

# HOCHSCHULE ZERTIFIKAT FETTER

## **Hochschulzertifikat**

Gesundheitsökonom (FH)

## **Modul:**

Gesundheitssektoren und -versorgung

## **Studienheft:**

Gesundheitssektoren und -versorgung

## **Autorin**

Alexandra Kroczewski-Gubsch  
(Dipl.-Soz. & MBA)

# Kapitel 1

- 1. Volks- und Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen**
  - 1.1 Einleitung**
  - 1.2 Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft im Gesundheitswesen**
  - 1.3 Märkte im Gesundheitswesen**
  - 1.4 Struktur im Gesundheitswesen**

## Lernorientierung

**Nach Bearbeitung dieses Kapitels sind Sie in der Lage,**

- die Begriffe Volkswirtschaftslehre und Betriebswirtschaftslehre zu erklären;
- Auskunft über die Themen Gesundheit, Gesundheitswesen und Gesundheitsmärkte zu geben;
- zu erklären, wie eine Nachfrage entsteht und wie sich Angebot und Nachfrage verhalten;
- die Strukturen im Gesundheitswesen zu erläutern.

## 1.1 Einleitung

„Der Gesundheitssektor kann die Rolle einer Lokomotive für Wachstum und Beschäftigung übernehmen.“

(Leo A. Nefiodow, Zukunftsforscher)

Diese Aussage bestätigt unter anderem das Hamburgische Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) im Jahr 2012: „Das statische ‚Gesundheitswesen‘ steht vor einem Wandel hin zu einer dynamischen ‚Gesundheitswirtschaft‘ mit erheblicher volkswirtschaftlicher Bedeutung“ (HAMBURGISCHES WELTWIRTSCHAFTSINSTITUT 2012, S. 7).

Die Consultants der Roland Berger GmbH veröffentlichen ganz ähnliche Prognosen. Sie sehen folgende Trends:

Zum einen wird dem **deutschen Gesundheitsmarkt** eine Steigerung auf über 450 Milliarden Euro im Jahr 2020 vorausgesagt (von 260 Milliarden im Jahr 2005).

Zum anderen wird ein voraussichtliches Wachstum des **weltweiten digitalen Gesundheitsmarktes** vom Jahr 2015 bis ins Jahr 2020 von knapp 80 auf über 200 Milliarden Dollar (eine durchschnittliche Wachstumsrate von 21 %) erfolgen (vgl. ROLAND BERGER GMBH 2016).



Der Ausschuss für Gesundheitswirtschaft des Bundesverbandes der Deutschen Industrie (BDI) bestätigt diese Entwicklung ebenfalls, indem er feststellt:

„Als einer der größten deutschen Wirtschaftszweige ist die Gesundheitswirtschaft durch ihre Innovationskraft und ihre Beschäftigungsintensität bereits jetzt einer der wichtigsten Wachstums- und Beschäftigungstreiber für die deutsche Volkswirtschaft“ (BDI 2013, S. 6).

Derzeit sind 6,8 Millionen Erwerbstätige in der deutschen Gesundheitswirtschaft beschäftigt. Im Jahr 2004 waren es noch 5,9 Millionen (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2016a).

Der BDI sagt außerdem voraus, dass der Anteil der Bruttowertschöpfung durch die Gesundheitswirtschaft am BIP in Deutschland bis zum Jahr 2020 mehr als 15 % betragen wird (vgl. BDI 2009, S. 8). Im Jahr 2014 lag er bei 11,2 % (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2016b).

## 1.2 Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft im Gesundheitswesen

Das Studienheft trägt den Titel „Volks- und Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen“. Damit Sie von Anfang an wissen, worum es geht, werden wir zunächst die beiden Begriffe Volks- und Betriebswirtschaftslehre klären, um uns im Anschluss daran dem Gesundheitswesen zu widmen.

