

Leseprobe

Gesundheitsbetriebswirt/-in (IST)

Studienheft

VWL und BWL im Gesundheitswesen

Autorin

Alexandra Kroczewski-Gubsch

Dipl. Soziologin Alexandra Kroczewski-Gubsch hat zusätzlich ein Zweitstudium (MBA Sportmanagement) absolviert und die Ausbildung im betrieblichen Gesundheitsmanagement (IHK) abgeschlossen. Seit 2008 arbeitet sie als Dozentin, Gutachterin und Mentorin für verschiedene Bildungseinrichtungen und Hochschulen. Neben diesen Tätigkeiten ist sie für das IST-Studieninstitut und die IST-Hochschule als Autorin und Dozentin tätig.

4.2.2 Pflegeversicherungsbeiträge

Grundlagen für die Beiträge zur Pflegeversicherung sind das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 28.05.2008 und das Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der Sozialen Pflegeversicherung.

Pflegeversicherungsbeiträge

Für das Jahr 2016 lag der Prozentsatz für die Pflegeversicherung bei 2,35 % für Versicherte mit Kindern. Hatte ein Mitglied das 23. Lebensjahr vollendet und keine Kinder, so zahlte es 0,25 Prozentpunkte mehr und damit insgesamt 2,6 %. Die 0,25 Prozentpunkte mehr musste der Arbeitnehmer allerdings alleine zahlen, er konnte sie nicht auf sich und den Arbeitgeber aufteilen. Hat der Arbeitnehmer Kinder und fällt damit aus der zusätzlichen Zahlung raus, so musste er dies eigenständig nachweisen. Mit dem Wirksamwerden des PSG II wurde der Beitrag um 0,2 Prozentpunkte für die Pflegeversicherung zum 01.01.2017 angehoben.

Aktuell stellt sich damit folgender Pflegesatz dar:

Alter	Beitrag Arbeitnehmeranteil	Beitrag Arbeitgeberanteil
Bis Vollendung des 23. Lebensjahres	1,275 %	1,275 %
Ab Vollendung des 23. Lebensjahres mit Nachweis der Elterneigenschaft	1,275 %	1,275 %
Ab Vollendung des 23. Lebensjahres ohne Nachweis der Elterneigenschaft	1,525 %	1,275 %

Tab. 13 Beitragssätze zur Pflegeversicherung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer mit Berücksichtigung des Alters und der Elterneigenschaft (eigene Darstellung)

In Sachsen gibt es allerdings eine Sonderregelung bezüglich der Pflegeversicherung. Dort beträgt der Arbeitgeberanteil nicht wie in allen anderen Bundesländern 1,175 % (50 % des Gesamtprozentsatzes), sondern nur 0,775 %. Der Grund dafür liegt darin, dass in Sachsen kein Feiertag gestrichen wurde, als die Pflegeversicherung in Kraft trat, und somit eine Mehrbelastung des Arbeitgebers ausgeschlossen werden konnte (vgl. www.lohn-info.de).

4. Leistungserbringer des Gesundheitswesens

Beitragsverteilung	Sachsen	Alle anderen Bundesländer
Beitragssatz Arbeitnehmer ohne Beitragszuschlag	1,775 %	1,275 %
Beitragssatz Arbeitnehmer mit Beitragszuschlag	1,775 % + 0,25 % = 2,025 %	1,275 % + 0,25 % = 1,525 %
Beitragssatz Arbeitgeber (bleibt in beiden Fällen gleich)	0,775 %	1,275 %

Tab. 14 Beitragsätze zur Pflegeversicherung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer mit Berücksichtigung des Bundeslandes (eigene Darstellung)

Wie bei den Krankenkassenbeiträgen gibt es auch bei der Pflegeversicherung eine Obergrenze (Beitragsbemessungsgrenze). Diese Grenze ist im gesamten Bundesgebiet gleich. Sie liegt bei einem jährlichen Bruttoeinkommen von 53.100,00 Euro (2018) (vgl. www.lohn-info.de).

