

Josef Galert

Gesundheits- und Berufspolitik für Physiotherapeuten und weitere Gesundheitsberufe

**Grundlagen, Stand und Ausblick
Ein praxisnahes Lehrbuch
für Ausbildung, Studium und Beruf**

150 Jahre
Kohlhammer

Josef Galert

Gesundheits- und Berufspolitik für Physiotherapeuten und weitere Gesundheitsberufe

Grundlagen, Stand und Ausblick
Ein praxisnahes Lehrbuch für
Ausbildung, Studium und Beruf

Verlag W. Kohlhammer

Mit Dank an Lena, Oscar, Lore und allen unerwähnten Unterstützern!

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 geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

§ Gesetzestext

1. Auflage 2016

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-030758-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-030759-9

epub: ISBN 978-3-17-030760-5

mobi: ISBN 978-3-17-030761-2

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Abkürzungsverzeichnis	11
1 Von der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Begründung der Heilgymnastik	13
1.1 Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherungen	14
1.2 Bismarck, Beveridge und das Marktmodell	17
1.3 Selbstverwaltung im Gesundheitswesen	20
2 Das deutsche Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Strukturen, Akteure, Institutionen und die Krankengymnastik	25
2.1 Solidarität, Subsidiarität und das Wirtschaftlichkeitsgebot	27
2.2 Aufgaben der deutschen Gesundheitspolitik	30
2.3 Gesetzgebung	32
2.3.1 Gesetzentwurf	35
2.3.2 Beratungen	36
2.3.3 Bundesrat	38
2.3.4 Gegenzeichnung und Veröffentlichung	41
2.4 Ausschüsse im Deutschen Bundestag – der Ausschuss für Gesundheit	44
2.5 Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	46
2.6 Landesgesundheitsministerien	48
2.7 Kassenärztliche Vereinigung (KV)	49
2.8 Kostenträger	52
2.8.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	52
2.8.2 Private Krankenversicherung (PKV)	55
3 Die Entwicklung zum aktuellen Gesundheitssystem und zur Physiotherapie	57
3.1 Gesundheitsreformen	58

3.1.1	1976 bis 1982: Kabinett Helmut Schmidt II-III – SPD-FDP – Gesundheitsministerin Antje Huber (SPD)	59
3.1.2	1982 bis 1998 Kabinett Helmut Kohl I-V – CDU/CSU-FDP	60
3.1.3	1998 bis 2005 Kabinett Schröder I-II – SPD-Bündnis 90/Die Grünen – Gesundheitsministerinnen Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen, bis 2001) und Ulla Schmidt (SPD)	66
3.1.4	2005 bis 2009 Kabinett Merkel I – CDU/CSU-SPD – Gesundheitsministerin Ulla Schmidt SPD	69
3.1.5	2009 bis 2013 Kabinett Merkel II – CDU/CSU-FDP – Gesundheitsminister Philipp Rösler/Daniel Bahr (FDP)	73
3.1.6	2013–2017 Kabinett Merkel III – CDU/CSU-SPD – Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU)	74
3.2	Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G)	85
3.3	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	87
3.4	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	94
4	Vom Weisungsempfänger zum emanzipierten Professional	98
4.1	Vergütung und Grundlohnsumme	102
4.2	Blankoverordnung, FCP und DA	105
4.3	Qualifikation und Arbeitsmarkt	113
4.4	Eine Kammer für die Heilberufe – Nutzen oder Schaden	117
4.5	Verpflichtung zum Qualitätsmanagement	120
4.6	Anmerkungen und Ausblick	122
5	Physiotherapeutische Vertretungen in der Gesundheitspolitik – die Physiotherapie-Verbände	126
5.1	IFK – Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten	127
5.2	VDB – Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie	129
5.3	VPT – Verband Physikalische Therapie	130
5.4	ZVK – Deutscher Verband für Physiotherapie – Physio Deutschland	131
5.5	BvT – Bund vereinter Therapeuten e.V.	133
5.6	SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	134
5.7	WCPT – World Confederation for Physical Therapy	137

