

Gesundheitssysteme im Wandel

Reinhard Busse
Annette Riesberg

Deutschland

2005



Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, der Regierung von Belgien, der Regierung von Finnland, der Regierung von Griechenland, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Regierung von Schweden, der Region Venedig in Italien, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institute, der Weltbank, CRP-Santé Luxembourg, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Schlagworte:

DELIVERY OF HEALTH CARE
EVALUATION STUDIES
FINANCING, HEALTH
HEALTH CARE REFORM
HEALTH SYSTEM PLANS – organization and administration
GERMANY

© Weltgesundheitsorganisation 2005

Alle Rechte reserviert. Das WHO Regionalbüro Europa begrüßt Anfragen zur Genehmigung einer Vervielfältigung oder Übersetzung von WHO-Publikationen, in Teilen oder als Ganzes.

Anfragen zu Publikationen des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bitte richten an:

Veröffentlichungen
WHO Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Eine Online-Bestellung von Dokumenten und Gesundheitsinformationen ist über die Website des WHO Regionalbüros Europa möglich: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

Eine Erlaubnis zur Vervielfältigung und Übersetzung von Publikationen der WHO kann ebenfalls über die genannte Website eingeholt werden.

Die in dieser Publikation dargestellten Meinungen und Materialien drücken in keiner Weise die Ansicht der Weltgesundheitsorganisation aus hinsichtlich des rechtlichen Status von Staaten, Territorien, Städten, Gebieten oder ihrer Regierungen oder des Verlaufs von Grenzen. Wenn im Tabellenkopf die Benennung „Land oder Gebiet“ aufgeführt wird, bezeichnet dies Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gepunktete Linien in Karten deuten annähernde Grenzlinien an, für die noch keine vollständige Übereinkunft getroffen ist.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Produkte spezieller Hersteller bedeutet nicht, dass sie von der Weltgesundheitsorganisation befürwortet oder empfohlen werden und anderen Firmen oder Produkten ähnlicher Art vorgezogen werden, die nicht erwähnt werden. Geschützte Warennamen werden, von Irrtümern und Ausnahmen abgesehen, mit großem Anfangsbuchstaben gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation garantiert nicht die Vollständigkeit und Richtigkeit der Informationen dieser Publikation und ist nicht verantwortlich für Schäden, die aus ihrer Anwendung resultieren. Die von den Autoren oder Editoren geäußerten Ansichten geben nicht notwendigerweise die Beschlüsse oder die offizielle Position der Weltgesundheitsorganisation wieder.

Empfohlene Zitierweise:

Busse R, Riesberg A. Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005.

Inhalt

Vorwort	v
Danksagung	vii
Einführung und historischer Hintergrund	1
Einführende Übersicht	1
Historischer Hintergrund.....	14
Organisationsstruktur und Management	35
Organisationsstruktur und Akteure im Gesundheitssystem	35
Planung, Regulierung und Management.....	47
Dezentralisierung des Gesundheitssystems	64
Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems	69
Die gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung.....	70
Die gesetzliche Krankenversicherung: Leistungen und Rationierung.....	81
Zusätzliche Finanzierungsquellen.....	87
Gesundheitsausgaben	97
Leistungserbringung im Gesundheitssystem	105
Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	105
Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung	110
Stationäre und intersektorale Versorgung	119
Pflege und Langzeitversorgung.....	132
Gesundheitspersonal und Ausbildung.....	141
Arzneimittel	152
Technologiebewertung im Gesundheitssystem (Health Technology Assessment).....	175
Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem	185
Budgetsetzung und Ressourcenallokation	185
Finanzierung von Krankenhäusern	189
Vergütung von Ärzten	209

Reformen im Gesundheitssystem	219
Reformziele.....	219
Inhalte von Gesundheitsreformen.....	224
Schlussbemerkungen	243
Literaturverzeichnis	251
Tabellen und Abbildungen	255
Glossar	263

Vorwort

Die Profile „Gesundheitssysteme im Wandel“ (Health Care Systems in Transition, „HiT“) sind länderspezifische Berichte, die die Gesundheitssysteme und die laufenden bzw. geplanten Reforminitiativen der jeweiligen Länder beschreiben und analysieren. Die HiTs sind ein Kernelement der Arbeit des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Die HiT-Profile haben zum Ziel, relevante und vergleichbare Informationen darzustellen, um Entscheidungsträger und Analysten bei der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen in Europa zu unterstützen. Sie sind Bausteine, die verwendet werden können, um:

- Einzelheiten über unterschiedliche Ansätze bei der Finanzierung, Organisation und Erbringung von Gesundheitsleistungen zu erfahren;
- Prozess und Inhalt von Programmen zur Reformierung der Gesundheitsversorgung und deren Umsetzung genau zu beschreiben;
- gemeinsame Aufgaben und Gebiete herauszustellen, die einer genaueren Analyse bedürfen;
- Informationen über Gesundheitssysteme zu verbreiten und den Erfahrungsaustausch über Reformstrategien zwischen politischen Entscheidungsträgern und Analysten in den verschiedenen Ländern zu unterstützen.

Die HiT-Profile werden von Länderexperten in Zusammenarbeit mit den Forschungsdirektoren und Mitarbeitern des Europäischen Observatoriums erstellt. Um eine größtmögliche Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern zu ermöglichen, liegt den verschiedenen HiT-Profilen ein gemeinsamer Leitfaden zugrunde, der in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. Dieser dient als Orientierungshilfe zur Erarbeitung eines HiT-Profiles und enthält

detaillierte Leitlinien und spezifische Fragen, Definitionen und Beispiele. Der Leitfaden ist flexibel angelegt, um Autoren die Gelegenheit gegeben, den länderspezifischen Kontext zu berücksichtigen.

Die Erstellung der HiT-Profile bringt einige methodologische Probleme mit sich. In vielen Ländern liegen wenig Informationen über das Gesundheitsversorgungssystem und die Auswirkungen von Reformen vor. Wegen des Mangels einer einheitlichen Datenquelle, basieren quantitative Daten über die Gesundheitsversorgung auf einer Reihe unterschiedlicher Quellen, einschließlich der Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa sowie auf gesundheitsbezogenen Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltbank. Die Methoden der Datensammlung und zugrunde liegende Definitionen unterscheiden sich zum Teil, sind jedoch üblicherweise innerhalb der jeweiligen Datenserie konsistent.

Die HiT-Profile sind eine Quelle beschreibender Informationen über Gesundheitssysteme. Sie können dazu genutzt werden, Entscheidungsträger über Erfahrungen in anderen Ländern zu informieren, die für ihre nationale Situation relevant sind. Sie können auch für vergleichende Untersuchungen über Gesundheitssysteme verwendet werden. Diese Serie wird laufend fortgeführt: Die Dokumente werden in regelmäßigen Zeitabständen aktualisiert. Die HiT-Profile können auch auf der Website des Observatoriums unter folgender Internet-Adresse abgerufen werden: <http://www.observatory.dk>.

Danksagung

Das „Gesundheitssysteme im Wandel“-Profil (HiT) für Deutschland wurde von Reinhard Busse und Annette Riesberg (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Technische Universität Berlin) verfasst. Es basiert auf dem HiT 2000 (1), der von Reinhard Busse (damals Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, Madrid) unter Mitarbeit von Annette Riesberg (Bundesministerium für Gesundheit) geschrieben und von Anna Dixon (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, London School of Economics) redigiert wurde.

Das Europäische Observatorium dankt Martin Schölkopf (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit) und Markus Wörz (Technische Universität Berlin) für die ausführliche Durchsicht des gesamten englischsprachigen HiT und ihre Verbesserungsvorschläge. Herzlich gedankt sei auch Helmut Brand (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen), Dorothea Bronner (Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses), Eva Susanne Dietrich (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Christian Gawlik (Bundesversicherungsamt), Pekka Helstelä (AOK-Bundesverband), Regina Kunz (Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses) und Matthias Perleth (AOK-Bundesverband), die den Bericht unter bestimmten Gesichtspunkten durchsahen und wertvolle Anregungen gaben.

Der HiT wurde von Annette Riesberg und Doreen Kraska (Technische Universität Berlin) ins Deutsche übertragen, von Mareike Niehoff (Barcelona) sprachlich bearbeitet und von den Autoren aktualisiert. Er basiert auf der Übersetzung des HiT 2000, die von Thorsten Körner (Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover) mit Unterstützung von Ellen Nolte (London School of Hygiene & Tropical Medicine) besorgt wurde. Für spezifische Ergänzungen zur vorliegenden deutschen Version sei noch Ferdinand Rau (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit) und Oliver Tiemann gedankt.

Die vorliegende Serie von „Gesundheitssysteme im Wandel“-Profilen wurde von den Forschungsdirektoren und den Mitarbeitern des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik entwickelt. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, der Regierung von Belgien, der Regierung von Finnland, der Regierung von Griechenland, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Regierung von Schweden, der Region Venezien in Italien, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institute, der Weltbank, CRP-Santé Luxembourg, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Das Team des Observatoriums, das die HiT-Profile erstellt, wird geleitet vom Leiter des Sekretariats, Josep Figueras, und von den Forschungsdirektoren Martin McKee, Elias Mossialos und Richard Saltman. Die technische Koordination der HiTs wird geleitet von Susanne Grosse-Tebbe.

Der Publikationsprozess wurde koordiniert von Francine Raveney mit der Unterstützung von Shirley und Johannes Frederiksen (Layout) und Thomas Petruso (sprachliche Bearbeitung der englischen Version). Die Erstellung des HiT wurde administrativ unterstützt von Pieter Herroelen. Besonderer Dank geht an das WHO Regionalbüro für Europa für die Datenbanken, aus denen Daten über Gesundheitssysteme bezogen wurden, an die OECD für Daten über die Gesundheitsversorgung in westeuropäischen Ländern und an die Weltbank für Daten über die Gesundheitsversorgung in mittel- und osteuropäischen Ländern. Dank gebührt auch den nationalen statistischen Ämtern, die Daten zu den jeweiligen Ländern zur Verfügung gestellt haben.

Der HiT bezieht sich auf Reformen und Daten mit Stand Juni 2005. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird zur Bezeichnung von Personengruppen lediglich die männliche Form verwendet.

Einführung und historischer Hintergrund

Einführende Übersicht

Die Bundesrepublik Deutschland liegt in Mitteleuropa und erstreckt sich über eine Fläche von 357 000 km². Die größte Ausdehnung beträgt von Nord nach Süd 876 km und von West nach Ost 640 km. Das Land grenzt an Dänemark, Polen, die Tschechische Republik, Österreich, die Schweiz, Frankreich, Luxemburg, Belgien und die Niederlande (von Norden im Uhrzeigersinn) (Abb. 1). Die Bundesrepublik hat insgesamt 82,5 Millionen (Mio.) Einwohner, davon 42,2 Mio. Frauen und 40,3 Mio. Männer (Angaben für 2004).

Die Fläche der neuen Bundesländer, dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) im östlichen Teil Deutschlands, beläuft sich mit 108 000 km² auf 30% der bundesdeutschen Gesamtfläche. Die dort lebenden 13,3 Mio. Einwohner stellen heute 16% der Bundesbevölkerung (Berlin ausgenommen). Die Bevölkerungsdichte ist in den neuen Ländern geringer als in den alten Bundesländern. Sie variiert auch erheblich zwischen den Bundesländern mit 75 Einwohnern pro km² in Mecklenburg-Vorpommern bis zu 3800 Einwohnern pro km² in Berlin. Von den 19 bundesdeutschen Städten mit mehr als 300 000 Einwohnern befinden sich lediglich drei (einschließlich Berlin) im östlichen Teil Deutschlands. Die größte Stadt ist Berlin mit 3,4 Mio. Einwohnern. Weitere dicht besiedelte Gebiete sind die Rhein-Ruhr-Region mit 11 Mio. Einwohnern und das Rhein-Main-Gebiet um Frankfurt.

Politischer und wirtschaftlicher Hintergrund

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat mit 16 Bundesländern (Abb. 2). Jedes dieser Länder hat eine eigene

Abb. 1. Karte von Deutschland und Nachbarländern



Verfassung, die mit den föderalen, demokratischen und sozialen Prinzipien des Grundgesetzes im Einklang stehen muss. Die vom Grundgesetz definierten gesetzgebenden Körperschaften auf der Bundesebene sind der Bundestag und der Bundesrat.

Der Bundestag besteht aus 603 Mitgliedern, die alle vier Jahre gewählt werden. Seit 1998 regiert eine Koalition aus Sozialdemokraten und Grünen. Hauptfunktionen des Bundestages sind, Gesetze zu verabschieden, den Bundeskanzler zu wählen und die Regierung zu kontrollieren. Der Bundesrat, der die 16 Bundesländer repräsentiert, besteht nicht aus direkt gewählten

Abb. 2. Politische Karte von Deutschland mit seinen Bundesländern

Repräsentanten, sondern je nach Einwohnerzahl des jeweiligen Landes aus drei bis sechs Vertretern der Landesregierungen. Hauptfunktion des Bundesrates ist, Gesetze zu beraten und zu verabschieden, die zuvor durch den Bundestag gegangen sind.

Etwa die Hälfte aller gesetzlichen Regelungen ist durch den Bundesrat zustimmungspflichtig. Für die andere Hälfte der Gesetze kann der Bundestag eine Ablehnung durch den Bundesrat überstimmen. Zustimmungspflichtig sind insbesondere Gesetze, die die Interessen der Länder betreffen, besonders in finanziellen und administrativen Angelegenheiten. Die Verabschiedung von zustimmungspflichtigen Gesetzen ist häufig schwierig und erfordert Kompromisse, da die Mehrheitsverhältnisse in beiden Kammern üblicherweise unterschiedlich sind. Diese Kompromisse werden häufig durch den 32-köpfigen

Vermittlungsausschuss formuliert (16 Mitglieder aus dem Bundestag und jeweils ein Vertreter aus den 16 Bundesländern), bevor sie von beiden Kammern verabschiedet werden.

Der Bundespräsident (gegenwärtig Horst Köhler) wird von der Bundesversammlung, bestehend aus den Mitgliedern des Bundestages und einer entsprechenden, nach der Bevölkerungszahl gewichteten Anzahl von Landesvertretern, für eine Amtszeit von fünf Jahren gewählt. Die Hauptaufgaben des Bundespräsidenten bestehen darin, Gesetze zu unterzeichnen, formal den Bundeskanzler und die Bundesminister zu ernennen und repräsentative Funktionen zu übernehmen.

Die Gesetzgebungskompetenz liegt prinzipiell bei den 16 Bundesländern, außer in Bereichen, die explizit der Bundesebene vorbehalten sind. Deren Gesetzgebungskompetenz fällt in drei Kategorien:

1. Exklusiv dem Bund vorbehalten sind die Bereiche internationale Beziehungen, Verteidigung, Währung, Luftfahrt und einige Elemente der Besteuerung.
2. Im Fall konkurrierender Gesetzgebung können die Bundesländer lediglich Bereiche gesetzlich regeln, die durch das entsprechende Bundesgesetz nicht abgedeckt sind. Der Bund darf nur in den Fällen Gesetze erlassen, die eine bundeseinheitliche Regelung erfordern.
3. Wenn die Länder dem Bund das Recht einer Rahmengesetzgebung zugestehen, behalten sie dennoch eine wesentliche legislative Mitbestimmung. Dies trifft insbesondere zu auf die Bereiche höhere Bildung, Naturschutz, Landschaftsgestaltung, Regionalplanung und Wasserwirtschaft.

Die Länder können weiterhin alle nicht durch das Bundesgesetz geregelten Bereiche gestalten. So sind sie verantwortlich für Kultur und Erziehung (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*) als Ausdruck ihrer „Kulturhoheit“. Sie sind ebenfalls verantwortlich für die Festlegung der Befugnisse der Landesregierung und der Polizei.

Die eigentliche Stärke der Bundesländer liegt in ihrer Teilnahme am Gesetzgebungsprozess des Bundes durch den Bundesrat. Die gesamte Verwaltung, wie zum Beispiel der Steuereinzug, liegt in ihren Händen und ihre Verwaltungen setzen die meisten Bundesgesetze und Rechtsverordnungen um. Schwierigkeiten können dadurch entstehen, dass der Bundesrat durch Länder dominiert wird, die von Parteien regiert werden, die sich im Bundestag in der Opposition befinden und nicht in der Bundesregierung vertreten sind.

Das Kabinett der Bundesregierung besteht aus dem Bundeskanzler als Regierungsoberhaupt und den Bundesministern. Der Kanzler wählt seine

Minister und schlägt sie dem Bundespräsidenten zur Ernennung oder Entlassung vor. Er legt ebenfalls die Anzahl der Minister und ihre Verantwortungsbereiche fest. Der Kanzler hat eine einflussreiche Position, insbesondere da er die Richtlinien der Regierungspolitik festlegt. Die Bundesminister leiten ihre Ministerien unabhängig, aber im Rahmen dieser Richtlinien.

Neben der Legislative und Exekutive stellen die verschiedenen Gerichtssysteme (z. B. Verwaltungs-, Verfassungs- und Zivilgerichte) eine starke dritte Säule der Entscheidungsfindung dar.

Deutschland ist Mitglied der G7-Gruppe der führenden Industrienationen. Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) belief sich 2004 auf insgesamt €2178 Milliarden (Mrd.) bzw. €26 754 pro Kopf. Das jährliche reale BIP Wachstum erreichte 2000 mit 2,9% einen Höchstwert seit der Wiedervereinigung, 2003 seinen niedrigsten Wert mit -0,1% und stieg 2004 erneut auf 1,7% an (2). Das durchschnittliche reale BIP-Wachstum lag seit 1990 unter dem OECD-Durchschnitt (3).

Die Arbeitslosenrate lag im vergangenen Jahrzehnt über dem OECD-Durchschnitt (3). Nach einer kurzzeitigen Erholung um die Jahrtausendwende stieg sie in den vergangenen Jahren wieder an (Tabelle 1). Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit waren 2004 durchschnittlich 4,381 Mio. Erwerbspersonen von Arbeitslosigkeit betroffen, was 10,5% der Erwerbsbevölkerung entsprach. In den neuen Bundesländern lag der Arbeitslosenanteil 2004 wesentlich höher als in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern lag die Arbeitslosenquote zwischen 16,7% in Thüringen und 20,5% in Mecklenburg-Vorpommern. In den alten Bundesländern bewegte sich die Arbeitslosenquote zwischen 6,2% in Baden-Württemberg und 13,3% in Bremen. In Berlin lag der Arbeitslosenanteil bei 17,6% (2).

Seit 1992 sank der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung wie auch die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten. Während die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten sank, nahm die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten und der Selbständigen zu (Tabelle 1). Diese Entwicklungen wirken sich auf die Einnahmehasis der gesetzlichen Sozialversicherungen aus (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*). Die gesamten und öffentlichen Ausgaben für Bildung nahmen im Verlauf der 1990er Jahre ab und lagen unterhalb des OECD-Durchschnitts (Tabelle 1).

Tabelle 1. Volkswirtschaftliche Indikatoren, 1992–2002

	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002
BIP in jeweiligen Preisen (€Mrd.)	1 613	1 736	1 834	1 929	1 979	2 030	2 074	2 110
BIP pro Kopf in Preisen von 1995 ^a (€1000)	21,7	21,7	22,2	22,9	23,3	24,0	24,1	24,1
Einnahmen des Staates pro Kopf in Preisen von 1995 a (€1000)	9,9	10,2	10,3	10,7	11,0	11,3	11,0	10,9
Staatsausgaben pro Kopf in Preisen von 1995 ^a (€1000)	10,4	10,7	11,1	11,2	11,4	11,0	11,6	11,7
Durchschnittliches Jahreseinkommen eines Arbeitnehmers (€1000)	20,0	21,0	23,0	23,6	24,7	25,6	26,3	27,0
Erwerbstätige (% der Bevölkerung)	45,7	44,4	44,0	44,4	44,2	44,4	44,4	43,9
Arbeitslosenquote (% der Erwerbsbevölkerung)	6,2	8,7	8,7	9,6	8,9	7,9	7,8	8,5
Teilzeitbeschäftigung (% der Erwerbsbevölkerung)	11,3	12,3	13,4	14,7	15,6	16,2	16,8	17,2
Gesamtausgaben für Bildung als Anteil (%) am BIP	–	5,8	–	5,6	5,6	5,3	–	–

Quelle: OECD Health Data 2004 (3).

Anmerkung: BIP: Bruttoinlandsprodukt; ^a BIP-Deflator.

Demographie und Gesundheitsstatus

Im Dezember 2004 hatte Deutschland rund 82,5 Mio. Einwohner. 65,6 Mio. lebten in den alten Bundesländern, 13,3 Mio. in den neuen Bundesländern und 3,4 Mio. in Berlin. Nach der Wiedervereinigung sank die Bevölkerung der neuen Bundesländer von 1991 bis 2003 von 15,9 Mio. Einwohner auf 13,3 Mio., was teilweise auf Abwanderung in die alten Bundesländer aufgrund besserer Beschäftigungsmöglichkeiten und teilweise auf eine niedrige Geburtenrate zurückzuführen war.

Unter den 6,7 Mio. Einwohnern, die im Dezember 2004 keine deutsche Staatsbürgerschaft besaßen, kamen 2,1 Mio. aus EU-Staaten¹ (1,9 Mio. aus den EU-15-Ländern, 0,16 Mio. aus EU-10-Ländern), weitere 3,2 Mio. aus anderen Teilen Europas (davon 1,8 Mio. aus der Türkei und 0,18 Mio. aus der

¹ Als EU-Staaten werden im folgenden Dokument die 25 Länder bezeichnet, die seit Mai 2004 EU-Mitglieder sind. Zu den EU-15-Ländern werden diejenigen 15 Staaten gezählt, die bereits vor Mai 2004 Mitglied der Europäischen Union waren; zu EU-10-Ländern diejenigen 10 Staaten, die der Europäischen Union am 1. Mai 2004 beigetreten sind.

Russischen Föderation) und 1,3 Mio. aus außereuropäischen Staaten. Von den Einwohnern mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit besaßen 2,7 Mio. eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis, 4,1 Mio. lebten bereits länger als zehn Jahre in der Bundesrepublik und 1,4 Mio. wurden in Deutschland geboren. 2002 waren 26,5 Mio. Einwohner römisch-katholisch, 26,2 Mio. Protestanten und 98 000 Juden. Die Anzahl der Moslems wurde 2004 auf rund 3,3 Mio. geschätzt (2).

In den letzten Jahrzehnten hat sich eine Veränderung der Altersverteilung vollzogen, die sich nach Bevölkerungsprognosen in ihrer Ausprägung noch verstärken wird: Der prozentuale Anteil der Bevölkerung unter 15 Jahren sank von 1970 bis 2003 von 24,5% auf 16% (in beiden Teilen Deutschlands). Hingegen stieg die Anzahl der älteren Menschen über 64 Jahre in diesem Zeitraum von 13,9% auf 17,0% an. Der Anteil der über 80-Jährigen blieb bei rund 3,8% konstant; jedoch wird auch für diese Bevölkerungsgruppe ein Anstieg prognostiziert (4).

Aussagefähige Morbiditätsdaten zu erhalten ist nicht einfach, wenngleich sich die Datenlage in den letzten Jahren verbessert hat. Eine wichtige und flächendeckende Quelle für Gesundheitsdaten stellte der Gesundheitsbericht Deutschland 1998 dar. Die Daten sind seither teilweise aktualisiert worden und um spezielle Themenbereiche der Gesundheitsberichterstattung ergänzt worden, einschließlich der Krankheitskostenrechnung. Die Daten der Gesundheitsberichterstattung sind frei über eine Internetseite verfügbar (5). Eine weitere Quelle auf Bundesebene bildet seit 1993 die Krankenhaus-Diagnosenstatistik des Statistischen Bundesamtes. 1995 trat das Gesetz über Krebsregister in Kraft, welches jedes Bundesland bis zum Jahr 1999 zur Erstellung eines Krebsregisters verpflichtete. Die Umsetzung erfolgte jedoch nur langsam. Nach wie vor werden, mit Ausnahme von Daten zu Kinderkrebserkrankungen, nicht für alle Bundesländer Angaben zu Krebsprävalenzen und -inzidenzen bereitgestellt. Eine Hochrechnung auf das Bundesniveau ist somit nur begrenzt möglich. Weitere Daten können aus besonderen Bevölkerungserhebungen oder der Meldepflicht von infektiösen Krankheiten erschlossen werden. Andere Morbiditätsdaten beziehen sich auf die nahezu 88% der Bevölkerung, die gesetzlich krankenversichert sind, beispielsweise Ausgabendaten, Statistiken zur Inanspruchnahme von Krankengeld, Krankenhausbehandlung und Leistungen, die eine Vorabgenehmigung der Kasse erfordern, oder zur Verordnung von Arzneimitteln für bestimmte Indikationen. Eine nützliche Übersicht nationaler Daten im internationalen Vergleich bietet die Datenbank „Gesundheit für alle“ des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation (6) sowie die Gesundheitsdaten der OECD (3).

Der Mikrozensus erhebt in periodischen Abständen Daten zum subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung anhand einer bundesweit repräsentativen

Stichprobe. Dem Mikrozensus von 2003 (7) zufolge betrachteten sich etwa 89% der Befragten als gesund, 10% als krank und 1% als durch Unfälle verletzt. 93% der Kinder unter 5 Jahren galten als gesund. Der Anteil der meisten gesunden Personen befand sich in der Gruppe der 10- bis 20-Jährigen (96%) und sank mit zunehmendem Alter auf 85% bei den 60- bis 65-Jährigen und letztendlich 72% unter den Personen über 75 Jahre ab. Diese Altersgruppe wies ebenfalls die höchste Anzahl an Kranken (27%) und Verletzten (1,1%) auf. Der Anteil der Deutschen, die ihren Gesundheitszustand subjektiv als gut einschätzten, war ähnlich dem im Jahr 1992, aber höher als 1999 (87%). Diesen Untersuchungen zufolge wird in jüngeren Altersgruppen eine höhere subjektive Gesundheit empfunden. Dies gilt – mit kleinen jährlichen Schwankungen – insbesondere für Männer sowie für Einwohner der alten Bundesländer und Menschen mit höherem Bildungsgrad (8).

Daten der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, dass der Krankenanteil während der gesamten Periode von 1991 bis 2003 von 4,9% auf 3,4% der Pflichtmitglieder zurückging (9), was jedoch nicht nur den Gesundheitszustand, sondern auch die angespannte Situation am Arbeitsmarkt widerspiegelt (Tabelle 1). 2003 erhielten 1,8 Mio. Menschen (2% der Bevölkerung) eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von der gesetzlichen Rentenversicherung (10). 2003 waren 2,1 Mio. Personen (2,5% der Bevölkerung) als pflegebedürftig anerkannt im Sinne des Sozialgesetzbuches SGB XI, wobei in der Gruppe der unter 60-Jährigen 0,5% betroffen waren, von den 60- bis 65-Jährigen 1,6% und den 70- bis 75-Jährigen 5,1%. In der Gruppe der 80- bis 85-Jährigen stieg der Anteil der als pflegebedürftig eingestuften Personen auf 21% und unter den 90- bis 95-Jährigen auf 60% (11). 2001 waren insgesamt 6,7 Mio. Personen (8% der Bevölkerung) offiziell als schwerbehindert registriert (5,12).

Indikatoren für Morbidität und Mortalität

Tabelle 2 zeigt ausgewählte Indikatoren der Morbidität, des gesundheitsbezogenen Lebensstils und der Mortalität, deren Auftreten durch kurative oder präventive Maßnahmen zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann. Von 1991 bis 2001 hat sich die überwiegende Zahl der Indikatoren, einschließlich der altersstandardisierten Mortalität deutlich gebessert.

Als ein Beispiel eines verbesserten Gesundheitszustands, der wahrscheinlich auf erfolgreiche Präventionsbemühungen zurückzuführen ist, gilt die Zahngesundheit. Im Vergleich zu den Jahren 1992 und 1993, in denen 12-jährige deutsche Kinder einen der höchsten DMFT-Indizes (decayed, missing and filled teeth) (6) in den EU-15-Staaten aufwiesen, verringerte sich dieser auf 1,7 im Jahr 1997 und 1,2 im Jahr 2000. Auch die Inzidenz von AIDS sank in diesem Zeitraum und blieb unter den niedrigsten im EU-15-Durchschnitt.

Tabelle 2. Gesundheitsrisiken, Morbidität und Mortalität, 1991 und 2001

	1991	2001
Kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne bei 12-Jährigen (DMFT-12-Index)	3,9 ^b	1,2 ^c
Durchschnittliche Menge an verfügbarem Obst und Gemüse (kg) pro Person und Jahr	197	212
Menge an Fett (g) verfügbar pro Person und Tag	145	157
Alkoholkonsum (Liter reiner Alkohol) pro Kopf ab 15 Jahren	12,7	10,9
Anzahl konsumierter Zigaretten pro Person pro Jahr	1 752	1 553 ^c
SMR Ausgewählte tabakbedingte Ursachen ^a	101,6	62,0
SMR Ausgewählte alkoholbedingte Ursachen ^a	320,8	242,2
Verletzte oder getötete Personen infolge von Straßenverkehrsunfällen pro 100 000	654,4	609,4
SMR Transportmittelunfälle insgesamt pro 100 000 ^a	13,8	8,5
Neue Fälle von Berufskrankheiten pro 100 000	20,9	33,4
Verletzte Personen aufgrund von Arbeitsunfällen pro 100 000	2 568	1 695
Todesfälle infolge von Arbeitsunfällen pro 100 000	1,9	1,3
Perinatale Sterblichkeit pro 1000 Lebendgeborene	5,0	5,9
Müttersterblichkeit pro 100 000 Lebendgeburten	8,7	3,7
Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeborene	6,9	4,3
Sterbewahrscheinlichkeit in der Altersgruppe unter 5 Jahren pro 1000 Lebendgeborene	8,5	5,3
Akute respiratorische Infektionen, Pneumonie und Grippe, standardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 in der Altersgruppe unter 5 Jahren	3,2	1,4
SMR Suizid und vorsätzliche Selbstbeschädigung ^a	15,5	11,7
SMR Tötlicher Angriff und Misshandlung ^a	1,1	0,7
SMR Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten ^a	5,2	8,7
Neu aufgetretene Fälle von klinisch diagnostiziertem AIDS pro 100 000	2,3	0,9
Neu aufgetretene Fälle von Tuberkulose pro 100 000	16,9	8,5
SMR Tuberkulose ^a	1,1	0,5
SMR Bronchitis, Emphysem, Asthma ^a	22,8	18,2
SMR Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien, Lungen ^a	35,9	34,4
Neu aufgetretene Fälle bösartiger Neubildungen des Gebärmutterhalses pro 100 000	17,1	15,7 ^c
SMR Bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses ^a	4,6	3,2
Neu aufgetretene Fälle bösartiger Neubildungen der weiblichen Brustdrüse pro 100 000 ^c	106,9	112,9 ^c
SMR Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse ^a	32,0	27,5
– in der Altersgruppe 0-64 Jahre ^a	20,0	16,4
– in der Altersgruppe ab 65 Jahren ^a	128,8	117,5
SMR Bösartige Neubildungen ^a	203,7	176,6
– in der Altersgruppe 0-64 Jahre ^a	89,1	74,3
– in der Altersgruppe ab 65 Jahren ^a	1 130,7	1 004,4
SMR Ischämische Herzkrankheiten ^a	158,5	122,9
SMR Diabetes mellitus ^a	17,0	16,2
SMR Krankheiten des Kreislaufsystems ^a	388,3	286,1
– in der Altersgruppe 0-64 Jahre ^a	74,7	48,8
– in der Altersgruppe ab 65 Jahren ^a	2 925,7	2 205,4
SMR Alle Todesursachen ^a	830,8	657,6
– in der Altersgruppe 0-64 Jahre ^a	283,9	212,6
– in der Altersgruppe ab 65 Jahren ^a	5 255,7	4 258,9
Rohe Sterbeziffer pro 100 000	1 139,0	1 006,0

Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Anmerkungen: ^a (alters-)standardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 Einwohner; ^b 1992; ^c 2000.

Die Anzahl neuer, klinisch diagnostizierte AIDS-Fälle stieg bis 1994 auf 2,5 pro 100 000 Einwohner und sank danach kontinuierlich auf 0,4 im Jahr 2003 (6). Diese günstige Entwicklung kann einer konzertierten Präventionsstrategie zugeschrieben werden, die einen Zugang zu umfassender Aufklärung und medizinischer Versorgung ermöglichte.

Mortalitätsdaten reflektieren zwar lediglich einen begrenzten Ausschnitt des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, sind aber zuverlässiger als Morbiditätsdaten. Diese Daten entstammen den Todesursachenstatistiken der Statistischen Landesämter der einzelnen Bundesländer, die dann vom Statistischen Bundesamt zusammengetragen werden (5).

2003 starben 853 946 Menschen und 706 721 wurden lebend geboren (2). Die rohe Sterbeziffer sank ab 1975 in beiden Teilen Deutschlands kontinuierlich, mit Ausnahme von 1990 bzw. 1991 in den neuen Bundesländern und 1993 bzw. 1994 in den alten Bundesländern. Seither hat sie allmählich, jedoch kontinuierlich abgenommen – trotz eines zunehmenden Bevölkerungsanteils alter Menschen (Tabelle 2).

2003 lag die Lebenserwartung bei Geburt für Männer bei 75,6 Jahren und für Frauen bei 81,6 Jahren (5). Nach Daten der WHO betrug die behinderungsadjustierte Lebenserwartung 2002 insgesamt 71,8 Jahre – 69,6 Jahre für Männer und 74,0 Jahre für Frauen und lag somit gerade über dem EU-15-Durchschnitt (6). Der Prozentanteil der durch Behinderung eingeschränkten Lebenserwartung (7,8% für Männer und 9,3% für Frauen) lag weltweit nach Japan an zweitniedrigster Stelle.

Tabelle 2 zeigt, dass sich die meisten altersstandardisierten Sterberaten zwischen 1991 und 2001 deutlich verbessert haben – um ein etwa Fünftel. Die günstige Entwicklung zeigt sich auch in der Lebenserwartung bei Geburt (Tabelle 3) und in anderen Altersgruppen (5,6). Tatsächlich war der Rückgang bei den meisten Todesursachen zu beobachten, einschließlich der – altersstandardisierten – Raten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (die etwa 50% aller Todesfälle verursachen) und für maligne Tumoren (etwa 25% der Todesfälle). Eine Zunahme altersstandardisierter Sterberaten wurde beobachtet in der perinatalen und neonatalen Mortalität und bei Infektionskrankheiten, letztere überwiegend wegen Sepsis und Virushepatitis. In der Mitte der 1990er Jahre war eine vorübergehende Erhöhung der Mortalität an Diabetes mellitus und Brustkrebs zu verzeichnen. Insgesamt lagen die Raten 2001 jedoch unter den Raten von 1991.