Sowohl die Betriebswirtschaftslehre (BWL) als auch die Volkswirtschaftslehre (VWL) gehören zum großen Gebiet der **Wirtschaftswissenschaften**. Die Wirtschaftswissenschaften werden zu den Geistes- und Sozialwissenschaften gezählt und befassen sich mit dem wirtschaftlichen Handeln des Menschen.

**Wirtschaftliches Handeln** ist in unserer Zeit notwendig, da die Menschen viele Bedürfnisse und Ziele haben, aber nur relativ knappe Mittel zur Verfügung stehen, um diese Bedürfnisse und Ziele zu decken. Um das Spannungsfeld aus Bedürfnissen und Ressourcen bestmöglich zu nutzen, muss wirtschaftlich gehandelt werden. Wirtschaftliches Handeln wird auch Wirtschaften genannt (vgl. WÖHE 2013, S. 4).

**Wirtschaftliches Handeln**

Damit Bedürfnisse optimal befriedigt werden, wenden Menschen einige Regeln an, wie die drei Erscheinungsformen des ökonomischen Prinzips, welches auch als Wirtschaftlichkeitsprinzip bezeichnet wird (vgl. WÖHE 2013, S. 34).

### 1. Minimalprinzip

Bei jeder Zielerreichung wird der Mensch die Mittel möglichst sparsam einsetzen. Erfolg erreichen – minimale Mittel verwenden.

#### Praxisbeispiel

Ein Patient möchte sich für seinen Schnupfen aus der Apotheke Arzneimittel besorgen, die ihm Linderung verschaffen sollen. Dabei wird er darauf achten, dass er so wenig Geld wie möglich ausgibt, aber dennoch wirksame Medikamente erhält.



## 2. Maximalprinzip

Bei dieser Vorgehensweise möchte der Mensch mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln möglichst viel erreichen. Maximaler Erfolg – mit gegebenen Mitteln.

### Praxisbeispiel

Unser Patient geht wieder in die Apotheke, hat aber nur 10 Euro für Arzneimittel zur Verfügung, die er für seine Rückenschmerzen ausgeben kann. Er wird darauf achten, dass er für diese 10 Euro die bestmögliche Arznei bekommt, die ihn von seinen Rückenschmerzen befreit.

## 3. Kosten-Nutzen-Analyse/Kosten-Wirksamkeits-Analyse

### Kosten-Nutzen-Analyse

Zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen gibt es verschiedene Evaluationsdesigns.

Bei der Kosten-Nutzen-Analyse („cost-utilityanalysis“) geht es darum, den Behandlungserfolg einer medizinischen Maßnahme aus Patientensicht zu bewerten. Dabei ist es relevant, dass **alle Größen in monetären Einheiten** ausgedrückt werden.

Die Geldmittel, die ein Patient einsetzt, um ein Ziel zu erreichen, stellen die Kosten der Zielerreichung dar. Das erreichte Ziel wiederum stellt den Nutzen dar. Somit sollen die Vorteilhaftigkeit einer zu realisierenden Handlungsalternative aufgezeigt und verschiedene Maßnahmen vergleichbar gemacht werden (vgl. SCHÖFFSKI 2008, S. 92).

Allerdings liegt gerade bei Gesundheitsleistungen die Schwierigkeit in der Bestimmung des Nutzens. Wie sollen sich beispielsweise nicht mehr vorhandene Rückenschmerzen in Zahlen ausdrücken lassen?

Deshalb werden häufig die Kosten berechnet, die entstehen würden, wenn der Nutzen nicht eingetreten wäre. Diese Werte werden als Opportunitätskosten bezeichnet und anstelle des Nutzens verwendet. Vor allem bei präventiven Maßnahmen ist diese Berechnungsgrundlage gut einsetzbar.

### Praxisbeispiel

Beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement werden beispielsweise vermiedene Arbeitsunfähigkeitstage (und damit Krankheitskosten) zur Berechnung des Nutzens herangezogen.