6	Der Gesundheitspolitik nahestehende Institute	141
6.1	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	141
6.2	Bundesversicherungsamt (BVA)	143
6.3	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	145
6.4	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)	146
6.5	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)	147
6.6	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	148
6.7	Paul-Ehrlich-Institut (PEI – Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel)	150
6.8	Robert Koch Institut (RKI – Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten)	151
6.9	World Health Organization (WHO)	152
6.10	Gesundheitspolitik in der Europäischen Union (EU)	153
	Glossar	158
	Adressen	178
	Bundesministerien und -regierung	178
	Physiotherapieverbände	179
	Parteien	179
	Wichtige übergeordnete Einrichtungen	180
	Literaturverzeichnis	181
	Stichwortverzeichnis	187

Vorwort

Die erwerbsmäßige Ausübung von Bewegungstherapie hat in den vergangenen rund 100 Jahren verschiedene Wandlungen durchlaufen. Neue Therapiekonzepte und die spezielle Pädagogik für die Physiotherapieausbildung haben dabei viele Dekaden lang das Interesse der berufstätigen und später der sich akademisierenden Kollegen¹ bestimmt. Die Gesundheitspolitik stand nie sonderlich im Focus von Ausbildung und Studium. Wer heute in der Praxis tätig ist, hat es somit schwer, relevante gesundheitspolitische Entwicklungen einzuschätzen und für die eigenen beruflichen Interessen mit fundiertem Wissen einzutreten, wohl auch, weil das Gesundheitswesen in dem Ruf steht, die »wahrscheinlich komplexeste Branche der Welt« zu sein.²

Genau hier setzt das Anliegen dieses Buches an: Es soll engagierten und interessierten Therapeuten sowie Studenten und Dozenten der Gesundheitsberufe, also der Physiotherapeutinnen, Ergotherapeuten, Logopädinnen, Masseuren und med. Bademeister, Orthoptistinnen, Podologinnen, Hebammen und im weitesten Sinne auch den Angehörigen der Pflegeberufe, einen gut verständlichen Überblick über die sie betreffenden Strukturen, Institutionen und Akteure des deutschen Gesundheitswesens vermitteln.

Der Aufbau des Buches folgt einem roten Faden, so dass es vom Anfang bis zum Ende durchgehend gelesen werden kann. Zugleich sind die einzelnen Kapitel aber in sich abgeschlossen und somit auch als gezielte Informationsquelle zu bestimmten Themen nutzbar. Im **ersten Kapitel** wird das deutsche Gesundheitssystem in seinen historischen und systemischen Grundlagen vorgestellt. Das **zweite Kapitel** befasst sich mit dem deutschen

1 Wenn in einem Buch die geschlechtsneutrale Personenbeschreibung beibehalten werden soll, stößt man im Deutschen auf die Probleme der Gleichbehandlung oder der Lesegewohnheit. Da es in diesem Buch um die Gesundheitsfachberufe geht, die traditionell und aktuell mehrheitlich von Frauen ausgeübt werden, müsste das grammatische Genus fast durchgehend weiblich sein. Da es aber auch die Akteure aus Politik, Verwaltung und in historischen Kontexten behandelt – die immer noch vornehmlich männlich sind – versuche ich eine Mischung beider Geschlechtsbezeichnungen einzuhalten. Es sind jedoch durchgehend bei jeder Personenbeschreibung beide Geschlechter gemeint.

2 »Remove politicians and other amateurs from operative decision-making in what might well be the most complex industry on the face of the Earth: Healthcare!« (Björnberg 2013).

Gesetzgebungsverfahren, den maßgeblichen staatlichen Institutionen im Gesundheitswesen, wie auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Kostenträgern wie sie seit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland existieren. Im **dritten Kapitel** werden die gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte und die währenddessen neu entstandenen Institutionen in den Blick genommen. Der Fokus liegt dabei auf den für die Heilberufe relevanten Bereichen. Das **vierte Kapitel** beschäftigt sich mit den aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Problemen und Forderungen der Heilberufe. Im **fünften Kapitel** werden die der Physiotherapie nahestehenden Verbände und Organisationen vorgestellt. Das **sechste Kapitel** benennt die weiteren gesundheitspolitischen Institutionen und deren Rolle innerhalb des Gesamtsystems. Angefügt ist ein **Glossar** mit über 100 Stichwörtern aus der Gesundheitspolitik und den Gesundheitswissenschaften. Leser des Buches finden im Glossar Erläuterungen zu den Stichwörtern, die im Text *kursiv* gedruckt sind. Weitere Lesehilfen sind Marginalien sowie die **Fettung** bestimmter Wörter, die deren Bedeutung im jeweiligen Kontext hervorheben soll. **Fette und kursive** Wörter sind dementsprechend wichtige Begriffe, die im Glossar erklärt sind. Die Anmerkungen in den **Fußnoten** beinhalten zahlreiche Zusatzinformationen, die jedoch den Lesefluss im Text nicht unterbrechen sollen. Die gesonderten **Exkurs**-Blöcke vermitteln schließlich weiteres Wissen zum Umfeld des Gesundheitssystems.

