen im Bedarfsfall unabhängig von seiner Zahlungsfähigkeit zur Verfügung stehen sollten. Eine Forderung, die ein vollkommen unregulierter Markt für Gesundheits(versicherungs)leistungen vermutlich nicht erfüllen würde.

Die Beteiligung von Versicherungen ist eine weitere Besonderheit vieler Gesundheitsmärkte. Je nach Gesundheitssystem beeinflussen sie in unterschiedlichem Maße die Beziehungen zwischen Nachfrage und Angebot. Daher ist es sinnvoll, sie in die Betrachtung des Marktes mit einzubeziehen.<sup>7</sup> So kann eine grobe Beschreibung von Gesundheitsmärkten unter Zuhilfenahme einer Dreieckskonstruktion aus Nachfrage, Angebot und Versicherung erfolgen. Wird der

5 Vgl. auch Kapitel 2.6 Gesundheitsökonomische Evaluation.

6 Vgl. Bea, F.X./Haas, J. (1995), S. 77.

7 Vgl. Kapitel 2.2.4.