4.3 Pflegeeinrichtungen

Mit dem Beschluss zur Pflegeversicherung im Jahr 1995 haben der gesundheits- und der sozialpflegerische Dienst (kurz: **Pflegedienst**) enorm an Bedeutung gewonnen. Sie übernehmen zum größten Teil die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in unserem Land.

Die Ziele von gesundheits- und pflegerischen Diensten sind:

- Verbesserung der Pflegesituation der Betroffenen
- Absicherung des sozialen Risikos der Pflegebedürftigkeit, da die Kosten die individuelle Leistungsfähigkeit oft überfordern
- Erhöhung und Stärkung der Fähigkeit zur selbstständigen und unabhängigen Lebensführung
- Unterstützung der pflegenden Angehörigen unter den Gesichtspunkten Kosten und Gerechtigkeit
- Berücksichtigung des demografischen Wandels mit zunehmend mehr älteren Menschen, die der Pflege bedürfen
- Sicherung der Finanzierung und Entlastung der Sozialhilfeträger
- Betreuung bei Pflege und Hilfsbedürftigkeit
- Förderung der familiären Pflege

(vgl. Nagel 2013, S. 101 f.).

Neben der **Grundpflege** wie Baden, Betten oder Haarpflege sind diese Dienste auch für die **Behandlungspflege** (Verbandswechsel oder Injektionen) zuständig. Ein dritter Bereich sind **sozialpflegerische Leistungen**. Dazu gehören Fahrdienste, Haushaltshilfen oder Mahlzeitendienste.

Gesundheits- und sozialpflegerische Dienste werden sowohl ambulant als auch stationär angeboten.

Während sich **ambulante Pflegedienste** um die Pflege von Pflegebedürftigen in ihrer Wohnung kümmern (§ 71 Abs. 1 SGB XI), stellt die stationäre Pflege (auch Heimpflege genannt) den Aufenthalt von Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung/einem Pflegeheim aufgrund von Pflegebedürftigkeit dar.

Die **stationäre Pflege** setzt immer dann ein, wenn eine angemessene Versorgung/Betreuung durch häusliche/ambulante Pflegedienste nicht mehr gewährleistet werden kann. Bei der stationären Pflege werden Pflegebedürftige ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht (§ 71 Abs. 2 SGB XI).

Unter vollstationärer Pflege ist einerseits die **Dauerpflege** zu verstehen, für die insgesamt fast 95 % aller Plätze zur Verfügung stehen. Andererseits fällt darunter die **Kurzzeitpflege**, die in der Regel dann genutzt wird, wenn die ambulante Pflege vorübergehend, zum Beispiel wegen Urlaub des Pflegenden, unterbrochen wird.

In beiden Fällen (ambulant und stationär) wird von professioneller Pflege gesprochen, da sie von Pflegefachkräften durchgeführt wird (vgl. PENTER/AUGURZKY 2014, S. 135 f.).

Zu den **ambulanten Pflegediensten** zählen unter anderem die Gemeindekrankenpflege, die Familienpflegestationen oder die mobilen Hilfs- und Pflegedienste. Diese Pflegedienste werden bei der Pflege von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern unterstützt. In Anspruch nehmen diese Art der Dienste vor allem behinderte und ältere Menschen. Außerdem zählen zu den ambulanten Pflegediensten auch die Sozialstationen. Sie werden vor allem durch die freie Wohlfahrtspflege, die Kirchen oder Kommunen finanziert und bieten neben der ambulanten Kranken- und Altenpflege, Haus- und Familienpflege auch z. B. psychosoziale oder Suchtberatung an.