Im Vergleich zum EU-15-Durchschnitt lag die standardisierte Mortalitätsrate 2001 noch etwas höher (657,6 versus 640,7 pro 100 000). Der Rückstand hat gegenüber 1991 jedoch deutlich abgenommen. Die höhere Mortalität wird in den meisten Altersgruppen beobachtet, während allerdings im Säuglingsalter

(4,3 versus 4,7 pro 1000 Lebendgeborene) und bei Kindern unter 5 Jahren (6,5 versus 6,8 pro 1000 Lebendgeborene) geringere Sterberaten beobachtet werden. Die vergleichsweise höhere Mortalität kann im Wesentlichen auf höhere Sterberaten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (286 versus 236 pro 100 000) zurückgeführt werden, insbesondere wegen Koronarer Herzkrankheit. Zudem lagen Suizid und Selbstverletzungen (11,7 versus 10,4) und alkoholassoziierte Todesursachen (62,0 versus 61,3) über dem EU-15-Durchschnitt (6).

Gleichzeitig lag die Mortalität wegen bösartiger Neubildungen knapp unter dem EU-15-Durchschnitt (177 versus 181). Dies bezog sich auf viele Karzinomarten einschließlich Bronchialkrebs (34,4 versus 37,1), traf jedoch nicht auf Gebärmutterhalskrebs (3,2 versus 2,4) oder Brustkrebs (27,5 versus 27,0) zu. Der Gebärmutterhalskrebs hatte 2000 eine höhere Inzidenz (15,7 pro 100 000) als in den meisten EU-15-Ländern und wies zugleich eine höhere altersstandardisierte Todesrate auf (3,2 versus 2,4) als im EU-15-Durchschnitt (6).

Die Mortalitätsraten für motorisierte Verkehrsunfälle lagen unter dem EU-15-Durchschnitt (7,9 versus 9,9), allerdings lag die Zahl nicht tödlicher Verletzungen durch Verkehrsunfälle überdurchschnittlich hoch (456 versus 339 pro 100 000). Dies wird auf eine hohe Autodichte und den Mangel einer generellen Geschwindigkeitsbegrenzung auf Autobahnen sowie auf Alkohol am Steuer zurückgeführt (2001 standen 31% aller Straßenverkehrsunfälle mit Alkohol in Zusammenhang). Verkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang stellen insbesondere unter jungen Männern in den neuen Bundesländern ein Problem dar (13).

Der Alkoholkonsum (11,0 versus 9,5 Liter reiner Alkohol pro Kopf in 2002) und der Anteil regelmäßiger Raucher (34,5 versus 29,2 in 2000) liegen oberhalb des EU-15-Durchschnitts. Deutsche nahmen 2001 durchschnittlich viele Kalorien pro Tag zu sich (3567 versus 3538), aber aßen weniger Früchte und Gemüse (212 versus 240 kg) (6).

Lebenserwartung in West und Ost

Die Gesundheit der Bevölkerung kann auch vor dem Hintergrund einer 40-jährigen politischen und geographischen Teilung des Landes analysiert werden – als eine interessante Fallstudie über die Auswirkung politischer, sozialer und wirtschaftlicher Veränderungen auf Gesundheit in ansonsten weitgehend ähnlichen Populationen. Die Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt fasst die unterschiedlichen Muster der Bevölkerungsgesundheit am besten zusammen (Tabelle 3): Die Lebenserwartung nahm in der DDR zunächst schneller zu (ausgehend von einem etwas höheren Ausgangswert), stagnierte aber seit den späten 1960er Jahren. In der alten BRD nahm die Lebenserwartung bei Geburt

seit den 1960er Jahren kontinuierlich zu. Zwischen 1980 und 1990 vergrößerte sich die Differenz in der Lebenserwartung, bis sie 1990 ihren Höchstwert erreichte mit 3,5 Jahren bei Männern und 2,8 Jahren bei Frauen.

Tabelle 3 zeigt dann eine zunehmende Angleichung der Lebenserwartung zwischen den neuen und alten Bundesländern nach der Wiedervereinigung: Bis zum Zeitraum von 2000 bis 2002 hatte sich die Differenz in der Lebenserwartung auf 1,5 Jahre bei Männern und 0,5 Jahren bei Frauen verringert. Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen sank von 1990 bis 2000–2002 von 7,1 Jahren auf 6,7 Jahre in den neuen Ländern und 6,4 Jahren auf 5,7 Jahre in den alten Ländern.

Die Gründe für die Unterschiede in der Lebenserwartung beider Teile Deutschlands sind komplex und nicht vollständig bekannt. Erklärungen für die zunehmende Differenz in der Zeit vor 1990 betreffen unter anderem Unterschiede in der Ernährung, günstigere Lebensbedingungen und eine bessere Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen, insbesondere ein besserer Zugang zu hochtechnisierter medizinischer Versorgung sowie eine selektive Abwanderung unter Rentnern der DDR in die alte Bundesrepublik. Für die Zunahme der Lebenserwartung in den neuen Ländern und die Annäherung an die Lebenserwartung in den alten Ländern nach 1990 werden die folgenden Faktoren als einflussreich betrachtet: Selektive Migration, Übernahme des Systems der sozialen Sicherung der alten BRD und Reduzierung gesundheitlicher Risikofaktoren (z. B. Alkohol, Verzehr von Fleisch und Fett) (14,15,16).

Zudem wurde die medizinische Versorgung als wichtiger Faktor für den Rückgang der Mortalität nach der Wiedervereinigung identifiziert. Eine Studie schätzte für die Zeit von 1992 bis 1997, dass 14–23% des Anstiegs der Lebenserwartung zwischen Geburt und 75 Jahren auf den Einfluss medizinischer Interventionen zurückzuführen waren. In diesem Zeitraum stieg die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern um 1,4 Jahre bei Männern und 0,9 Jahre bei Frauen und vergleichsweise weniger in den alten Bundesländern (um 0,6 Jahre bei Männern und 0,3 Jahre bei Frauen). Zur Verbesserung der Lebenserwartung in den neuen Ländern trugen insbesondere die sinkenden Sterberaten an Hypertonie und zerebrovaskulären Erkrankungen, bösartigen Neubildungen des Gebärmutterhalses und der weiblichen Brust sowie ein 30%iger Rückgang der Neugeborenensterblichkeit bei (14,17). Diese Resultate werden durch eine zunehmende technische Infrastruktur und die Anwendung hochspezialisierter Versorgung unterstützt, wie beispielsweise Anzahl und Nutzung von Dialyseeinrichtungen, Herzkathetern (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*), die Behandlung ischämischer Herzkrankheiten und der Implantation von Herzschrittmachern (16,18). Trotz des deutlichen

Tabelle 3. Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren) in der ehemaligen DDR bzw. den neuen Bundesländern und der alten Bundesrepublik bzw. den alten Bundesländern^a, 1949–2003

	Männer				Frauen			
	Deutsch-land	West	Ost	Ost-West-Differenz	Deutsch-land	West	Ost	Ost-West-Differenz
1949/53	–	64,6	65,1	+0,5	–	68,5	69,1	+0,6
1980	–	69,9	68,7	-1,2	–	76,8	74,6	-2,2
1990	72,0	72,6	69,1	-3,5	78,4	79,0	76,2	-2,8
1991	72,1	72,8	69,3	-3,5	78,7	79,2	76,6	-2,6
1991/93	72,6	73,1	69,9	-3,2	79,1	79,5	77,2	-2,3
1992/94	72,7	73,4	70,3	-3,1	79,2	79,7	77,7	-2,0
1993/95	73,1	73,5	70,7	-2,8	79,6	79,8	78,2	-1,6
1994/96	73,3	73,8	71,2	-2,6	79,7	80,0	78,6	-1,4
1995/97	73,6	74,1	71,8	-2,3	79,9	80,2	79,0	-1,2
1996/98	74,0	74,4	72,4	-2,0	80,3	80,5	79,4	-1,1
1997/99	74,5	74,8	73,0	-1,8	80,6	80,7	80,0	-0,7
1998/00	74,8	75,1	73,5	-1,6	80,8	80,9	80,4	-0,5
1999/01	75,1	75,4	73,7	-1,7	81,1	81,2	80,6	-0,6
2000/02	75,4	75,8	74,3	-1,5	81,2	81,5	81,0	-0,5
2001/03	75,6	–	–	–	81,6	–	–	–

Quellen: Busse 2000 (1); Statistisches Bundesamt 2003 (4); Statistisches Bundesamt 2004 (2).

Anmerkung: ^a einschließlich Daten für Berlin.

Rückgangs der Neugeborenensterblichkeit bestehen insbesondere in den neuen Bundesländern noch Verbesserungspotentiale in der Neugeborenenversorgung (14).

Zukünftiger Bedarf

Derzeitige Herausforderungen an das Gesundheitswesen beziehen sich insbesondere auf demografische Entwicklungen, die mit einer Zunahme an chronisch-degenerativen Erkrankungen und Ein-Personen-Haushalten einhergehen, auf die Entwicklung neuer Technologien, Erwartungen der Öffentlichkeit an die Gesundheitsversorgung sowie auf Anreize für eine übermäßige Erbringung und Nutzung von Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig wird eine relative Abnahme an Einnahmen der Sozialversicherungen erwartet (siehe *Schlussbemerkungen*).

Die zu erwartenden Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur werden zu einer entsprechenden Zunahme des Bedarfs älterer Personen an therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungen führen. Es wird vorhergesagt,

dass zusätzlicher Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten für obstruktive Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, urogenitale Erkrankungen und für Diagnostik und Behandlung bösartiger Neubildungen entstehen wird. Absehbar ist auch ein hoher Bedarf an präventiven Maßnahmen in Bezug auf Herz- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und Unfälle (16).

Seit 2000 unternahmen verschiedene Interessensgruppen auf Bundesebene zahlreiche Aktivitäten zur Verstärkung und Unterstützung von Prävention (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*). Diese beinhalten die formale Vereinbarung von Gesundheitszielen, die Einrichtung eines „runden Tisches“ für Prävention und eine nachfolgende Institutionalisierung eines „Präventionsforums“, dessen Aktivitäten durch eine Stiftung unterstützt werden sollen. Weiterhin entstand ein Gesetzesentwurf, der bestehende Vorschriften in einem speziellen Sozialgesetzbuch für Prävention systematisiert und die Koordination der Finanzierung, Ausführung und Steuerung regelt.

Historischer Hintergrund

Die Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems kann am besten entlang der Hauptlinien der neuen deutschen Geschichte beschrieben werden: Industrialisierung und die Einführung der Krankenversicherung (auf nationaler Ebene) 1883, soziale Konflikte und Stärkung der Ärzte während des Deutschen Reiches bis zur Weimarer Republik, die nationalsozialistische Periode 1933–1945, die unmittelbare Nachkriegszeit 1945–1949 mit dem nachfolgend zweigeteilten Deutschland und schließlich das wiedervereinigte Deutschland seit 1990.

Entstehung, Kontinuität und Prominenz der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Entstehung des gegenwärtigen Gesundheitssystemmodells beginnt 1883 mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch den Reichstag. Deutschland wird als das erste Land angesehen, das ein Sozialversicherungssystem auf nationaler Ebene eingeführt hat. In den folgenden Jahrzehnten wurde das so genannte Bismarcksche System auch auf die Bereiche Arbeitsunfälle (1884), Alter und Erwerbsunfähigkeit (1889), Arbeitslosigkeit (1927) und Pflegebedürftigkeit (1994) ausgeweitet. Die Vorherrschaft und strukturelle Kontinuität des Sozialversicherungssystems stellen nach wie vor eine wesentliche Charaktereigenschaft des deutschen Gesundheitssystems dar.

Wurzeln der Sozialversicherung sind die genossenschaftlichen Hilfseinrichtungen der Gilden, die im ausgehenden Mittelalter entstanden. Im 19. Jahrhundert übernahm die wachsende Klasse der Industriearbeiter dieses Prinzip und richtete freiwillige, beschäftigungsbezogene Selbsthilfeeinrichtungen ein. Auch Betriebe und Gemeinden schufen Kassen, die die gesetzlichen Beihilfen und Wohltätigkeitseinrichtungen ergänzten. 1849 machte Preußen als größtes deutsches Land die Krankenversicherung für Bergleute verpflichtend und erlaubte Gemeinden, von Arbeitgebern und Arbeitnehmern Pflichtbeiträge zu erheben. Vielfältige Wirtschaftskrisen verschlechterten im Laufe der Industrialisierung die ohnehin schon kargen Lebensbedingungen, insbesondere der städtischen Arbeiterschichten. Die Regierung reagierte 1878 auf zunehmende Arbeiterproteste mit den Sozialistengesetzen, die Druckschriften und Versammlungen von sozialdemokratischen, sozialistischen und kommunistischen Vereinigungen (aber nicht die Organisationen oder das passive Wahlrecht) verboten (gültig bis 1890).

Zunehmend nahm sie jedoch politische Unterdrückung allein als unzureichendes Mittel wahr, um die bestehende Gesellschaftsordnung zu erhalten (19). 1876, fünf Jahre nach der Gründung des Deutschen Reichs erließ die Regierung reichsweit einheitliche Vorgaben über Mindestbeiträge zur Krankenversicherungen und Mindestleistungen, die allerdings nicht gesetzlich verpflichtend waren. Die kaiserliche Botschaft von 1881 erklärte staatliche Sozialpolitik für die Armen als einen wesentlichen Beitrag zum Überleben der Nation. Von ordnungspolitischen und wirtschaftlichen Motiven geleitet, schlug Reichskanzler Bismarck 1881 die Einrichtung einer reichsweiten, staatlich unterstützten Krankenpflichtversicherung vor. Landesregierungen, liberale Mitglieder des Reichstags sowie Vertreter aus Wirtschaft, Landwirtschaft und Kirchenkreisen wandten sich jedoch gegen dieses System und den damit einhergehenden wachsenden Einfluss der Reichsregierung (20).

„Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“

Das am 31. März 1883 verabschiedete und am 15. Juni 1883 erlassene „Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ stellte schließlich einen Kompromiss zwischen der Regierung und den genannten Interessensgruppen dar. Es traf aber auf Ablehnung bei den linksliberalen und sozialdemokratischen Abgeordneten, die sich gegen die „Politik von Zuckerbrot und Peitsche“ aussprachen und eine Verbesserung der politischen Teilhaberechte von Arbeitern und besseren Arbeitsschutz in der Industrie bevorzugten. Das Gesetz führte eine reichsweit einheitliche Krankenversicherungspflicht für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und sonstigen Gewerbebetrieben bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe ein. Versicherungspflichtige

Arbeitnehmer entrichteten zwei Drittel, die Arbeitgeber ein Drittel des Krankenversicherungsbeitrags.

Gleichzeitig erhielten die gesellschaftlichen Oppositionskräfte der Arbeitnehmer und Arbeitgeber das Recht und die Pflicht, Vertreter in der Selbstverwaltung der Kassen zu entsenden, entsprechend ihren Beitragsanteilen im Verhältnis von zwei zu eins. Die Selbstverwaltungspartner waren für die Verwaltung der Krankenversicherung verantwortlich und konnten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben über den Beitragssatz, die Gewährung von Kannleistungen und weitere Satzungsfragen selbst, aber nur gemeinsam entscheiden. Das Gesetz baute auf existierenden Ortskrankenkassen, berufsständischen Krankenkassen (Bergbau, Innungen) und Betriebskrankenkassen auf, die auf gemeinnütziger Basis operierten. Die Zulassung und Aufsicht der gesetzlichen Kassen wurde den Landesregierungen übertragen. Die Rolle der Reichsregierung und des Reichstags beschränkte sich nun nur noch auf die Rahmengesetzgebung für die ansonsten selbstverwalteten Krankenkassen. Anfänglich standen den Kassen die Auswahl der Leistungserbringer und die Vertragsgestaltung frei.

Durch das Gesetz erhielten Mitglieder dieser sog. Primärkassen (= Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen) einen rechtlichen Anspruch auf kostenfreie ambulante ärztliche Behandlung, Medikamente, Brillen und einige weitere Hilfsmittel. Sie hatten zudem bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit ab dem dritten Tag einen Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 50% des ortsüblichen Tageslohns bis zu einer Dauer von 13 Wochen sowie gegebenenfalls auf Wochen- und Sterbegeld. Alternativ zu den ambulanten Sachleistungen konnten Kassen auch freie Krankenhausbehandlung gewähren. Das Gesetz von 1883 zeigte auch auf, in welchen Leistungsbereichen die Selbstverwaltung der einzelnen Kassen Mehrleistungen beschließen und in der Satzung verankern konnten. Dazu zählte insbesondere die Mitversicherung von Familienangehörigen, die Erhöhung von Geldleistungen und die Verlängerung der Krankengeldbezugsdauer auf bis zu ein Jahr, aber auch die Ausdehnung von Sachleistungen beispielsweise nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe (Heilmittel) (20).

1884 verabschiedete der Reichstag zudem eine gesetzliche Unfallversicherung, die Arbeitnehmern im Fall von arbeitsbedingten Unfällen und Berufskrankheiten Sachleistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation und Geldleistungen bei Erwerbsunfähigkeit und Tod gewährte. Die Pflichtversicherung wurde zu 100% von Arbeitgebern finanziert, die sich zu diesem Zweck nach Branchen in Berufsgenossenschaften zusammenschlossen. Die Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaften war dagegen paritätisch besetzt. Die gesetzliche Unfallversicherung ermöglichte eine verschuldensunabhängige Gewährung von Leistungen, vermied aufwändige Haftpflichtverfahren und ermöglichte, die – durch die Pflichtmitgliedschaft bedingte – Vielzahl an Arbeitgebern

zu vorbeugenden Maßnahmen zu verpflichten. Tatsächlich führten Betriebe zunehmend Maßnahmen zur Prävention von Unfällen und Berufskrankheiten ein, kontrolliert von Berufsgenossenschaften, um ihre risikoabhängigen Beiträge zur Unfallversicherung zu minimieren.

Die 1889 eingeführte gesetzliche Rentenversicherung, in die Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen einzahlten, stellte neben Altersrenten, Erwerbsunfähigkeitsrenten und beruflicher Rehabilitation auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation bereit, um das Risiko einer Erwerbsunfähigkeit durch Erkrankung zu reduzieren („Rehabilitation vor Kompensation“). Auch Krankenkassen und Gemeinden finanzierten rehabilitative Leistungen, was zu der heterogenen Entwicklung der rehabilitativen Versorgung führte. Rehabilitation wurde vorrangig in stationären Einrichtungen in ländlichen Gebieten etabliert, die in Verbindung mit populären Kurbehandlungen langfristig eine institutionelle Verankerung der physikalischen Medizin und Naturheilkunde boten. Die Rentenversicherungsträger beteiligten sich ab der Jahrhundertwende auch an der langfristigen Heilbehandlung bestimmter Gruppen chronisch Kranker, beispielsweise Tuberkulosekranker, wobei die jeweilige Zuständigkeit zur Finanzierung, Beratung und Überwachung vermehrt durch (örtlich unterschiedlich zusammengesetzte) Arbeitsgemeinschaften von Kassen, Rententrägern, Kommunen und Wohlfahrtsvereinen koordiniert wurde.

Weitere Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Während der 1880er Jahre boykottierten zahlreiche Arbeiter die Primärkassen und versicherten sich stattdessen in so genannten Hilfskassen. Diese Kassen waren nicht paritätisch, sondern vollständig von Arbeiternehmern verwaltet. Versicherungspflichtige Arbeitnehmer konnten die Mitgliedschaft in einer Primärkasse durch Mitgliedschaft in einer eingeschriebenen Hilfskasse umgehen, sofern diese grundsätzlich mindestens die Leistungen der örtlichen Pflichtkassen anboten. Allerdings waren Hilfskassen nicht verpflichtet, Sachleistungen anzubieten; statt dessen konnten sie auch ein Krankengeld von 75% des ortsüblichen Lohns zahlen. Als diese Option 1893 abgeschafft war, ging die Zahl und Anziehungskraft der Hilfskassen deutlich zurück. Begleitet von einer Aufhebung der Sozialistengesetze, förderten nun die Sozialdemokraten und Gewerkschaften eine breite Partizipation in der Selbstverwaltung der Primärkassen. In einem Versuch, die wachsende Politisierung der Angestellten von der der Arbeiter abzugrenzen, führte die Regierung 1901 eine eigene Gruppe von Angestelltenkrankenkassen ein. Angestellte erhielten größere Wahlfreiheit unter den Kassen und die eingetragenen Hilfskassen versorgten zunehmend fast ausschließlich Angestellte (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte*

und Finanzierung). Obwohl die Beiträge dieser „Ersatzkassen“ nun paritätisch mit den Arbeitgebern geteilt wurden, blieb die Selbstverwaltung bis heute vollständig in der Hand der Arbeitnehmer.

Die Reichsversicherungsordnung von 1911 stiftete ein gemeinsames rechtliches Fundament für die verschiedenen Säulen der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten; diese Ausführungen zur Krankenversicherung blieben, mit einigen Veränderungen, bis 1988 erhalten. Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung bezüglich Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft sind sogar – in modifizierter Form – noch heute geltendes Recht (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Leistungen und Rationierung*).

Von 1880 bis 1883 verdoppelte sich durch die GKV-Einführung die Anzahl der Krankenversicherten. Wie in Tabelle 4 ersichtlich, weitete sich der Bevölkerungsanteil der gesetzlich Krankenversicherten in den folgenden Jahrzehnten von 10% im Jahr 1885 schrittweise auf 34% der Bevölkerung 1938 aus. Der Anteil der gesetzlich versicherten Bevölkerung nahm in der alten Bundesrepublik weiter auf 88% in 1987 zu, während in der sozialistisch regierten Deutschen Demokratischen Republik (DDR) bereits 1949 insgesamt 100% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert waren. Das nationale Krankenversicherungssystem der DDR wurde mit der Wiedervereinigung im Jahr 1990 durch das in der damaligen Bundesrepublik (BRD) bestehende Sozialversicherungssystem abgelöst. Die Ausweitung des Kreises der Versicherten wurde entweder durch Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze oder durch Einschluss weiterer Berufsgruppen erreicht; letzteres betraf beispielsweise Angestellte der Bereiche Handel und Transport (1901), Haushaltsangestellte, Land- und Forstarbeiter (1914) und Bauern (1972). Deutschland integrierte in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch soziale Gruppen wie Arbeitslose, nicht erwerbstätige Familienmitglieder, Rentner, Studierende und Behinderte, die in vielen europäischen Ländern durch öffentliche Einrichtungen finanziert und/oder versorgt werden.

Beiträge und Ausgaben nahmen im Laufe des über 120-jährigen Bestehens der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich zu (Tabelle 4). Dies war teils bedingt durch eine Ausweitung des Leistungskataloges, die durch staatliche Rahmengesetzgebung oder Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung vorgenommen wurde. Nach anfänglich restriktiver Handhabung, gewährten die gesetzlichen Kassen zunehmend Mehrleistungen entsprechend ihrer Satzung. 1893 erhielten sie gesetzlich die Option, dafür einen allgemein (d. h. für alle Mitglieder) festzusetzenden Betrag zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag zu erheben (gültig bis 1930). Als der Anspruch Mitversicherter auf ambulante Sachleistungen schließlich 1930 gesetzlich verankert wurde, hatten praktisch alle Kassen die Mitversicherung eingeführt. Die zunehmende Verankerung von Kannleistungen in Kassensatzungen diente auch als Motor für die

Tabelle 4. Entwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1885–2003

	1885	1913	1925	1938	1950	1960	1987	1997	2003
	Deutsches Reich				alte Bundesrepublik ^b		Deutschland		
Krankenkassen									
Anzahl der Kassen	18 776	21 342	7 777	4 625	1 992	2 028	1 182	476	319
Anzahl (Beitrag zahlender) Mitglieder pro Kasse	229	636	2 345	4 832	10 141	13 383	30 917	91 782	159 780
Versichertenkreis									
GKV-versicherte Personen (% der Bevölkerung)	10	35	51	–	–	83	88	88	88
Mitglieder (% der Bevölkerung)	9	20	29	34	40	49	60	61	62
Pflichtmitglieder (% der erwerbstätigen Bevölkerung)	22	44	57	66	62	67	76	78	76
Beiträge									
in Prozent des Bruttoeinkommens	2,0	3,0	6,0	–	6,0	8,4	12,6	13,5	14,3
Versicherungspflichtgrenze (als Vielfaches des Durchschnittseinkommens pro Kopf)	3,1	2,1	1,6	1,9	1,5	1,3	1,1	1,3	1,6
Verhältnis von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteilen	2:1	2:1	2:1	2:1	2:1	1:1	1:1	1:1	1:1
GKV-Ausgaben									
als Anteil (%) am BIP ^a	0,2	0,7	1,7	1,9	2,6	3,2	6,2	6,7	6,9
Verhältnis von Geld- und Sachleistungen	1,7:1	–	1:1	–	–	1:4	1:8	1:12	1:12

Quelle: Alber 1992 (20); Statistisches Bundesamt 2004 (4); Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004 (9).

Anmerkungen: ^a inklusive Einkommensleistungen wie Kranken-, Mutterschafts-, Sterbegeld; ^b in der Deutschen Demokratischen Republik versicherten zwei Krankenkassen fast 100% der Bevölkerung.

Ausweitung des gesetzlichen Leistungsspektrums. In der alten Bundesrepublik erfolgte eine gesetzliche Ausweitung des Leistungskatalogs zudem oft infolge sozialgerichtlicher Entscheidungen.

Die gesetzliche Krankenversicherung diente anfangs überwiegend dazu, das Verarmungsrisiko infolge von Krankheit und Krankheitskomplikationen zu vermeiden. Auf Sachleistungen wurde im Vergleich zu Geldleistungen ein geringerer Anteil der Kassenausgaben verwendet (Tabelle 4). Das Gewicht verlagerte sich jedoch zunehmend zur Finanzierung von Sachleistungen zur Erkennung und Behandlung von Erkrankungen, d. h. von Arzneien bzw. Hilfsmitteln und der Vergütung der Dienstleistungen professioneller

Leistungserbringer. Dieser Trend beschleunigte sich ab 1969, als das Krankengeld während der ersten sechs Krankheitswochen durch die – allein vom Arbeitgeber zu finanzierende – Lohnfortzahlung im Krankheitsfall abgelöst wurde (Tabelle 4).

Bei Betrachtung der Zunahme an GKV-Ausgaben sollte nicht übersehen werden, dass die direkte Koppelung der Beiträge an die laufenden Ausgaben eine entscheidende Bedeutung für die Finanzierbarkeit des Systems auch über die zwei Weltkriege, die Geldentwertung von 1923, die Wirtschaftskrise von 1929 sowie die Währungsreform von 1948 hinweg hatten.

Kollektive Erfolge der ärztlichen Profession gegenüber Krankenkassen und anderen Berufsgruppen

Die Verlagerung von Geld- zu Sachleistungen (Tabelle 4) korrespondierte mit einer wachsenden Zahl an Beschäftigten im Gesundheitswesen (Tabelle 5). Dies spiegelte auch eine übergeordnete gesellschaftliche Entwicklung der Industriegesellschaft im 19. Jahrhundert mit zunehmender Professionalisierung und Arbeitsteilung wider. Gesundheitsversorgung war die Antwort des aufstrebenden Standes der Ärzte auf bestehende soziale und physische Probleme – und er wurde dazu prinzipiell von den meisten gesellschaftlichen Gruppen legitimiert. Dennoch ging diese „Sozialisation“ der medizinischen Profession einher mit ausgeprägten Konflikten über Macht und Einkommen.

Die Konflikte zwischen Krankenkassen und niedergelassenen Ärzten trugen maßgeblich zur Gestaltung des derzeitigen deutschen Gesundheitssystems bei. Niedergelassene Ärzte in eigener Praxis spielten und spielen eine dominante Rolle im gesamten Gesundheitswesen und nicht nur im niedergelassenen Bereich. Bis 1933 errangen sie wichtige Erfolge über die quasi öffentlichen Krankenkassen, andere Heilberufe und angestellte Ärzte im öffentlichen oder gemeinnützigen Sektor.

Die Gesetzgebung von 1883 regelte nicht die Beziehung zwischen Kassen und Ärzten und die Ansprüche an die Qualifikation der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Beides wurde den Kassen überlassen. Zunächst wurde dies von den Ärzten nicht weiter beachtet. In den 1890er Jahren begannen sie jedoch, mit Lobbyarbeit und Streiks für Autonomie und höhere Einkommen zu streiten. Ursachen waren die wachsende Anzahl der pflichtversicherten Patienten, der beschränkte Zugang von Versicherten zu Ärzten, die Abhängigkeit von den von Arbeitern dominierten Krankenkassen und der damit einhergehende niedrige soziale Status (angestellter) Ärzte sowie die Verdoppelung der bevölkerungsbezogenen Ärztezahle zwischen 1887 und 1927.

Tabelle 5. Gesundheitspersonal und Krankenhauskapazitäten, 1876–2002

	Anzahl der Einwohner pro					Gesamtbevölkerung (Mio.)
	Arzt	Zahnarzt	Apotheker	Pflegekraft	Krankenhausbett	
1876	3 136	86 460	6 877	–	406	43,1
1885	3 004	86 752	7 483	3 260	324	46,7
1900	2 047	9 529	–	–	219	56,0
1909	2 085	5 682	6 414	926	158	63,7
1927 ^a	1 447	2 690	5 982	712	120	63,3
1938	1 371	1 924	5 789	517	107	68,4
1952 ^b	700	1 706	4 182	476	89	48,7
1960 ^b	699	1 705	3 514	527	95	55,4
1975 ^b	521	1 946	2 415	388	85	61,8
1987 ^b	356	1 573	1 802	292	91	61,1
1991	329	1 450	1 922	–	99	80,3
2002	274	1 289	1 528	117	111	82,5

Quellen: Alber 1992 (20); Statistisches Bundesamt 2005 (21); Statistisches Bundesamt 2005 (2).

Anmerkungen: ^a oder 1928; ^b bezieht sich nur auf die alte Bundesrepublik Deutschland.

Ärztestreik und frühe gemeinsame Selbstverwaltung

Ab 1900 gelang es der medizinischen Profession, ihre Bemühungen auf nationaler Ebene durchzusetzen und die konkurrierenden Gruppen der von Krankenkassen abhängigen und der privaten Ärzte zu gleich lautenden Forderungen zu bewegen. Am erfolgreichsten war der 1900 gegründete Leipziger Bund, später nach seinem Gründer Hartmann-Bund genannt, dessen Mitgliederzahl bis 1910 von ursprünglich 21 Ärzten auf fast 75% aller deutschen Ärzte anstieg. In gewisser Weise waren ihre Forderungen widersprüchlich. Einerseits verlangten sie freien Zugang zu gesetzlich versicherten Patienten unter dem Slogan „freie Arztwahl für Patienten, aber nicht für die Kassen“. Auf der anderen Seite versuchten sie den Krankenkassensektor zu begrenzen, um Privatpatienten zu bekommen oder – aus Sicht der zugelassenen Vertragsärzte – das Einkommen aus den gesetzlichen Krankenkassen mit möglichst wenigen Ärzten teilen zu müssen. Außer in einer kurzen Phase der echten Einzelleistungsabrechnung in den 1960ern und 1970ern ist dieser Widerspruch bis heute ein Bestandteil der deutschen Gesundheitspolitik geblieben. Weil die Reichsversicherungsordnung von 1911 keinen dieser Aspekte berücksichtigte, drohten die Ärzte mit Streiks, der mit dem Inkrafttreten des Gesetzes 1914 beginnen sollte. Im Dezember 1913 schritt die Regierung erstmalig in die Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenkassen ein. Das Berliner Abkommen schrieb gemeinsame Ausschüsse von Vertretern der Ärzteschaft und der Kassen vor, um die Konflikte

in produktive Verhandlungsprozesse zu kanalisieren. Der Anteil von Ärzten zu Versicherten war jetzt rechtlich auf ein Minimum von 1:1350 festgesetzt. Dies musste durch gemeinsame Zulassungsausschüsse umgesetzt werden. Verträge mit den Ärzten mussten von allen Kassen kollektiv abgestimmt werden (20).

Nachdem das Berliner Abkommen inmitten der Inflation von 1923 auslief, streikten die niedergelassenen Ärzte mehrfach. Einige Kassen reagierten damit, dass sie eigene Ambulatorien und Polikliniken einrichteten. Obwohl dies nur einige wenige waren, wurden sie von der Ärzteschaft doch als Drohung mit dem Rückfall in Verhältnisse des 19. Jahrhunderts mit sozialisierten medizinischen Versorgungseinrichtungen wahrgenommen. Niedergelassene Ärzte fühlten sich auch bedroht durch die Einrichtung einer Vielzahl von Maßnahmen und Einrichtungen zur Prävention, Gesundheitserziehung und Pflege, die durch die Gemeinden und durch Wohlfahrtsverbände organisiert wurden (19). Die Regierung reagierte auf die Streiks und richtete den Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen (der heute in Form des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter besteht) als gemeinsame verantwortliche Körperschaft zur Regelung des Leistungsumfanges und der ambulanten Versorgung ein.

1923 wurde während der wirtschaftlichen Rezessionsperiode die erste Selbstbeteiligungsmaßnahme in Form einer 10- bis 20-prozentigen Zuzahlung für Arzneimittel und medizinische Hilfsmittel in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt, einschließlich einer Ausnahmeregelung für Arbeitslose. 1930 wurde diese prozentuale Zuzahlung durch eine geringe Zuzahlungsgebühr je Rezept und eine zusätzliche Selbstbeteiligung für ambulante Behandlungen ersetzt. Diese Veränderungen waren Teil einer Reihe von Notverordnungen, die erlassen wurden, um mit steigenden Ausgaben und erheblichen Einnahmeverlusten der Krankenkassen aufgrund hoher Arbeitslosigkeit über die finanzielle Krise am Ende der Weimarer Republik hinwegzukommen. Im Rahmen dieser Notverordnungen wurde zudem der Medizinische Dienst der Krankenkassen zur Kontrolle vertragsärztlicher Leistungen eingeführt und die Niederlassung im ambulanten Sektor auf einen Vertragsarzt pro 600 GKV-Versicherte festgelegt.

Kassenärztliche Vereinigungen und ambulant-stationäre Trennung

Dafür erhielten die niedergelassenen Ärzte das Monopol auf die ambulante Patientenversorgung (1931), für das sie jahrzehntelang gefochten hatten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhielten das Recht, umfassende Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen abzuschließen und deren Vergütungen unter ihren Mitgliedern aufzuteilen. Dies stellte einen deutlichen kollektiven Erfolg der niedergelassenen Ärzte über Krankenkassen über Ärzte im Krankenhaus und Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie über andere Heilberufe

dar. Nichtärztliche Berufsgruppen wie Hebammen und Pflegekräfte waren bereits seit 1854 durch staatliche Verordnungen der ärztlichen Profession untergeordnet worden. Ihre Autonomie wurde jetzt noch weiter eingeschränkt, indem ihnen verboten wurde, direkt mit den Krankenkassen Verträge abzuschließen. Das Monopol der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte bedeutete, dass es ab jetzt für Gesundheitsämter verboten war, kurativ tätig zu werden, für Krankenkassen, Arzneimittel zu verkaufen und abzugeben, und für die meisten Krankenhäuser, ambulante Patienten zu behandeln (20).