Das vorliegende Buch hat das Ziel, die vor allem ambulant tätigen³ Physiotherapeuten und Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe umfassend zu informieren und sie damit zur politischen Mitgestaltung zu befähigen.

Konstruktive Rückmeldungen sind ausdrücklich erbeten und können gerne per E-Mail an die Adresse gp-pt@mail.de geschickt werden.

Josef Galert, Berlin im Februar 2016

³ Laut der »Physio-Deutschland Angestellten Umfrage 2015« sind dies gut 77 % aller PTs (Physio-Deutschland 2015a).

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BvT	Bund vereinter Therapeuten
DA	Direct Access
FCP	First Contact Practitioner
G-BA	Gemeinamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HeilprG	Heilpraktikergesetz
MPhG	Masseur- und Physiotherapeutengesetz
IFK	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IQTiG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
K(Z)V	Kassen(zahnärztliche) Vereinigung
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegeversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände
SVR-G	Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
VDB	Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie
VPT	Verband Physikalische Therapie
ZVK	Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie

1 Von der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Begründung der Heilgymnastik

Das organisierte deutsche Gesundheitssystem – zusammengehalten von den Grundsätzen der **Selbstverwaltung, Solidarität und Subsidiarität** – ist eines der ältesten Gesundheitssysteme der Welt. Die Betrachtung des deutschen Gesundheitssystems beginnt am Ende des 19. Jahrhunderts, zeigt die Veränderungen nach dem Zweiten Weltkrieg auf, skizziert die in immer kürzeren Abständen unternommenen Reformbemühungen 100 Jahre später und endet im Jahr 2015. Dabei erfährt die Physiotherapie an ihren markanten Stellen im Zeitstrahl, bis zu ihren aktuellen Problemen und Forderungen, entsprechende Erwähnung.

Grundsätze

Die damals dringlichsten Gesundheitsprobleme hatten häufig hygienische und infektiöse Ursachen (Labisch 1992). Durch wertvolle Weiterentwicklungen der Mikroskopie- und Labortechnik hatte die Medizinwissenschaft seit den 1850er Jahren große Entdeckungen auf den Gebieten der Mikrobiologie und Infektionslehre gemacht. Das förderte die neue »lokal-pathologische Idee« (Hunze 2003), wonach der Ort des Symptoms die behandlungsbedürftige Ursache beherbergt. Dieses **mechanistische Krankheitsverständnis** (biomedizinisches Krankheitsmodell) löste im 19. Jahrhundert die vorherige ganzheitliche Sichtweise sukzessive ab. Die daraus resultierende Spezialisierung der Ärzte verhalf den Orthopäden zur Etablierung ihres Fachbereichs und nebenbei auch zur erfolgreichen Gründung zahlreicher **privater Heilanstalten** – den Vorläufern ambulanter Rehabilitationseinrichtungen und Therapiepraxen mit noch hauptsächlich männlichen Heilgymnasten als weisungsgebundene Hilfskräfte (Riechardt 2008).

Die Gesundheitspolitik im Kaiserreich Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts bestand vornehmlich noch aus der Bemühung, die Wehr- und Arbeitskraft des Volkes zu erhalten, so die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu steigern und die nationale Sicherheit zu gewährleisten (Schmiedebach 2002). Der Mensch war in der Hochzeit der Industrialisierung wieder Mittel zum Zweck, humanistische Gedanken hatten wenige starke Fürsprecher. Erst als das Gemeinwohl der Gesellschaft und die kommunale Ordnung durch die zunehmenden Arbeitsunfälle, das frühzeitige Versterben und die allgemein schlechten Lebensbedingungen zu zerbrechen drohte, wurde die Bedeutung gesundheitspolitischer Maßnahmen erkannt (Müller 2002, S. 150). Die Gründung des modernen Sozialstaats erfolgte⁴