Ambulante Pflegedienste



4. Leistungserbringer des Gesundheitswesens

Stationäre Pflegedienste

Im Bereich der **stationären Pflegedienste** gibt es ebenfalls mehrere Betreuungsvarianten. Die erste Möglichkeit sind **Wohnheime**. Sie bestehen aus sich abgeschlossenen Wohnungen. Bei Bedarf kann auf die Verpflegung und Versorgung durch das vor Ort anwesende Personal zurückgegriffen werden. Allerdings soll in Wohnheimen den älteren Menschen die Möglichkeit gegeben werden, möglichst lange selbstständig zu leben. Die zweite Möglichkeit sind **Altenheime**. Sie bieten Wohnraum, Gemeinschaftsverpflegung und alle Leistungen der Haushaltsführung an. Außerdem beherbergen sie in den meisten Fällen eine Pflegeabteilung. Die dritte Variante sind **Pflegeheime**. Sie sind speziell für dauerhaft kranke und pflegebedürftige Menschen gedacht und bieten deshalb eine umfassende Pflege, Betreuung und Versorgung an.

Aufgrund der wachsenden Anzahl von Pflegebedürftigen in den vergangenen Jahren (waren es 1995 nur 1,06 Millionen, wurden im Dezember 2017 bereits 3,3 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland verzeichnet – Experten gehen davon aus, dass es bis 2030 rund 3,5 Millionen sein werden) steigt die Anzahl der Pflegeeinrichtungen ebenfalls kontinuierlich, wie in der nachfolgenden Abbildung zu sehen ist:

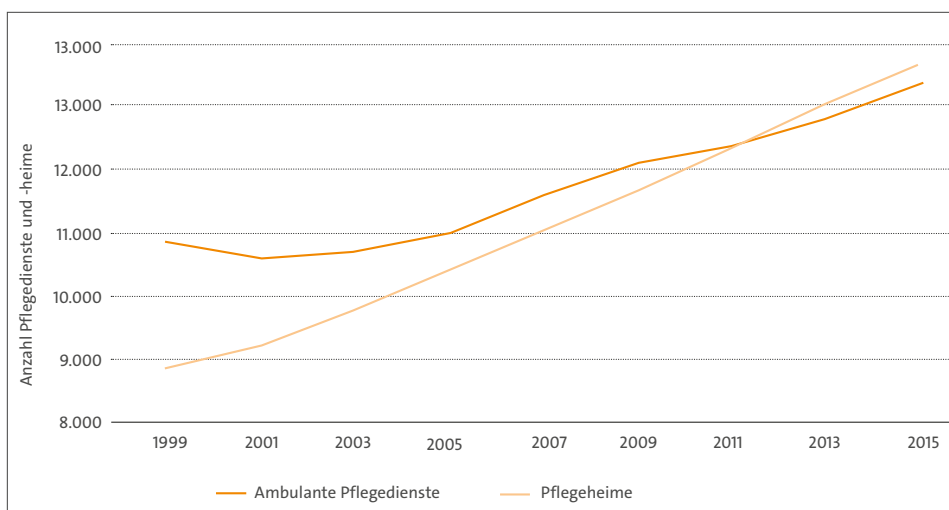


Abb. 38 Anzahl von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2015 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2017b)

Da es für Pflegeeinrichtungen keine Bedarfs- oder Kapazitätsplanung wie bei den Krankenhäusern oder den niedergelassenen Ärzten gibt, ist davon auszugehen, dass sich die Zahl der Pflegeeinrichtungen in den nächsten Jahren weiterhin positiv entwickeln wird.

Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege jedoch „nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (‘zugelassene Pflegeeinrichtungen’). Im Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen festgelegt, die von der Pflegeeinrichtung für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag, § 72 Abs. 1 SGB XI)“ (PENTER/AUGURZKY 2014, S. 139).