Das ambulante Versorgungsmonopol für niedergelassene Ärzte trug substantiell zur Trennung vom stationären Sektor wie auch zur Marginalisierung des Öffentlichen Dienstes bei. Die sektorale Trennung auf der Leistungserbringerseite wurde durch unterschiedliche Zuständigkeiten auch auf Seiten der Finanzierung und Planung verstärkt, nämlich der geringeren Rolle der Selbstverwaltung und größeren Bedeutung der Landesbehörden (siehe *Stationäre und intersektorale Versorgung*).

Die Trennung der ambulanten von der stationären Versorgung wurde des Weiteren verstärkt durch die zügige Ausweitung und Spezialisierung der Akutkrankenhäuser, in der seit den 1920er Jahren die Mehrzahl des Personals vollzeitbeschäftigt war. Die Kapazitäten der Akutkrankenhäuser erweiterten sich wesentlich zwischen 1885, als für 324 Einwohner durchschnittlich 1 Bett zur Verfügung stand, und 1938, als das Verhältnis nur noch 107:1 betrug (Tabelle 5).

Ein weiterer Faktor für die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung war die frühe ärztliche Professionalisierung und Spezialisierung in der Medizin. Seit den 1880er Jahren nahmen deutsche Forschungseinrichtungen in der empirisch-naturwissenschaftlichen Forschung international eine Pionierrolle ein. An der Wende des 19. zum 20. Jahrhundert wurden an den meisten medizinischen Fakultäten Lehrstühle für alle wesentlichen klinischen und theoretischen Disziplinen eingerichtet, die dann bis 1920 als Pflichtfächer in das medizinische Curriculum integriert wurden. Gleichzeitig wurden fachgebietbezogene Fachgesellschaften gegründet. Die medizinische Ausbildung und Weiterbildung blieben naturwissenschaftlich ausgerichtet, konzentrierten sich auf sekundär- und tertiärmedizinische Themen und fanden überwiegend im Krankenhaussetting statt – ein Schwerpunkt, der bis zur Gegenwart fortbesteht (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). Zur ausgeprägten Spezialisierung trug auch die Bereitschaft der Krankenkassen bei, ihren Versicherten den Zugang zur ambulanten wie stationären fachärztlichen Versorgung zu finanzieren. Waren Fachärzte zunächst zumeist sowohl im Krankenhaus als auch in privater Praxis tätig, so waren ab den 1920er Jahren die meisten Ärzte im Krankenhaus vollzeitbeschäftigt; auch in niedergelassenen

Praxen setzte sich eine Vollzeittätigkeit durch. Daraus resultierten erhebliche Einkommenschancen, aber auch verstärkte Rivalitäten innerhalb der ärztlichen Profession zwischen den Fachgebieten, insbesondere den Spezialisten und den Hausärzten, sowie zwischen den Angestellten im stationären Sektor und den Freiberuflern im ambulanten Sektor. Diese Konfliktlinien bestehen auch heute noch fort.

Rationierung und strukturelle Kontinuität während des Nationalsozialismus

Während des nationalsozialistischen Regimes (1933–1945) blieben die fundamentalen Strukturen des Sozialversicherungssystems einschließlich seiner Finanzierung und der Gesundheitsversorgung bestehen. Der gesetzliche Krankenversicherungsschutz wurde auf Rentner ausgeweitet (1941), und Krankenkassen wurden rechtskräftig verpflichtet, Krankenhausversorgung nicht nur Mitgliedern, sondern auch deren Familienangehörigen zu gewähren (1936), was die meisten Kassen vorher bereits auf freiwilliger Basis boten (20).

Trotz struktureller Kontinuität wurden jedoch die Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung in erheblichem Maß außer Kraft gesetzt bzw. verletzt. Der Zugang zu Versorgungs- und Geldleistungen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Altersversicherung wurde für die jüdische Bevölkerung und andere stigmatisierte Minderheiten stark eingeschränkt oder verwehrt. Dies war Bestandteil der nationalsozialistischen Politik des Ausschlusses aus dem gesellschaftlichen Leben, bis hin zu Verschleppung und Ermordung in Konzentrationslagern. Zwangsarbeiter waren verpflichtet, Beiträge an die gesetzliche Krankenversicherung zu entrichten, hatten aber keinen gesicherten Leistungsanspruch. Die Qualität ihrer Versorgung war häufig unter dem allgemeinen Standard. Angehörige medizinischer Berufe ließen sich als Gutachter für die Legitimierung von Mord, sozialer Selektion und Misshandlung instrumentalisieren (19).

Gesetze untersagten jüdischen Ärzten die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten (1933), jüdischer Patienten (1937) und letztendlich generell die Berufsausübung (1938). Somit waren 12% der Ärzte von der medizinischen Versorgung (und 60% der in Berlin praktizierenden Ärzte) ausgeschlossen und die Auswahl- und Zugangsmöglichkeiten insbesondere für jüdische Patienten stark eingeschränkt. Die Mehrheit der nicht jüdischen Ärzteschaft, der Berufsgruppe mit dem höchsten Anteil an Mitgliedern in der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei Deutschland, begrüßte den Ausschluss der jüdischen Ärzte.

Zugleich wurde die Organisation der Gesundheitsversorgung und die Machtverhältnisse der Hauptakteure durch das nationalsozialistische Regime verändert. Krankenkassen (1934), Gesundheitsämter (1935), Wohlfahrtsorganisationen, gemeinnützige Organisationen der Gesundheitsaufklärung, die Berufsverbände und Kammern freiberuflicher Gesundheitsberufe (1933–1935) wurden zentralisiert und einem Leiter unterstellt, der von der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei benannt wurde. Mitglieder der Selbstverwaltung wurden nun von dieser Partei ernannt und nicht mehr gewählt. Die Partizipation von Arbeitern und Angestellten wurde auf die eines Beirates beschränkt. 1933 wurde die Mehrheit der sozialistischen und jüdischen Arbeitnehmer aus den Gremien der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen. Schon in diesem Jahr wurden ein Viertel der Krankenkassenangestellten und ein Drittel der Ärzte, die im Öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiteten, entlassen. Zusätzlich wurde es Ärzten und Gemeinden gestattet, Vertreter in den Beirat zu entsenden.

Die Schwächung der Kassen war so von einer weiteren Stärkung der Position der ambulanten Ärzte begleitet. Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands wurde als Körperschaft öffentlichen Rechts etabliert (1934), ihre Landesstellen waren mit der Vereinbarung kollektiver Verträge mit den Kassen, der Sicherstellung der Notfallversorgung und der Supervision der einzelnen Vertragsärzte betraut. Über die Zulassung von niedergelassenen Ärzten zur Versorgung GKV-Versicherter konnten nun die Vertragsärzte nun allein ohne Verhandlung mit den Kassen entscheiden. Im Gegenzug wurde es Vertragsärzten untersagt zu streiken. Obwohl Naturheilpraktiker in den ersten Jahren des Nationalsozialismus ideologisch gefördert wurden, büßten sie ihren Status als freie Gewerbetreibende 1939 ein, als staatliche Gesundheitsbehörden dafür zuständig wurden, Zulassungen für Heilpraktiker zu erteilen und die Ausübung ihrer Berufstätigkeit zu überwachen.

Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg

Nachdem die nationalsozialistische Periode durch die Kapitulation Deutschlands im zweiten Weltkrieg am 8. Mai 1945 beendet war, wurde die Gesundheitsversorgung in Deutschland, ebenso wie alle anderen Gesellschaftsbereiche, in zwei voneinander getrennte und unterschiedlich organisierte Systeme überführt. Die drei Besatzungszonen der westlichen Alliierten wurden zur Bundesrepublik Deutschland, während die sowjetisch besetzte Zone zur Deutschen Demokratischen Republik (DDR) wurde. Von 1949 an operierten beide Staaten unabhängig voneinander, bis sie 1990 nach friedlichen Protesten der ostdeutschen Bevölkerung für soziale und politische Reformen wiedervereinigt wurden. In den Nürnberger Prozessen wurden einige

der Ärzte wegen Verletzung der Menschenrechte zum Tode verurteilt, weil sie ihre Qualifikation, Macht und Forschungsinteressen missbraucht hatten und Menschen in Konzentrationslagern oder Einrichtungen des Gesundheits- und Wohlfahrtswesens gequält hatten, oftmals mit tödlichen Auswirkungen.

Die Gesundheitsversorgung der Nachkriegszeit war von Ad-hoc-Maßnahmen zur Verhinderung von Epidemien und der Verteilung der sehr begrenzten Mittel geprägt. Die westlichen Alliierten nutzten und unterstützten die bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens und seiner Verwaltung. Die Briten verfolgten eine zentralistische Verwaltung des Gesundheitswesens, während die Franzosen zentralistische Kräfte in ihrem Einflussbereich und in allen drei westlichen Sektoren reduzieren wollten. Die Amerikaner beschränkten sich auf kurzfristige Strategien, versuchten vergeblich eine Public Health Schule aufzubauen und blockierten die Wiedereinführung des ambulanten Behandlungsmonopols bis in die 1950er Jahre.

Das staatliche Gesundheitssystem der Deutschen Demokratischen Republik

Die sowjetische Besatzungsmacht im östlichen Teil Deutschlands, welcher 1949 zur Deutschen Demokratischen Republik (DDR) ernannt wurde, praktizierte einen stärker interventionistischen Stil in der Gesundheitspolitik. Sie setzte autoritärere Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten ein und führte gegen den Widerstand eines Großteils der Ärzte schrittweise ein staatliches Gesundheitssystem ein. Sie berief zudem 60 Gesundheitsexperten, die bei der Gestaltung des neuen Gesundheitssystems beraten sollten. Diese empfahlen ein Modell, das von Traditionen der Sozialhygiene und kommunalen Gesundheitsdienste aus der Weimarer Republik geprägt und auf Erfahrungen mit den Gesundheitssystemen in Großbritannien, Schweden und der Sowjetunion aufbaute.

Das so entstandene DDR-Gesundheitssystem unterschied sich von dem der Sowjetunion durch seine strukturelle Trennung der ambulanten und stationären Versorgung, obwohl die Bereiche in der Praxis vielfach miteinander kooperierten und oft räumlich beieinander lagen. Das Prinzip der Sozialversicherung wurde de-jure beibehalten, indem sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Beiträge teilten. Die Verwaltung wurde jedoch auf nur zwei große Krankenkassen konzentriert: eine für Arbeiter (89% der Versicherten) und eine für andere Berufsgruppen, Mitglieder landwirtschaftlicher Produktionsgenossenschaften, Künstler und Selbständige (11%). Die Rolle des Sozialversicherungssystems war in jedem Fall stark eingeschränkt.

Wie in den meisten sozialistischen Ländern war das Personal im Gesundheitswesen bei staatlichen Gesundheitseinrichtungen angestellt. Die

ambulante Versorgung wurde zu einem kleinen Teil in Einzelpraxen, überwiegend jedoch in gemeinde- und betriebsbasierten Polikliniken geleistet, die personell multidisziplinär mit Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ausgestattet waren. Im Gegensatz zu den benachbarten Ostblockstaaten wurden nicht alle Institutionen der Gesundheitsversorgung ausdrücklich verstaatlicht, denn unabhängige Einrichtungen konnten weiterexistieren, wenngleich unter erschwerten Bedingungen für die Ausübung ihrer Tätigkeiten. So sank zwischen 1960 und 1989 die Zahl gemeinnütziger Krankenhäuser von 88 auf 75 und die der privaten von 55 auf 2. Dennoch gehörten 1989 noch rund 7% aller Krankenhausbetten zu nicht staatlichen Krankenhäusern und einige Ärzte waren noch in privater Praxis tätig (18).

Gemeinden leisteten präventive Dienste, einschließlich Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind, sowie spezialisierte Versorgung für chronische Erkrankungen wie Diabetes oder psychiatrische Erkrankungen. Diese Versorgungsleistungen wurden ergänzt durch umfassende staatliche Sozialunterstützungen für Wohnraum, Kinderbetreuung und Krippen, was auch der Zunahme von Bevölkerung und Arbeitskräften dienen sollte. Auf diese Weise wurde bald ein Gesundheitssystem errichtet, das die politische Linke der alten Bundesrepublik und vieler anderer westeuropäischer Länder zumindest bis zu den 1960er Jahren für erstrebenswert hielt.

Durch unzureichende Finanzierung und Investitionen, Mangel an Personal und modernen Technologien und durch Qualifikationsmängel fiel das DDR-Gesundheitssystem jedoch schrittweise hinter den Standard westlicher Industrienationen zurück. Diese Situation begann in den 1970er Jahren und verschlechterte sich in der zweiten Hälfte der 1980er zusehends. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen (in Relation zur Bevölkerung) lag in der DDR um ein Viertel niedriger als in der alten Bundesrepublik, dennoch sank die Bettenauslastung unter 75% in den 1980er Jahren.

Dieser Mangel an Modernisierung im Gesundheitswesen spiegelte sich im Gesundheitszustand der Bevölkerung wider. Verfügbare Evidenz lässt darauf schließen, dass beispielsweise die Unterversorgung an chirurgischen Leistungen in den 1980er Jahren für eine höhere Sterberate bei Kindern mit angeborenen Herzkreislauferkrankungen in der DDR im Vergleich zur alten Bundesrepublik verantwortlich ist. Andere Daten deuten auf Unterversorgung oder unzureichende Wirksamkeit bei Behandlung des Bluthochdrucks hin. Der Anteil der wegen Hypertonie behandelten Personen, die unzureichend behandelt waren, lag in der DDR höher als in der alten Bundesrepublik, allerdings fiel der Anteil der unbehandelten Hypertoniekranken niedriger aus als in der alten Bundesrepublik. Weitere Hinweise sprechen für eine mögliche Unterversorgung von älteren Schlaganfallpatienten in der ehemaligen DDR, die durch eine hohe Zahl an Todesfällen insbesondere unter den über 65-Jährigen gespiegelt wird. Eine

Studie über Todesfolgen nach proximalen Oberschenkelfrakturen berichtete eine Sterberate von rund 20% im Jahr 1989 in der ehemaligen DDR, eine bedeutend höhere Rate als in der alten BRD. Wenngleich dabei auch andere Faktoren, wie z. B. eine höhere Krankheitslast in der Bevölkerung, berücksichtigt werden müssen, weisen diese Befunde auf mögliche Unterschiede des Einflusses der medizinischen Versorgung auf die Gesundheit der Bevölkerung und auf die zunehmenden Unterschiede der Mortalität hin. Diese vergleichsweise höhere Mortalitätsrate entwickelte sich seit der Mitte der 1970er Jahre zum Nachteil des östlichen Teils Deutschlands, während sich die Lebenserwartung zuvor weitgehend parallel entwickelt hatte, wobei Männer in der DDR während der 1960er und frühen 1970er Jahre sogar eine günstigere Lebenserwartung hatten (siehe *Einführende Übersicht*).

Kurz nachdem die Nationale Gesundheitskonferenz 1989 grundlegende Reformen mit einer Erhöhung der Investitionen für das Gesundheitssystem beschlossen hatte, wurde die Mauer im November geöffnet und die DDR (durch Beitritt zur Bundesrepublik) aufgelöst.

Fortführung des Sozialversicherungssystems in der Bundesrepublik Deutschland

Die Ortskrankenkassen, die Gewerkschaften und die Sozialdemokratische Partei warben für eine einzige Versicherung für Krankheit, Rente und Arbeitslosigkeit, um ihre Verhandlungsposition gegenüber dem Monopol der ambulanten Versorgung zu verbessern, das die niedergelassenen Ärzte in einigen Regionen bereits innehatten. Die ersten Wahlen gewannen 1949 jedoch die Christdemokraten und sie bauten bis 1955 das Gesundheitssystem, das zum Ende der Weimarer Republik bestanden hatte, bundesweit wieder auf (in Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern). Die Krankenkassenbeiträge waren nun zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern paritätisch verteilt, was auch für die Vertretung in der Selbstverwaltung galt (mit Ausnahme der Ersatzkassen). Die gesetzliche Unfallversicherung für arbeitsbedingte Unfälle und Erwerbsunfähigkeit blieb weiterhin vollständig durch die Arbeitgeber finanziert, wobei den Gewerkschaften 50% der Vertreter in der Selbstverwaltung zugestanden wurde. (Aufgrund des Einflusses der Alliierten wurden Krankenversicherung und Gesundheitssystem nur in Westberlin in leicht abgewandelter Weise organisiert; beispielsweise bestand bis in die frühen 1960er Jahre eine Einheitskrankenversicherung.)

Die Selbstverwaltung wurde vorwiegend eine Sache der Verbandsvertreter mit relativ wenig Transparenz und demokratischer Beteiligung für die Versicherten. Den niedergelassenen Ärzten wurde erneut ein Sicherstellungsauftrag für die

ambulante Versorgung mit den zugehörigen Rechten und Pflichten erteilt. Das Zahlenverhältnis von Ärzten zu Versicherten wurde auf 1:500 angehoben. Die Beschränkung wurde 1960 zugunsten einer Selbstregulierung jedoch komplett aufgehoben, nachdem das Bundesverfassungsgericht die freie Berufswahl zum konstitutionellen Recht erklärt hatte.

Der Zeitraum von 1955 bis 1965 ist als eine Periode der Auseinandersetzungen um strukturelle Reformen mit Zielsetzung der Kostenreduktion charakterisiert worden, die von einer Koalition von Ärzten, Krankenkassen, Medien und Medizinproduktherstellern unterlaufen wurde. Zwei Gesundheitsreformvorschläge scheiterten 1960 und 1964. Beide enthielten Bestimmungen über Zuzahlungen bei Inanspruchnahme von Leistungen, die das Maß der Zuzahlungen während der späteren Phase der Kostendämpfung weit überschritten. Zwischen 1965 und 1975 stiegen die Ausgaben für das Gesundheitswesen beträchtlich an, basierend auf Wirtschaftswachstum, steigenden Preisen und Gehältern (dies schloss die Säkularisierung des Krankenhauspersonals ein), demographischen Trends, zusätzlichen kostenintensiven Technologien sowie der Modernisierung und Ausweitung von Gesundheitsleistungen und -infrastruktur. Niedergelassene Ärzte entwickelten ein immer ausgefeilteres System der Einzelleistungsabrechnung. Neue Leistungen der Sekundärprävention und Teile der Arbeitsmedizin wurden den niedergelassenen Ärzten zugewiesen, was Gelder für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sparte, zugleich aber dessen Rolle im Gesundheitssystem einschränkte.

Die 1970er Jahre waren geprägt durch die Reform sozialer, psychiatrischer und pflegerischer Dienste, die seither vermehrt gemeindenah erbracht werden, überwiegend von freigemeinnützigen Organisationen (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*). Auch wurden in diesem Zeitraum neue Mitgliedergruppen in die GKV aufgenommen (z. B. Bauern, Behinderte und Studierende). Die Rolle von Bund, Ländern und Krankenkassen in der Krankenhausfinanzierung wurde 1972 in Richtung einer dualen Finanzierung geklärt und festgeschrieben. Danach zahlen die Krankenkassen für Leistungen und Personal, während die Länder die Investitionen, aber keine laufenden Kosten, tragen. Daher ist es wichtig festzuhalten, dass das Wachstum des Gesundheitswesens und der Gesundheitsausgaben Resultate einer erklärten politischen Strategie waren. Diese zielte darauf ab, infrastrukturelle Defizite und Versäumnisse infolge von Zerstörungen im Zweiten Weltkrieg und unzureichender Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in der Nachkriegszeit zu beseitigen.

Nach der Ölkrise (das heißt ab 1975) stiegen die Kosten weiter an und wurden gemeinhin als Kostenexplosion wahrgenommen, was Kritik an den Status- und Einkommensinteressen der Leistungserbringer nach sich zog. Die Ära der

Kostendämpfung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung begann 1977 mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz. Dieses beendete die Phase der schnellen Steigerung der Gesundheitsausgaben, insbesondere im Krankenhaussektor. Seit 1977 wird von Krankenkassen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen die Verfolgung der Beitragssatzstabilität gefordert, die seither zentrales Ziel der Kostendämpfung im Gesundheitswesen geblieben ist. Beitragssatzstabilität knüpft die Entwicklung der Leistungsausgaben an die Einkommensentwicklung der Versicherten. Die Sicherung der Mitarbeit an diesem Ziel war eine der Hauptaufgaben der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, eines „Runden Tisches“ für die rivalisierenden Verbände, der in den 1980er Jahren von der christdemokratisch-liberalen Regierung (an der Macht von 1982 bis 1998) zur gemeinsamen Beschließung von Kostendämpfungsmaßnahmen gegründet wurde. Das Gremium wurde im Laufe der Jahre auf 75 Vertreter erweitert, konnte jedoch aufgrund fortwährender Konflikte den politischen Erwartungen nicht gerecht werden. Seine letzte Zusammenkunft erfolgte 1997. Es wurde schließlich 2003 durch die rot-grüne Koalition abgeschafft, nachdem diese verschiedene Interessenvertreter in einer Reihe von kleinen Zusammentreffen („Runde Tische“) konsultiert hatte (siehe *Organisationsstruktur und Akteure im Gesundheitssystem*).

Die grundlegende Strategie der Kostendämpfung war damit eine einkommensorientierte Ausgabenpolitik zur Gewährleistung stabiler Beitragssätze. Dies war ein wichtiges Ziel in einer Phase wirtschaftlicher Restrukturierung und wachsenden internationalen Wettbewerbs, da Beiträge zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt wurden. Daher wurden und werden die Beitragssätze als Gegenstand der internationalen Wettbewerbsfähigkeit betrachtet. Die Kostendämpfung wurde, verstärkt nach der Wiedervereinigung, durch eine Serie von Gesetzen auf Bundesebene realisiert (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*). Die Gesetze führten eine Vielzahl an Maßnahmen ein, die entweder darauf abzielten, Ausgaben zu kontrollieren, Kosten zu verlagern oder Anreize zur Steigerung der technischen und allokativen Effizienz zu schaffen.

Die Übertragung des Gesundheitssystems der alten Bundesrepublik auf die neuen Bundesländer

Die öffentlichen Proteste der DDR-Bürger für politische und wirtschaftliche Reformen führten zur Öffnung der Berliner Mauer im November 1989 und beendeten die Herrschaft der DDR-Regierung. 1990 unterzeichneten die DDR-Übergangsregierung und die Bundesregierung den Wiedervereinigungsvertrag, der die politische Entscheidung zur schnellen und umfassenden Eingliederung der 17 Mio. ehemaligen DDR-Bürger in das System der alten BRD beinhaltete. Die Umwandlung der neuen Bundesländer beschränkte sich nicht auf das

– vielfach kritisierte – wirtschaftliche und politische System, sondern bezog sich auch auf die – günstiger bewerteten – Systeme der sozialen Sicherung und der Gesundheitsversorgung. Die Idee eines „dritten Weges“, z. B. mit einer Einheitskrankenkasse für die neuen Bundesländer, wurde aus praktischen, politischen, rechtlichen und lobbyistischen Gründen verworfen.

Lediglich kleine Kompromisse wurden hinsichtlich der Finanzierung und Erbringung von Gesundheitsleistungen eingegangen. So gestand der Wiedervereinigungsvertrag den Polikliniken eine Schonfrist von fünf Jahren zu, wobei die KVen die Verhandlungen mit den Krankenkassen führten. Die zeitliche Einschränkung und die begrenzte Finanzierungsbasis dieser Einrichtungen – sie erhielten eine Kopfpauschale anstelle der bei niedergelassenen Ärzten genutzten Einzelleistungsvergütung – boten jedoch nur geringe Zukunftsperspektiven. Schon im Mai 1992 arbeiteten 91% der Ärzte, die zuvor in öffentlicher Anstellung beschäftigt waren, in eigener Praxis. Inzwischen gibt es nur noch einige wenige Polikliniken (in Berlin und Brandenburg), die als Netzwerk von Einzelpraxen oder als Gruppenpraxen tätig sind. Erst seit 2004 ist diese interdisziplinäre Form der Versorgung für ganz Deutschland zugelassen worden. Es handelt sich dabei um medizinische Versorgungszentren, die von Ärzten geleitet werden und Ärzte im Angestelltenverhältnis beschäftigen können.

Die Krankenkassen der alten Bundesländer expandierten schnell in die neuen Bundesländer. Dort waren weniger Bürger privat versichert als in den alten Bundesländern (1993 beispielsweise 2% versus 10%) und mehr GKV-Versicherte in einer Allgemeinen Ortskrankenkasse versichert (1991 beispielsweise 62% versus 43%). Die Bundesregierung unterstützte den Aufbau der Infrastruktur in den neuen Bundesländern mit einem sofortigen Hilfsprogramm über mehrere Milliarden Euro. Die Investitionsmittel wurden insbesondere für Krankenhäuser und Pflegeheime ausgegeben.

Gesundheitsreformen im wiedervereinigten Deutschland

Die außergewöhnlichen Aufgaben der deutschen Wiedervereinigung erhöhten den Druck auf das System und beschleunigten die Gesetzgebung der Gesundheitsreformen in den 1990er Jahren, und noch stärker der Jahrtausendwende (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*). Die Hauptreformgrundsätze beinhalteten seit der Wiedervereinigung vorrangig die Ausgabenkontrolle und Erhöhung der technischen Effizienz durch (geregelter) Wettbewerb unter der Prämisse, nachteilige Auswirkungen auf Gleichheit und Qualität zu vermeiden. Die Politik folgte dem Grundsatz: Rationalisierung vor Rationierung, und nur wenige Leistungen wurden aus dem GKV-Katalog ausgeschlossen. Zum selben Zeitpunkt wurde eine Vielzahl neuer Arzneimittel und Technologien in den Leistungskatalog aufgenommen. Im gesamten

Leistungsspektrum erhielten Langzeitpflege, Palliativversorgung und Prävention eine stärkere Gewichtung.

Die Gesundheitspolitik der christdemokratisch-liberalen Regierung (1982–1998) kann nach der Wiedervereinigung in zwei Hauptperioden unterteilt werden: Die Gesundheitsreformen von 1988 bis Mitte der 1990er Jahre waren einerseits charakterisiert durch vermehrte staatliche Interventionen in allen Versorgungssektoren zu Kostendämpfungszwecken und andererseits durch wettbewerbsfördernde Regelungen auf der Krankenkassenseite und im Krankenhaussektor, ergänzt um Maßnahmen zur Vermeidung von Ungleichheit und Qualitätseinbußen. Zusätzlich wurden neue Leistungen eingeführt, um den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung besser gerecht zu werden und Versorgung auf möglichst effizienter Versorgungsebene anbieten zu können. Insbesondere der Zugang zu Langzeitpflegeleistungen wurde durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung als fünftes Standbein der Sozialversicherung wesentlich verbessert (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*). Die drei Gesundheitsreformen der zweiten Periode zwischen 1996 und 1997 betonten die Einkommensseite, indem sie Zuzahlungen erhöhten. Zugleich wurden Präventions- und Rehabilitationsleistungen eingeschränkt und Jugendliche von Zahnersatzansprüchen ausgeschlossen. Die Obergrenzen sektoraler Budgets wurden gelockert (siehe *Budgetsetzung und Ressourcenallokation*).

Die Gesetzgebung der rot-grünen Regierung (seit 1998) kann bezüglich ihrer Gesundheitspolitik in drei kürzere Phasen eingeteilt werden (siehe *Gesundheitsreformen*): Die erste Phase bezieht sich auf 1998 bis 2000, als sie die Mehrzahl der gesetzlichen Regelungen von 1996/1997 aufhob und durch verstärkte Kostendämpfungsmaßnahmen in allen Sektoren ersetzte. Außerdem wurde der Leistungskatalog um Leistungen wie Soziotherapie oder Patienteninformation ergänzt und die Ausbildung von Gesundheitsberufen modernisiert.

In der zweiten Phase von 2000 bis 2003 wurden nach einem Wechsel der Ministerin und Beratungen an „Runden Tischen“ mit Akteuren des Gesundheitssystems verschiedene kleinere Gesetze beschlossen. Die Arzneimittelbudgets wurden aufgehoben und durch Preiskontrollen sowie Verhandlungen auf Selbstverwaltungsebene ersetzt, ergänzt durch ein Verordnungsfeedback für Vertragsärzte. Zudem wurde die Einführung von diagnose-bezogenen Fallpauschalen zur Vergütung akutstationärer Leistungen mit Entschiedenheit vorangetrieben (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*) und eine Reform des Risikostrukturausgleichs durchgeführt (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*).

Im dritten Abschnitt wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz viele dieser Reformen einen Schritt voran getrieben oder für Kassen nun verpflichtend eingeführt. Innovative Modelle der Versorgung erhielten eine sichere Basis, wodurch die Versorgungslandschaft diversifiziert wurde. Zudem vollzog sich eine politische Wende mit Tendenz zu einer Kostenverlagerung auf private Haushalte durch Zuzahlungen und Leistungsausschlüsse, wodurch teilweise Gesetzesbestimmungen von 1996/1997 erneut eingeführt wurden (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Während Gesundheitsreformen mit ihrem Fokus auf Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit die Tätigkeit von Leistungserbringern und Kassen stark geprägt haben, ist festzuhalten, dass das Gesundheitswesen auch von allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen und Reformen in anderen Politikbereichen erheblich beeinflusst wurde. Erstens übte der Institutionentransfer im Zuge der Wiedervereinigung deutlichen Einfluss auf die Umstrukturierung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern aus und erforderte erhebliche Investitionen um Standards anzugleichen.

Zweitens wirkte sich eine lange Reihe von Sozialreformen auf die Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung aus, die zumeist mit einer Verminderung der Krankenversicherungsbeiträge z. B. von Rentnern, Arbeitslosen, Studierende oder Sozialhilfeempfängern einhergingen. Vereinzelt wurden die Einnahmen jedoch auch erhöht, z. B. durch die Einführung der Beitragspflicht bei Mini-Jobs. Drittens übten Richtlinien und Rechtsprechung der EU einen bedeutenden Einfluss auf die Regulierung von Produkten und Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Wenngleich noch weitgehend der öffentlichen Diskussion entzogen, werden Regelungen der EU die Gesundheitsversorgung in Zukunft beträchtlich beeinflussen.

Derzeit konzentriert sich die nationale Debatte auf grundlegende Reformen der finanziellen Basis der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und ihrer Organisationsstruktur sowie eine potenzielle Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Organisationsstruktur und Management

Organisationsstruktur und Akteure im Gesundheitssystem

Eine wesentliche Eigenschaft des politischen Systems – und insbesondere des Gesundheitssystems – in Deutschland ist die Gewaltenteilung zwischen Bund, Ländern und legitimierten Organisationen der Zivilgesellschaft. Im Gesundheitssystem haben Regierungen herkömmlicherweise Kompetenzen an mitglieder-basierte, selbstregulierte, nicht-profitorientierte Organisationen von Ausgabenträgern und Leistungserbringern delegiert, die die Sachkenntnisse und Motivation ihrer an der Basis tätigen Mitglieder in die Entscheidungsfindung einbringen und bei der Umsetzung von Entscheidungen nutzen.

In der für das Gesundheitssystem bedeutendsten Säule, der gesetzlichen Krankenversicherung, haben Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Status von Körperschaften öffentlichen Rechts. Diese korporatistischen Institutionen bilden die Selbstverwaltungsstrukturen, die für die Finanzierung und Erbringung von GKV-Leistungen innerhalb des gesetzlichen Rahmens verantwortlich sind (und dabei von staatlichen Behörden beaufsichtigt werden). Die Einrichtungen der Selbstverwaltung basieren auf Pflichtmitgliedschaft und interner demokratischer Legitimierung. Sie können Mitgliedsbeiträge selbst festsetzen und erheben, im Gegenzug erhalten ihre Mitglieder Leistungen, die ihre korporatistische Institution finanziert (Kassen für ihre GKV-versicherten Mitglieder) oder selbst erbringt (KVen für ihre vertragsärztlichen Mitglieder, Kassenzahnärztliche Vereinigungen für ihre vertragszahnärztlichen Mitglieder). In gemeinsamen Gremien aus Ausgabenträgern (Verbände der Krankenkassen) und Leistungserbringern (KVen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen oder Krankenhäuser) haben die

– für den jeweiligen Leistungssektor – gesetzlich legitimierten Akteure das Recht und die Pflicht, Leistungen, Preise und Qualitätsstandards zu definieren (Bundesebene) und horizontale Verträge zu schließen, ihre Mitglieder zu überprüfen und gegebenenfalls zu sanktionieren (Länderebene). Die vertikale Implementierung von Entscheidungen höheren Entscheidungsebenen wird so mit einer starken horizontalen Entscheidungsfindung und der Vertragsschließung legitimer Akteure verbunden, die an der Leistungserbringung in dem jeweiligen Sektor beteiligt sind.

Die Hauptakteure und ihre wichtigsten gegenseitigen Beziehungen sind in Abbildung 3 aufgeführt. Jenseits der etablierten, entscheidungstragenden Akteure haben andere Organisationen kürzlich stärker formalisierte Rechte erhalten, an der Entscheidungsfindung in der GKV mitzuwirken. Erweiterte Anhörungsrechte erhielten beispielsweise Pflege- und Heilmittelverbände, Mitberatungs- und Vorschlagsrechte bekamen legitimierte Patientenorganisationen, und Mitentscheidungsrechte (und Mitfinanzierungspflichten) wurden dem Verband der privaten Krankenversicherung in den Entscheidungsgremien des stationären Sektors zur der Entwicklung des neuen DRG-basierten Fallpauschalensystems überantwortet.

Als weitere Instanz kommen die Sozialgerichte hinzu. Sie werden im Anschluss an die Abschnitte zu Bund, Ländern, Selbstverwaltung und weitere Organisationen gesondert behandelt.

Das Grundgesetz sieht vor, dass die Lebensverhältnisse in allen Bundesländern gleichwertig sein sollen. Der Schutz und die Förderung von Gesundheit werden jedoch nicht explizit als Ziel benannt (im Gegensatz zur Verfassung der DDR, die in Artikel 35 Gesundheitsschutz als eine staatliche Aufgabe bestimmte). Wie schon erwähnt, definiert das Grundgesetz Gebiete ausschließlicher und konkurrierender Gesetzgebungskompetenz für den Bund. Gesundheit ist nicht Gegenstand der ausschließlich dem Bund vorbehaltenen Gesetzgebung. Spezifische gesundheitsrelevante Bereiche sind jedoch in der konkurrierenden Gesetzgebung enthalten. Dies betrifft beispielsweise die Sozialgesetzgebung, Maßnahmen gegen Krankheiten, die die öffentliche Sicherheit gefährden, Strahlenschutz, die Zulassung von Ärzten und anderen medizinischen Berufsgruppen, Arzneimittel sowie die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser. Zusätzlich fallen auch verschiedene Umweltschutzbestimmungen in diese Kategorie. Sofern Bundesrecht in diesen Bereichen besteht, tritt dies vor das Landesrecht. Implizit liegen so alle anderen Aspekte des (öffentlichen) Gesundheitswesens in der Verantwortlichkeit der Länder.