4 Maßgeblich ausgearbeitet vom Sozialreformer Theodor Lohmann (Tennstedt 1994).

durch Reichskanzler Otto von Bismarck, der mit den Gesetzen zu den Sozialversicherungen zwischen 1883 und 1889 eher seine politischen Gegner – die Sozialdemokraten – im Blick hatte. Diesen wollte er die Anhänger aus der Arbeiterklasse von den Gewerkschaften weg an das Kaiserreich binden (Simon 2013, S. 30). Diese Strategie scheiterte jedoch in Teilen, da die sozialpolitischen Parteien ebenso an Zuspruch und Mitgliedern gewannen wie die neu gegründeten Krankenkassen.

1.1 Gründung der Gesetzlichen Krankenkassen

Am 15.06.1883 wurde das »Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter« beschlossen (Bismarck 1883) – gegen den Willen Bismarcks,⁵ dem ursprünglich eine kommunale Einheitsversicherung für alle Arbeiter, Handwerker und kleine Angestellte vorschwebte (Reiners, 2011, S. 194). Vom 01.12.1883 an regulierte dieses Gesetz die zuvor autonomen, aber gemeinnützigen Krankenversicherungen der Zünfte, Innungen und Gilden, ebenso die von einigen Gemeinden gegründeten Armen- und Hilfskassen wie auch die von größeren Unternehmern betriebenen Fabrikassen⁶ (Tennstedt 1976, S. 386 ff.). Diese Kassen boten zwar damals schon einfache Unterstützung bei der materiellen Absicherung bei Krankheit, Unfällen und Tod an. Jedoch nur für die in diesen Vereinigungen eingebundenen oder Fabriken tätigen Arbeiter, häufig aber auch schon für deren Ehefrauen und Kinder (Simon 2013, 33 f.). Viele Hilfskassen wurden ab 1884 in *umlagefinanzierte* gesetzliche Krankenkassen (GKV) umgewandelt.⁷ Die nun »neu« geschaffene GKV teilte sich in Innungs-, Betriebs- und Knappschaftskassen auf, die ihre Mitglieder – bis zur Einführung der freien Kassenwahl im Jahr 1996 – streng nach Berufszugehörigkeit aufnahmen. Eine Ausnahme bildeten einzig die Ortskrankenkassen (später Allgemeine Ortskrankenkassen AOK) (ebd.). Einige Beispiele: Technische Angestellte kamen zur Techniker-Kasse (TK); Bergleute in die Bundesknappschaft (BKv); Seeleute in die See-Krankenkasse (SeeKK); Landwirte in die Landwirtschaftliche-Krankenkasse (LKK, das ist als einziges auch heute noch so); Mitarbeiter großer Betriebe in die betriebseigene Betriebskrankenkasse (BKK); bestimmte Metallberufe in die Gmünder-Ersatzkasse (GEK); Mitarbeiter von Betrieben, die einer Innung angehörten, in die Innungs-Krankenkasse (IKK); alle anderen Angestellten entweder in die Barmer-

5 »Bismarck hatte immer einen Plan B« (Winkler 2015).

6 Die heutigen Betriebskrankenkassen (BKK).

7 Z. B. wurde die heute noch existierende DAK-Gesundheit 1774 in Breslau als »Institut für hilfsbedürftige Handlungsdiener« gegründet.

Ersatzkasse (BEK) oder die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) und der Rest in eine Allgemeine-Ortskrankenkasse (AOK). Dabei wurden die TK, GEK, BEK, DAK u. w. zu den Ersatzkassen gezählt, die zwar etwas teurer waren, dafür aber auch lange Zeit ihren Versicherten (und auch den Leistungserbringern) bessere Leistungen anbieten konnten.