4.4 Ambulante Versorgung

Mit der Einführung der Krankenversicherung wurde auch die ambulante Versorgung eingeführt. Die **ambulante Versorgung** umfasst den Bereich der medizinischen Fürsorge, „der erfolgen kann, ohne dass der Betroffene zeitweise aus seinem Wohnbereich herausgelöst werden muss. Er kann zur Diagnostik und/oder Therapie entweder eine Einrichtung aufsuchen oder er wird bei Bettlägerigkeit zu Hause versorgt“ (ROSENBERG 1975, S. 68).

Zur ambulanten Versorgung zählen sowohl die ärztliche als auch die zahnärztliche Versorgung. Im ambulanten Sektor arbeiten niedergelassene Allgemein- und Fachärzte selbstständig und überwiegend in Einzelpraxen.

Ambulant tätige Ärzte rechnen ihre **Einzelleistungen** nach der Gebührenordnung ab, haben aber nur ein gewisses Gesamtbudget zur Verfügung, welches sie nicht überschreiten dürfen. Schaut man sich die Arztkontakte in Deutschland an, so wird man feststellen, dass nur etwa 50 % der Kontakte über die Allgemeinmediziner laufen. Der Hintergrund ist der, dass der Hausarzt nicht als erste Anlaufstelle festgelegt ist (Ausnahmen machen hier einige PKVs), sondern der Patient in Deutschland ein Wahlrecht hat und somit entscheiden kann, ob er einen Allgemeinmediziner aufsucht, gleich zum Facharzt geht oder sogar beide in Anspruch nimmt. Die Ärzte sind in regionalen **Kassenärztlichen Vereinigungen** (KVs) zusammengefasst, die sich wiederum auf Bundesebene zusammenschließen. Ihren Ursprung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Jahren 1931/32. In dieser Zeit wurden zwei Verordnungen erlassen, die die KVs als Organ der kassenärztlichen Selbstverwaltung festlegten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die Verhandlungen mit den Krankenkassen, prüfen Abrechnungen, kümmern sich um die Vergütung und organisieren die Kapazitäten. Sie sind es auch, die über eine Neuzulassung von Ärzten entscheiden.

Definition

Kassenärztliche Vereinigung



4. Leistungserbringer des Gesundheitswesens

Die Abrechnung der niedergelassenen Ärzte erfolgt in zwei Schritten. Als Erstes wird ein Budget zwischen den KVs und den GKV's festgelegt. Dieses Budget wird anschließend nach einem bestimmten Maßstab auf die Ärzte verteilt (vgl. BÖCKEN/BUTZLAFF/ESCHE 2001, S. 40 f.). Privatärztliche Leistungen werden nach einer Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Diese Ordnungen regeln, für welche Leistung und in welcher Höhe die Ärzte und Zahnärzte ihre Honorare von den Privatpatienten fordern dürfen. Dafür sind Mindest- und Höchstsätze in einem Gebührenverzeichnis festgelegt.

Zulassung Die Zulassung der Vertragsärzte/Vertragszahnärzte erfolgt aufgrund einer **Bedarfsplanung** durch die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung und Gewährleistung der ambulanten Versorgung. Dabei wird vor allem auf die Verhältniszahl von Einwohnern je Arzt geachtet.

Ein Patient kann allerdings nicht nur ambulant versorgt werden, sondern eine notwendige medizinische Versorgung auch in Krankenhäusern erhalten, die primär für die stationäre Patientenbehandlung vorgesehen sind. Deswegen werden wir uns dieses Thema im nächsten Kapitelabschnitt näher ansehen.

4.5 Stationäre Versorgung

Neben dem ambulanten Sektor gibt es in Deutschland einen zweiten großen Bereich – den **stationären Sektor**.