Bundesebene

Auf nationaler Ebene, das heißt Bundesebene, sind der Bundestag, der Bundesrat und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Hauptakteure im Gesundheitswesen. 2002 wurden die Bereiche für Soziale Sicherheit des früheren Bundesministeriums für Arbeit und Soziales in das ehemalige Gesundheitsministerium integriert. Ähnlich der Situation vor 1991 trägt ein Bundesministerium die Verantwortung in allen Gebieten der sozialen Sicherung, ausgenommen jedoch des Bereiches Arbeitslosigkeit, der nun dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit zugeordnet ist. Seitdem wurde das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (im folgenden Text Bundesministerium für Gesundheit genannt) neu organisiert und setzt sich nun aus acht Abteilungen mit je zwei bis drei Unterabteilungen zusammen:

- Personal, Haushalt, Organisation,
- Europäische und internationale Gesundheits- und Sozialpolitik,
- Planung, Zukunft des Sozialstaates, Innovation und Information,
- Arzneimittel und Gesundheitsschutz,
- Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung,
- Prävention, Krankheitsbekämpfung und Biomedizin,
- Sozialversicherung, Rentenversicherung, Sozialgesetzbuch, Soziale Entschädigung,
- Belange behinderter Menschen, Sozialhilfe.

Die frühere Abteilung für Verbraucherschutz und Veterinärmedizin wurde 2001 in das neue Bundesministerium für Verbraucherschutz und Landwirtschaft integriert, nachdem die Minister für Gesundheit und für Landwirtschaft im Zuge der BSE-Krise beide zurückgetreten waren.

Angesiedelt am Bundesministerium für Gesundheit sind die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (seit 1998), der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (seit 2002), der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (seit 2002) und die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (seit 2002). Das Bundesministerium für Gesundheit wird von Ad-hoc-Komitees und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beraten, der zuvor der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen berichtete.

Folgende nachgeordnete Behörden (in Abb. 3 nicht aufgeführt) unterstützen das Bundesministerium für Gesundheit bei der Ausübung seiner Aufgaben der Aufsicht, Zulassung, Bürgerinformation und wissenschaftlichen Beratung im Bereich des Gesundheitssystems:

- Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist die zentrale Zulassungsstelle für Arzneimittel und überwacht die Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten (siehe *Arzneimittel*).
- Das Bundesamt für Sera und Impfstoffe (Paul-Ehrlich-Institut) ist für die Zulassung von Sera und Impfstoffen zuständig.
- Das Robert Koch-Institut hat ist verantwortlich für die Ausschreibung und Veröffentlichung der Gesundheitsberichterstattung und epidemiologischer Mitteilungen. Mit dem 2000 verabschiedeten Infektionsschutzgesetz wurde seine Rolle in der Prävention von Infektionskrankheiten gestärkt hinsichtlich der Datenerfassung, Koordinierung von Interventionen, Risikokommunikation und internationalen Zusammenarbeit sowie der Durchführung mikrobiologischer und epidemiologischer Forschung (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*).
- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist zuständig für die Entwicklung und Verbreitung von Materialien zur Gesundheitsaufklärung. Sie organisiert, koordiniert und unterstützt Präventionskampagnen und konzipiert und evaluiert diese mithilfe von Sozialmarketingmethoden (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*).
- Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat zur Aufgabe, der fachlich interessierten Öffentlichkeit aktuelle Information aus dem gesamten Gebiet der Medizin und ihrer Randgebiete zur Verfügung zu stellen. Nachdem das DIMDI sich ursprünglich auf biomedizinische Inhalte fokussierte, bietet es jetzt eine große Bandbreite an Datenbanken zu Arzneien und Medizinprodukten sowie vielen weiteren Bereichen der Medizin und des Gesundheitswesens, einschließlich sozialwissenschaftlicher Themen an. Es hat ab 2000 die Gesundheitstechnologiebewertung (Health Technology Assessment, HTA) koordiniert hinsichtlich der Priorisierung zu bearbeitender Themen, der Auftragvergabe von HTA-Berichten und der Publikation der Berichte (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*). Es ist auch zuständig für die Herausgabe deutschsprachiger Version der Klassifikationssysteme wie die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM), die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) oder den Operationen- und Prozedurenschlüssel in der Medizin (OPS).

Die ersten drei der oben aufgeführten Institutionen sind Nachfolgeorganisationen des Bundesgesundheitsamtes, das organisatorisch unabhängiger vom Bundesministerium für Gesundheit war, jedoch aufgelöst wurde, nachdem ihm 1993 Fehler bei der HIV-Testung von Blutersatzmitteln vorgeworfen worden waren.

Andere Bundesinstitutionen mit Bedeutung für das Gesundheitswesen sind das Bundesversicherungsamt, das zuständig ist für die Sozialversicherungen, und die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, die für die Aufsicht der privatwirtschaftlichen Versicherungen verantwortlich ist (nicht in Abb. 3 aufgeführt).

Länderebene

Die föderale Struktur wird besonders durch die 16 Länderregierungen und die Landesparlamente repräsentiert. 2003 hatten 13 der 16 Länderregierungen ein Ministerium, das sich dem Namen nach erkennbar mit Gesundheit befasste. Jedoch hatte kein Land ein eigenständiges Gesundheitsministerium. In den meisten Ländern ist Gesundheit integriert in Zuständigkeiten für Arbeit und Soziales (auch in den drei Ländern, die Gesundheit nicht explizit als Namensbestandteil eines der Ministerien führen). In einigen Fällen ist Gesundheit auch mit den Bereichen Jugend und Familie assoziiert und in einem Land ist es mit dem Bereich Umwelt kombiniert. Letztere Kombination war in den 1970er und 1980er Jahren häufiger anzutreffen.

Innerhalb eines Landesozialministeriums ist Gesundheit zumeist eine von vier bis fünf Abteilungen. In Niedersachsen beispielsweise teilt sich die Gesundheitsabteilung weiter auf in Referate für:

- Öffentlicher Gesundheitsdienst, übertragbare Krankheiten und Umwelthygiene,
- Prävention und Gesundheitsförderung, Arzneimittel, Medizinprodukte, Biotechnologie,
- Suchtbekämpfung, Drogenbeauftragter des Landes,
- Krankenhäuser,
- Heilberufe,
- Psychiatrie.

Die meisten anderen Bereiche, die Gesundheit beeinflussen, wie z. B. Verkehr, Stadtplanung und Bildung, werden von anderen Ministerien betreut.

Korporatistische Ebene in der GKV

Leistungserbringer

Die korporatistische Ebene innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung besteht seitens der Leistungserbringer aus den

Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bzw. ihren Bundesvereinigungen und seitens der Ausgabenträger aus den Krankenkassen und ihren Verbänden auf Landes- und Bundesebene.

Ärzte, die GKV-Versicherte behandeln, sind in KVen organisiert, die auf der Basis von Pflichtmitgliedschaften und demokratisch legitimierter Repräsentation fungieren. In jedem der 16 Bundesländer existiert eine KV. Nordrhein-Westfalen als Bundesland mit der höchsten Bevölkerungszahl verfügt über zwei KVen. Seit 2005 werden die nun 17 KVen – im Zuge einer lange umstrittenen Professionalisierung – nicht mehr von ehrenamtlichen, sondern von hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern geleitet. Im Vorstand sind weniger Personen tätig, auch Nicht-Mitglieder können tätig werden. In der Vertreterversammlung ist die Zahl der Vertreter reduziert und das frühere Mehrheitswahlrecht durch ein Verhältniswahlrecht ersetzt worden, um vermehrt auch Interessen kleinerer Gruppierungen von Ärzten und Psychologen zu berücksichtigen. Die KVen unterscheiden zudem nicht länger zwischen ordentlichen Mitgliedern, das heißt niedergelassenen Vertragsärzten, und sonstigen Mitgliedern, überwiegend Krankenhausärzten, die zur ambulanten Behandlung GKV-Versicherter ermächtigt sind.

Seitdem das Psychotherapeutengesetz 1999 in Kraft trat, wurden Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzbezeichnung sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (zusammenfassend bezeichnet als Psychotherapeuten) als Mitglieder der KVen aufgenommen. Dies geschah, um die Erbringung und Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für GKV-Versicherte zwischen Ärzten und Psychologen anzupassen (siehe *Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung*). Kassenzugelassene Zahnärzte sind in ähnlicher Weise wie die Ärzte in Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Landesebene organisiert und verfügen ebenfalls über eine Bundesvereinigung.

Krankenhäuser werden dagegen nicht durch Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern durch privatrechtlich organisierte Organisationen repräsentiert. Diesen werden jedoch zunehmend gesetzliche Aufgaben in der GKV überantwortet. Die Mitgliederstruktur der Deutschen Krankenhausgesellschaft besteht aus 16 Landesorganisationen und 12 Vereinigungen der verschiedenartigsten Krankenhausträger, z. B. Universitätskrankenhäuser, öffentlich-kommunale Träger oder privater Krankenhausbetreiber.

Krankenkassen

In der GKV fungieren unabhängige Krankenkassen als Ausgabenträger, die in landes- und bundesweiten Verbänden organisiert sind. Im Januar 2004 existierten 292 gesetzliche Krankenkassen mit etwa 72 Mio. Versicherten

(rund 50,7 Mio. Mitglieder und deren Angehörige) (Tabelle 6). Im Gesundheitssystem waren zudem 49 private Krankenversicherungen aktiv mit etwa 7,1 Mio. Vollversicherten.

Die GKV-Versicherten waren anteilig am 1. Januar 2004 bei den folgenden Kassenarten versichert:

- 37% bei einer der 17 Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK),
- 33% bei einer der 10 Ersatzkassen für Angestellte (EK-Ang) oder für Arbeiter (EK-Arb),
- 21% bei einer der 229 Betriebskrankenkassen (BKK) und
- 6% bei einer der 20 Innungskrankenkassen (IKK).

Sonderregelungen gelten für die 14 Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK), für die Bundesknappschaft und für die Seekrankenkasse, die „geschlossen“ sind und nur Mitglieder aus den jeweiligen Berufsgruppen aufnehmen, jedoch über vergleichsweise geringe Mitgliederzahlen verfügen (zusammengenommen 4% der GKV-Versicherten).

Alle Kassen sind Körperschaften öffentlichen Rechtes. Sie sind nicht gewinnorientiert und basieren auf den Prinzipien der Selbstverwaltung. Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Beiträge von ihren Mitgliedern zu erheben, was das Recht beinhaltet zu entscheiden, welche Beitragshöhe erforderlich ist, um die Ausgaben zu decken. Die organisatorische Struktur der meisten Kassen besteht aus einem hauptamtlichen Vorstand mit zwei Personen, welche für die Führung des Alltagsbetriebs der Kasse verantwortlich sind, und einem Verwaltungsrat, der die Satzung der Kasse verabschiedet, den Haushaltsplan und die Beitragssätze festlegt sowie den Vorstand wählt. Üblicherweise besteht der Verwaltungsrat aus gewählten Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber, wobei die Verwaltungsräte der Ersatzkassen ausschließlich mit Vertretern der Versicherten besetzt sind. Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber werden alle sechs Jahre gewählt. Viele Vertreter haben Verbindungen zu Gewerkschaften oder zu Arbeitgeberverbänden.

Die Gesamtzahl der Krankenkassen hat im Verlauf der Jahrzehnte stetig abgenommen (Tabelle 4); dieser Trend verstärkte sich erneut nach Öffnung der meisten Kassen durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (Tabelle 6). Die erste Welle der Zusammenschlüsse betraf 1994/95 die Allgemeinen Ortskrankenkassen. Da einige der Ortskrankenkassen sehr klein waren, schlossen sie sich pro Land zu einer einzigen Allgemeinen Ortskrankenkasse zusammen. Die Innungskrankenkassen folgten 1995, teilweise bevor sie sich öffneten. Die letzte Welle von Zusammenschlüssen betraf die Betriebskrankenkassen, ebenso oftmals vor Eintritt in den Wettbewerb. Seit Beginn des Jahres 1999 haben die „offenen“ Betriebskrankenkassen mehr Mitglieder als die weiterhin

„geschlossenen“ Betriebskrankenkassen, das heißt solche die nur Mitarbeiter des jeweiligen Betriebes versichern (siehe *Gesetzliche Versicherung: Versicherte und Finanzierung*).

Tabelle 6. Anzahl der Krankenkassen, 1993–2004 (jeweils am 1. Januar)

	1993	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Allgemeine										
Ortskrankenkassen	269	92	18	18	17	17	17	17	17	17
Betriebskrankenkassen	744	690	457	386	361	337	318	282	255	229
Ersatzkassen	15	15	14	13	13	12	12	12	12	10
Innungskrankenkassen	169	140	43	43	42	32	28	25	24	20
Krankenkassen der										
Landwirte	22	21	20	20	20	20	19	17	15	14
Seekasse	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bundesknappschaft	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Gesamt	1 221	960	554	482	455	420	396	355	325	292

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004 (9).

Andere Sozialversicherungsträger

Korporatistische Institutionen gibt es auch in anderen gesundheitssystemrelevanten Zweigen der Sozialversicherung:

- Berufsgenossenschaften (für gewerbliche Arbeitgeber) und Unfallkassen (für öffentliche Arbeitgeber) als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind für kurative und rehabilitative Leistungen nach berufsbedingten Unfällen und Erkrankungen sowie für Geldleistungen bei berufsbedingter Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zuständig;
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei Arbeitnehmern zur Vermeidung der Erwerbsunfähigkeit zuständig;
- seit 1995 ist zudem die separat finanzierte soziale Pflegeversicherung eingeführt, wobei die Pflegekassen in organisatorischer Hinsicht an die Krankenkassen angeschlossen sind (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*).

Kammern freier Heilberufe

Die Kammern für die verschiedenen freien Heilberufe sind außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung verankert. Zu den Heilberufen, die jeweils separat in Berufskammern organisiert sind, zählen Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Veterinärmediziner und seit 2003 auch Psychologen mit einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung. Mitglieder dieser Berufsgruppen

sind gesetzlich verpflichtet, der entsprechenden Kammer in ihrem Bundesland beizutreten. Die Kammern sind Körperschaften öffentlichen Rechts und werden durch Landesgesetze reguliert. Sie sind zuständig für die Weiterbildung, Anerkennung von Fachgebieten- und Zusatzbezeichnungen, Fortbildung, für berufliche und ethische Belange sowie für die Vertretung des jeweiligen Berufsstandes in der Politik und Öffentlichkeit. Um ihre Aktivitäten auf Bundesebene zu koordinieren, haben die Landeskammern eine Arbeitsgemeinschaft auf Bundesebene gebildet, wie beispielsweise die Bundesärztekammer. Diese Bundeskammern basieren jedoch auf privatem Recht und können aufgrund ihres Status nur Empfehlungen an die Landeskammern aussprechen.

Angehörige von Berufen, die in Kammern organisiert sind, verfügen über einige exklusive Rechte, beispielsweise sowie die Möglichkeit, für ihre Mitglieder eine eigene Altersversorgung in sog. Versorgungswerken zu organisieren. Dagegen sind Krankenpflegekräfte, Hebammen oder Physiotherapeuten nicht in Kammern organisiert, sondern in einer Vielzahl an Berufsverbänden mit freiwilliger Mitgliedschaft und entsprechend geringerer finanzieller Ausstattung und Einwirkungsmöglichkeit auf ihre Mitglieder. Die Pflegeverbände haben sich in einer Dachorganisation, dem Deutschen Pflegerat, zusammengetan, der gemäß Sozialgesetzbuch bei pflegerelevanten Fragen von den zentralen Entscheidungsträgern in der GKV konsultiert wird.

Weitere Akteure

Neben den oben beschriebenen gesetzlich verankerten Akteuren ist eine Vielzahl an freiwilligen Organisationen im Gesundheitswesen tätig, die zu zahlreich sind, um sie hier im Einzelnen aufzuführen. Sie können unterteilt werden nach dem Schwerpunkt ihrer Aktivitäten (beispielsweise wissenschaftlich, berufsständig, politisch-lobbyistisch oder wirtschaftlich) oder nach den Gruppen, die sie repräsentieren.

Es gibt mehr als 145 medizinisch-wissenschaftliche Organisationen, die in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) zusammengeschlossen sind. Ärzteorganisationen jenseits der genannten Körperschaften können des Weiteren in eher fachlich-berufsständige und in mehr politisch-lobbyistisch orientierte unterschieden werden. Erstere Gruppe beinhaltet u. a. den Deutschen Hausärzteverband und ähnliche Berufsverbände. Diese Verbände entwickeln berufliche Standards weiter und vertreten zugleich die Interessen ihrer Mitglieder innerhalb der Ärzteschaft und in der Politik. Eine weitere Gruppe ärztlicher Organisationen sind lokale medizinische Gesellschaften, die ihre Hauptaufgaben in der Fortbildung und Bereitstellung eines Forums für Ärzte aller Fachrichtungen in der betreffenden Region sehen.

Zu den klar der Lobbyarbeit zugewandten Organisationen zählt beispielsweise der Verband Deutscher Ärzte – Hartmannbund, dessen Mitglieder hauptsächlich aus dem niedergelassenen Bereich stammen und der Nachfolger des 1900 zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte gegründeten Leipziger Bundes ist (siehe *Historischer Hintergrund*). Dagegen vertritt der 1948 gegründete Marburger Bund die Interessen der Krankenhausärzte. Zu nennen wäre noch der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, der sich häufig in Opposition zu den oben genannten Organisationen befindet, weil er eher für Verbesserungen von Gesundheit und Gesundheitsversorgung als für bessere Arbeitsbedingungen der Ärzte eintritt.

Psychologen sind insbesondere im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen organisiert. Diejenigen, die in der GKV psychotherapeutisch tätig sind, sind im Wesentlichen in zwei Organisationen zusammengeschlossen: dem Deutschen Psychotherapeutenverband und der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten.

Die größten berufsbezogenen Organisationen von Pflegekräften sind der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände als Vertretung der katholischen und evangelischen Pflegeverbände sowie der Pflegeverbände des Roten Kreuzes. Außer diesen sind im Deutschen Pfliegerat neun weitere Berufsverbände der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege sowie von Hebammen organisiert. Andere Berufsgruppen werden ebenfalls in einer Vielzahl von Berufsverbänden repräsentiert; zu den jeweils größten zählen der Deutsche Verband für Physiotherapie, der Deutsche Bundesverband für Logopädie und der Deutsche Verband der Ergotherapeuten.

Die wichtigste Organisation für Apotheker außerhalb der Apothekerkammern ist der Verband Deutscher Apotheker. Er vertritt die selbständigen Apotheker, die weitgehend über ein Monopol auf die Abgabe von Arzneimitteln im ambulanten Sektor verfügen (siehe *Arzneimittel*). Zusammen mit den Apothekerkammern bildet er die Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA).

Die Verbände der deutschen pharmazeutischen Industrie haben in den 1990er Jahren eine wesentliche Veränderung vorgenommen, indem die großen forschenden und international operierenden Unternehmen ihre eigene Organisation gründeten, den Verband forschender Arzneimittelhersteller, der aus 42 Herstellern besteht, die zusammen über zwei Drittel des Umsatzes im Apothekenmarkt für Arzneimittel erzielen. Der verbleibende Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (mit ca. 300 Mitgliedern) entwickelte sich zur Organisation der mittelständischen Pharmaunternehmen. Unter den Ursachen für die Aufspaltung waren Kontroversen über gesetzliche Positiv- und Negativlisten für Arzneimittel. Zwei weitere Organisationen vertreten speziellere Interessen:

der Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller (mit ca. 320 Mitgliedern) setzt sich für die Interessen der Hersteller frei verkäuflicher Arzneimittel ein und der Deutsche Generikaverband (mit 27 Mitgliedern) für Generikahersteller.

Eine weitere wichtige Gruppe auf Seiten der Leistungserbringer ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege als Spitzenorganisation der sechs führenden Wohlfahrtsverbände. Diese besitzen und managen im Gesundheitswesen eine Vielzahl an Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegedienste und Krankentransportmittel, wobei sie in letzterem Bereich die Mehrheit der Leistungen erbringen. Zu den sechs Wohlfahrtsverbänden zählen die Arbeiterwohlfahrt (mit Wurzeln in der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung), das Deutsche Rote Kreuz, der katholisch geprägte Deutsche Caritasverband, das protestantisch geprägte Diakonische Werk, die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband.

Auf Seiten der privaten Ausgabenträger sind die 49 größten privaten Krankenversicherungsunternehmen (2004) durch den Verband der privaten Krankenversicherung vertreten, einer einflussreichen Lobby zur Vertretung der Interessen des Privatversicherungssektors im Gesundheitswesen. 26 dieser Unternehmen sind Aktiengesellschaften.

Eine zunehmende Anzahl an Bürgern, etwa 1,8 Mio., sind im Sozialverband VDK oder dem Sozialverband Deutschland (SoVD) organisiert; diese planen, bis 2007 zu fusionieren. Sie bieten ihren Mitgliedern Beratung und juristische Unterstützung in sozialrechtlichen Fragen an und vertreten die Interessen von Empfängern staatlicher Versorgung und Sozialversicherten, zunehmend auch der GKV-Versicherten und Patienten, auf politischer Ebene.

Zudem gibt es ein breites Spektrum an gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, Behindertenverbänden und Organisationen sozialversicherter Personen. Insgesamt sind etwa 40 000 bis 60 000 Gruppen mit etwa 3 Mio. Mitgliedern in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe tätig. Davon sind nur etwa 360 auf Bundesebene organisiert (22). Viele Behindertenverbände und krankheitsspezifische Selbsthilfegruppen sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte organisiert, die zudem in 14 Bundesländern auf Landesebene organisiert ist. Viele Selbsthilfegruppen sind Mitglied in einem der großen Wohlfahrtsverbände, dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband und versammeln sich im Forum Chronisch Kranker. Der Deutsche Behindertenrat ist ein lockeres Aktionsbündnis der genannten Organisationen sowie weiterer Selbsthilfegruppen oder Dachorganisationen, die die Interessen von Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen vertreten.

2004 legitimierte das Bundesministerium für Gesundheit vier bundesweit tätige Organisationen anhand rechtlich festgelegter Kriterien, Vertreter in

den Gemeinsamen Bundesausschuss zu entsenden, um dort die Belange von Patienten sowie der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen zu vertreten (siehe *Planung, Regulierung und Management*). Zu diesen maßgeblichen Organisationen zählen der besagte Deutsche Behindertenrat sowie drei Organisationen professioneller Berater, die in der Information und Beratung von Patienten und Verbrauchern tätig sind, nämlich der Verbraucherzentrale Bundesverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, ein Verband von Kontaktstellen zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen (22).

Des Weiteren widmen sich die – hauptsächlich aus öffentlichen Mitteln geförderte – Stiftung Warentest sowie andere Einrichtungen des Verbraucherschutzes vermehrt Fragestellungen aus dem Gesundheitswesen. Sie untersuchen und vergleichen die Beitragssätze verschiedener Kassen, ihre Servicequalität und das Spektrum ihrer Satzungsleistungen. Zudem haben sie begonnen, die Qualität von Krankenhäusern und Leistungserbringern zu evaluieren und die Öffentlichkeit diesbezüglich zu beraten.

Alle genannten Organisationen sind politisch unabhängig, sind also nicht an eine bestimmte Partei gebunden.

Planung, Regulierung und Management

Bundesebene

Auf Bundesebene werden Angelegenheiten geregelt, die den Leistungsumfang von Sozialversicherungen, die Gewährleistung gleicher Bedingungen sowie einheitliche Regelung der Leistungserbringung und Finanzierung betreffen. Alle Säulen der Sozialversicherung werden durch das Sozialgesetzbuch (SGB), dem Kernstück der Sozialversicherungsgesetzgebung, geregelt; sie fallen jedoch in den Verantwortungsbereich unterschiedlicher Ministerien. Das SGB regelt seit Januar 1991 die Sozialversicherungen in den neuen Bundesländern ebenso wie in den alten Bundesländern, allerdings mit einigen Übergangsregelungen.

Die Leistungsansprüche, Rechte und Pflichten von Sozialversicherten werden im SGB I dargelegt und in den nachfolgenden Sozialgesetzbüchern spezifiziert. SGB IV und SGB X definieren gemeinsame Vorschriften und Verwaltungsabläufe, die für alle Sozialversicherungen gelten.

Gesundheitsbezogene Sozialversicherungsleistungen werden durch verschiedene Teile des Sozialgesetzbuchs geregelt, wobei der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) die größte Bedeutung zukommt. Weitere im

Gesundheitssystem tätige gesetzliche Versicherungen sind die Unfallversicherung (SGB VII), die Rentenversicherung, welche einen Großteil der medizinischen Rehabilitation finanziert (SGB VI, IX) und seit 1995 die Pflegeversicherung (SGB XI).

Die im SGB V geregelte gesetzliche Krankenversicherung (seit 1991 im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit) ist durch zahlreiche Reformgesetze abgewandelt und ergänzt worden ist. Tatsächlich wurde es von seiner Einführung im Dezember 1988 bis Dezember 2003 etwa hundertmal verändert. Das Kapitel 1 des SGB V definiert die grundlegenden Prinzipien der GKV. Die übrigen Kapitel regeln die folgenden Bereiche:

- Versicherter Personenkreis (Kapitel 2),
- Leistungen der Krankenversicherung (Kapitel 3),
- Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, insbesondere zu Ärzten und Zahnärzten (Kapitel 4),
- Organisation der Krankenkassen und ihrer Verbände (Kapitel 6 und 7),
- Finanzierungsmechanismen einschließlich des Risikostrukturausgleichs zwischen den Kassen (Kapitel 8),
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (Kapitel 9),
- Versicherungs- und Leistungsdaten (Kapitel 10), und schließlich
- Überleitungsregelungen aus Anlass der Herstellung der deutschen Einheit (hinzugefügt durch den Einigungsvertrag als Kapitel 12).

Kapitel 4 ist die zentrale Gesetzesstelle, die die Verbands- oder Selbstverwaltungsstruktur des gesetzlichen Krankenversicherungssystems regelt. Es schreibt fest, was durch gemeinsame Ausschüsse der Krankenkassen und der Leistungserbringer geregelt werden kann und muss (beispielsweise Details des Leistungskataloges oder die relativen Bewertungen von Leistungen in Punkten), was direkt verhandelt wird (beispielsweise die Gesamtvergütung für die ambulante vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Vergütung), auf welcher Ebene diese Verhandlungen stattfinden, wie über die Zusammensetzung der gemeinsamen Ausschüsse entschieden wird und was geschieht, wenn keine Einigung erzielt werden kann (Einzelheiten werden in den folgenden Abschnitten behandelt).

Während der gesetzliche Rahmen des SGB V durch die gesetzgebenden Körperschaften auf Bundesebene bundeseinheitlich geregelt wird, ist das Bundesministerium für Gesundheit zuständig für die Aufsicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der gemeinsamen Ausschüsse auf Bundesebene und ihrer Beschlüsse. Die Aufsicht über bundesweit tätige Krankenkassen liegt beim Bundesversicherungsamt, das auch für die Berechnung des

Risikostrukturausgleichs zuständig ist. Die Pflegeversicherung fällt ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und wird durch das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) geregelt, das in weiten Teilen dem Aufbau des SGB V ähnelt (wobei es nur ein Drittel seines Umfangs hat).

Weitere gesundheitsbezogene Aufgaben auf Bundesebene beziehen sich auf die Aufsicht über die privaten Krankenversicherer durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (unter der Aufsicht des Bundesfinanzministeriums), auf Bereiche des gesundheitlichen Verbraucherschutzes sowie der Umweltverschmutzung und ionisierenden Strahlung, die im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Landwirtschaft und Verbraucherschutz bzw. des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit liegen.

Patientenrechte sind in einer Vielzahl von Gesetzen und Dokumenten der Rechtsprechung kodifiziert. Eine Charta für Patientenrechte fasst zentrale Patientenrechte zusammen. Eine Charta für Rechte von Pflegebedürftigen wird derzeit in einem ähnlichen Verfahren von den verschiedenen beteiligten Akteuren unter der Leitung der Bundesministerien für Justiz und Gesundheit entwickelt.

Länderebene

Die Länderregierungen sind verantwortlich für die Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur. Sie verfolgen dieses Ziel durch die Krankenhausplanung und die Finanzierung von Investitionen (siehe *Stationäre und intersektorale Versorgung* und *Finanzierung von Krankenhäusern*). Investitionen werden prinzipiell unabhängig vom tatsächlichen Krankenhausträger und gemäß den Prioritäten der Länderregierungen finanziert. Während die Zuständigkeit der Länder für Großinvestitionen (das heißt Gebäude und Großgeräte) unumstritten ist, sind Krankenkassen nun für die Finanzierung ihrer Instandhaltung und Reparaturen zuständig, indem 1,1% des verhandelten Krankenhausbudgets dafür aufgeschlagen werden. Mit Ausnahme von Bayern haben sich alle Bundesländer seit 1993 geweigert, Ausgaben für Instandhaltung und Reparaturen zu übernehmen.

Eine zweite zentrale Aufgabe der Länder ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (unter Berücksichtigung einiger Bundesgesetze, die Krankheiten betreffen, die die öffentliche Sicherheit gefährden können). Einige Bundesländer betreiben den Öffentlichen Gesundheitsdienst selber, während die Mehrheit diese Funktion an die Kommunen übertragen hat. Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes umfassen die Aufsicht über Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen, die Prävention und Überwachung übertragbarer

Krankheiten, die Aufsicht über Betriebe, die Lebensmittel verarbeiten oder Arzneimittel produzieren, einige Aspekte der Umwelthygiene, die Erbringung gemeindenaher psychiatrischer Dienste, die Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung sowie die gesundheitliche Untersuchung von Schulkindern. Seit den 1970er Jahren wurden die meisten präventiven Maßnahmen, wie Screeningprogramme und Gesundheits-Check-ups für Kinder und Erwachsene, in den Leistungskatalog der GKV übernommen und werden seither von niedergelassenen Ärzten erbracht (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*).

Die Länder sind außerdem zuständig für die vorklinischen und klinischen Studienabschnitte der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Ausbildung, die Aufsicht über die Ärztekammer und KVen des jeweiligen Landes sowie die in dem jeweiligen Bundesland aktiven Krankenkassen (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*).

Die Länder koordinieren ihre Aktivitäten im (öffentlichen) Gesundheitswesen durch die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Ministerialbeamten der obersten Landesgesundheitsbehörden und die Gesundheitsministerkonferenz. Diese Gremien können jedoch keine bindenden Vorschriften erlassen. Zusätzlich haben die Länder Gemeinschaftseinrichtungen für bestimmte Aufgaben geschaffen. So unterhalten die Länder Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, um Ärzte für diesen Bereich auszubilden. Eine ähnliche Einrichtung wird von Bayern mit Unterstützung der Länder Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen betrieben (so dass lediglich Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt die Ausbildung für Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst eigenständig durchführen). Eine Gemeinschaftseinrichtung aller Länder ist das Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen, das für die Vorbereitung und Auswertung schriftlicher Examen in der ärztlichen und pharmazeutischen Ausbildung zuständig ist. Da die Approbationsregeln von 2003 eine größere Eigenverantwortung der medizinischen Fakultäten bei der Auswahl der Studierenden und Gestaltung der Studieninhalte vorsehen, übernimmt das Institut seit 2004 überwiegend beratende Funktionen bezüglich der Ausbildung der Ärzte.

Korporatistische Ebene

Während die Bundesregierung, der Bundestag und Bundesrat seit den 1980er Jahren zunehmende Verantwortung bei der Reform des Gesundheitssystems mittels Gesetzgebung übernommen haben, ist das Gesundheitssystem weiterhin durch einen vergleichsweise hohen Grad an Dezentralisierung und autonomer

Entscheidungsfindung gekennzeichnet. Von besonderer Bedeutung sind die korporatistischen Akteure der Ausgabenträger und Leistungserbringer, die das GKV-System bzw. die andere Sozialversicherungssysteme tragen. Regierungen und Parlamente auf Bundes- und Länderebene nehmen typischerweise nicht teil an der Entscheidungsfindung in der GKV, sozialen Pflegeversicherung oder Unfallversicherung. (In der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung verfügt die Bundesregierung dagegen über Entscheidungskompetenzen und zugleich über Finanzierungspflichten.)

Die nicht-gewinnorientierten korporatistischen Akteure der GKV basieren auf gesetzlicher Pflichtmitgliedschaft und werden von ihren Mitgliedern finanziert (im Fall der Kassen auch durch freiwillige Mitglieder). Sie sind intern nach Prinzipien der repräsentativen Demokratie organisiert. Ein großer Teil der Entscheidungsfindung wird in horizontalen Verhandlungen zwischen Vereinigungen der Leistungserbringer und Verbänden der Kassen auf Bundes- und Landesebene realisiert.

Während die Regierungen der meisten europäischen Länder die Entscheidungsgewalten der Selbstverwaltungsakteure in den letzten Jahren beschnitten, um Ziele der Kostendämpfung durchzusetzen, baute der deutsche Gesetzgeber die Kompetenzen der Selbstverwaltung eher aus. Das Ziel der Bundesregierung, mehr Kontrolle über die Art und Erbringung von GKV-Leistungen auszuüben, hat zwar zu einer verstärkten staatlichen Aufsicht von Entscheidungen der Selbstverwaltung geführt, nicht aber zu einer Zentralisierung von Entscheidungsgewalten bei Regierungsbehörden. Vielmehr war die Kostendämpfungspolitik mit der Einführung neuer Gremien in der Selbstverwaltung verbunden, die die gesetzlichen Maßnahmen zur Kostendämpfung konkretisieren und umsetzen sollen.

Innerhalb der Selbstverwaltungsstrukturen förderte die Bundesgesetzgebung den Wettbewerb auf Kassenebene. Gleichzeitig wurden Entscheidungskompetenzen zur Bundesebene der Selbstverwaltung hin zentralisiert, um einheitliche Standards zu gewährleisten (23). Die zunehmende Einrichtung gemeinsamer Ausschüsse bedeutete eine relative Abnahme an Autonomie für die ärztlichen Körperschaften zugunsten vermehrter Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen auf das Leistungsgeschehen.

Krankenkassen

Die korporatistischen Institutionen auf Seiten der Ausgabenträger in der GKV, das heißt die Krankenkassen, haben eine zentrale Stellung im GKV-System gemäß den Bestimmungen des SGB V. Die Krankenkassen haben das Recht und die Pflicht, von ihren Mitgliedern Beiträge zu erheben und die Beitragssätze

zur Deckung der Ausgaben festzulegen. Zu ihren Aufgaben gehört es, Preise auszuhandeln sowie Mengen und Qualitätssicherungsmaßnahmen mit den Leistungserbringern zu vereinbaren. Leistungen, die durch entsprechende Verträge abgedeckt werden, sind im allgemeinen für alle GKV-Versicherten ohne vorherige Zustimmung der Kassen zugänglich. Zustimmungen sind jedoch beispielsweise erforderlich für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen oder häusliche Krankenpflege. Um die medizinische Notwendigkeit einer Maßnahme zu beurteilen, müssen die Kassen in Zweifelsfällen ein Gutachten beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einholen, einer Gemeinschaftseinrichtung aller Krankenkassen.