**Praxisbeispiel (Fortsetzung)**

Man stellt die Kosten einer Grippeimpfung für alle Bürger eines Landes den Behandlungskosten aller Betroffenen bei Ausbruch der Grippekrankheit gegenüber. Dabei stellt man fest, dass es kostengünstiger ist, alle Bürger mit einem Impfstoff zu versorgen, als sie bei einer Infektion von einem Arzt behandeln zu lassen, mit Medikamenten zu versorgen und krankzuschreiben (wodurch dem Arbeitgeber noch zusätzlich Kosten entstehen).

Die Kosten-Nutzen-Analyse stellt eine Unterform der Kosten-Wirksamkeits-Analyse dar.

**Kosten-Wirksamkeits-Analyse**

Bei der Kosten-Wirksamkeits-Analyse werden die Kosten zweier alternativer Interventionen mit den gegenüberstehenden Wirksamkeiten verglichen. Dabei geht es vor allem um Effekte, die sich auf die Lebenserwartung (gerettete Lebensjahre) auswirken.

Bei dieser Berechnung liegt die Schwierigkeit in der Messbarkeit/Festlegbarkeit der Wirksamkeitskenngrößen.

Deshalb gibt es mit der Kosten-Nutzwert-Analyse eine sinnvolle Weiterentwicklung, da sie die „geretteten Lebensjahre“ mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbindet. Die daraus resultierende Maßzahl wird QALY genannt („quality adjusted life year“).

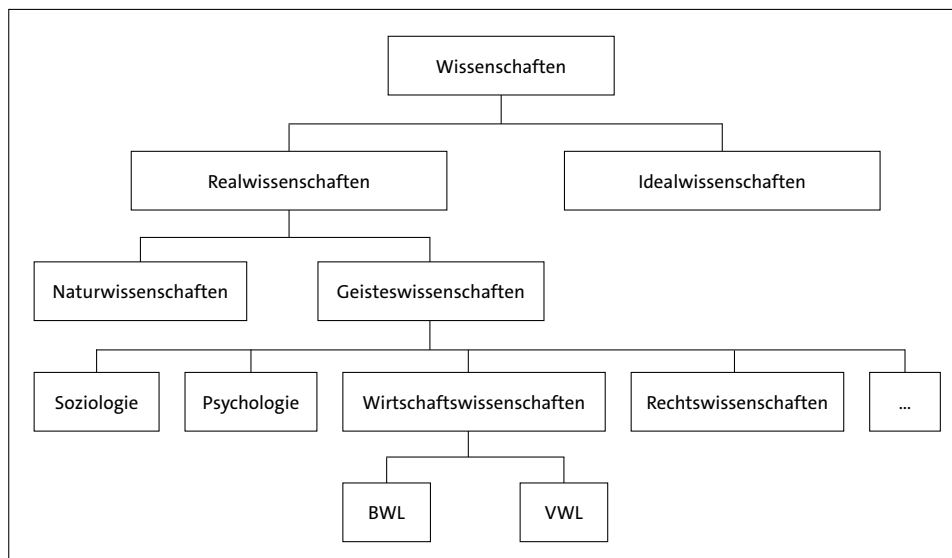
Die benötigten Informationen der gewonnenen Lebensjahre werden durch medizinische Studien bereitgestellt (vgl. PUNDT/SCHERENBERG 2016, S. 7).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität lässt sich durch verschiedene Instrumente darstellen, wie zum Beispiel Ratingskalen oder den Time-Trade-off, der die Frage beantworten soll, wie viele Jahre jemand bereit ist, von seinem Leben abzugeben, wenn er dafür ein Leben ohne Einschränkungen genießen kann.

Während sich die **Volkswirtschaftslehre** mit gesamtwirtschaftlichen Fragestellungen beschäftigt und dabei die Marktteilnehmer Staat, Haushalte und Unternehmen im Zusammenhang betrachtet (also wirtschaftliche Gegebenheiten eines Staates oder Volkes untersucht), ist es die Aufgabe der **Betriebswirtschaftslehre**, sich mit den Vorgängen innerhalb eines einzelnen Unternehmens (z. B. in einem Krankenhaus) auseinanderzusetzen. Man kann auch sagen, dass die VWL die Vogelperspektive bei den Wirtschaftswissenschaften einnimmt und die BWL die Froschperspektive.