Zu Bismarcks Zeit hieß die Physiotherapie noch Heilgymnastik und erfuhr durch die gerade aufkommende medicomechanische-Zander-Therapie (nach Gustaf Zander, Schwedischer Arzt, ► Abb. 1) und eine Wiederbelebung der Massage eine zweite Welle der Akzeptanz (Schöler 2005). Die Kosten für Heilgymnastik und Massage, die nicht von Ärzten selbst erbracht wurden, mussten allerdings noch selbst getragen werden. Erst mit dem **Unfallversicherungsgesetz** vom 10.07.1884 wuchs die Anzahl der Heilgymnastik-Patienten und vor allem die Dauer von deren Behandlung stark an. Die Berufsgenossenschaften sorgten nun dafür, dass ihre an Arbeitsunfällen verletzten und somit ausfallenden Arbeiter bis zur größtmöglichen Genesung u. a. heilgymnastische Therapie erhielten (Schöler 2005, S. 157). Im Unterschied zu den Leistungen der GKV deckten die »Unfallkassen« die Bereiche **Rehabilitation**, **Entschädigung** und die Verhütung von Arbeitsunfällen ab, und ab 1925 auch die **Prävention** von berufsbedingten Erkrankungen.

In den sich nun neu gründenden gesetzlichen Krankenkassen waren alle Arbeiter mit einem Jahreseinkommen von bis zu 2.000 Reichsmark pflichtversichert (dies markierte die erste Pflichtversicherungsgrenze) und somit fast alle Arbeiter, aber dennoch nur rund 10 % der Bevölkerung. Beamte, Kaufleute, höhere Angestellte, Bankiers, Industrielle und vor allem der Adel konnten und sollten ihre Behandlungs- und Lohnausfallkosten selbst absichern, durften sich jedoch in den weiter bestehenden Hilfskassen – den Vorläufern der heutigen Ersatzkassen – versichern. Ab 1902 bestand für sie auch die Möglichkeit, sich bei einer im »Kaiserlichen Aufsichtsamt für Privatversicherung« in Berlin registrierten Privatversicherung zu versichern.

Die Kosten für die neuen GKV wurden einheitlich zu einem Drittel vom Arbeitgeber und zu zwei Dritteln vom Arbeitnehmer getragen. Die Leistungen im Verhältnis zu denen der Hilfskassen erweiterten sich um:

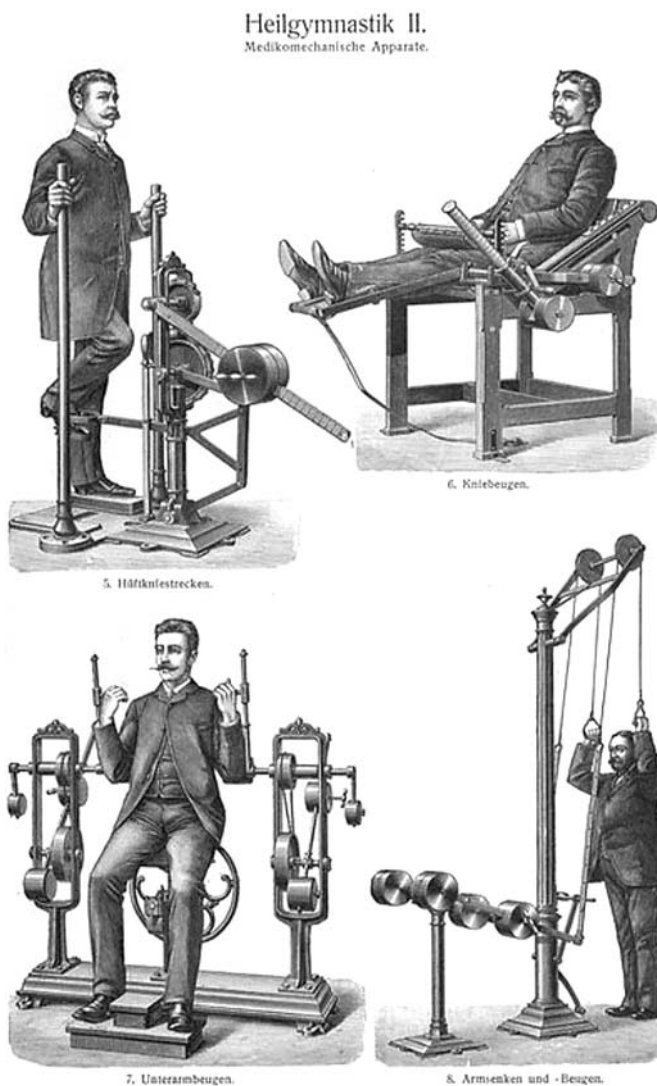
- die Vergütung ärztlicher Behandlung inklusive Arznei- und Hilfsmitteln,
- die Krankenhausbehandlung,
- das Sterbegeld,
- die Wöchnerinnenunterstützung/Mutterschaftshilfe,
- das Krankentagegeld ab dem 3. Krankheitstag.