Eine Reform, die beabsichtigte, die genannten Leistungen (gemeinsam mit Krankentransport und Physiotherapie) zu freiwilligen Satzungsleistungen zu erklären und somit den einzelnen Kassen zu überlassen, scheiterte 1996, als die Kassen damit drohten, diese Leistungen dann vollständig auszuschließen. Ihr Hauptargument war, dass Krankenkassen ohne diese Leistungen einen geringeren Beitragssatz anbieten könnten, was zu einer Selektion positiver Gesundheitsrisiken führen würde. Dies hätte den Unterschied in den Beitragssätzen noch vergrößert, da Satzungsleistungen nicht in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*).

Leistungserbringer

Die korporatistischen Institutionen auf Seiten der Leistungserbringer sind gesetzlich verpflichtet, die akute medizinische Versorgung sicherzustellen. Die bekanntesten Beispiele sind die KVen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die als Körperschaft öffentlichen Rechts über den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Gesundheitsversorgung und zugleich über ein Monopol in der Erbringung ambulanter Gesundheitsleistungen verfügen. Das Monopol bedeutet auch, dass weder Krankenhäuser, Kommunen, noch andere Gesundheitsprofessionen berechtigt sind, ambulante medizinische Versorgung außerhalb des kollektivvertraglichen Rahmens anzubieten. Ausgenommen sind Tätigkeitsbereiche, die durch Gesetz oder gemeinsame Ausschüsse der Ausgabenträger und Leistungserbringer bestimmt werden. Diese Ausnahmeregelungen sind in den letzten Jahren schrittweise erweitert worden (siehe *Stationäre und intersektorale Versorgung*).

Der Sicherstellungsauftrag der KV beinhaltet die Verpflichtung, die ärztliche Versorgung mit allen Fachdisziplinen entsprechend dem Bedarf der GKV-Versicherten in angemessener Wohnortnähe zu gewährleisten. Dazu

vereinbaren die KVen prospektiv mit den Kassen, die in ihrem Land aktiv sind, eine Gesamtvergütung, die sie unter ihren vertragsärztlichen Mitgliedern nach bundeseinheitlichen, jedoch regional angepassten Regeln aufteilen (Abb. 3) (siehe *Vergütung von Ärzten*). Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag beinhaltet die Gewährleistung vertragsärztlicher Versorgung rund um die Uhr in angemessener Entfernung. Die Sicherstellung der Notfallversorgung liegt hingegen seit 1997 nicht mehr bei den KVen, sondern beim Land und wird weitgehend von Krankenhäusern erbracht (siehe *Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung*). Die KVen müssen Leistungen, die vom Gesetzgeber und in Verträgen mit den Kassen festgelegt wurden, erbringen. Sie garantieren den Kassen bzw. ihren Versicherten, dass diese Leistungserbringung den gesetzlichen und vertraglichen Vereinbarungen entspricht. Wegen der Notwendigkeit, die ambulante Versorgung zu regeln und zu kontrollieren, wurden die KVen als selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen Rechtes eingerichtet. Dies erleichterte ihre Arbeit, regelmäßig auf die ärztliche Therapiefreiheit Einfluss zu nehmen, und unterstützt zugleich das Prinzip einer demokratisch legitimierten, selbstverwalteten Einrichtung.

Die ambulante medizinische Versorgung ist daher klassischerweise der Sektor, in dem die korporatistischen Institutionen die größte Macht haben. Das SGB V beschränkt sich darauf, den Rahmen festzulegen, also Grundkategorien von Leistungen zu definieren und den Umfang der zu verhandelnden Bereiche zwischen Krankenkassen und KVen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen festzulegen. Diese Verhandlungen regeln sowohl die Form der Vergütung als auch Details des ambulanten Leistungskataloges. Im allgemeinen sind in der ambulanten Versorgung sowohl der Umfang GKV-erstattungsfähiger Leistungen als auch die Vergütung detailliert geregelt, sei es durch Gesetze oder Verträge.

Krankenhäuser schließen ihre Verträge individuell mit den Krankenkassen ab, da sie im stationären Sektor nicht über korporatistische Institutionen verfügen. Normalerweise handeln alle Kassen einen Vertrag mit dem einzelnen Krankenhaus aus, sofern mehr als 5% der behandelten Fälle zu ihren Versicherten zählen. In Bezug auf Umfang und Anzahl der angebotenen Leistungen und deren Vergütung gelten jedoch für alle Krankenkassen die gleichen Bedingungen. Nachdem der Vorschlag des Bundesministeriums zur Einführung von korporatistischen Krankenhausorganisationen erfolglos blieb, führte das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (und folgende Gesetze) abgeschwächtere Regelungen ein, die die rechtlichen Befugnisse der Krankenhausgesellschaften im Rahmen der GKV erweiterten (z. B. hinsichtlich der Verhandlung des Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloges mit den Krankenkassen) (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*).

Gemeinsame Selbstverwaltung

Gremien der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ bestehen aus mindestens zwei Akteuren der Selbstverwaltung (z. B. der Kassen und Vertragsärzte) und erfüllen bedeutende Funktionen, die im Wesentlichen zwei Formen annehmen: Verhandlungen zwischen den unterschiedlichen Akteuren, die zu Verträgen führen (müssen), und Entscheidungen von gemeinsam besetzten Ausschüssen. Während bestimmte gesetzlich delegierte Aufgaben immer Entscheidungen gemeinsam besetzter Ausschüsse bedürfen (z. B. die Definition von Leistungen), erfordern andere nur dann eine gemeinsame Entscheidung, wenn in offenen Verhandlungen keine Übereinkunft möglich ist (z. B. zur vertragsärztlichen Gesamtvergütung). In anderen Fällen wiederum fungiert ein gemeinsamer Ausschuss als erste Instanz bei Widerspruch gegen Entscheidungen eines anderen gemeinsamen Ausschusses (z. B. Widerspruch eines Vertragsarztes beim Beschwerdeausschuss gegen Sanktionen des Prüfungsausschusses) (siehe *Vergütung von Ärzten*).

Zu den gemeinsamen Ausschüssen auf Bundesebene zählen der Gemeinsame Bundesausschuss, der Bewertungsausschuss und der erweiterte Bewertungsausschuss (ambulanter Sektor) sowie der Krankenhaus-Entgeltausschuss. Auf Landesebene fungieren gemeinsame Ausschüsse als Schiedsämter (z. B. wenn die zweiseitigen Verhandlungen über Vergütungssteigerungen ergebnislos verlaufen sind), als Zulassungsausschüsse und ihre Widerspruchsinstanzen, die Berufungsausschüsse sowie als Prüfungsausschüsse und ihre Widerspruchsinstanzen, die Beschwerdeausschüsse. Untypisch sind gemeinsame Ausschüsse, in denen auch Vertreter der Landesbehörden vertreten sind, wie beispielsweise im Fall der Großgeräteplanung (1989-1997) (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*).

Zudem führen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft seit 2001 gemeinsam ein unabhängiges Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das die kontinuierliche Entwicklung des Fallpauschalensystems nach diagnose-bezogenen Gruppen in technischer Hinsicht unterstützt (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*).

Lange Zeit war der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen das wichtigste Gremium der Entscheidungsfindung über Leistungen im ambulanten Sektor. 1923 gegründet, war dies das älteste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV. Während der letzten Jahrzehnte hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen rund 20 Richtlinien erlassen (und weiterentwickelt); diese betrafen u. a. die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, Früherkennungsuntersuchungen oder Familienplanung, die Verordnung von Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Heilmitteln (z. B. Physiotherapie durch Physiotherapeuten), die Qualitätssicherung bildgebender

Diagnostik, die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung oder Verfahren zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz gab dem Bundesausschuss im Juli 1997 neue Befugnisse. Er wurde nun auch zuständig für die Bewertung bereits im Katalog verankerter vertragsärztlicher Leistungen, für die Erstellung einer Positivliste von Heilmittelleistungen und für Richtlinien zur rehabilitativen Versorgung in der GKV. Der Bundesausschuss hatte mehrere Arbeitsausschüsse, von denen einer die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vornahm und Entscheidungen für den Leistungskatalog vorbereitete anhand von Verfahrenskriterien, die 1990 erstmals veröffentlicht worden waren. Nach der Erweiterung der Kompetenzen wurde dieser in Arbeitsausschuss Ärztliche Behandlung umbenannt und verabschiedete eine neue Richtlinie zur Vorgehensweise bei der Bewertung von medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*).

2000 wurde ein gemeinsamer Ausschuss für den Krankenhaussektor gebildet. Dieser bestand aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Das Gremium erhielt Aufgaben der Qualitätssicherung und mit Entscheidungsgewalten über den Ausschluss von Leistungen im akutstationären Bereich, wobei eine positive Bewertung und explizite Aufnahme jeglicher Leistung in den Katalog jedoch nicht erforderlich war, im Gegensatz zum ambulanten Sektor. Zusätzlich wurde der Koordinierungsausschuss eingeführt, der die Tätigkeiten des ambulanten und stationären Gremiums koordinieren sollte. Zu seinen Aufgaben gehörte auch die Identifizierung von Bereichen der Über- und Unterversorgung sowie die Verabschiedung sektorenübergreifender Versorgungsleitlinien und ab 2002 die Entwicklung von Vorschlägen für Disease Management Programme (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*).

Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 wurden schließlich die Bundesausschüsse der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen, der Krankenhausausschuss und der Koordinierungsausschuss in einem gemeinsamen Gremium vereint, dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Das Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus 9 Mitgliedern der Spitzenverbände der Krankenkassen (3 der Allgemeinen Ortskrankenkassen, 2 der Ersatzkassen, 1 der Betriebskrankenkassen, 1 der Innungskrankenkassen, 1 der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, 1 der Bundesknappschaft) und 9 Vertretern der Leistungserbringer (4 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 1 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und 4 der Deutsche Krankenhausgesellschaft) sowie aus 2 neutralen Mitgliedern (jeweils vorgeschlagen von einer Seite) und schließlich einem unparteiischen Vorsitzenden, der von beiden Seiten akzeptiert worden sein muss und dessen Stimme ausschlaggebend ist, wenn keine Einigung erzielt werden kann.

Außerdem erhielten 9 Vertreter maßgeblicher Organisationen, die zur Vertretung der Belange von chronisch Kranken und Patienten formal akkreditiert sind, das Recht, an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschuss teilzunehmen und Themen zur Beratung vorzuschlagen. Sie sind jedoch nicht stimmberechtigt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss erlässt nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches Richtlinien für nahezu alle Versorgungsbereiche der GKV. Einige Richtlinien werden vom Plenum erlassen, beispielsweise die Geschäftsordnung oder die Verfahrensrichtlinie zur Bewertung von Technologien zum Ein- oder Ausschluss aus dem GKV-Leistungskatalog. Andere werden von einem der vier Ausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses erlassen, jeweils für den Sektor ihrer Zuständigkeit. Die Ausschüsse setzen sich jeweils aus den Akteuren zusammen, die in dem jeweiligen Leistungssektor aktiv sind. Während die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Patientenvertreter (ohne Stimmberechtigung) in allen vier Ausschüssen beteiligt sind, variiert die Zusammensetzung der Leistungserbringer. Beispielsweise ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Ausschuss Vertragsärztliche Versorgung und im Ausschuss Ärztliche Angelegenheiten vertreten, jedoch nicht im Ausschuss Vertragszahnärztliche Versorgung, in dem die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zuständig ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft entsendet Vertreter in den Ausschuss Krankenhausbehandlung und den für sektorübergreifende Aufgaben zuständigen Ausschuss Ärztliche Angelegenheiten. Diesen gemeinsamen Ausschüssen wiederum sind mehrere Unterausschüsse zugeteilt, die Empfehlungen, Beschlüsse und Richtlinien vorschlagen, teilweise unterstützt von speziellen Arbeitsgruppen.

Die Richtlinien der Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind für die Akteure der GKV auf Bundes und Landesebene ebenso wie für einzelne Leistungserbringer und GKV-Versicherte gesetzlich bindend; gegen sie kann allerdings Widerspruch bei Sozialgerichten eingelegt werden. Die Richtlinien befassen sich damit, den Leistungskatalog zu definieren oder zu gewährleisten, dass GKV-Leistungen angemessen, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Auch klären sie Regeln für den Zugang von Patienten zu Leistungen, zur verantwortlichen Erbringung von Leistungen durch individuelle Vertragsärzte oder Kapazitätsfragen in der vertragsärztlichen Versorgung (Tabelle 7).

Die vier Ausschüsse haben im Einzelnen die folgenden Aufgaben:

- 1) Das Entscheidungsgremium mit dem breitesten Verantwortungsspektrum ist der Ausschuss Vertragsärztliche Versorgung, der Nachfolger des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Er besteht aus Unterausschüssen für Ärztliche Behandlung, Arbeitsunfähigkeit, Arzneimittel, Bedarfsplanung, Familienplanung, Häusliche Krankenpflege,

Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung/Krankentransport, Prävention, Psychotherapie, Qualitätsbeurteilung und -sicherung, Rehabilitation und Soziotherapie.

- Abgesehen von Richtlinien zu diesen Gebieten hat der Ausschuss beispielsweise eine Definition für schwerwiegend chronisch kranke Personen abgegeben, für die besondere Zuzahlungsbegrenzungen gelten, oder eine Richtlinie über Bedingungen zur Anstellung ärztlicher Kollegen in Vertragspraxen.
- Die Heilmittel-Richtlinien werden in Beratung mit den Bundesorganisationen der Heilmittelerbringer entwickelt, beispielsweise der Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten (das sog. Partnerschaftsmodell). In ähnlicher Weise werden Pflegeverbände konsultiert, wenn der Ausschuss vertragsärztliche Versorgung Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege überarbeitet.
- Die Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden legen Verfahren und Beurteilungskriterien dieses Ausschusses für die verschiedenen Leistungsbereiche der ambulanten Versorgung fest. Sie soll ab Juli 2005 durch eine Verfahrensordnung für alle Sektoren abgelöst werden (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitswesen*).
- Die Arzneimittelrichtlinien umfassen eine Vielzahl an Entscheidungen bezüglich GKV-Erstattungsfähigkeit, Verordnungsempfehlungen für Vertragsärzte und die Bestimmung von Festbeträgen für Arzneimittel im ambulanten GKV-Apothekenmarkt (Tabelle 7). Hinsichtlich der GKV-Erstattungsfähigkeit konkretisieren die Richtlinien beispielsweise Handelsnamen derjenigen Wirkstoffe, die das Bundesministerium für die Negativliste benannt hat, oder sie legen Ausnahmeregelungen für Zuzahlungen fest. Zudem ist er befähigt, Richtlinien zur Verschreibungsbeschränkung von Arzneimitteln aus Qualitätsgründen oder Kostenminimierungsaspekten zu erlassen (siehe *Arzneimittel*). Darüber hinaus zog der Bundesausschuss in der Vergangenheit vor, Arzneimittel nicht komplett von der GKV-Erstattungsfähigkeit auszuschließen, sondern Vertragsärzte über Wirksamkeit, Sicherheit und Preise der Wirkstoffe (im Vergleich mit Alternativen) zu informieren und auf dieser Basis Verordnungsempfehlungen abzugeben. Der Ausschuss Vertragsärztliche Versorgung ist nun auch zuständig für die Auswahl und Klassifizierung von Arzneimitteln, die unter die Festbetragsregelung fallen sollen, was seit 2004 nicht nur auf patentfreie Wirkstoffe, sondern auch auf Wirkstoffe zutrifft, die noch unter Patentschutz stehen (siehe *Arzneimittel*).

- Die Richtlinien zur Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung bieten einen Rahmen zur Zulassung der Vertragsärzte je Fachgebiet auf Landesebene (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*).
- 2) Der Ausschuss Vertragszahnärztliche Versorgung, der Nachfolger des früheren Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, verabschiedet Richtlinien zu den Bereichen zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung, Früherkennung, Individualprophylaxe, Zahnersatz, Festzuschuss, Bedarfsplanung sowie zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die Überprüfung erbrachter vertragszahnärztlicher Leistungen.
- 3) Der Ausschuss Krankenhausbehandlung ist der Nachfolger des Ausschusses Krankenhaus. Er besteht derzeit aus dem Unterausschuss für externe stationäre Qualitätssicherung, dem Unterausschuss für sonstige stationäre Qualitätssicherung sowie dem Unterausschuss für Methodenbewertung, der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus bewertet und Richtlinien zum Ausschluss von Leistungen im Krankenhaus vorbereitet (im Gegensatz zu seinem ambulanten Gegenstück, das auch den Einschluss von Leistungen bewertet).
- 4) Der Ausschuss Ärztliche Angelegenheiten kann als Nachfolger des vorherigen Koordinierungsausschusses (sowie der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung) betrachtet werden und besteht derzeit aus dem Unterausschuss für Disease Management Programme, dem Unterausschuss für ambulante Behandlung in Krankenhäusern, der beispielsweise eine Liste seltener Erkrankungen und hochspezialisierter Leistungen erstellt, die in Krankenhausambulanzen behandelt werden dürfen, sowie dem Unterausschuss für Qualitätssicherung, der über Qualitätssicherungsprogramme informiert, diese auswertet und Empfehlungen für einheitliche, professionen- und sektorenübergreifende Qualitätsstandards entwickeln soll.

Der Gemeinsame Bundesausschuss arbeitet auf Grundlage einer Geschäftsordnung, die vom Bundesministerium im März 2004 genehmigt wurde. Sie sieht beispielsweise vor, dass die meisten Entscheidungen nun mit einfacher Mehrheit getroffen werden können, während im ehemaligen Ausschuss Krankenhaus das Einvernehmlichkeitsprinzip galt. Das Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses hat zudem im Mai 2005 eine sektorenübergreifende Verfahrensordnung beschlossen, die die unterschiedlichen Verfahrensordnungen des Ausschusses Krankenhaus und des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ablöst. Sie regelt die allgemeinen Entscheidungsverfahren, die Bewertung von Methoden und Leistungen, die Verfahren für Richtlinienbeschlüsse und Empfehlungen, sowie die Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

und externen Beratern einschließlich der Offenlegungspflichten für Sachverständige.

Alle Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses werden dem Bundesministerium zugeleitet. Die Verfahrensordnung bedarf ebenso wie die Geschäftsordnung der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Richtlinien treten in Kraft, sofern das Bundesministerium diese nicht innerhalb von zwei Monaten beanstandet.

Sofern das Bundesministerium eine Entscheidung zur GKV-Erstattungsfähigkeit einer Intervention in der vertragsärztlichen Versorgung nicht beanstandet, legt ein weiterer Ausschuss der gemeinsamen Selbstverwaltung Regelungen zur Vergütung der betreffenden Leistung fest (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*). Dieser Bewertungsausschuss besteht aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es bestimmt (mithilfe von Punkten), welchen relativen Wert die betreffende Intervention im Vergleich zu anderen GKV-Leistungen einnehmen soll, die bereits im Einheitlichen Bewertungsmaßstab mit Punkten versehen sind (siehe *Vergütung von Ärzten*).

Die Entscheidungsfindung des Gemeinsamen Bundesausschusses soll vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit unterstützt werden, einer Stiftung, die von den Partnern der Selbstverwaltung finanziert wird (und nicht, wie ursprünglich geplant, von der Bundesregierung). Die Gründung des Instituts wurde im Juli 2004 vom Aufsicht führenden Bundesministerium für Gesundheit bewilligt. Das Institut hat mehrere gesetzliche Aufgaben:

- Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln als Basis für die Entscheidung, ob ein Präparat unter das Festbetragssystem fällt;
- Verfassen wissenschaftlicher Berichte und Stellungnahmen zur Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit von GKV-Leistungen;
- Auswertung evidenz-basierter Leitlinien für Krankheiten mit hoher epidemiologischer Bedeutung;
- Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen;
- Recherche, Evaluierung und Präsentation des neuesten medizinischen Wissensstands über diagnostische und therapeutische Interventionen bei ausgewählten Erkrankungen;
- Verbreitung gut verständlicher Informationen an die Bürger über die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Das Institut kann die Bewertung wissenschaftlicher Literatur, der Erstellung von Berichten und Patienteninformationen outsourcen oder selbst vornehmen und geht dabei nach einem im März 2005 veröffentlichten Verfahrensleitfaden vor, der künftig jährlich aktualisiert werden soll.

Tabelle 7. Entscheidungskompetenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst, 2005

	Leistungskatalog	Zulassung	Finanzierung	Qualitätssicherung (QS)
Ambulante vertragsärztliche Versorgung	Grunddefinition nach Bundesrecht; Details an Selbstverwaltungspartner ^a auf Bundesebene delegiert	Approbation nach Bundesrecht, Facharztanerkennung an ärztliche Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene delegiert; Grunddefinition der GKV-Zulassung nach Bundesrecht, Details an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Regelsetzung) und Landesebene (tatsächliche Umsetzung) delegiert	Vergütung: Grunddefinition nach Bundesrecht; Details an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Punktzahlen) und Landesebene (monetäre Bewertung) delegiert Budgets und Mengen: Hauptsächlich an Akteure auf Landesebene delegiert; seit 1999 eingeschränkt durch bundesrechtliche Begrenzung der Erhöhung regionaler Budgets	Verpflichtung durch Bundesrecht (Praxen: internes QM, KVen: externe QS); Details an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Regelsetzung) und Landesebene (tatsächliche Umsetzung) delegiert
Akustationäre Versorgung	Bis 1999 implizit in Finanzierungsentscheidungen; seit 2000 hauptsächlich an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene delegiert	De facto Entscheidung durch Landesregierungen; laut Gesetz können Kassen zwar eine Vertragsschließung mit einzelnen Krankenhäusern ablehnen, die endgültige Entscheidung trifft jedoch die Landesregierung	Investitionen: hauptsächlich durch Länder Laufende Kosten: DRG-Vergütungssystem hauptsächlich durch Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, ergänzt durch Ersatzvornahmen durch die Bundesregierung; Budgets und Mengen: an Verhandlungen zwischen Kassen und Trägern auf lokaler Ebene delegiert.	Verpflichtung durch Bundesrecht (interne und externe QS); Details an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene delegiert
Sektorenübergreifende Versorgung	Grunddefinition nach Bundesrecht; Details an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Regelsetzung) und Selektivverträge mit einzelnen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften (tatsächliche Umsetzung) delegiert			
Zahnärztliche Versorgung	Grunddefinition nach Bundesrecht; Details an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene delegiert	Approbation nach Bundesrecht; Grunddefinition der GKV-Zulassung nach Bundesrecht; Details an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Regelsetzung) und Landesebene (tatsächliche Umsetzung) delegiert	Grunddefinition durch Bundesrecht; Details delegiert an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Punktzahlen) und Landesebene (monetäre Bewertung); seit 1999 eingeschränkt durch bundesrechtliche Begrenzung der Erhöhung regionaler Budgets	Verpflichtung durch Bundesrecht; Details an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Regelsetzung) und Landesebene (tatsächliche Umsetzung) delegiert

	Leistungskatalog	Zulassung	Finanzierung	Qualitätssicherung (QS)
Ambulante Arzneimittelversorgung	Grunddefinition nach Bundesrecht; durch Verordnung der Bundesregierung spezifiziert (Negativliste); weitere Details an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene delegiert	Zulassung nach EU-Recht oder Bundesrecht	Freie Preisbildung für Hersteller; Bestimmung von Großhändler- und Apotheker-aufschlägen für verschreibungs-pflichtige Arzneien durch Bundesrecht; Bestimmung von Festbeträgen an Selbstverwaltungspartner (Regeln; Gruppierungen) und Spitzenverbände der Krankenkassen (Festbetragssetzung) auf Bundesebene delegiert; Verhandlungen und Kontrolle von Richtgrößen pro Praxis an Selbstverwaltungspartner auf Landesebene delegiert	Grunddefinition nach EU- und Bundesrecht; Pharmakovigilanz durch Zulassungsbehörden auf EU-Ebene und Bundesebene; Details zur QS ärztlicher Verordnungspraxis an Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Regelsetzung) und Landesebene (tatsächliche Umsetzung) delegiert
Öffentlicher Gesundheitsdienst	Gesetzgebung nur in bestimmten Aspekten auf Bundesebene, z. B. Infektionskrankheiten, radioaktive Strahlung; Gesetzgebung und Regelsetzung überwiegend auf Landesebene, von Land zu Land verschieden	Nicht vorhanden	Gesetzgebung auf Landesebene, Spezifizierung durch Verordnungen, Umsetzung in 14 von 16 Ländern übertragen an Kommunen	Überwachung durch übergeordnete Behörde; internes QM als Teil administrativer Modernisierungsmaßnahmen auf kommunaler Ebene (oder Landesebene)

Quelle: eigene Zusammenstellung.

Anmerkungen: KVen: Kassenärztliche Vereinigungen; ^a Selbstverwaltungspartner: Verbände der Krankenkassen, KVen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen oder/und Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Aufsicht und Konfliktlösung

Die Aufsicht über Entscheidungen der Selbstverwaltung ist auf verschiedenen Ebenen angesiedelt und involviert Selbstverwaltungsorgane selbst (z. B. erweiterte Ausschüsse oder Schiedsämter), Regierungsbehörden sowie Sozialgerichte. Regierungsbehörden auf Bundesebene sind das Bundesministerium für Gesundheit, das die Aufsicht über die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, deren Beschlüsse und Verträge führt, sowie das Bundesversicherungsamt, das für die Aufsicht der bundesweit tätigen Krankenkassen zuständig ist. Für Akteure, Entscheidungen und Verträge auf Länderebene ist das jeweils für die GKV zuständige Landesministerium verantwortlich.

Die staatliche Aufsicht kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden:

- die formale Bestätigung von Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane (oder Unterlassung eines Widerspruchs);
- Widerspruch gegen Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane, wenn diese nicht dem Gesetz entsprechen;
- das (speziell im Gesetz zu verankernde) Recht der Bundesregierung zur Ersatzvornahme, sofern die Selbstverwaltung nicht im vorgegebenen Zeitraum zu einer Einigung kommt wie beispielsweise im Zuge der Einführung des neuen Diagnosen-bezogenen Fallpauschalensystems zur Vergütung stationärer Leistungen (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*);
- Androhung rechtlicher Maßnahmen gegen Institutionen, die die ihnen zugewiesenen Aufgaben nicht erfüllen.

Während die (bisher nur) theoretische Androhung, Krankenkassen zu schließen, hauptsächlich im Fall finanzieller Instabilität und Inkompetenz zur Anwendung kommt, beziehen sich die Hauptdrohungen gegenüber den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf ihren Verhalten als korporatistische Institution. So kann als erste Schritt in einer Vereinigung ein staatlicher Kommissar eingesetzt werden, wenn beispielsweise kein Vorstand gewählt wurde oder der gewählte Vorstand sich weigert, sich gemäß den ihm obliegenden rechtlichen Pflichten zu verhalten (§ 79a SGB V). Im Falle, dass 50% oder mehr Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung sich weigern, GKV-Versicherte zu behandeln, verliert diese ihren Sicherstellungsauftrag, der dann an die Krankenkassen fällt (§ 72a SGB V).

Diese beiden Drohungen traten 1993 in Kraft, nachdem mehrere Selbstverwaltungsorgane angekündigt hatten, bestimmte rechtliche Anforderungen zu missachten. Die Einsetzung eines staatlichen Kommissars wurde bisher zweimal angewandt. Die niedersächsische Regierung setzte 1995 den Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab, nachdem dieser sich geweigert hatte, erforderliche Verträge mit den Krankenkassen zu unterzeichnen. Sie setzte einen hohen Regierungsbeamten als staatlichen Kommissar ein, der dann die Verträge anstelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterzeichnete. Erst im Anschluss daran konnten die Vorstandsmitglieder ihre Posten wieder einnehmen. Ein anderer Fall ereignete sich im Februar 2004 in Bayern. Dort entsandte die Landesregierung für sechs Wochen einen leitenden Regierungsbeamten, der die Kassenzahnärztliche Vereinigung vorübergehend kommissarisch leitete, nachdem die Vertreterversammlung der Kassenzahnärzte entschieden hatte, dass Patienten auch für Vorsorgeuntersuchungen Zuzahlungen zu entrichten hätten (obwohl diese dem Gesetz nach zuzahlungsfrei sind). Im November 2003 hatte die Vertreterversammlung zudem entschieden, wesentliche

Teile des GKV-Modernisierungsgesetzes von 2003 nicht umzusetzen und sich auf eine Niederlegung des Sicherstellungsauftrags für die vertragszahnärztliche Versorgung von GKV-Versicherten vorzubereiten.

Im Juli 2004 übertrug zudem die niedersächsische Regierung erstmalig den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für einen bestimmten ambulanten Versorgungsbereich an die Kassen ihres Landes, nachdem 44 Kieferorthopäden der niedersächsischen Kassenzahnärztlichen Vereinigung ihre Zulassung als Vertragszahnärzte zurückgegeben hatten. Die Kieferorthopäden protestierten damit gegen erwartete Einkommenseinbußen in Folge des Bundesmantelvertrages zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, durch den künftig spezialisierte kieferorthopädische Leistungen niedriger und allgemeinärztliche Leistungen höher bewertet werden sollten. Da die Kassenzahnärztliche Vereinigung nicht fähig (oder willens) war, die kieferorthopädische Versorgung auf andere Weise zu gewährleisten, befand das für Gesundheit zuständige Landesministerium, dass in drei Planungsgebieten Unterversorgung herrsche. Es delegierte den Sicherstellungsauftrag für kieferorthopädische Versorgung in diesen drei Gebieten an die Krankenkassen, die gemeinsam handeln sollten und Einzelverträge mit Ambulanzen von Universitätskliniken, örtlichen Zahnärzten mit kieferorthopädischen Zusatzqualifikationen sowie mit Kieferorthopäden aus anderen Gebieten schlossen.

Über diese seltene Form des staatlichen Eingriffs hinaus erfolgt die Klärung von Streitfällen normalerweise innerhalb der gemeinsamen Verhandlungen. Können die Akteure Debatten in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich nicht lösen, gelangt ein komplexes System gemeinsamer Schiedsämter und Regelungen zum Einsatz, um sicher zu stellen, dass rechtsfreie Räume vermieden und die Verträge unter den Akteuren dennoch zum gesetzlich festgelegten Zeitpunkt geschlossen werden.

Die Selbstverwaltung ist traditionell als eine solide Basis für effektive Verhandlungen, öffentliches Vertrauen und die Vermeidung ungewollter Einflussnahme durch staatliche Behörden betrachtet worden. Jedoch wird sie auch kritisiert wegen einer mangelnden Transparenz und Verantwortlichkeit gegenüber der Öffentlichkeit. So beanstandete beispielsweise Transparency International (1999) in einem speziell dem Gesundheitssystem gewidmeten Bericht, dass die Landesregierungen ihre Aufsichtspflichten im Gesundheitssektor nur geringfügig ausübten und die Kontrolle von Betrug und Korruption unzureichend sei. Verschiedene Betrugsfälle erregten seither erhebliche Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und wurden strafrechtlich verfolgt. Seit 2004 sind nun Krankenkassen genauso wie KVen und Kassenzahnärztliche Vereinigungen verpflichtet, intern Stellen zur Bekämpfung von Korruption einzurichten.

Sozialgerichte

Viele korporatistische Entscheidungen und Regierungsregelungen können vor den Sozialgerichten in Frage gestellt werden. Sozialgerichte bestehen auf der lokalen, Landes- und Bundesebene und bilden ein separates System der Rechtsprechung. Bis 2003 war die Klage vor einem Sozialgericht kostenlos. Seither fallen Nutzungsgebühren an, differenziert jeweils für Sozialversicherte, einzelne Leistungserbringer, Institutionen der Selbstverwaltung und Akteure des privaten Sektors.

Im Gesundheitswesen werden z. B. folgende Fälle von Sozialgerichten bearbeitet: Patienten, die ihre Krankenkasse verklagen, weil diese eine Kostenübernahme verweigert; Vertragsärzte, die Einspruch gegen Berechnungen des Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschusses auf Landesebene erheben, oder Medizinproduktehersteller, die Einspruch gegen die Nichtaufnahme ihrer Produkte in den ambulanten Leistungskatalog für vertragsärztliche Leistungen erheben. Tatsächlich ist die Zahl der Arzneimittelhersteller, die gegen die Bestimmung von Festbeträgen oder gegen Verordnungsempfehlungen in den Arzneimittelrichtlinien Klage erheben, ausgesprochen hoch im internationalen Vergleich. Viele dieser Klagen stellen die Legitimierung der Spitzenverbände der Krankenkassen in Frage, als Nicht-Regierungsorganisationen Festbeträge festzusetzen. Deren Legitimierung wurde jedoch Anfang 2004 vom Europäischen Gerichtshof bestätigt mit der Begründung, dass sie öffentlichen Aufgaben erfüllen, die ihnen gesetzlich zugewiesen wurden (siehe *Arzneimittel*).

Ein weiteres Beispiel stellt die Klage einiger Betriebskrankenkassen gegen die Verpflichtung dar, sich finanziell an dem Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Kassen zu beteiligen. Ihr Einspruch gegen das erstinstanzliche Urteil wurde vom Bundessozialgericht und schließlich im Juli 2004 vom Bundesverfassungsgericht abgewiesen (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*).

Dezentralisierung des Gesundheitssystems

Dezentralisierung kann verschiedene Formen annehmen, die einen zunehmenden Grad an Autonomie von staatlichem Einfluss reflektieren: Dekonzentrierung, Devolution, Delegation und Privatisierung. Der gebräuchliche Terminus „Dezentralisierung“ erfasst jedoch nicht vollständig den deutschen Föderalismus. Auf den ersten Blick mag die Machtfülle der Bundesländer einen Eindruck von Devolution entstehen lassen. Dies trifft jedoch nicht zu, weil zu keinem Zeitpunkt Rechte von der Bundesebene an die Länder abgegeben worden sind.

Letztere haben bereits vor der Bundesrepublik existiert (die wiederum von den Bundesländern gegründet wurde). Vielmehr hat etwas Gegenteiliges zur Devolution in Deutschland stattgefunden: die Bundesländer gaben gewisse Rechte und Verantwortungen gemäß der Verfassung an die Bundesebene ab und behielten dafür andere bei.

Dekonzentrierung ist im deutschen Gesundheitssystem nur von geringer Bedeutung, so beispielsweise im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dies ist dadurch bedingt, dass die meisten Verwaltungsebenen (mit Ausnahme einiger Länderverwaltungen) keine nachrangigen Verwaltungsebenen besitzen, weil alle politischen Einheiten von der lokalen Ebene aufwärts ihre eigene autonome und gewählte Vertretung und Regierung haben.

Wie insbesondere dem Abschnitt Planung, Regulierung und Management entnommen werden kann, ist die Delegation staatlicher Aufgaben an korporatistische Akteure das kennzeichnende Merkmal des dezentralen deutschen Gesundheitssystems (Tabelle 7). Während die meisten gesetzlichen Rechte und Pflichten der korporatistischen Vereinigungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer das Resultat eines langen Prozesses sind (siehe *Historischer Hintergrund*), stellte jüngstens der Transfer des Gesundheitssystems der alten Bundesrepublik auf die neuen Bundesländer eine echte Delegation staatlicher Verantwortung an korporatistische Akteure dar.