In der nachfolgenden Abbildung ist das gesamte Wissenschaftssystem mit dem Gebiet der Wirtschaftswissenschaften und den dazugehörigen Bereichen BWL und VWL noch einmal dargestellt.



**Abb. 1** Wissenschaftssystem  
(eigene Darstellung in Anlehnung an ECKARDT 2010, S. 12)

Wird ein Unternehmen aus dem Blickwinkel der Betriebswirtschaftslehre betrachtet, so sind verschiedene Teilbereiche (Funktionsbereiche) zu erkennen:

- Finanzwirtschaft
- Beschaffung (z. B. von Material oder Personal)
- Leistungserstellung (Produktion von Sach- und Dienstleistungsgütern)
- Absatz (der produzierten Güter)
- Rechnungswesen
- Unternehmensführung (als Kernbereich, der alle anderen Bereiche steuert)

Die durch die Funktionsbereiche hergestellten **Leistungen** können als Güter oder Dienstleistungen auftreten und werden für den Bedarf Dritter hergestellt. Leistungen dienen dazu, die Bedürfnisse der Menschen zu decken.



Güter werden wiederum in verschiedene Unterkategorien unterteilt. Die wichtigsten Unterteilungen sind diejenigen in Verbrauchs- und Gebrauchsgüter sowie in Produktionsgüter- und Konsumgüter.

Während **Verbrauchsgüter** nur einmalig genutzt werden (z. B. ein Nasenspray), sind **Gebrauchsgüter** für die langfristige Verwendung ausgelegt (z. B. ein Krankenhausbett). **Produktionsgüter** dienen der Weiterverarbeitung. Sie sind in den Produktionsprozess eingebunden (z. B. vorbehandelte Holzlatten, die für einen Tisch gebraucht werden). **Konsumgüter** sind für den Endkunden gedacht – sie dienen direkt der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse (z. B. Taschentücher oder Hustenbonbons) (vgl. VAHS/SCHÄFER-KUNZ 2012, S. 11 f.).

Wir werden uns in diesem Studienheft speziell mit den Gütern beschäftigen, die zur Beseitigung und Linderung von Erkrankungen genutzt werden und die die Gesundheit der Bevölkerung erhalten sollen. Diese Güter werden in der Gesundheitsökonomie als Gesundheitsgüter bezeichnet.

---

#### Exkurs:

---

Die **Gesundheitsökonomie** beschäftigt sich mit der Leistungserbringung (Produktion), der gerechten Verteilung und dem Konsum von knappen Gesundheitsgütern in der Gesundheitsversorgung. Sie steht damit in einem Spannungsverhältnis aus medizinischer Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, der entsprechenden Qualität und der gerechten Verwendung.

Diese Aspekte regelt § 12 SGB V folgendermaßen:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

---

#### Ende des Exkurses

---

**Gesundheitsgüter** können nicht nur materieller oder immaterieller Art, sondern auch finanzieller Art sein und zur sozialen Absicherung genutzt werden. Es handelt sich dabei um Zukunfts- und Kollektivgüter, bei denen die Zugänglichkeit im Bedarfsfall garantiert wird und nicht wie in einem regulären Geschäft an Ladenöffnungszeiten gebunden ist. Um Gesundheitsgüter anbieten zu können, ist eine gewisse Vorhaltung notwendig (z. B. wenn an die Notfallversorgung und die damit verbundenen Strukturen gedacht wird).

#### Gesundheitsgüter



Gesundheitsgüter stellen somit einen wichtigen Aspekt im **Gesundheitswesen** dar.