Genauso wie heute war die Höhe des Krankengelds an das Einkommen gekoppelt.

Damals: »in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter« (Bismarck, 1883) für 13 Wochen.

Heute: Etwa 70 % des Brutto-Regelnetto für 72 Wochen (rund 14 ½ Monate) (§ 47 SGB V).

Abb. 1:
Zander-Apparate



Das Krankentagegeld veranschlagte damals mindestens die Hälfte der Kassenausgaben und war somit einer der größten Ausgabenposten der GKV (Finkenstädt 2010, S. 48). Aktuell sind es nur 5,48 %, mit wieder steigender Tendenz (GKV-SV 2015; SVR-G 2015). Die Versicherungspflichtgrenzen basieren daher noch auf der alten Regel, dass die Kassen zu hohe Krankentagegeld-Ausgaben an die Besserverdienenden vermeiden wollten und diese ihre Lohnausfälle durch Ersparnis kompensieren konnten.

Für Arzt- und Krankenhausbehandlung wurde zunehmend das *Sachleistungsprinzip* angewandt, d. h. die Kosten wurden von der Kasse direkt

mit den Leistungserbringern in Einzelverträgen beglichen. Die Erstattung für heilgymnastische Behandlungen war zunächst noch keine gesetzlich vorgeschriebene *Pflichtleistung*, durfte aber je nach Kassensatzung übernommen werden.

Wann der Heilgymnastik die nächsten Schritte in die Anerkennung gelangen, ist nicht eindeutig überliefert (Hüter-Becker 2004, S. 12 ff.). Hilfreich war sicherlich 1891 die Herausgabe der »Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage« vom Orthopäden Dr. Albert Hoffa. Gesundheitspolitisch hielt die preußische Gesundheitsbehörde die Heilgymnastik Ende des 19. Jahrhunderts noch für zu unbedeutend und versagte z. B. die Eröffnung von staatlichen Ausbildungsstätten. Im Jahr 1900 eröffnete in Kiel daher die erste private Lehranstalt für Heilgymnastik. Die Umsetzung der **Reichsversicherungsordnung** (der Vorläufer der Sozialgesetzbücher) von 1911–1914 fasste die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsgesetze zusammen und entwickelte sie weiter. Das brachte für die Versicherten und Leistungserbringer den Vorteil, dass u. a. Leistungen und Behandlungskosten klarer definiert wurden. Durch die Ausweitung der Versicherungspflicht um mehrere Berufsgruppen stieg die Versichertenanzahl 1911 auf 13,2 Mio. Menschen, was 18 % der Bevölkerung entsprach (Simon 2008), verteilt auf 22.000 Krankenkassen! (Nagel 2007; Reiners 2011, S. 195). Auch die Krankenanstalten und die zur Verfügung stehenden Betten nahmen zwischen 1900 und 1915 um rund 650 Anstalten und 121.800 Betten zu (Gottstein 1932). Und als zur Jahrhundertwende der »mediko-mechanischen«-Therapie auch von orthopädischer Seite eine Berechtigung zur Behandlung von Unfallopfern zugestanden wurde, bescherte das den Heilgymnastinnen viele Arbeitsverhältnisse mit guter Perspektive. Die besser geregelte medizinische Versorgung durch die GKV nützte somit nicht nur den Patienten im Krankheitsfall, sondern verhalf auch dem medizinischen Personal und den Krankenhäusern zu Existenzsicherung und Wachstum.

Weitere historische Angaben zur damaligen Einbindung der Heilgymnastik in die Gesundheitspolitik sind rar. Es empfehlen sich jedoch die hier genannten Quellen, v. a. die von Hüter-Becker, als weiterführende Literatur.