Privatisierung ist eine weitere wichtige Eigenschaft des deutschen Gesundheitssystems. Anders als in anderen Gesellschaftsbereichen (wie z. B. Hochschulbildung), scheint der Erbringung von Gesundheitsversorgung durch öffentliche und private Träger eher unideologisch betrachtet zu werden. Insbesondere wird der Begriff nur auf Seite der Leistungserbringer verwendet (z. B. öffentliche Krankenhausträger), während die öffentliche Finanzierung durch Krankenkassen als „gesetzlich“ bezeichnet wird. Die Krankenkassen sind demnach Grenzgänger zwischen den Kategorien öffentlich und privat, da sie hinsichtlich ihres formalen Eigentumsstatus als privat gelten, aber öffentliche Aufgaben und Haftung ausüben (24). Die Kassen koexistieren mit privaten Krankenversicherungen, die freiwillige substitutive, supplementäre und komplementäre Versicherung anbieten (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*). Der Wechsel zur privaten Krankenversicherung wird nicht als politische Stellungnahme betrachtet, sondern eher als (pragmatische) Möglichkeit zur Einsparung von Beiträgen oder als Notwendigkeit im Fall der von der GKV traditionell ausgeschlossenen Selbständigen. Die Auslagerung (Outsourcen) von Reinigungs- und Wartungsdiensten an private Firmen ist weit verbreitet, aber rief keine öffentlichen Debatten hervor.

In der Tat basieren einige Sektoren des Gesundheitswesens nahezu vollständig auf privaten profitorientierten Leistungserbringern, beispielsweise

die ambulante Versorgung durch Ärzte, Zahnärzte und Apotheken. In anderen Sektoren koexistieren private Leistungserbringer mit freigemeinnützigen und öffentlichen, beispielsweise im Wohlfahrts- und Pflegebereich (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*) oder im Krankenhaussektor, wo ein zunehmender Trend zur Privatisierung zu beobachten ist (Tabelle 8).

Tatsächlich sind die allermeisten Krankenhäuser im Krankenhausplan aufgenommen, einschließlich der meisten privaten Krankenhäuser. Sie können Kassenpatienten behandeln und sind denselben Regulierungen unterworfen. Nur wenige private Krankenhäuser sind nicht in den Krankenhausplan integriert, behandeln keine GKV-Versicherten und sind dabei von den allgemeinen Regelungen ausgeschlossen, die eine gleiche Verteilung und Zugänglichkeit sowie eine nachhaltige Finanzierungsbasis gewährleisten sollen (siehe *Stationäre und intersektorale Versorgung*).

Deutschland verfügt über eine Mischung von öffentlichen Krankenhäusern (im Allgemeinen in kommunaler Trägerschaft), freigemeinnützigen und privaten gewinnorientierten Krankenhäusern. Während die Struktur deutscher Krankenhäuser sich in den 1990er Jahren auf den ersten Blick nicht wesentlich verändert hat, ist jedoch ein klarer Trend ersichtlich. Die Reduzierung der Bettenzahl insgesamt war überwiegend ein Ergebnis von Bettenkürzungen in öffentlichen Krankenhäusern, während die Bettenzahl in freigemeinnützigen Krankenhäusern zu einem geringeren Maß zurückging, und private Krankenhäuser sogar einen Anstieg verzeichneten. Die Bettenzahl in privaten Allgemeinkrankenhäusern (= Akutkrankenhäusern) nahm zwischen 1990 und 2003 auf mehr als das Doppelte zu. Ihr Anteil an allen Akutbetten wuchs von 3,7% auf 9,4% (Tabelle 8).

Die Zunahme privater Betten wurde hauptsächlich durch die Übernahme von Krankenhäusern in ehemals öffentlicher Trägerschaft möglich. Diese traten in den neuen Bundesländern häufiger auf (wo der Anteil privater Akutbetten jetzt mehr als doppelt so hoch ist wie in den alten Ländern). Über die Hälfte aller Privatbetten gehören Krankenhausketten an, die weitgehend für das dynamische Wachstum des privaten Krankenhaussektors verantwortlich sind.

Es gibt verschieden Gründe für diesen fortwährenden Trend zur Privatisierung: Erstens nimmt der Anteil öffentlicher Investitionen wegen der angespannten Situation der öffentlichen Haushalte weiter ab. Und da viele Krankenhäuser Investitionskapital benötigen, liegt es nahe, privates Kapital einzuwerben. Zweitens sind Vereinbarungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern im öffentlichen Sektor oft unflexibler und teurer als vertragliche Vereinbarungen im privaten Sektor. Zudem stehen Mitarbeitern in öffentlichen Krankenhäusern nach dem Gesetz mehr Mitspracherechte zu als in Privateinrichtungen, wodurch der Widerstand gegen Einsparungen im

Personalbereich vergleichsweise höher ausfallen kann. Und drittens wird die öffentlich finanzierte Rentenzusatzversicherung, die auf dem Umlageverfahren beruht, aufgrund der demographischen Verlagerung stetig teurer (25).

Tabelle 8. Entwicklung der Bettenzahl in allgemeinen Krankenhäusern mit öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft, 1990–2003

	öffentlich		freigemeinnützig		privat		Gesamt
	Betten	% aller Betten	Betten	% aller Betten	Betten	% aller Betten	
1990	387 207	62,8	206 936	33,5	22 779	3,7	616 922
2003	265 520	53,1	187 271	37,5	46 994	9,4	499 785
Veränderung	-32,4%		-9,5%		+106,2%		-19,0%

Quelle: eigene Berechnung nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2003, 2004 (1,52).

Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitswesen ist charakterisiert durch ein pluralistisches Finanzierungssystem. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist die Hauptfinanzierungsquelle und versicherte 2003 fast 88% der Bevölkerung. Zehn Prozent (10%) der Einwohner waren privat krankenversichert, darunter etwa 4% Beamte (einschl. Pensionäre und ihre Familienangehörigen), die staatliche Beihilfe beziehen und zusätzlich privat versichert sind. Zudem waren 2% der Bevölkerung durch staatliche freie Heilfürsorge abgesichert (Soldaten, Zivildienstleistende, Polizisten, Sozialhilfeempfänger, Asylbewerber). 188 000 Personen, das sind in etwa 0,2% der Bevölkerung, verfügten über keinen vorfinanzierten Krankenversicherungsschutz (7). Zu den Nicht-Versicherten zählen insbesondere Selbständige, reiche und arme, sowie ehemals freiwillig Versicherte, die Beitragszahlungen einstellten.²

Obwohl die GKV die Diskussionen über Gesundheitsausgaben und Gesundheitsreformen in Deutschland dominiert, entfielen 2003 nur 56,7% aller Gesundheitsausgaben auf die gesetzlichen Krankenkassen (Tabelle 9). Die anderen drei Säulen der Sozialversicherung trugen weitere 10,4% der Gesundheitsausgaben bei: Die gesetzliche Rentenversicherung finanzierte 1,8% (insbesondere für medizinische Rehabilitation), die gesetzliche (beschäftigungsbezogene) Unfallversicherung 1,7% und die soziale Pflegeversicherung 6,9%. Auf öffentliche Haushalte entfielen weitere 7,8%.

² Es wird geschätzt, dass seit 2003 die Anzahl der Nicht-Versicherten zugenommen hat und mindestens bei 250 000 liegt. So sind seit der Hartz-IV-Reform der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung Empfänger von Arbeitslosengeld II zwar grundsätzlich in der GKV pflichtversichert (§5 Nr. 2a SGB V); da aber durch die Reform die Berechtigungskriterien für den Bezug von Sozialleistungen verschärft wurden, erhalten nun ca. 500 000 Menschen weder Sozialhilfe noch Arbeitslosengeld II, da ihre Partner über ein zu hohes Einkommen verfügen. Falls sie nicht unter die GKV-Definition eines mitversicherten Familienangehörigen fallen, müssen sie sich dann auf eigene Kosten gesetzlich oder privat versichern. Nach Bedürfnisprüfung erhalten diese Personen einen Zuschuss von maximal €125 für die Krankenversicherung und €15 für die Pflegeversicherung. Diesen Zuschuss erhalten auch Bezieher von Sozialgeld, also nichterwerbsfähige Angehörige von Arbeitslosengeld II-Empfängern.

Insgesamt betrug der Anteil öffentlicher Ausgaben 74,6% der Gesamtausgaben für Gesundheit, während auf private Ausgaben 25,4% entfielen. Davon finanzierten private Haushalte 12,3% (hierunter fallen auch die – geringen – Ausgaben von privaten Organisationen ohne Erwerbszweck). Privatversicherer finanzierten 8,6% der Gesamtausgaben, und zwar durch Krankheitskostenvollversicherung, Zusatzversicherung und private Pflegeversicherung. Arbeitgeber finanzierten weitere 4,1% (26).

Die markantesten Veränderungen während der letzten zehn Jahre betrafen die Einführung der Pflegeversicherung und die Zunahme der Ausgaben privater Haushalte.

Tabelle 9. Anteil (%) der Finanzierungsquellen an den Gesamtgesundheitsausgaben, 1992–2003

	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Öffentliche Ausgabenträger	77,7	77,0	77,2	75,3	74,8	75,5	74,9	75,2	74,6
Steuern	13,0	12,9	10,8	8,1	8,0	7,9	7,8	7,8	7,8
Gesetzliche Krankenversicherung	60,7	59,7	57,4	56,7	56,8	56,9	57,0	56,9	56,7
Gesetzliche Rentenversicherung	2,3	2,4	2,4	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7	1,8
Gesetzliche Unfallversicherung	1,8	1,9	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7
Soziale Pflegeversicherung	n. z.	n. z.	4,9	7,0	7,1	7,2	7,0	7,0	6,9
Private Ausgabenträger	22,3	23,0	22,8	24,7	25,2	24,5	25,1	24,7	25,4
Private Haushalte/ Organisationen ohne Erwerbszweck	10,7	11,1	11,3	12,6	12,3	12,2	12,3	12,2	12,3
Private Krankenversicherung	7,3	7,6	7,3	7,8	8,3	8,2	8,2	8,4	8,6
Arbeitgeber	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005 (26).

Anmerkung: n. z.: nicht zutreffend.

Die gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung

Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung mit ihren 267 Krankenkassen (Januar 2005) bilden den wesentlichsten Teil der Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland (siehe auch *Organisationsstruktur und Akteure in Gesundheitssystem*). Krankenkassen sammeln Beiträge ein, vereinbaren Leistungen auf Basis von Verträgen mit Leistungserbringern und bezahlen Leistungserbringer (siehe *Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitswesen*).

Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ist verpflichtend für Arbeiter und Angestellte, deren Jahreseinkommen einen gewissen Betrag nicht übersteigt. Wer darüber hinaus verdient, kann in der GKV freiwillig versichert bleiben (bzw. sich bei erstmaliger Tätigkeit dort versichern). Diese sog. Versicherungspflichtgrenze wurde durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz ab Januar 2003 auf €3825 Bruttoeinkommen pro Monat angehoben (von €3375 in 2002), um den Wechsel gut verdienender freiwillig GKV-Versicherter zur PKV zu reduzieren. Sie wurde danach vom Bundesministerium für 2004 auf €3862,50 und für 2005 auf €3900 festgesetzt. Im Jahr 2003 waren fast 88% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert, davon 78% pflichtversichert und 10% freiwillig versichert (7).

Beiträge zur GKV richten sich nach dem Einkommen und nicht nach dem Gesundheitsrisiko; nicht-erwerbstätige Ehepartner und Kinder sind kostenlos mitversichert. Beiträge hängen dabei ausschließlich von der Höhe des Verdienstes aus Erwerbstätigkeit, Leistungen der Renten- oder Arbeitslosenversicherung, aber derzeit nicht von Ersparnissen, Kapitalerträgen oder sonstigen Einkünften. Eine solche Verbreiterung der Einkommensbasis wurde 2000 vorübergehend eingeführt für freiwillig versicherte Rentner, aber durch Rechtsprechung rückgängig gemacht. Die Beiträge steigen proportional mit dem Einkommen bis zu einer Obergrenze, der so genannten Beitragsbemessungsgrenze, die 2004 €3487,50 betrug und 2005 bei €3525 liegt.

Die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen aller Versicherten gehört zu den wichtigsten Zahlen der Gesundheitspolitik, da ihre jährliche Wachstumsrate das Ausmaß der Kostendämpfungsmaßnahmen beeinflusst. Die Einkommensbasis der GKV wird einerseits durch Veränderungen der Einkommen und Erwerbstätigkeitsraten beeinflusst und andererseits durch gesetzliche Maßnahmen, die die Höhe der Kassenbeiträge von sozialen Transferzahlungen beeinflussen. Insbesondere haben sich in der Vergangenheit Reformen der Renten- und Arbeitslosenversicherung auf die Einkommensbasis der gesetzlichen Krankenversicherung ausgewirkt (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*). Wachstum der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen ist nicht notwendigerweise deckungsgleich mit Lohnwachstum. Überdurchschnittliche Lohnerhöhungen für Arbeiter und Angestellte mit geringeren Einkommen erhöhen das beitragspflichtige Einkommen überproportional, während wachsende Arbeitslosigkeit das beitragspflichtige Einkommen mindert, insbesondere versteckte Arbeitslosigkeit durch Personen, die aus der erwerbssuchenden Bevölkerung ausscheiden und mitversicherte Familienangehörige werden.

Von 1955 bis 2004 wurden die Beiträge zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt (Tabelle 4). Bei dem durchschnittlichen Beitragssatz von 14,2% im Januar 2005 sind dies für den Arbeitnehmer 7,1% des Einkommens

vor Steuern bis zur Beitragsbemessungsgrenze, und der Arbeitgeber zahlt ebenso viel zusätzlich zum Lohn (so dass der Beitrag in Wirklichkeit nicht 14,2 von 100, sondern 14,2 von 107,1, also 13,3 von 100 beträgt). Ab Juli 2005 wird die bisherige Beitragsparität verschoben in Richtung höherer Beiträge für Arbeitnehmer. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz wird um 0,9 Prozentpunkte vermindert, das heißt Arbeitgeber sparen 0,45 Prozentpunkte. Arbeitnehmer müssen ab Juli 2005 einen erhöhten Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkte entrichten, so dass ihr Beitrag um 0,45 Prozentpunkte steigt. Diese zwei Maßnahmen werden dazu führen, dass Arbeitnehmer künftig etwa 54% und Arbeitgeber 46% des gesamten Beitrags zur GKV finanzieren.

Für Personen mit Einkommen bis €400 („Minijobs“) zahlt allein der Arbeitgeber Krankenkassenbeiträge (11% des Bruttoverdienstes an die Bundesknappschaft unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Kasse, 5% bei Jobs in Privathaushalten). Bis 1998 waren diese geringfügigen Einkommen nicht krankenversicherungspflichtig. Für berentete und arbeitslose Personen übernehmen die Träger der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung die finanzierende Rolle des Arbeitgebers. Seit 2004 sind auch betriebliche und andere nicht-gesetzliche Renten in Höhe des vollen Beitragssatzes beitragsrelevant. Für selbständig erwerbstätige Künstler und Publizisten übernimmt die Bundesregierung die Hälfte der Beiträge. Studierende und Praktikanten sind pflichtversichert und zahlen einheitlich sieben Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes auf den BAFöG-Höchstsatz, d. h. €48 pro Monat (2005), der jährlich vom Bundesministerium bestimmt wird. Studierende können sich innerhalb der ersten drei Studienmonate von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie zuvor nicht der Versicherungspflicht unterlagen.

Krankenkassen erheben die Beiträge direkt von den Arbeitgebern oder den erwähnten Körperschaften; die Unterlassung von Beitragszahlungen ist sanktionsbewehrt. Die gesetzliche Krankenversicherung basiert auf dem Umlageverfahren und darf offiziell keine Defizite erzielen oder Schulden ansammeln. Kassen bestimmen selbst die Höhe ihrer Beitragssätze. Ihre Entscheidung muss jedoch von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt werden.

Die deutsche Gesundheitspolitik konzentriert sich überwiegend auf den Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht auf den Anteil der GKV oder der Gesamtgesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Der Beitragssatz ist deutlich schneller gestiegen als der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP oder der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP (vgl. Tabellen 14 und 15). Der geringere Anstieg der GKV-Ausgaben im Vergleich zum BIP wurde durch eine Vielzahl an Kostendämpfungsmaßnahmen erzielt, einschließlich sektoraler Budgets sowie Maßnahmen zur Förderung

einer wirtschaftlicheren Ordnungsweise, Reduzierung von Preisen und zum Abbau von Kapazitäten.

Jedoch sind die Einnahmen der Krankenkassen in den letzten 25 Jahren langsamer gestiegen als das BIP und die Ausgaben der Kassen. Dies führte wiederholt zu Defiziten und einer Zunahme der Schulden, obwohl die Krankenkassen ihre Beiträge erhöhten (Tabelle 10, Abb. 4). Von 2001 bis 2003 erzielten die Kassen jährlich ein Defizit von ca. €3 Mrd. Da Kassen langfristig keine Defizite erzielen dürfen, waren sie gezwungen, ihre Beitragssätze zu erhöhen. Der durchschnittliche Beitragssatz der Kassen stieg rapide von 13,5% des Bruttoverdienstes in 2001 auf 14,3% im Jahr 2003 und blieb 2004 mit 14,2% fast auf diesem Niveau (Tabelle 10). Ähnlich wie zwischen 1991 und 1993, als der Beitragssatz von 12,4% auf 13,2% stieg, folgte auch dem erheblichen Anstieg der Beitragssätze und Defizite eine grundlegende Gesundheitsreform, die gemeinsam von der Bundesregierung und Oppositionsparteien konzipiert wurde. Ähnlich wie das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (Tabelle 10) erbrachte das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 zwar erhebliche Einsparungen für die Kassen; diese nützten ihre Überschüsse (€4,02 Mrd. in 2004 gemäß den vorläufigen Finanzergebnissen der GKV) zur Deckung ihrer Defizite – entgegen der Appelle der Bundesregierung, die Einsparungen umgehend durch Beitragssenkung auf Arbeitgeber und Versicherte umzulegen. Der durchschnittliche Beitragssatz lag auch im Januar 2005 bei 14,2% (3,27).

Kassenwettbewerb und Risikostrukturausgleich

Traditionell hatte die Mehrheit der gesetzlich Krankenversicherten keine freie Krankenkassenwahl und wurde der jeweiligen Kasse gemäß geographischen oder berufsständischen Kriterien zugeordnet. Diese Verteilung der Mitglieder führte zu großen Unterschieden in den Beitragssätzen durch differierende Einkommens- und Risikoprofile. Lediglich freiwillig versicherte Angestellte und seit 1989 freiwillig versicherte Arbeiter hatten freie Kassenwahl und konnten innerhalb von zwei Monaten ihre Mitgliedschaft in der GKV kündigen bzw. zu einer anderen Kasse wechseln. Andere Angestellte (und einige Arbeiter) konnten beim Beitritt zur GKV und zum Wechsel des Arbeitsplatzes die Kasse wählen. Da diese Gruppe im Laufe der Jahrzehnte kontinuierlich anwuchs, hatte zu Beginn der 1990er Jahre etwa die Hälfte der GKV-versicherten Bevölkerung zumindest eine partielle Kassenwahl.

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 gab nahezu allen Versicherten das Recht zur freien Kassenwahl (ab 1996) sowie das Recht, mit dreimonatiger Frist die Kasse zu wechseln (erstmalig am 30. September 1996 zum 1. Januar 1997). Alle Ortskrankenkassen und Ersatzkassen wurden gesetzlich für jeden frei wählbar und mussten jeden Antragsteller aufnehmen. Betriebskrankenkassen

Tabelle 10. Entwicklung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 1992–2003

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
GKV-Einnahmen (Mrd. €)	103	114	119	120	124	126	128	131	134	136	140	141
GKV-Ausgaben (Mrd. €)	108	108	117	124	126	125	128	131	134	139	144	145
Saldo (Mrd. €)	-4,8	5,3	1,4	-3,7	-3,6	0,9	0,3	0,3	0,02	-3,0	-3,1	-2,9
GKV Ausgaben												
Geldleistungen (Mrd. €)	9,6	9,3	8,7	11,1	9,4	9,7	9,3	9,3	9,4	9,9	10,3	8,5
Sachleistungen (Mrd. €)	99,0	99,2	107,7	112,9	117,0	116,6	118,2	121,6	124,4	128,9	133,3	136,0
– als Anteil (%) am BIP	6,1	6,0	6,2	6,3	6,4	6,2	6,1	6,2	6,1	6,2	6,3	6,3
Durchschnittlicher GKV-Beitragssatz (% des Bruttoeinkommens)	12,7	13,2	13,2	13,2	13,5	13,6	13,6	13,6	13,6	13,5	14,0	14,3
Beitragssatz für die soziale Pflegeversicherung (% des Bruttoeinkommens)	n. z.	n. z.	n. z.	1,0	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Gesamter Sozialversicherungsbeitrag (% des Bruttoeinkommens)	36,8	36,5	37,2	39,0	39,2	40,8	41,9	42,1	41,1	40,8	41,3	42,1

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004 (27); Statistisches Bundesamt 2005 (26).

Anmerkung: n. z.: nicht zutreffend.

und Innungskrankenkassen haben die Wahl, ob sie „geschlossen“ bleiben (das heißt sich auf ihre Kernmitglieder beschränken) oder sich allen „öffnen“. Wenn sie sich zur Öffnung entscheiden, müssen auch sie jeden Bewerber aufnehmen. Lediglich für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Seekasse wurde das System der festgeschriebenen Mitgliedschaft beibehalten.

Die Gelegenheit zum Kassenwechsel an einem festen Datum wurde 2001 aufgehoben, da sie viele Versicherte zum Wechseln zu ermutigen schien. Seit 2002 ist ein Kassenwechsel jederzeit möglich, aber die Mindestdauer eines Versichertenverhältnisses bei einer Kasse beträgt 18 Monate. Freiwillig versicherte Mitglieder können jedoch weiterhin jederzeit mit zweimonatiger Kündigungsfrist die Kasse wechseln. Eine Entscheidung, das GKV-System zugunsten der PKV zu verlassen, kann hingegen nicht (bzw. nur in wenigen Ausnahmen) widerrufen werden.

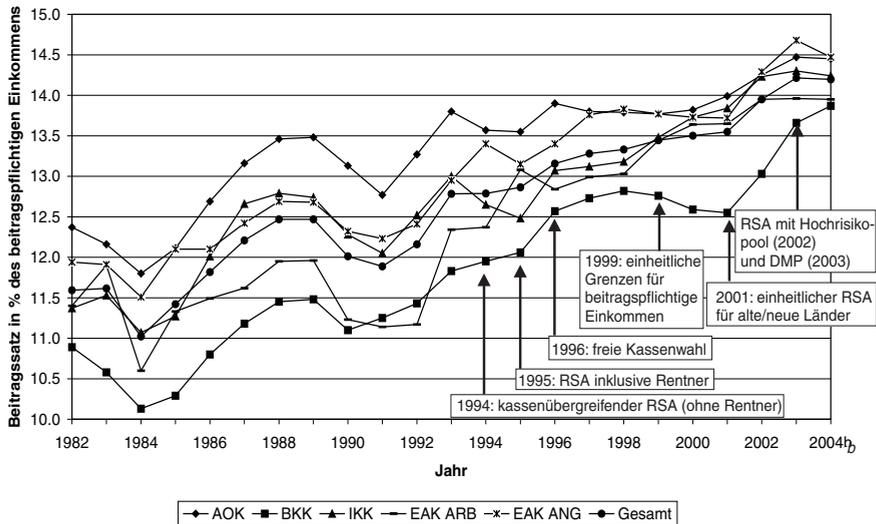
Um alle Krankenkassen in eine vergleichbare Ausgangsposition im Wettbewerb zu versetzen, wurde 1994 ein Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, der Ausgabenunterschiede zwischen den Kassen wegen unterschiedlicher Risikostrukturen ihrer Versicherten ausgleichen sollte (§ 266 SGB V). 1995 wurde der RSA auch auf berentete Mitglieder und ihre mitversicherten Ehepartner ausgedehnt und ersetzte den Ausgleich tatsächlicher Ausgaben zwischen den Kassen in der Krankenversicherung der Rentner (Abb. 4).

Der RSA erhielt die Aufgabe, bedarfsbedingte Ausgabenunterschiede aufgrund von Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit (s. u.) sowie einkommensbedingte Unterschiede im Beitragsaufkommen zwischen den Kassen auszugleichen. Im Prinzip verlangt der RSA von allen GKV-Mitgliedern, einen gleichen Teil ihres Verdienstes (in 2004 durchschnittlich etwa 13,5%) über ihre Kasse in einen fiktiven Pool einzuzahlen, aus dem die Gelder dann an die Kassen gemäß der Risikostruktur ihrer Versicherten umverteilt werden. In der Praxis sind es die Krankenkassen, die einen entsprechenden Ausgleich hinsichtlich ihrer Einkommen und durchschnittlichen Ausgaben erhalten oder zahlen müssen. Über 90% der Ausgaben einer Krankenkasse sind RSA-relevant (und bestimmen den Beitragsbedarf (Finanzbedarf) einer Kasse), denn der RSA berücksichtigt nur Ausgaben für Leistungen des einheitlichen GKV-Leistungskatalogs, nicht jedoch Verwaltungsausgaben oder Satzungsleistungen der einzelnen Kasse. Die durchschnittlichen Ausgaben für RSA-relevante Leistungen werden für beide Geschlechter in Altersgruppen von je einem Jahr berechnet auf der Basis tatsächlicher Ausgaben des Vorjahres (das heißt, die jeweilige Berechnung ist immer retrospektiv).

Die Summe dieser durchschnittlichen Ausgaben für alle Mitglieder einer Krankenkasse bestimmt ihren Beitragsbedarf. Die Summe des Beitragsbedarfs aller Kassen geteilt durch die Summe der beitragspflichtigen Einkommen bestimmt den Ausgleichsbedarfssatz, der für den Abgleich tatsächlicher Beiträge und dem Beitragsbedarf zugrunde gelegt wird, um die Ausgleichszahlungen für die Krankenkassen zu berechnen. Dadurch gleicht der RSA Unterschiede im Einkommen der GKV-Mitglieder und in der Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen aus (da diese auf der Ausgabenseite berücksichtigt werden, während sie auf der Seite der Beitragseinnahmen mit Null berechnet werden).

Auswirkungen der freien Kassenwahl und des RSA auf die Struktur der Krankenkassen, die Mitgliederbewegungen zwischen den Kassen, die Beitragssätze und die Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen können wie folgt zusammengefasst werden:

Abb. 4. Durchschnittlicher Beitragssatz in Prozent des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens nach Kassenarten, 1982–2004^a



Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004 (30), Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2002 (29), Bundesministerium für Gesundheit 1991 (31).

Anmerkungen: AOK: Allgemeine Ortskrankenkassen, BKK: Betriebskrankenkassen, IKK: Innungskrankenkassen, EK ARB: Ersatzkassen der Arbeiter, EK ANG: Ersatzkassen der Angestellten; ^a Angaben für 1982–1990 beziehen sich nur auf die alte Bundesrepublik, Angaben für den gesamten durchschnittlichen Beitragssatz aller Kassen schließen die Seekasse ein, nicht jedoch die Knappschaft und Landwirtschaftskassen; ^b Stand vom 1. Januar, für alle anderen Jahre werden Jahresdurchschnittswerte verwendet.

- Schon vor Einführung der freien Kassenwahl begann der Zusammenschluss von Krankenkassen (Tabelle 6).
- GKV-Versicherte sind zunehmend bereit, die Krankenkasse zu wechseln. Während 1998 nur 9,3% der Versicherten einen Kassenwechsel erwogen, stieg dieser Anteil auf 23,4% in 2003 (28).
- Mitglieder wechseln vermehrt ihre Kasse. Es gibt keine zuverlässigen Zahlen über den Umfang des Kassenwechsels. Als Indikator kann jedoch der Nettozugang oder -verlust von Mitgliedern der Kassen gelten. Seit der Einführung der freien Kassenwahl im Januar 1996 bis Januar 2004 haben die AOKen 16% ihrer Mitglieder verloren (2004 waren es noch 18,6 Mio. Mitglieder). Die Angestellten-Ersatzkassen verloren 11% (15,8 Mio. in 2004), obwohl sie in den ersten Jahren zunächst Mitglieder hinzugewannen. Die deutlichsten Zugewinne an Mitgliedern verzeichneten die Betriebskrankenkassen, die ihre Mitgliederzahl auf 10,4 Mio. verdoppelten. Zuwachs erhielten auch die Arbeiter-Ersatzkassen (um 5% auf 1,0 Mio. Mitglieder in 2004) und die Innungskrankenkassen (um 3% auf 3,1 Mio.

Mitglieder 2004). Andere Kassen, einschließlich der (geschlossenen) Bundesknappschaft und den Landwirtschaftlichen Krankenkassen, verloren 5,5% ihrer Mitglieder (1,7 Mio. in 2004), überwiegend wegen Tod bei relativ hoher Altersstruktur.

- Diese Veränderungen werden den unterschiedlichen Beitragssätzen zugeschrieben: Kassen mit überdurchschnittlichen Beitragssätzen verlieren Mitglieder, während solche mit unterdurchschnittlichen Sätzen ihre Mitgliederzahl erhöhen.
- Die Bedeutung der Beitragssätze wird auch durch mehrere Umfragen unterstrichen. Personen, welche die Kasse gewechselt hatten, nannten einen niedrigeren Beitragssatz als Hauptgrund. Für Versicherte, die einen Wechsel in Betracht zogen, war der Beitragssatz gleich bedeutsam wie Verbesserungen im Leistungsspektrum. Versicherte, die keinen Kassenwechsel in Betracht zogen, hielten den Leistungsumfang für wichtiger. Diejenigen, die erstmals einer gesetzlichen Krankenkasse beitraten, nannten meist andere Gründe für ihre Wahl (hier wurden Empfehlungen von Familie, Freunden und Arbeitgebern vermutet).
- Die Mitgliederbewegungen zwischen den Kassen haben Unterschiede der Risikostruktur nicht ausgeglichen (was zu sinkenden Ausgleichszahlungen geführt hätte). Im Gegenteil, die Gelegenheit zur Veränderung der Kassenmitgliedschaft hat bestehende Unterschiede noch verstärkt: Gesundere, jüngere, besser verdienende Personen wechselten häufiger zu günstigeren Kassen, was zur Erhöhung der Ausgleichszahlungen

Tabelle 11. Transfersummen im Risikostrukturausgleich (RSA) in absoluten Zahlen und relativ zu den GKV-Ausgaben in den alten und neuen Bundesländern, 1995–2003

	Alte Bundesländer			Neue Bundesländer			Deutschland		
	RSA/ Ausgaben ^a (Mrd. €)		RSA in % der Ausgaben	RSA/ Ausgaben ^a (Mrd. €)		RSA in % der Ausgaben	RSA/Ausgaben ^a (Mrd. €)		RSA in % der Ausgaben
1995	6,90/	97,29	7,1	2,36/	19,70	12,0	9,23/	116,99	7,9
1996	7,27/	100,41	7,2	2,51/	20,47	12,3	9,78/	120,88	8,1
1997	7,71/	98,23	7,8	2,63/	20,05	13,1	10,34/	118,29	8,7
1998	8,22/	99,74	8,2	2,80/	19,97	14,0	11,01/	119,71	9,2
1999	8,30/	102,68	8,1	3,29/	20,52	16,0	11,60/	123,21	9,4
2000	8,30/	105,05	7,9	3,73/	20,89	17,8	12,03/	125,94	9,6
2001	9,09/	108,89	8,3	4,43/	21,75	20,4	13,52/	130,63	10,3
2002	9,28/	111,79	8,3	4,66/	22,54	20,7	13,94/	134,33	10,4
2003	9,87/	113,14	8,7	4,93/	23,08	21,4	14,79/	136,22	10,9

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004 (27).

Anmerkungen: RSA: Risikostrukturausgleich; ^a Gesamtausgaben der Krankenkassen abzüglich Ausgaben für Verwaltung und Satzungsleistungen (das heißt > 90% der Gesamtausgaben).

zwischen den Kassen führte (Tabelle 11). Diese Entwicklung zeigt, dass ein Risikostrukturausgleich nicht nur vorübergehend, sondern dauerhaft erforderlich sein wird.

- Der Risikostrukturausgleich – und nicht Wettbewerb – hat Unterschiede in den Beitragssätzen vermindert. Während 1994 27% aller GKV-Mitglieder einen Beitragssatz zahlten, der mehr als einen Prozentpunkt vom durchschnittlichen Beitragssatz abwich, fiel dieser Anteil auf 7% im Jahr 1999. In den folgenden Jahren stoppte der zunehmende Wechsel gesunder Mitglieder in billige Krankenkassen diesen Trend jedoch zeitweise. Bei Betrachtung der Verbände der Krankenkassen fallen die Unterschiede in den durchschnittlichen Beitragssätzen insgesamt geringer aus, ein Trend, der auch in jüngster Zeit anhielt (Abb. 4).

Sorgen über zunehmenden Bedarf an Umverteilung und Praktiken zur Risikoselektion seitens der Kassen führten zur Einführung zwei weiterer Gesetze: Das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung führte ab 2001 einen einheitlichen Risikostrukturausgleich in Deutschland ein. Dadurch erhöhte sich der Transfer von Ausgleichszahlungen von den alten zu den neuen Bundesländern (Tabelle 11, Abb. 4). Andererseits wurde die den GKV-Beiträgen zugrunde gelegte Einkommensbasis in den neuen Bundesländern erweitert, indem die Beitragsbemessungsgrenze, die Versicherungspflichtgrenze und die Zuzahlungsregelungen auf das Niveau der alten Bundesländer erhöht wurden.

Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs wurde 2001 verabschiedet, um Unterschiede in der Morbiditätsstruktur besser auszugleichen, Risikoselektion zu vermeiden und Kassen einen Anreiz zu geben, die Versorgung ihrer chronisch kranken Versicherten durch spezielle Angebote zu verbessern. Zusätzlich zu den bestehenden Ausgleichskriterien (Einkommen und Ausgaben nach Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit) führte das Gesetz eine „solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle“ (§ 269 SGB V) und gesonderte RSA-Kategorien für Versicherte ein, die an Disease Management Programmen teilnehmen. Aus dem auch „Risikopool“ genannten Topf erhalten Krankenkassen 60% der Ausgaben erstattet, die über €20 450 pro Versicherten und Jahr (u.a. ohne ambulante ärztliche und zahnärztliche Vergütung) hinaus gehen. Ab 2007 soll der Risikostrukturausgleich „morbiditäts-orientiert“ ausgerichtet werden (§ 268 SGB V). 2004 haben Gutachter vorgeschlagen, dass stationäre Diagnosen und ambulant verschriebene Arzneimittel im Vorjahr genutzt werden, um Personen in Zuschlagskategorien für das jeweils laufende Jahr einzugruppieren. Ob und wie dieser Vorschlag umgesetzt wird – und ob die DMP-Teilnahme dann noch als separater Indikator genutzt wird –, ist derzeit (Sommer 2005) noch unklar.