Die stationäre Versorgung der Krankenversicherung wird noch einmal in zwei große Bereiche gegliedert – den Bereich der Krankenhausversorgung und den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation (vgl. dazu die nachfolgende Abbildung):

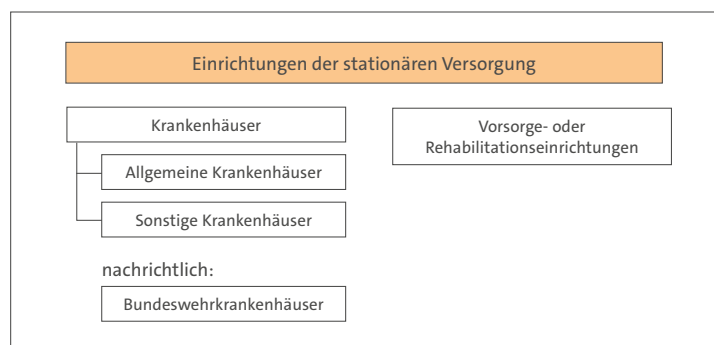


Abb. 39 Einrichtungen der stationären Versorgung
(STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b, S. 3)

Wir widmen uns zunächst dem Krankenhausbereich.

Die Geschichte der **Krankenhäuser** ist lang. Schon im Altertum waren Spitäler und Hospize bekannt. Sie waren ein Ort, an dem auch die Armen und Bedürftigen Pflege, Unterkunft und ärztliche Betreuung bekamen. Heute ist das Krankenhaus eine Institution, in der vor allem Menschen behandelt werden, die schwere und komplizierte Krankheiten haben und damit auf besondere medizinische Versorgungsleistungen angewiesen sind.

Krankenhäuser sind laut Gesetz „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ (§ 2 Nr. 1 KHG).

Krankenhäuser

4. Leistungserbringer des Gesundheitswesens

Seit dem Jahr 2012 werden Krankenhäuser in Deutschland wie folgt unterteilt:

Allgemeine Krankenhäuser:

Das sind Krankenhäuser, die über vollstationäre Fachabteilungen verfügen, die jedoch nicht ausschließlich Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische und/oder geriatrische Patienten haben.

Sonstige Krankenhäuser:

Das sind Häuser mit Betten für ausschließlich die bei den allgemeinen Krankenhäusern ausgeschlossenen Bereiche sowie reine Tages- und Nachtkliniken.

Bundeswehrkrankenhäuser:

Die Bundeswehrkrankenhäuser werden in Deutschland vom Sanitätsdienst der Bundeswehr betrieben und sind nur dann für Krankenhausstatistiken relevant, wenn sie zivile Personen behandeln (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b, S. 3).

Bevor ein Patient auf eine vollstationäre Krankenhausbehandlung zugreifen kann, muss jedoch immer geprüft werden, „ob das Behandlungsziel nicht durch eine vor-, nach- oder teilstationäre Behandlung oder durch ambulante Behandlung erreicht werden kann (§ 39 Abs. I Satz 2 SGB V). Die stationäre Krankenhausbehandlung ist somit immer nachrangig gegenüber anderen, in der Regel weniger kostenintensiven Behandlungsformen“ (GERLINGER/BURKHARDT 2014).

Die **Krankenhauskapazitäten** werden von den Bundesländern festgelegt, die sich dabei an der regionalen Krankenhausplanung orientieren. Dabei kann man feststellen, dass in Deutschland die Zahl der Krankenhausbetten erheblich zurückgegangen ist (vgl. Abb. 40 „Anzahl der Krankenhausbetten in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2015“). Die Gründe dafür liegen vor allem in der

1. verbesserten Ausstattung der Praxen und der damit zusammenhängenden Möglichkeit, mehr ambulante OPs durchzuführen
2. rückläufigen durchschnittlichen Dauer eines Krankenhausaufenthaltes
3. Umstrukturierung der psychiatrischen Betreuung (mehr ambulante Betreuung)