BUCHHOLZ/BROOKS definierten den Begriff bereits vor vielen Jahren wie folgt: Unter dem Gesundheitswesen wird „die Gesamtheit der Einrichtungen, Personen, Berufe, Sachmittel, normativen Regelungen und Maßnahmen [verstanden], die in erster Linie das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu fördern, herzustellen oder wiederherzustellen“ (BUCHHOLZ/BROOKS 1988, S. 8).

Was ist alles unter der von BUCHHOLZ/BROOKS angesprochenen Gesamtheit zu betrachten? Dazu zählen unter anderem:

- Gesetze/Verordnungen/Richtersprüche
- gesetzliche und private Krankenversicherung
- Ärzte/Zahnärzte
- nichtärztliche Heilberufe
- stationäre, semistationäre und ambulante Einrichtungen
- öffentlicher Gesundheitsdienst (z. B. Gesundheitsämter)
- Arzneimittelhersteller/-großhändler und Apotheken

Dieser engen Fassung des Gesundheitswesens fügen sie eine Definition im erweiterten Sinne hinzu, die das Laiensystem mitberücksichtigt und damit die Leistungen der Familien sowie der Selbsthilfegruppen ebenfalls einbezieht (vgl. BUCHHOLZ/BROOKS 1988, S. 11).

NAGEL hat das Gesundheitswesen folgendermaßen zusammengefasst: „Gesamtheit aller Einrichtungen und Personen, welche die Gesundheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen.“ (NAGEL 2013, S. 29 f.).

Das Gesundheitswesen koordiniert somit alle Akteure und Gesundheitsleistungen.

Die konkreten **gesundheitspolitischen Ziele** lauten:

- Förderung und Erhalt der Gesundheit u. a. durch Reduktion von Risikopotenzialen und deren Ursachen
- Wiederherstellung der Gesundheit nach Unfall oder Krankheit durch Untersuchung, Behandlung, Rehabilitation oder Pflege in den Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Sicherung des materiellen Lebensunterhalts bei Krankheit, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

Damit sind vom Gesundheitswesen folgende **Aufgaben** zu erledigen:

- Vorsorge/Aufklärung
- Diagnose/Therapie
- Pflege
- Rehabilitation
- Ausbildung, Forschung und Lehre
- Lohnersatzzahlung im Krankheitsfall

In diesem Zusammenhang sollten die Formen der Prävention bekannt sein. Diese sind:

■ **Primäre Prävention**

Primäre Prävention ist „die Erhaltung und Förderung der Gesundheit durch Verringerung der Krankheitsanfälligkeit und die Erhöhung der allgemeinen Widerstandskraft“ (NAGEL 2013, S. 27 ff.).

■ **Sekundäre Prävention**

Sekundäre Prävention „zielt auf das frühzeitige Erkennen von Erkrankungen oder Gesundheitsgefährdungen, um die Kontrolle von Risikofaktoren und eine frühe Therapie zu ermöglichen“ (NAGEL 2013, S. 27 ff.).

■ **Tertiäre Prävention**

Tertiäre Prävention ist die Rehabilitation; sie „soll Krankheitsrückfälle verhüten, die Verschlimmerung von Krankheitszuständen verhindern und helfen, die Folgen von Krankheiten zu bewältigen“ (NAGEL 2013, S. 27 ff.).

Damit orientiert sich das Gesundheitswesen an der Definition von **Gesundheit**, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgendermaßen definiert wird: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 2006, S. 1).

**Definition**  
**„Gesundheit“**

Damit meint Gesundheit nicht nur das Fehlen von Krankheiten, sondern es handelt sich dabei auch um einen Zustand physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Durch diese letzte Komponente muss Gesundheit im individuellen und sozialen Kontext verstanden und betrachtet werden (vgl. ESTEL 2013, S. 16).

Bleiben wir noch ein wenig bei den Gesundheitsgütern und schauen wir uns den Gesundheitsmarkt mit den Angeboten und der Nachfrage in den nächsten beiden Kapiteln etwas genauer an.