Die Gerichte haben wiederholt die Rechtmäßigkeit des derzeitigen Risikostrukturausgleichs bestätigt. Die letzte Entscheidung des Bundessozialgerichts wurde vom Bundesverfassungsgericht aufrechterhalten, als es im Juli 2004 den Widerspruch zweier Betriebskrankenkassen zurückwies.

Disease Management Programme

Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs führte Disease Management Programme (DMPs) ein – als eine neue Form kassen-organisierter Managed Care, die die Risikoselektion unter Kassen durch Anreize zur Verbesserung der Versorgung ihrer chronisch kranken Versicherten reduzieren sollte. Um dies zu erreichen, werden Versicherte, die in einem DMP eingeschrieben sind, für ihre Kasse im Risikostrukturausgleich in eine separaten Kategorien geführt.

Das Gesetz definierte einen komplizierten Prozess zur Einführung der DMPs: Der damals neu gebildete Koordinierungsausschuss (nun Gemeinsamer Bundesausschuss) war beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit bedeutsame chronische Erkrankungen sowie Minimalanforderungen an DMPs vorzuschlagen. Dies bedeutete eine neue Art der Aufgabenteilung zwischen Selbstverwaltung und Bundesministerium für Gesundheit, das auf dieser Basis Verordnungen erlassen sollte. Das Gesetz benannte auch die Kriterien, die bei der Auswahl von Erkrankungen für die DMPs berücksichtigt werden sollten, nämlich die Anzahl der betroffenen Patienten, das Potential zur Verbesserung der Versorgungsqualität, das Vorhandensein evidenz-basierte Leitlinien, der Bedarf für sektorenübergreifende Versorgung, das Potential zur Verbesserung durch Patienteninitiative und hohe Ausgaben.

Basierend auf den definierten Minimalanforderungen schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern einen Vertrag ab und etablieren ihre eigene Vorgehensweise, ihre Versicherten zu informieren und für eine – freiwillige – Teilnahme zu überzeugen. Andere Anforderungen betreffen die Patienteninformation und die Evaluation der DMPs. Kassen beantragen dann eine Akkreditierung ihrer DMPs beim Bundesversicherungsamt, das überwiegend überprüft, ob das DMP die gesetzlichen Anforderungen erfüllt. Nach Akkreditierung organisieren und koordinieren die Krankenkassen die DMPs.

Einige Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes schlug der Koordinierungsausschuss die ersten vier Erkrankungen für DMPs vor: Diabetes mellitus, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit und Asthma/chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Der Prozess zur Bestimmung der Minimalanforderungen war kontroverser und zeitaufwändiger. Eine Blockade trat im Sommer 2002 auf, als die Vertreterversammlung der KVen auf Bundesebene eine Resolution

verabschiedete, dass keine KV einen DMP-Vertrag bis zu den Bundestagswahlen im späteren Verlauf des Jahres schließen sollte. Nach der Wiederwahl der Bundesregierung verlief der Prozess glatter, jedoch immer noch mit Hürden und Verzögerungen. Ein Grund war die Anforderung, die Verträge zwischen Gruppen von Krankenkassen und Gruppen von Leistungserbringern zu entkoppeln. Während DMPs von einzelnen Krankenkassen angeboten werden müssen, vereinbarten die Kassen nämlich trotzdem zumeist kollektive Verträge mit den KVen. Zudem mussten die Krankenkassen spezielle Verfahren zur Einschreibung von Versicherten, zur Patienteninformation und Evaluation der jeweiligen DMPs etablieren.

Im Februar 2003 akkreditierte das Bundesversicherungsamt die ersten DMPs für Brustkrebs in der Region Nordrhein. Diese DMPs basieren auf einem einheitlichen Vertrag zwischen allen Krankenkassen, die in der Region aktiv sind, und der Kassenärztlichen Vereinigung sowie einer Zahl von Krankenhäusern. Maßnahmen zur Qualitätssicherung umfassen eine standardisierte Dokumentation, Feedback für Ärzte, Patienteninformationen und Erinnerungssysteme (32).

Bis zum 1. März 2005 waren insgesamt 6191 Anträge für DMPs beim Bundesversicherungsamt eingegangen – über 3000 für Diabetes, über 2000 für Brustkrebs und über 1000 für Koronare Herzkrankheit. Die Verordnung für chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und Asthma war erlassen, aber Anträge lagen noch nicht vor. Die meisten DMPs basierten auf Verträgen der Kassen mit KVen. In nur wenigen Fällen haben Kassen selektiv mit einem Netzwerk von Ärzten vertragliche Vereinbarungen getroffen. Bisher ist nur eine geringe Zahl von Krankenhäusern an DMP-bezogenen Verträgen beteiligt (33).

Der derzeitige Aktivitätsgrad deutet darauf hin, dass die Anreize für Krankenkassen funktionieren, DMPs anzubieten und die Anzahl der in DMPs eingeschriebenen Versicherten zu erhöhen. Kritiker warnen, dass DMPs keine Einsparungen bewirken, sondern zu Mehrausgaben führen. Auf längere Sicht gesehen ist auch von Nachteil, dass Kassen wenig Flexibilität haben, ihre DMPs an Erfahrungen und neue Therapiemöglichkeiten anzupassen, da viele Änderungen an DMPs erfordern, dass die zugrunde liegenden Verträge geändert und vom Bundesversicherungsamt genehmigt werden müssen. Minimalanforderungen an DMPs müssen in Form einer Verordnung vom Bundesministerium für Gesundheit erlassen werden auf der Basis von Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Obwohl Dokumentationsanforderungen in einer Verordnung von 2004 reduziert wurden, werden die Anforderungen zur Akkreditierung und Dokumentierung der DMPs von Ärzten noch als Hürde wahrgenommen. DMPs können als konzertierte Verbesserung zur Patientenversorgung dienen, und zwar durch die Implementierung von Leitlinien, die mit Patienteninformationen

und datengestütztem Feedback verbunden sind. Sie wurden bisher eher eilig implementiert und ohne Vorlauf in Pilotprojekten, da Krankenkassen finanzielle Interessen haben, DMPs frühzeitig zu starten und Versicherte einzuschreiben.

Die Evaluation wird geplant und supervidiert vom Bundesversicherungsamt. Die verschiedenen Programmversionen pro DMP werden untereinander verglichen. Wegen Datenschutzbestimmungen und der zeitlich-dynamischen Entwicklung der Programme schien ein kontrolliertes Studiendesign nicht möglich. Eine Auswertung von Best-Practice-Modellen und Barrieren bei der Implementierung von DMPs sollen die öffentliche und politische Debatte informieren, die überwiegend mit der Machbarkeit von DMPs und ihrem Erfolg zur Minimierung von Risikoselektion, Umverteilung finanzieller Ressourcen und der Qualitätsverbesserung chronisch Kranker befasst ist.

Die gesetzliche Krankenversicherung: Leistungen und Rationierung

Unabhängig vom Versichertenstatus, der Beitragshöhe oder der Dauer der Versicherung haben Mitglieder der GKV und ihre nicht verdienenden Familienangehörigen bei Bedarf den gleichen Anspruch auf Leistungen. Leistungen und Empfänger der sozialen Pflegeversicherung werden im Pflege und Langzeitversorgung beschrieben. Durch Kapitel 3 des Sozialgesetzbuches V sind folgende Leistungen (meist in allgemeiner Formulierung) gesetzlich in den Leistungskatalog der GKV eingeschlossen:

- Prävention von Krankheit, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz;
- Früherkennung von Krankheiten;
- Behandlung von Krankheit (ambulante ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Medikamente und Hilfsmittel, Heilmittel-Leistungen, Krankenhausbehandlung, häusliche Pflege, einige Bereiche der medizinischen Rehabilitation und Soziotherapie);
- Notfallversorgung und Rettungsdienst, Krankentransporte bei bestimmten Gesundheitszuständen;
- einige andere Leistungen wie z. B. Patienteninformation.

Zusätzlich zu diesen Sachleistungen zahlen die Kassen erwerbstätigen Mitgliedern bei Arbeitsunfähigkeit Krankengeld. Das Krankengeld beträgt 70% des letzten Bruttogehalts (max. 90% des Nettogehalts) und wird bis zur 78. Woche einer fortwährenden, ärztlich attestierten Krankheitsperiode gezahlt. In den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit zahlt der Arbeitgeber Lohnfortzahlung, die 100% des Regeleinkommens beträgt. Seit der Einführung

der GKV vor 120 Jahren ist das Verhältnis von Geldleistungen zu Sachleistungen stark reduziert worden (Tabelle 4). Diese Tendenz wurde 2004 verstärkt durch den Ausschluss des Sterbegeldes (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*).

Zu Leistungen, die seit 2004 gesetzlich vom Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen sind, zählen Lifestyle-Medikamente und nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel mit wenigen Ausnahmen (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*). Auch Sehhilfen werden seit 2004 grundsätzlich nicht mehr von Krankenkassen bezuschusst, ausgenommen bei Personen bis zum 18. Lebensjahr und bei schwer sehbeeinträchtigte Menschen (40). Ambulante Krankentransporte sind grundsätzlich von der GKV-Erstattung ausgeschlossen, es sei denn, sie betreffen Transporte von Versicherten mit außergewöhnlicher Gehbehinderung oder Pflegestufe II und III bzw. blinde oder hilflose Personen zu notwendigen Therapien sowie Transporte zur onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie und zur ambulanten Dialyse.

Zwischen 1989 und 1996 boten die Krankenkassen ihren Mitgliedern als dritte Leistungsform Maßnahmen der Gesundheitsförderung an. Während das 2. GKV-Neuordnungsgesetz diese Leistungen ab 1997 abschaffte, wurden sie ab 2000 durch die GKV-Gesundheitsreform teilweise wieder eingeführt.

Gesetzlicher Leistungskatalog: ambulanter Sektor

Das Sozialgesetzbuch sieht detaillierte Regelungen für Leistungen der Prävention und Früherkennung vor (z. B. bezüglich der Krankheiten, für die Vorsorgeuntersuchungen übernommen werden, und der zeitlichen Abstände, mit denen die entsprechenden Untersuchungen stattfinden sollen) und überlässt weitere Regelungen dem Gemeinsamen Bundesausschuss (bzw. seinen Vorgängern). Zur Bestimmung des Leistungskatalogs für kurative, diagnostische und therapeutische Maßnahmen hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss dagegen größere Entscheidungsfreiheiten gelassen. Einzelheiten des Entscheidungsfindungsprozesses hinsichtlich der Finanzierung von Leistungen in der GKV werden unter Technologiebewertung im Gesundheitssystem geschildert. Alle GKV-finanzierten ambulanten ärztlichen Leistungen werden im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ aufgeführt und für Vergütungszwecke mit Punktzahlen versehen (siehe *Vergütung von Ärzten*). Ihr Spektrum ist breit und umfasst die körperliche Untersuchung, Hausbesuche, Schwangerenbetreuung, Sterbebegleitung, chirurgische Eingriffe, Laboruntersuchungen und bildgebende diagnostische Verfahren einschließlich der Kernspintomographie.

Bis 1997 waren explizite Ausschlüsse ärztlicher Leistungen durch den Bundesausschuss nicht möglich, was jedoch mit dem gesetzlichen Mandat für den Bundesausschuss zur (Neu)bewertung bereits GKV-finanzierter

Technologien geändert wurde. Bisher hat der Ausschuss eine geringe Zahl an Entscheidungen über ärztliche Leistungen von begrenztem medizinischem Nutzen getroffen, so z. B. die Knochendichtemessung für beschwerdefreie Patienten. Seine Entscheidungen riefen teilweise jedoch erhebliche Proteste von Leistungserbringern und Patienten hervor. In anderen Sektoren wurden hingegen Leistungsausschlüsse realisiert. So wurden bestimmte zahnärztliche Leistungen wie Gold- und Keramikfüllungen, Hilfsmittel, Sterbegeld für nach 1989 geborene Versicherte, Arzneimittel für so genannte banale Erkrankungen (z. B. Erkältungen, Reisekrankheit) und Medikamente mit geringen Kosten oder nicht belegter Wirksamkeit schrittweise gesetzlich vom GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen.

Gesetzlicher Leistungskatalog: Zahnmedizin

Während gesetzliche Regelungen für Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung eher allgemein gehalten sind, beinhaltet das Sozialgesetzbuch V recht detaillierte Bestimmungen für zahnärztliche, insbesondere zahnprothetische Leistungen. Ein Grund hierfür war das weitgehende Nicht-Funktionieren des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, der bis 2003 mit der Entscheidungsfindung über die ambulante zahnärztliche Versorgung beauftragt war, einschließlich der Leistungen, Zulassung der Anbieter und der Qualitätssicherung. Die Bestimmung des Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetzes, Kronen und Zahnersatz für nach 1978 geborene Personen aus dem Leistungskatalog auszuschließen (obgleich diese weiterhin den vollen Beitragssatz zahlen mussten), war politisch umstritten. Das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung nahm diese Leistungen ab 1999 wieder in den GKV-Katalog auf. Ein erneuter Gesetzesvorstoß, den Zahnersatz aus dem GKV-Katalog auszugliedern, sah zugleich die Pflicht vor, eine Zusatzversicherung für Zahnersatz abzuschließen. Diese Regelung wurde jedoch im Verlauf des Jahres 2004 zugunsten eines „Sonderbeitrags“ aufgehoben, der allein von GKV-versicherten Arbeitnehmern finanziert wird. Zahnersatz bleibt also weiterhin Bestandteil des GKV-Katalogs (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Gesetzlicher Leistungskatalog: andere Leistungen und Sektoren

Zum nichtärztlichen Sektor der medizinischen Versorgung (das heißt „Heilmittel“ in der Sprache des Gesetzes) zählen Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Logopäden und Beschäftigungstherapeuten. Versicherte Patienten haben Anspruch auf entsprechende Leistungen, sofern sie nicht durch das Bundesministerium für Gesundheit explizit aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind, was bislang nicht der Fall ist (§§ 32 und 34 SGB V). Gemäß

§ 138 SGB V dürfen nichtärztliche medizinische Leistungen für Versicherte nur erbracht werden, wenn ihr therapeutischer Nutzen im Zusammenhang mit Empfehlungen zur Qualitätssicherung vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt ist. Die Bedingungen für die Verordnung solcher Leistungen sind in den Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses festgeschrieben. Sie wurden 2004 nach Anhörung und in Kooperation mit den Heilmittelverbänden modifiziert, wobei Heilmittelverbände an der endgültigen Entscheidung im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht beteiligt sind. GKV-abrechenbare Leistungen von Heilmittelerbringern sind nun an bestimmte Indikationen und therapeutische Ziele gebunden. Eine nichtärztliche medizinische Behandlung kann nur verordnet werden, wenn eine Erkrankung erkannt, geheilt oder gelindert, oder wenn Verschlimmerung verhindert und gesundheitlicher Schaden abgewandt werden kann. Das gilt auch, wenn die Gesundheitsgefährdung von Kindern und das Risiko der Pflegebedürftigkeit verhindert oder vermindert werden können. Wie zuvor erwähnt (siehe *Organisationsstruktur und Akteure im Gesundheitssystem*), sind psychotherapeutisch tätige Psychologen die Ausnahme von der Regel, da sie Mitglieder der KVen geworden sind.

Ambulante Pflege ist getrennt geregelt. Legitimiert durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz erließ der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auch für diesen Sektor Richtlinien, um Verantwortlichkeiten zu klären und die Zusammenarbeit zu verbessern zwischen Krankenkassen, die für zeitlich befristete häusliche Behandlungs- und Grundpflege zuständig sind, und Pflegekassen, die für die Langzeitpflege zuständig sind (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*). Dennoch sind organisatorische und finanzielle Verantwortlichkeiten weiter Gegenstand der Diskussion. Zum Beispiel entschied das Bundessozialgericht, dass Hilfsmittel für Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren seien.

Der Leistungsumfang in Krankenhäusern wird traditionell von zwei Faktoren bestimmt: Dem Krankenhausplan der Landesregierung und den Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus. Die schrittweise Einführung von Diagnose-bezogenen Fallpauschalen als durchgehendes Vergütungssystem im Krankenhaussektor seit 2004 wird das Leistungsspektrum in Krankenhäusern auf veränderte Weise beeinflussen. Die Regelung des Zugangs zu innovativen Leistungen und deren Vergütung ist Gegenstand intensiver Diskussion (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*).

Prioritätensetzung und Rationierung: Sichtweisen von Öffentlichkeit und Experten

Die Entscheidung über eine Aufnahme (bzw. einen Ausschluss) von Leistungen in den GKV-Leistungskatalog auf der Ebene der Gesetzgebung oder der gemeinsamen Selbstverwaltung stellt eine Form der expliziten Prioritätensetzung dar. Seit 1999 haben der Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen bzw. sein Nachfolger, der Gemeinsame Bundesausschuss, ein formales Verfahren angewandt, um Technologien auszuwählen, die einer Bewertung unterzogen und einer Entscheidung im Ausschuss zugeführt werden sollen. Die Entwicklung von Gesundheitszielen auf Bundesebene hat ebenfalls die Diskussion über Prioritätensetzung im Gesundheitswesen angeregt (siehe *Reformziele*).

Die Öffentlichkeit unterstützt die politische Prioritätensetzung der Rationalisierung vor einer Verringerung des Leistungsspektrums und befürwortet einen umfassenden Leistungskatalog. Vor die Wahl zwischen substantiellen Leistungskürzungen und einer Beitragssatzerhöhung gestellt, würden sich 70% der GKV-Versicherten für letztere entscheiden. Die Mehrheit der Versicherten würde auch mehr zahlen, um Zugang zu qualitativ besserer Versorgung und therapeutischen Innovationen zu bekommen (28). Eine Umfrage von 2004 zeigt allerdings eine Verschiebung in der öffentlichen Meinung: Eine relative Mehrheit befürwortet Leistungskürzungen gegenüber steigenden Beitragssätzen. Andererseits sagten 80%, sie würden ein System mit Hausärzten als primäre Anlaufstelle akzeptieren, und 17% würden eine Behandlung durch eine beschränkte Zahl an Ärzten akzeptieren, wenn damit eine erhebliche Senkung der Beiträge verbunden sei (34).

Eine weitere Untersuchung im Jahr 1998 ergab, dass drei Viertel der Befragten Kürzungen im Arzneimittelbereich unterstützen würden. 74% gaben an, dass Medikamente ohne expliziten Nachweis ihrer Effektivität nicht von den Kassen erstattet werden sollen. 73% unterstützten die Haltung, Ärzte sollen bei gleichwertig effektiven Medikamenten das jeweils günstigere wählen. Eine andere Studie vom Sommer 1998 zeigte, dass eine Bevölkerungsmehrheit die Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gegen die Kostenübernahme für Lifestyle-Medikamente wie Viagra unterstützte (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*).

Umfragen zufolge unterstützt die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung die grundlegenden Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarität in der Finanzierung und Bedarfsorientierung bei der Gewährung von Leistungen (28,35). In einer Umfrage von 2002 befürworteten etwa 80% der GKV-versicherten Bevölkerung die finanzielle Umverteilung zwischen Menschen mit hohem und niedrigem Einkommen, guter und schlechter Gesundheit, jungem

und hohem Alter. „Nettozahler“ unterschieden sich diesbezüglich kaum von „Nettoempfängern“ (36).

In mehreren Umfragen des letzten Jahrzehnts sprachen sich etwa 40% der Befragten für die Berücksichtigung von Lebensstilrisiken bei der Berechnung von Kassenbeiträgen aus, insbesondere durch ein Bonussystem für gesunden Lebensstil. Seltener votierten sie für zusätzliche Beiträge für Personen mit Lebensstilrisiken oder einen Ausschluss von Unfällen bzw. Erkrankungen nach risikogeeigneten Aktivitäten aus der GKV-Leistungspflicht. Die Ablehnung von Rationierung und Befürwortung gleicher Behandlungschancen unabhängig von Alter, Einkommen und Sozialstatus erscheint in den neuen Bundesländern ausgeprägter als in den alten – möglicherweise wegen der historisch stärkeren Betonung sozialer Gleichheit.

Abgesehen von Wartelisten für Transplantationen gibt es keine formalen Anforderungen, Wartelisten zu dokumentieren, wenngleich Einrichtungen Listen zu organisatorischen Zwecken verwenden. Die geringe verfügbare Literatur zu institutionellen Wartelisten und impliziter Rationierung in der Praxis zeigt zum Beispiel, dass Wartelisten für kardiologische Interventionen und ambulante Augenoperationen während der frühen 1990er Jahre durch eine Ausweitung der Kapazitäten deutlich verkürzt wurden. In anderen, nicht repräsentativen Umfragen berichtet ein geringer Teil der Befragten von Wartezeiten, überwiegend die Versorgung an Behandlungszentren mit Subspezialisierung betreffend.

In einer Untersuchung des Deutschen Krankenhaus Instituts von 1995 über die Auswirkungen des Übergangs von retrospektiver zu prospektiver Vergütung von Krankenhausleistungen berichteten 21% der Krankenhäuser, institutionelle Wartelisten zu benutzen (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*). Dieser Anteil ist nach Schätzungen seither deutlich gestiegen. Viele Krankenhäuser berichteten damals, dass Wartezeiten länger geworden seien. Dies liege nicht allein an einer Begrenzung der Kapazitäten, sondern auch an den Zielbudgets für Krankenhäuser, die die Behandlung von GKV-Patienten finanziell weniger attraktiv machten, da die Vergütung nach Überschreitung des vereinbarten Leistungsvolumens degressiv erfolge. Das prospektive Zielbudget in der GKV sei so mit einem relativ schnelleren Zugang zu Krankenhausleistungen für Privatversicherte verbunden (37). Eine genauere Quantifizierung dieser Berichte und Nachuntersuchungen sind derzeit nicht verfügbar. Nach Einführung des Diagnose-bezogenen Fallpauschalensystems zur Krankenhausvergütung soll dieses evaluiert werden im Hinblick auf seine Auswirkungen auf Qualität, Risikoselektion und Zugang.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat die Evidenz von Unterversorgung, Überversorgung und Fehlversorgung

im deutschen Gesundheitswesen dokumentiert (16), die aus der Unterlassung von Gesundheitsinterventionen oder durch die Durchführung bestimmter Interventionen resultieren. Zu diesem Zweck befragte er alle bedeutenden Akteure im Gesundheitswesen auf Seiten der Ausgabenträger, Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen und staatlichen Behörden. Diese führten Unterversorgung auf eine Vielzahl an Gründen zurück; Unterversorgung mit diagnostischen Leistungen zum Beispiel wurde von den Befragten häufig auf einen Mangel an Fähigkeiten von Leistungserbringern zurückgeführt, Unterversorgung mit Prävention auf strukturelle Defizite, Unterversorgung mit ambulanten Medikamenten auf Budgetbeschränkungen bzw. auf Unsicherheiten über gerechtfertigte Gründe, Richtgrößen zu überschreiten. Ein Mangel an Kapazitäten wurde hingegen relativ selten als Grund für Unterversorgung angeführt, ausgenommen in ländlichen Regionen in den neuen Bundesländern und einigen medizinischen Subspezialitäten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung dokumentierte 2003, gemessen an (überwiegend experten-basierter) Leitlinien, eine erhebliche Unterversorgung mit Arzneimitteln bei Patienten mit (ausgewählten) chronischen Erkrankungen und seltenen Erkrankungen und gab Schätzungen für den damit verbundenen erhöhten Finanzbedarf ab (38).

Zusätzliche Finanzierungsquellen

Ogleich die gesetzliche Krankenversicherung die Diskussion um Gesundheitsausgaben und Reformen im Gesundheitswesen dominiert, macht ihr Anteil an den gesamten Ausgaben nur 56,7% aus (2003). Zusätzliche Finanzierungsquellen tragen zusammengenommen also 43% der Gesamtgesundheitsausgaben bei. 1,8% der Gesamtausgaben werden von der gesetzlichen Rentenversicherung, 1,7% von der gesetzlichen Unfallversicherung (siehe *Historischer Hintergrund*) und 6,9% von der sozialen Pflegeversicherung (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*) finanziert. Die lang währende Bedeutung der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Finanzierung eines Großteils der medizinischen Rehabilitation ist charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem. Die Finanzierung medizinischer Rehabilitationsleistungen, oft in stationären Einrichtungen, die den Rentenversicherungsträgern selbst gehören, soll dazu beitragen, Erwerbsminderung und vorzeitige Berentung zu verhindern. 2001 gaben die Rentenkassen 39% (€1,8 Mrd.) ihrer Rehabilitationsausgaben für medizinische Rehabilitation aus, den übrigen Anteil für berufliche Rehabilitation.

Darüber hinaus können noch drei weitere Finanzierungsquellen benannt werden: Steuern, Zuzahlungen und private Krankenversicherung. Laut der Gesundheitsausgabenrechnung (Tabelle 9) wurden Steuern als größte zusätzliche Finanzquelle in den frühen 1990er Jahren von den Zuzahlungen abgelöst.

Steuern

Steuern werden zur Finanzierung verschiedener Bereiche des Gesundheitswesens herangezogen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 führte die duale Finanzierung in den akuten Krankenhaussektor ein, das bedeutet, dass Investitionen aus Steuern von Ländern und Bund finanziert werden, und dass laufende Kosten getragen werden von Krankenkassen oder Privatpatienten, deren Ausgaben gegebenenfalls von der privaten Krankenversicherung erstattet werden. Unabhängig von ihrer Trägerschaft müssen Krankenhäuser in die Krankenhauspläne aufgenommen sein, um Anspruch auf Investitionskosten zu erhalten. Durch diesen Mechanismus erhalten öffentliche, freigemeinnützige und private Träger Steuergelder für Investitionen in ihren Krankenhäusern, solange sich diese Investitionen nach den Vorgaben des Krankenhausplans richten und solange für diesen Zweck Geld zur Verfügung steht (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*).

Steuern werden auch zur Finanzierung von Forschung an Universitätskrankenhäusern und für die Ausbildung von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Krankenschwestern und anderen Gesundheitsberufen in öffentlichen Schulen genutzt. Weitere Verwendungszwecke betreffen die freie Heilfürsorge für Polizei, Militär, Zivildienstleistende, Gefangene, Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger. Seit 2004 sind alle Sozialhilfeempfänger, die nicht anderweitig versichert sind, sowie ein Teil der Asylbewerber verpflichtet, eine Krankenkasse zu wählen, verbunden mit denselben Rechten und Pflichten wie alle anderen GKV-Versicherten. Kommunen zahlen keine Beiträge für die einzelnen Sozialleistungsempfänger, sondern erstatten Krankenkassen die tatsächlich erbrachten Leistungen zurück. Es wird erwartet, dass dieser Wechsel vom ehemaligen Kostenerstattungsprinzip zum Sachleistungsprinzip zu GKV-Preisen die Ausgaben der Kommunen für Gesundheit weiter senken wird.

Der Anteil der Steuern ist im vergangenen Jahrzehnt auf 7,8% der gesamten Gesundheitsausgaben in 2003 zurückgegangen (Tabelle 9). Der deutlichste Rückgang war im Bereich der Ausgaben für Langzeitpflege zu verzeichnen, was die Entlastung kommunaler Budgets durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung ab 1994 widerspiegelt (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*). Aber auch andere Ausgabenbereiche einschließlich Investitionen sind reduziert worden (vgl. auch *Öffentlicher Gesundheitsdienst*).

Mit Ausnahme der staatlichen Unterstützung für Künstler und Landwirtschaftliche Krankenkassen haben Krankenkassen bis 2004 keine Steuergelder erhalten. Seitdem bekommen sie jährlich eine bestimmte Summe vom Bundeshaushalt für verschiedene, familienpolitisch relevante Leistungen: Mutterschaftsgeld, Krankengeld für Eltern in Krankheitszeiten ihrer Kinder, In-Vitro-Fertilisation, Sterilisierung zu Verhütungszwecken und

verschreibungspflichtige Verhütungsmittel (bis zum 21. Lebensjahr). Als Ausgleich für die erhöhten Ausgaben der Bundesregierung wird die Tabaksteuer in drei Schritten bis 2005 um insgesamt fast €1 pro Packung angehoben. Der Geldtransfer der Bundesregierung für Familienleistungen ist gesetzlich festgelegt, unabhängig von der tatsächlichen Nutzung der Leistungen oder den tatsächlichen Einnahmen aus der Tabaksteuer (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Private Haushalte/Zuzahlungen

Von 1992 bis 2003 ist der Anteil der Ausgaben privater Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben von 10,7% auf 12,3% angestiegen (Tabelle 9). Ausgaben privater Haushalte beziehen sich auf Zuzahlungen zu Leistungen, die teilweise von der GKV bzw. anderen Ausgabenträgern finanziert werden, und auf direkte Zahlungen für Leistungen, die nicht durch Dritte finanziert werden.

Tabelle 12 zeigt die Entwicklung der Zuzahlungsregelungen gibt einen Überblick über Regelungen für Zuzahlungen von 1994 bis 2005 in den verschiedenen Leistungssektoren der GKV von 1994 bis 2005 (für Zuzahlungsregelungen in der GKV vor 1994 siehe auch (1)).

Zuzahlungen und begleitende Ausnahmeregelungen haben eine lange Tradition im deutschen Gesundheitswesen, für Arzneimittel beispielsweise schon seit 1923 (39). Feste Zuzahlungen für Arzneimittel gab es von 1977 bis 1989, als Festbeträge eingeführt wurden. Zwischen 1989 und 1992 mussten – außer der Differenz zwischen dem Festbetrag und dem tatsächliche Preis eines Medikaments – keine Zuzahlungen für Medikamente mit Festbetrag bezahlt werden (siehe *Arzneimittel*). Seit 1993 sind außer der Differenz zwischen dem Festbetrag und dem Arzneipreis auch wieder Zuzahlungen zu entrichten (Tabelle 12). Es ist hervorzuheben, dass der Wettbewerb innerhalb von Festbetragsgruppen dazu geführt hat, dass nur wenige Präparate den Festbetrag überschreiten. Dazu beigetragen hat auch die Verpflichtung von Ärzten, ihre Patienten vor Verordnung von Medikamenten mit Preisen oberhalb des Festbetrags über die Zuzahlungspflicht zu informieren.

Im Jahr 1993 wurden Zuzahlungen für alle Arzneimittel in Relation zum Preis des jeweils verkauften Arzneimittels erhoben, eine Idee, die in veränderter Form ab 2004 erneut eingeführt wurde (Tabelle 12). Von 1994 bis 2003 waren Zuzahlungen an die Packungsgröße (in drei Stufen) gebunden und boten einen Anreiz für Patienten, größere Packungen nachzufragen. Das gestufte System war auch als Anreiz für Ärzte gedacht, größere Packungseinheiten zu verschreiben und dadurch geringere Kosten pro Dosis und Behandlungsfall zu erzielen.

Die Summe der Zuzahlungen zu Arzneimitteln in der GKV ist von 1991 bis 1998 von €0,6 Mrd. auf €2,7 Mrd. angestiegen. Für Medikamente, die weniger kosten als die Zuzahlung, musste nur der Marktpreis entrichtet werden, was einer 100%igen Zuzahlung entsprach. Dies betraf zwischen Juli 1997 und Dezember 1998 insgesamt 20% aller Verordnungen und 4% des Umsatzes im GKV-Arzneimittelmarkt. Die neu gewählte rot-grüne Koalition senkte die Zuzahlungsraten unmittelbar nach Regierungsantritt. Folglich sank die Summe der Zuzahlungen auf €2 Mrd. im Jahr 1999 und blieb in den Jahren 2000 bis 2003 stabil bei €1,8 Mrd. (vgl. Tabelle 24). Arzneimittelzuzahlungen nehmen mit dem Alter zu und fallen bei Frauen höher aus als bei Männern (39).

In anderen Versorgungsbereichen wurden in den 1970er Jahren die direkten Zahlungen und Zuzahlungen (insbesondere bei Zahnersatz) der Haushalte durch eine Erweiterung des GKV-Leistungskatalogs reduziert. In den Folgejahren wurden Zuzahlungen jedoch sukzessive wieder erhöht und auf weitere Leistungsbereiche ausgedehnt, – in den 1980er Jahren beispielsweise auf Krankenhausaufenthalte, rehabilitative Maßnahmen und Krankentransporte. Die meisten dieser Neuerungen waren Kostendämpfungsmaßnahmen mit einer Verlagerung der Ausgaben von den Krankenkassen hin zu den Patienten; sie zielten nicht darauf ab, die Gesamtausgaben zu reduzieren. So wurde Patienten mitgeteilt, die tägliche Zuzahlung bei stationären Aufenthalten diene dazu, die Kosten für Lebensmittel zu decken. Im Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurden private Zuzahlung dann aus zwei Gründen befürwortet: Erstens zur Erhöhung der Einnahmen (z. B. durch Senkung der Ausgaben für zahnärztliche Leistungen, Physiotherapie und Krankentransport und durch die Verpflichtung des Patienten, Arzneimittelkosten über den Festbeträgen selbst zu tragen) und zweitens zur Honorierung „verantwortlichen Verhaltens“ mit einem Bonus für präventives Verhalten in Form von reduzierten Zuzahlungen. Diese Maßnahmen gehörten zu einem Paket, das das Zuzahlungssystem neu ordnete und insgesamt zu stärkerer Kostenbeteiligung führte.

1997 wurde die Kostenbeteiligung für Arzneimittel, Kuraufenthalte und rehabilitative Maßnahmen merklich erhöht; Kronen und Zahnersatz wurden für nach 1978 Geborene aus dem Leistungskatalog entfernt (Tabelle 12). Auch für vor 1979 Geborene wurde zahnärztliche Behandlung zum Testfeld marktorientierter Maßnahmen. Die Versorgung mit Zahnersatz war 1998 nicht mehr Gegenstand direkter Vergütung durch die Krankenkassen. Stattdessen mussten Patienten ihre Behandlung privat bezahlen und bekamen nachträglich eine festgesetzte Summe von der Krankenkasse, den so genannten Festzuschuss, erstattet. Damit wurde die Zahnersatzbehandlung der erste Bereich der GKV, der auf der Basis direkter „Verträge“ zwischen Patienten und Leistungserbringern geregelt. Obwohl die Höhe der privaten Abrechnung gesetzlich begrenzt war,

schätzte das Bundesministerium für Gesundheit, dass mindestens ein Drittel der Zahnärzte mehr berechnete. Konsequenterweise wurde die Regelung Ende 1998 wieder von der früheren Regelung mit prozentualen Zuzahlungen abgelöst (Tabelle 12).