4. Leistungserbringer des Gesundheitswesens

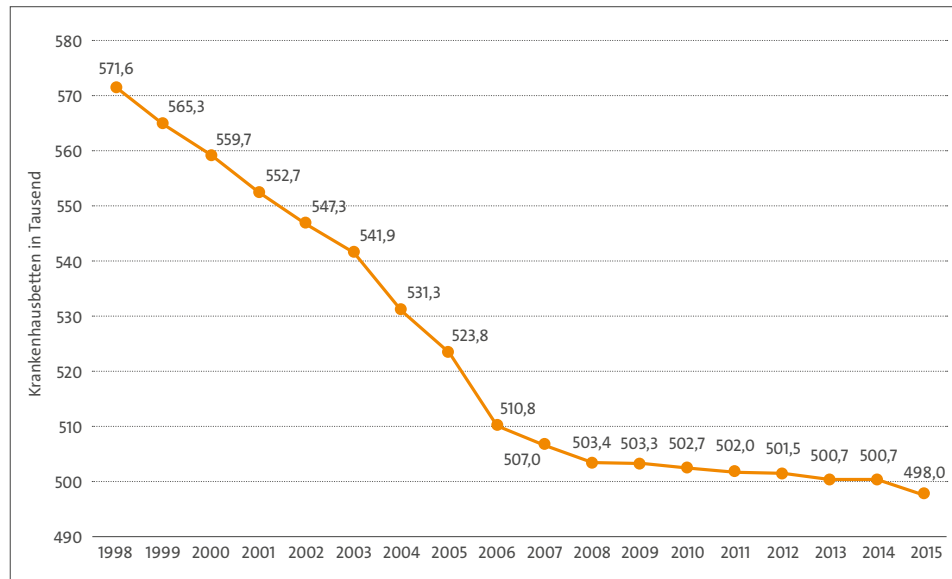


Abb. 40 Anzahl der Krankenhausbetten in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2015
(STATISTISCHES BUNDESAMT 2016r)

4.5.1 Einteilung und Träger von Krankenhäusern

Neben der Anzahl der Betten und Fachabteilungen, der Versorgungsstufe, der Art der Zulassung (mit und ohne Versorgungsauftrag) sowie der Rechtsform (z. B. öffentlich rechtlich oder privatrechtlich), lassen sich Krankenhäuser auch nach dem Träger unterscheiden, wie die nachfolgende Abbildung zeigt:

Spezialisierung	Allgemeinkrankenhaus Fachkrankenhaus
Versorgungsstufe	Versorgungsstufe I (Grundversorgung oder Regelversorgung) Versorgungsstufe II (Schwerpunktversorgung) Versorgungsstufe III (Maximalversorgung)
Zulassungsstatus	Hochschulkliniken (§ 108 Nr. 1 SGB V) Plankrankenhäuser (§ 108 Nr. 2 SGB V) Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag (§ 108 Nr. 3 SGB V) Sonstige Krankenhäuser
Trägerschaft	Öffentliche Freigemeinnützige Private

Tab. 15 Unterscheidung von Krankenhausarten nach Spezialisierung, Versorgungsstufe, Zulassungsstatus und Träger
(PENTER/AUGURZKY 2014, S. 23)

4. Leistungserbringer des Gesundheitswesens

Spezialisierung Hinsichtlich der Spezialisierung wird unterschieden, ob die Krankenhäuser einer Versorgungsstufe zugeordnet werden (Regel-, Schwerpunkt- oder Maximalversorger) oder nicht (Fachkrankenhaus).

Die Unterteilung in Versorgungsstufen erfolgt in den Krankenhausgesetzen der Länder unterschiedlich.

Versorgungsstufen Im Freistaat Sachsen unterteilt man in die drei Versorgungsstufen Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung, der Freistaat Bayern bezeichnet die erste Versorgungsstufe als Grundversorgung.

Im Freistaat Sachsen müssen Krankenhäuser der **Regelversorgung** die Fachrichtungen Chirurgie und/oder Innere Medizin haben. Bei entsprechendem Bedarf können sie aber auch andere Fachrichtungen unterhalten.