1.2 Bismarck, Beveridge und das Marktmodell

Eine **Pflichtversicherung** für (fast) alle Arbeitnehmer, die von ihren Mitgliedern selbst organisiert wird und vom Staat lediglich die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen vorgeschrieben bekommt, war damals ein absolutes Novum. Daher hat sich für diese Form eines Gesundheits-Versicherungs-Systems auch der Name seines Gründers als das *Bismarcksche Gesundheitsmodell* etabliert. Ebenso wie die Kostenträger sind auch die *Leistungserbringer* (Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser etc.) frei agieren-

Bismarcksches Sozialversicherungsmodell

de Akteure, die sich an die staatlichen Rahmenvorgaben halten und über ihre Berufskammern, Vereinigungen (Kassenärztliche Vereinigungen) bzw. Verbände, in vertrags- und rechtsverbindlichem Kontakt zu allen anderen Akteuren und Selbstverwaltungsorganen stehen. Dem Bismarckschen Versicherungs-Modell ähnliche Gesundheitssysteme existieren auch in Österreich, Frankreich, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und Japan. Die Verteilung hoheitsrechtlicher Aufgaben auf die Selbstverwaltungskörperschaften der Kostenträger und Leistungserbringer (und vor allem auf den *Gemeinsamen Bundesausschuss* (GBA ▶ Kap. 3.3), sind dagegen in keinem Land ähnlich stark ausgeprägt wie in Deutschland.

Beveridge Steuerfinan-
zierungsmodell

Eine andere Möglichkeit einer (solidarischen) Kostenbeteiligung für ein nationales Gesundheitssystem besteht auch rein über **Steuerabgaben**, mit staatlicher Kontrolle der Leistungserbringer. Dieser Weg wurde in den 1940er Jahren in Großbritannien durch den Sozialpolitiker **Sir William Beveridge** eingeschlagen, der damit nicht nur den Erwerbstätigen, sondern gleich allen Bürgern eine gesundheitliche Absicherung zukommen lassen wollte. Für Sir Beveridge bestand die moralpolitische Aufgabe in der Bekämpfung der »*fünf großen Übel*«: Elend, Unwissen, Not, Untätigkeit und Krankheit (Beveridge 1942). Dieses Fürsorgekonzept ist dementsprechend als *Beveridge-Modell* bekannt und später in den skandinavischen und anderen Ländern (z. B. Portugal, Spanien, Italien, Kanada) diesem Vorbild nachempfunden eingeführt worden. Auch das System der DDR entsprach am ehesten dem Beveridge-Modell. Ein wesentlicher Unterschied zum Bismarckschen Versicherungsmodell besteht in der staatlichen Regulierung der Akteure auf dem Gesundheitsmarkt. Der Staat übernimmt hier als Steuereinnahmer auch die besondere Verantwortung für die Ausgaben. In Großbritannien beispielsweise geschieht dies über den »National Health Service« (NHS), der hierarchisch strukturiert vom Gesundheitsminister an oberster Stelle über regionale Versorgungszentren bis hin zu staatlich angestellten Krankenhausärzten, Physiotherapeuten und ambulant tätigen »General Practitioners« die Kontrolle behält.

Privatversicherungs-
modell

Die dritte »idealtypische« Form der Finanzierung und Vorhaltung von Gesundheitsleistungen bildet das sogenannte **Marktmodell**. Das ökonomische Modell des freien Marktes gründet auf der Überzeugung, dass freie Wettbewerbe mit geregelten Eigentumsrechten (privat vs. Staat) zur effizientesten und gerechtesten Verteilung von Gütern und Dienstleistungen führt. Die Regulierung von staatlicher Seite soll sich darin auf das Minimalste zurückhalten (Nachtwächterfunktion). Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer stehen im Marktmodell in privatrechtlichem Vertragsverhältnis zueinander. Im Gesundheitswesen existieren reine Marktmodelle weltweit jedoch nicht (Klemperer 2014, S. 254 f.). In den USA ist dies zwar die vorherrschende Form in der Gesundheitsversorgung der meisten US-Bürger, wo sich jeder privat in einer Krankenversicherung absichern muss bzw. kann. Rund 50 % der Gesundheitsausgaben fallen aber auch dort auf verschiedene staatliche Versicherungsprogramme für Rentner und einige Chronikergruppen (Medicare) sowie für sozial Schwache, Behinderte, Kinder und Veteranen (Medicaid) (ebd.). In Europa beträgt