Krankenhäuser der **Schwerpunktversorgung** umfassen die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Orthopädie, Pädiatrie und Urologie, bei entsprechendem Bedarf aber auch andere Fachrichtungen.

Krankenhäuser der **Maximalversorgung** müssen im Rahmen des Bedarfs mit ihren Leistungsangeboten über Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung wesentlich hinausgehen. Sie sollen die entsprechenden hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtungen vorhalten (STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ 2012, S. 16 ff. IN: PENTER/AUGURZKY 2014, S. 22 f.).

Im Hinblick auf die Gliederung bei der Zulassung gibt es nach § 108 SGB V drei Arten von Krankenhäusern:

- Zulassung**
1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als **Hochschulklinik** anerkannt sind
 2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (**Plankrankenhäuser**)
 3. **Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

4. Leistungserbringer des Gesundheitswesens

Schließlich lassen sich Krankenhäuser nach den Trägerschaften differenzieren. **Träger**

Bei den Krankenhäusern kann man zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern unterscheiden. Diese Unterscheidung geht auf die **Träger der Krankenhäuser** zurück – also auf Personen, Institutionen und Körperschaften, die ein Krankenhaus besitzen oder betreiben.

Öffentliche Träger sind Länder, Gemeinden oder Kreise. Es können aber auch Zweckverbände einen öffentlichen Träger darstellen. Demgegenüber sind Kirchen und freie Wohlfahrtsverbände die **Träger von freigemeinnützigen** Krankenhäusern. Private Krankenhäuser werden – ganz dem Namen nach – von **privaten Trägern** betrieben. Das können entweder Einzelpersonen, Personen- oder Kapitalgesellschaften sein.

Die nächste Abbildung zeigt die Aufteilung der Krankenhäuser nach Trägern. Dabei wird deutlich, dass die Anzahl der Krankenhäuser gesunken ist (einzige Ausnahme bilden die privaten Krankenhäuser).

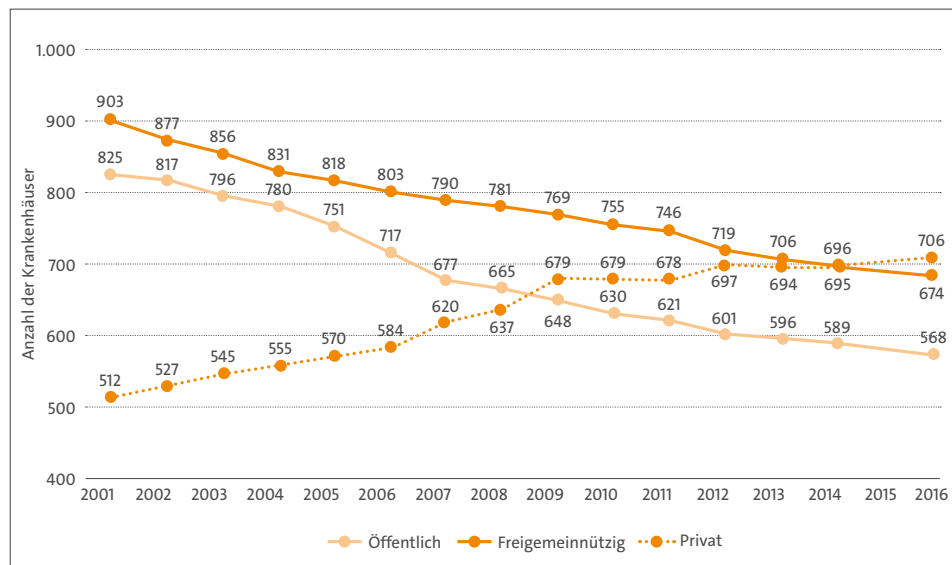


Abb. 41 Anzahl der deutschen Krankenhäuser nach Trägerschaft in den Jahren 2001 bis 2016 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2018k)