Das GKV-Modernisierungsgesetz zielte darauf ab, durch Zuzahlungen GKV-Ausgaben zu senken und die Inanspruchnahme zu steuern. Ein Großteil der angestrebten Einsparungen des Gesetzes (ca. 4% der GKV-Ausgaben) sollte durch eine Kostenverlagerung auf Patienten durch Nutzerentgelte und Leistungsausschlüsse erreicht werden (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*). Das Gesetz vereinheitlichte die Zuzahlungen und erhöhte sie auf €10 pro Krankenhaustag bzw. auf €5 bis €10 für Leistungen und Produkte im ambulanten Sektor. Erstmals wurde auch für die vertragsärztliche und vertragsärztliche Behandlung eine Zuzahlung eingeführt. Die Praxisgebühr von €10 wird beim ersten Besuch einer Zahnarztpraxis und einer Arztpraxis pro Quartal (nicht notwendigerweise einer Hausarztpraxis) fällig. In demselben Quartal fällt die Praxisgebühr nur dann erneut an, wenn weitere Ärzte ohne Überweisung des erstkontaktierten Vertragsarztes aufgesucht werden (Tabelle 12).

Seit 2004 ist auch für jedes Hilfsmittel eine Zuzahlung von 10%, mindestens jedoch €5 (außer wenn der Abgabepreis geringer ist) und höchstens €10 zu zahlen. Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, werden 10% je Verbrauchseinheit, aber maximal €10 pro Monat erhoben.

Ausnahmen für Zuzahlungsregelungen haben eine lange Tradition im Gesundheitswesen und wurden gewöhnlich Armen und Personen mit hohem Versorgungsbedarf teilweise oder vollständig gewährt. Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind vollständig von Zuzahlungen befreit, so beispielsweise Kinder, Jugendliche (ausgenommen für Zahnersatz und Krankentransporte) und Schwangere. Von 1993 bis 2000 verdreifachte sich die Zahl der Personen, die vollständig von Zuzahlungen befreit waren, auf 30% der GKV-Versicherten. So fielen 2001 beispielsweise für 47% der Verordnungen keine Zuzahlungen an (39).

2004 wurde die vollständige Befreiung von Zuzahlungen wegen geringen Einkommens aufgehoben, und Regelungen für die teilweise Befreiung wurden strenger. Gemäß der neuen Definition sind GKV-Versicherte von Zuzahlungen befreit, wenn sie bereits mehr als 2% des Bruttohaushaltseinkommens für Zuzahlungen im betreffenden Jahr aufgewendet haben. Für schwerwiegend chronisch Kranke gilt diese Regelung ab 1% des Haushaltseinkommens. Als schwerwiegend chronisch krank wird anerkannt, wer wenigstens einmal pro Quartal im vorangegangenen Jahr wegen derselben Krankheit ärztlich behandelt wurde und mindestens eines der folgenden Merkmale nachweist:

Tabelle 12. Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1994–2005

	1994- 1996	1. Hälfte 1997	2. Hälfte 1997	1998	1999	2000– 2003 ^b	2004– 2005
Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Behandlung (€)	0	0	0	0	0	0	10 ^c
Arzneimittel (€) ^d							5–10 ^e
– kleine Packungen (€)	1,5	2	4,6	4,6	4,1	4,1 (4)	
– mittlere Packungen (€)						4,6 (4,5)	
	2,6	3,1	5,6	5,6	4,6		
– große Packungen (€)	3,6	4,1	6,6	6,6	5,1	5,1 (5)	
Konservative zahnärztliche Behandlung (€)	0	0	0	0	0	0	10 ^c
Zahnprothesen und Zahnersatz ^h	50% 40% ^f 35% ^g				50% 40% ^f 35% ^g	50% 40% ^f 35% ^g	100% über Festzu- schuss ⁱ
– für vor 1979 Geborene ^h		50% 40% ^f 35% ^g	55% 45% ^f 40% ^g	100% über Festzu- schuss			
– für nach 1978 Geborene		100%	100%	100%			
Kieferchirurgische Behandlung	0–20% ^j	0–20% ^j	0–20% ^j	0–20% ^j	0–20% ^j	0–20% ^j	0–20% ^j
Patiententransport von und zu medizinischen Einrichtungen							
– stationäre Behandlung oder Notfälle (€ pro Fahrt)	10,2	10,2	12,8	12,8	12,8	12,8 (13)	5–10 ^e
– ambulante Behandlung	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Heilmittel und häusliche Krankenpflege							10% plus €10 pro Verord- nung ^k
	10%	10%	15%	15%	15%	15%	
Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlung (€ pro Tag) ^l	6,1	6,1	8,7	8,7	8,7	8,7 (9)	10
Stationäre Vorsorge und Rehabilitation (€ pro Tag)	6,1	12,8	12,8	12,8	12,8	8,7 (9)	10

Quellen: modifiziert nach Busse 2000 (1); Gericke et al. 2004 (39).

Anmerkungen: ^a Mehrere Zuzahlungshöhen waren in den neuen Bundesländern bis 1999 niedriger; ^b in Klammern: Veränderungen für 2002/2003; ^c pro Vertragsarzt- oder Vertragszahnarztbesuch pro Quartal, Überweisungen ausgenommen; ^d maximaler Preis des Medikaments, gegebenenfalls plus Differenz zwischen dem Preis und dem Festbetrag; ^e 10%, mindestens €5 und maximal €10; ^f bei Versicherten mit regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen in den letzten fünf Jahren; ^g bei Versicherten mit regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen in den letzten zehn Jahren; ^h 100% für umfangreiche Zahnbehandlung (mehr als vier Füllungen pro Kiefer oder mehr als drei auf einer Seite, mit Ausnahme multipler Einzelbrücken, welche die Zahl drei überschreiten dürfen); ⁱ Regelung für 2005 (2004 wie vorher): Festzuschuss ist höher für Versicherte mit regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen in den letzten fünf bzw. zehn Jahren; ^j falls Essen, Sprechen oder Atmung stark beeinträchtigt sind und die Behandlung vor dem 18. Lebensjahr begonnen wurde, sonst 100%; Kassen erstatten die Gesamtkosten rückwirkend, wenn der Behandlungsplan vollständig abgeschlossen ist; ^k für Kurzzeitpflege beschränkt auf 28 Tage pro Jahr; ^l bis 2003 begrenzt auf 14 Kalendertage pro Jahr, seit 2004 begrenzt auf 28 Kalendertage pro Jahr.

- Pflegebedürftigkeit der Stufen II oder III;
- eine Schwerbehinderung von mindestens 60% oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit mit einem Schwergrad von mindestens 60%;
- Bedarf einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung (ärztlich, psychotherapeutisch, Heil- oder Hilfsmittel), ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohende Verschlimmerung der Erkrankung, einer Verkürzung der Lebenserwartung oder zu einer lang währenden Verschlechterung der Lebensqualität führen würde.

Diese Definition wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im März 2004 nicht beanstandet, nachdem ein erster, restriktiverer Entwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses zurückgewiesen worden war. (Der Entwurf erforderte Nachweise von zumindest zwei Krankenhausaufenthalten in den vorangegangenen zwei Jahren oder mindestens 8 Arztbesuche pro Jahr oder eine Schwerbehinderung bzw. Erwerbsminderung von mindestens 70%).

Die Zahl der von der Ausnahmeregelung betroffenen Personen ist nur schwer einzuschätzen. Vermutlich gibt es beträchtliche Überschneidungen unter den folgenden Bevölkerungsgruppen: Etwa 1,5 Mio. waren 2003 pflegebedürftig nach Pflegestufe II oder III, und etwa 3 Mio. (von insgesamt 6,7 Mio. Schwerbehinderten) hatten einen Schwerbehinderungsgrad von mindestens 60% (5,11). 2003 erhielten zudem etwa 1,8 Mio. Menschen Leistungen der gesetzlichen Rentenkassen wegen Erwerbsunfähigkeit (10). In der Praxis hatten die Kassen bis September 2004 insgesamt etwa 3,1 Mio. GKV-Versicherten eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen ausgesprochen, die Nachweise erbracht hatten, dass sie bereits mehr als 2% ihres Haushaltseinkommens bzw. bei schwerwiegender chronischer Erkrankung 1% überschritten hatten.

Ausnahmeregelungen beziehen sich nicht auf Leistungen, die nicht von der GKV erstattet werden, und nicht auf den Ausgleich der Preisdifferenz zwischen Festbeträgen und darüber liegenden Marktpreisen (siehe *Arzneimittel*).

Jenseits der Befreiungsregelungen der GKV können Steuerabzüge von der Einkommenssteuer beantragt werden, sofern die jährlichen Gesundheitsausgaben €600 überschreiten.

Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung (PKV) hat im Wesentlichen zwei Versicherungsfelder in Deutschland: Erstens, einen bestimmten Teil der Bevölkerung voll zu versichern, und zweitens, Zusatzversicherungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen anzubieten. Beide Arten der Krankenversicherung werden von 49 Krankenversicherern angeboten, die im Verband der privaten Krankenversicherung zusammengeschlossen sind. Zusätzlich gibt es etwa 45 andere, sehr kleine und gewöhnlich regional begrenzte Privatversicherer. Die Einnahmen der PKV durch Prämien aus der Vollversicherung sind etwa viermal höher als die Einnahmen aus dem Segment der Zusatzversicherung für GKV-Versicherte.

Von 1975 bis 2002 stieg die Zahl der Personen mit privater Vollversicherung von 4,2 Mio. auf 7,7 Mio. Dies entsprach einem Bevölkerungsanteil von 6,9% bzw. 9,3% (41,42). Die überwiegende Mehrzahl der privat Krankenversicherten mit so genannter Vollversicherung lassen sich einer der folgenden Gruppen zuordnen:

- erwerbstätige sowie pensionierte Beamte (Lehrer, Professoren, Kommunal- und Ministerialbeamte, etc.), die von der GKV faktisch ausgeschlossen sind, weil sie durch den Staat den Großteil ihrer privaten Abrechnungen für Gesundheitsleistungen erstattet bekommen und privat krankenversichert sind, um den restlichen Anteil abzudecken;
- Selbständige, die von der GKV ausgeschlossen sind, sofern sie nicht vor der Selbständigkeit schon GKV-Mitglied waren (mit Ausnahme derer, die unter die gesetzliche Versicherungspflicht fallen, wie dies für Landwirte der Fall ist); und
- ehemalige GKV-Versicherte, die in die private Krankenversicherung gewechselt haben, nachdem ihr Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschritten hat (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*). Zudem können Angestellte, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze bereits bei ihrer ersten Erwerbstätigkeit übersteigt oder die aus dem Ausland zurückkehren, freiwilliges Mitglied werden, wenn sie innerhalb von drei Monaten einen entsprechenden Antrag stellen.

Angestellte, die die gesetzliche Krankenversicherung verlassen haben, aber durch Einkommenseinbußen oder eine Erhöhung der GKV-Versicherungspflichtgrenze wieder versicherungspflichtig werden, können

von der Pflichtmitgliedschaft ausgenommen werden, wenn sie mindestens fünf Jahre außerhalb der GKV waren. Seit 2000 gibt es diese Wahl nur noch für Personen unter 55 Jahren; ältere Personen können nicht erneut GKV-versicherungspflichtig werden und sind verpflichtet, auch bei geringem Einkommen privat versichert zu bleiben. Privatversicherer sind gesetzlich verpflichtet, Altersrückstellungen aus den Prämien der Versicherten zu bilden. (Grundsätzlich wird die private Krankenversicherung durch Kapitaldeckung finanziert, während die GKV auf dem Umlageverfahren basiert.) Da Prämien dennoch mit zunehmendem Alter ansteigen (und Versicherte gegebenenfalls finanziell überfordern können, ohne dass diese in die GKV wechseln könnten), sind Privatversicherer seit 2000 verpflichtet, Versicherte über 65 Jahren, die mindestens 10 Jahre privat versichert waren, die Wahl eines so genannten Standardtarifs anzubieten, der ihnen zu Prämien in Höhe des GKV-Beitragshöchstsatzes das Leistungsspektrum der GKV bieten muss, wobei die Kostenerstattung zu GKV-üblichen Preisen erfolgt.

Voll privat Krankenversicherte genießen im Vergleich zu GKV-Versicherten zumeist gleich gute oder bessere Leistungen. Das Leistungsspektrum kann breiter, allerdings auch geringer sein und hängt vom gewählten Versicherungspaket ab. Beispielsweise ist es möglich, zahnärztliche Leistungen nicht zu versichern.

In der PKV variieren die Beiträge in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht sowie medizinischer Vorgeschichte zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Anders als in der GKV müssen für Ehepartner und Kinder ebenfalls Versicherungsprämien gezahlt werden. Daher sind private Krankenversicherungen besonders attraktiv für Alleinstehende und doppelverdienende Paare (42).

Von 1999 bis 2000 stieg die Zahl der privaten Krankenversicherungspolice um 240 000, gefolgt von einem ähnlich hohen Anstieg in 2001. Diese Entwicklung hing vermutlich mit dem Anstieg der Beitragssätze in der GKV zusammen, wodurch finanzielle Anreize zum Wechsel für freiwillig GKV-Versicherte (insbesondere junge, gesunde, alleinstehende Versicherte) verstärkt wurden. Die Regierung reagierte mit einer Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von €3375 pro Monat auf €3825, was einem Anstieg von 13% entsprach. Versicherungspolice mit hohem Selbstbehalt oder Ausschluss gewisser Leistungen (z. B. Zahnersatz) werden überwiegend von Selbständigen gewählt, während dies für Arbeitnehmer nicht attraktiv ist, da sie von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss von 50% ihrer Prämie bis zu einer Obergrenze von 50% des durchschnittlichen GKV-Beitrags erhalten (das hieß beispielsweise €241,40 pro Monat in 2003). Zwischen 1989 und 2001 nahmen die Prämienzahlungen von €8,7 Mrd. auf €21,7 zu (42).

Anders als GKV-Mitglieder müssen privat Versicherte medizinische Leistungen in der Regel direkt zahlen, um anschließend von den Versicherern

ihre Kosten erstattet zu bekommen (Kostenerstattungsprinzip). Es gibt eine Liste für Preise privat erbrachter medizinischer Leistungen (Gebührenordnung für Ärzte), die vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben wird. Ärzte berechnen jedoch meist mehr – um den Faktor 1,7 oder 2,3 (was der maximalen Kostenerstattung durch den Staat als Beihilfeszahler und die meisten privaten Krankenversicherer für technische und persönlich erbrachte Leistungen entspricht), gegebenenfalls auch mehr (siehe *Vergütung von Ärzten*).

Die echte Einzelleistungsvergütung bei privat Krankenversicherten war mit deutlich höheren Ausgabenanstiegen verbunden als in der GKV (Tabelle 13).

Der zweite Markt für private Krankenversicherer sind *supplementäre Zusatzversicherungen*, beispielsweise zur Absicherung von Sonderleistungen

Tabelle 13. Veränderungen der Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und privaten Krankenversicherung (PKV), 1992–2002 (nur alte Bundesländer)

	GKV (in %)	PKV (in %)	Vielfaches PKV zu GKV
Ambulante ärztliche Behandlung	+24	+70	2,9
Zahnärztliche Versorgung	+6	+33	5,5
Arzneimittel (ambulant)	+32	+84	2,6
Hilfsmittel, Heilmittel	+49	+67	1,4
Krankenhausbehandlung	+33	+55 ^a	1,7
Gesamtausgaben	+36	+50	1,4

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung 2003 (42).

Anmerkungen: ^a Krankenhausbehandlung bezieht sich auf allgemeine Behandlungskosten und nicht auf Wahlleistungen für Hotelkosten (-10%) und Chefarztbehandlung (+22%), die jedoch in den Gesamtausgaben der Privatversicherer enthalten sind (letzte Zeile).

bei stationären Aufenthalten, wie Doppelzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung. Da die gesetzlichen Krankenkassen nicht berechtigt sind, diese Policen anzubieten, müssen hierfür private Zusatzversicherungen erworben werden. Laut Mikrozensus hatten 2003 rund 7,5 Mio. Einwohner eine Zusatzversicherung, entsprechend 9% der Bevölkerung (Reiseversicherungen ausgeschlossen). Die Zahl der Zusatzversicherten lag demgegenüber 1998 bei 7,6 Mio. und 1991 bei 5,3 Mio. (42).

Davon abgegrenzt werden können *komplementäre Zusatzversicherungen*, die Zuzahlungen für Leistungen zu versichern, die nicht oder nicht vollständig vom Hauptversicherer getragen werden: Außer für Reisekrankenversicherungen sind komplementäre Zusatzversicherung herkömmlicherweise nicht im deutschen Gesundheitssystem verankert. Die Zahl der so Zusatzversicherten stieg aber ab 1996 im Zuge der Einführung einer Zusatzversicherung für Zahnersatz, welcher für nach 1978 geborene Personen aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen

wurde (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*). Die Zahl der entsprechend zusatzversicherten Kinder stieg 1998 auf 2,2 Mio., fiel jedoch bereits 1999 wieder auf 1,4 Mio., als Zahnersatz wieder allen GKV-Versicherten zugänglich gemacht wurde.

Zudem haben annähernd 900 000 Personen eine Zusatzversicherung für Krankentagegeld, nützlich insbesondere für Selbständige und freiwillig GKV-Versicherte, deren Einkommen oberhalb der Bemessungsgrenze liegt, die für die Bestimmung des Krankengeldes ausschlaggebend ist. Die Krankentagegeldversicherung trägt etwa 13% der Einnahmen von Krankenversicherern bei. Letztlich gab es bis 2004 wenige Versicherungspolice für Zuzahlungen. Die meisten unter ihnen decken Zuzahlungen für Hilfsmittel und Krankenhausaufenthalte, seltener jedoch für Arzneimittel.

Gesundheitsausgaben

Gesamte und öffentliche Gesundheitsausgaben

Deutschland gibt weiterhin einen beträchtlichen Anteil seiner finanziellen Ressourcen für Gesundheit aus. Gemäß der Gesundheitsausgabenrechnung beliefen sich die Gesundheitsausgaben 2003 auf €2904 pro Einwohner und insgesamt auf €239,7 Mrd., was einem Anteil von 11,3% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) entsprach (26). Statistiken der OECD und der WHO weisen die Gesundheitsausgaben etwas niedriger aus (3,6). Nach aktuellen Angaben der OECD beliefen sie sich 2003 auf €2851 pro Einwohner bzw. €235,3 Mrd. insgesamt, was einem Anteil von 11,1% am BIP entsprach. Damit lag Deutschland weiterhin hinter der Schweiz (11,5%), aber noch vor Ländern wie Frankreich (10,1%) oder den Niederlanden (9,8%).

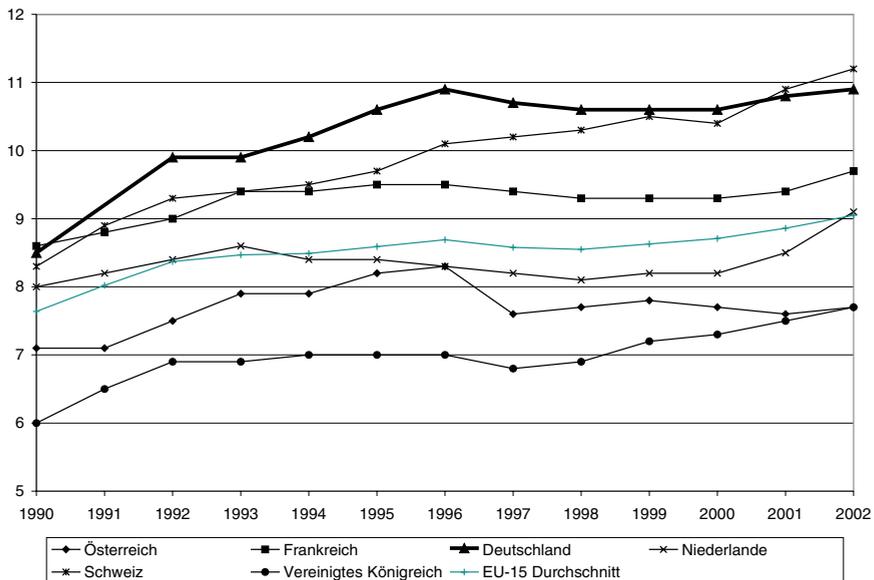
Im internationalen Vergleich ist das Gesundheitssystem ausgabenintensiv (43), sowohl als Anteil am BIP (Abb. 5, Abb. 6) als auch in absoluten Angaben (Abb. 7). 2002 rangierten die (kaufkraftadjustierten) Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit unter OECD Ländern an sechster Stelle und der Anteil am BIP auf Rang drei (3). Das reale Wachstum des Gesundheitsanteils am BIP betrug in den Jahren 1992 bis 2002 jährlich durchschnittlich 2,2%, während es in anderen OECD Ländern bei 3,2% lag (44). Der Anstieg in Deutschland war dabei – anders als in vielen Nachbarländern – seit 1990 kontinuierlich (mit Ausnahme des Jahres 2000). Für den Zeitraum 1998–2003 bildet Deutschland (zusammen mit Österreich) mit 1,8% durchschnittlicher Ausgabensteigerung sogar das Schlusslicht aller OECD-Länder. Irland führt mit 11,4%, aber auch

Großbritannien (5,7%), die Niederlande (4,6%), Frankreich (3,5%) oder die Schweiz (3,5%) weisen deutlich höhere Werte als Deutschland aus. Dies schlägt sich seit etwa dem Jahr 2000 auch in steiler steigenden Werten gemessen am BIP nieder (Abb. 5).

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben stellt sich unterschiedlich dar in Abhängigkeit vom verwendeten Deflator, wobei es keinen spezifischen Deflator für die Gesundheitsversorgung insgesamt gibt (8). Während die Gesundheitsausgaben von 1992 bis 2001 nominell um insgesamt 38,5% zunahmen, stiegen sie real um 20% bei Verwendung des BIP-Deflators, um 15% bei Verwendung des Verbraucher-Preisindex und um 12% bei Verwendung des Preisindex für Gesundheitsgüter. Letztere zwei beziehen sich auf Ausgaben privater Haushalte für Waren, jedoch nicht adäquat auf Preise öffentlich erbrachter Leistungen.

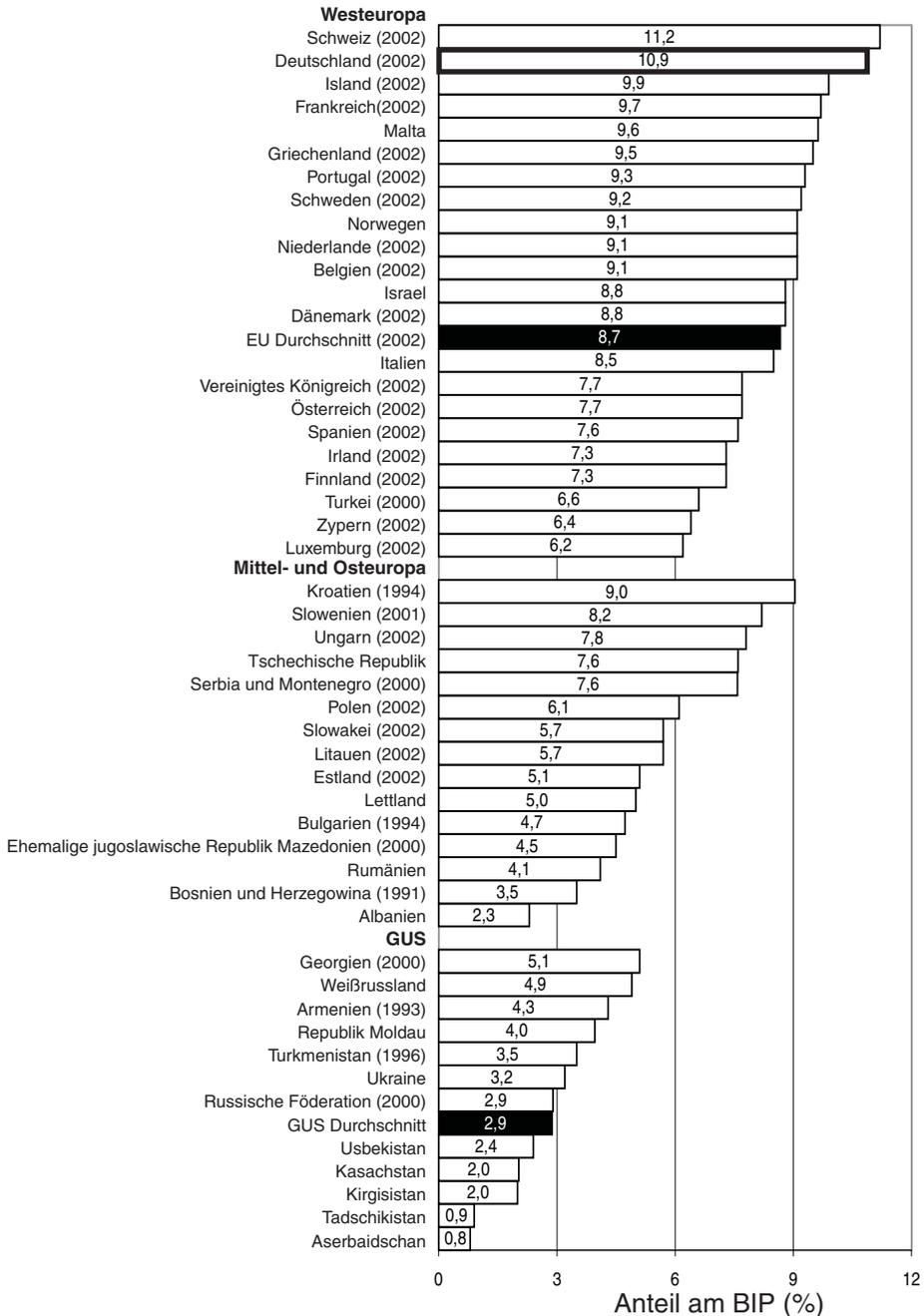
Der Anteil öffentlicher Ausgaben (von Sozialversicherungen und öffentlichen Haushalten) ist im letzten Jahrzehnt leicht zurückgegangen (Tabellen 9 und 14), obwohl neue Leistungen, insbesondere im Rahmen der sozialen

Abb. 5. Entwicklung der Gesundheitsausgaben (in Prozent des BIP) in Deutschland, ausgewählten Ländern und im EU-15-Durchschnitt, 1990–2003



Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

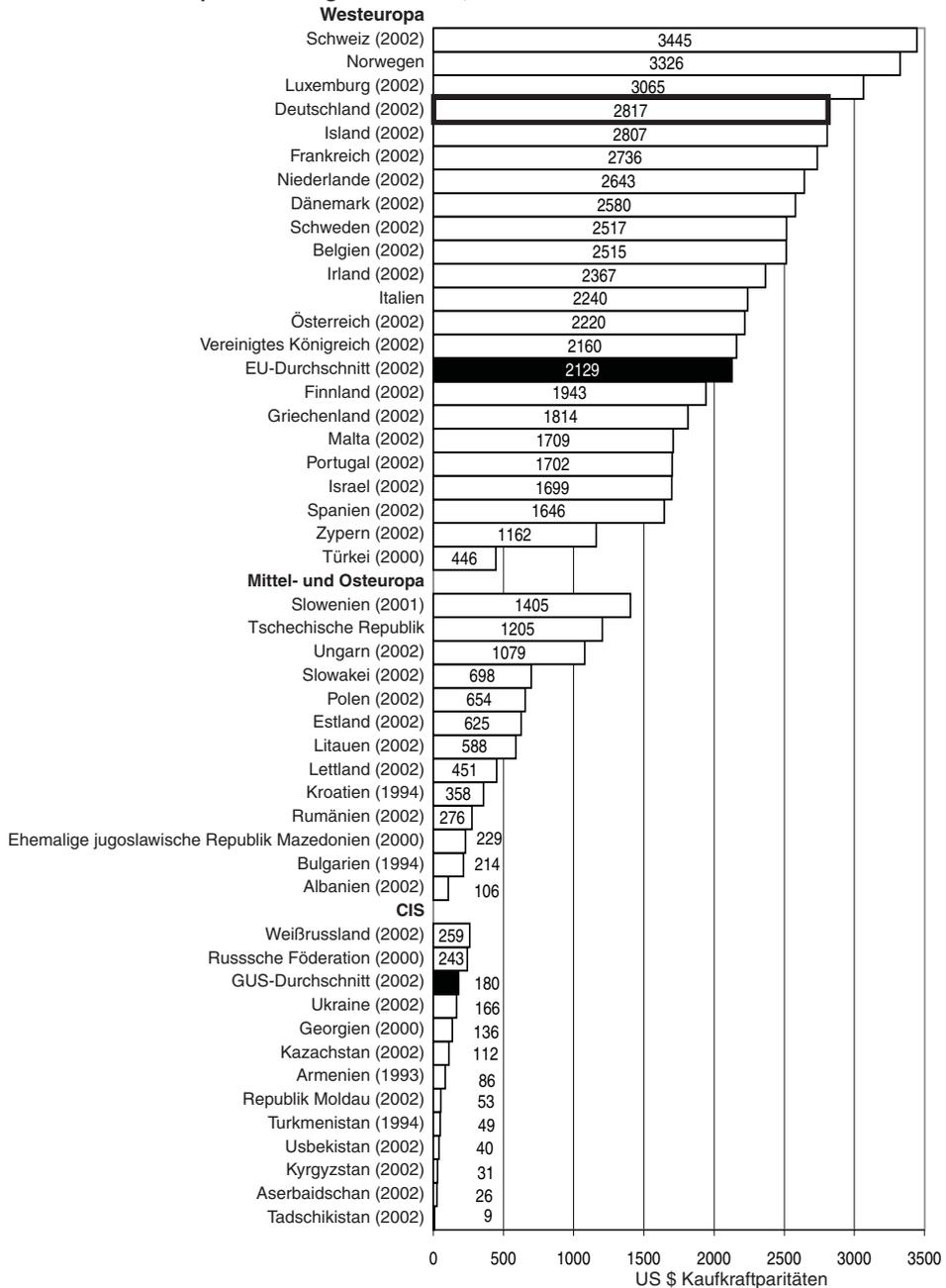
Abb. 6. Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder neueste verfügbare Angaben



Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Anmerkungen: GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten; EU: Europäische Union; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

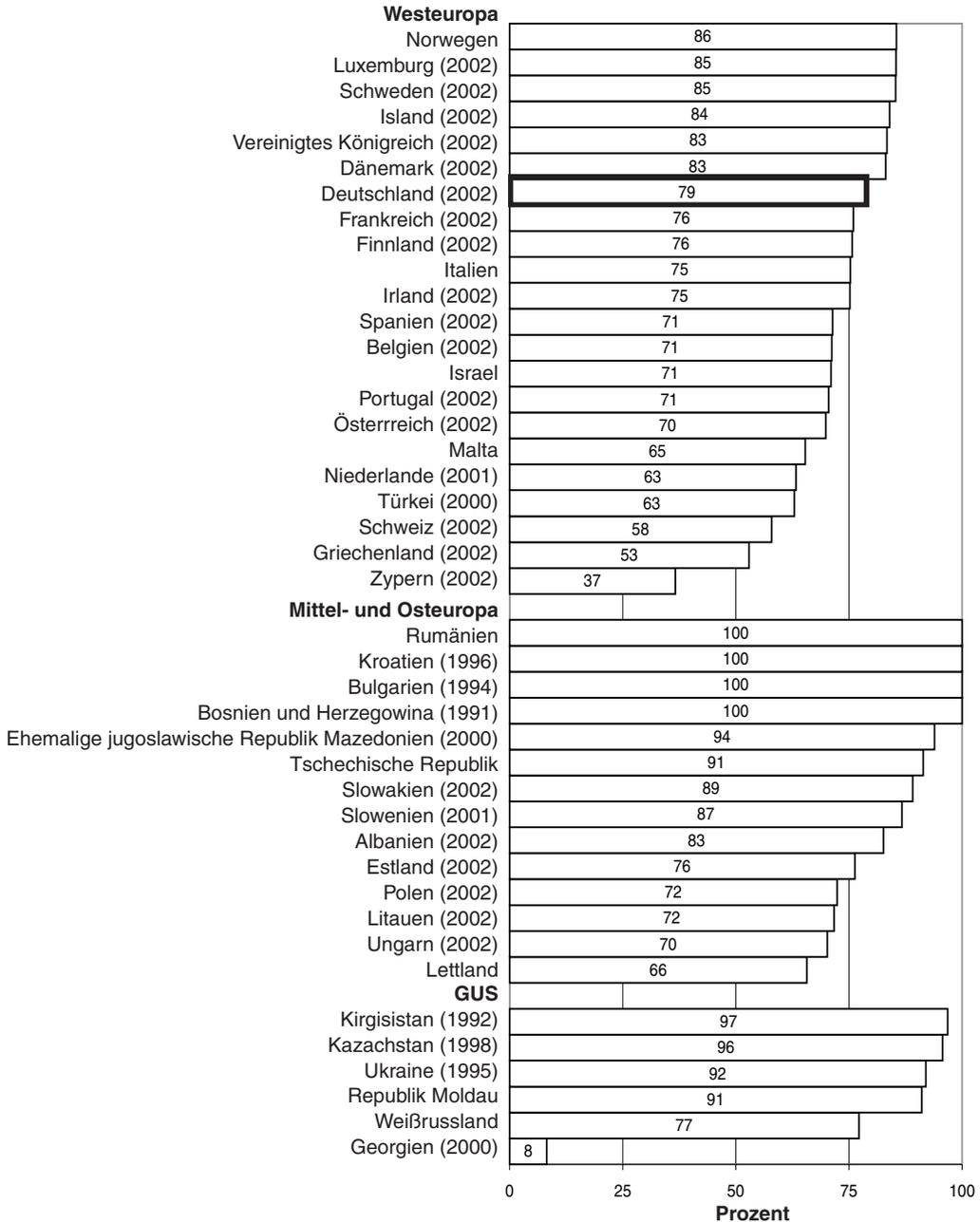
Abb. 7. Gesundheitsausgaben in US\$ Kaufkraftparitäten pro Kopf in der Europäischen Region der WHO, 2003



Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Anmerkungen: EU: Europäische Union; GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

Abb. 8. Öffentliche Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder neueste verfügbare Angaben (in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben)



Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Anmerkungen: EU: Europäische Union; GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

Pflegeversicherung hinzugekommen sind. Diese Entwicklung spiegelt eine relative Zunahme privat finanzierter Ausgaben und einen Rückgang des Anteils steuerfinanzierter Leistungen wider (43). Der Anteil öffentlicher Ausgaben liegt nach der Gesundheitsausgabenrechnung (26) etwa 3,5 Prozentpunkte niedriger als nach Angaben der OECD (3) oder WHO (Tabelle 14, Abb. 8). In Abhängigkeit von der Datenquelle nimmt Deutschland daher im internationalen Vergleich eine mittlere (Tabelle 9) oder relativ hohe (Tabelle 14, Abb. 8) Position ein hinsichtlich des öffentlich finanzierten Anteils der Gesundheitsausgaben. Im gesamtwirtschaftlichen Kontext (als Anteil am BIP) wuchsen die öffentlichen Gesundheitsausgaben am stärksten in den 1970er Jahren und den frühen 1990er Jahren. Ab 1995 blieb der Anteil in etwa konstant bei 8,5% des BIP (Tabelle 14), was 2002 dem höchsten Anteil unter OECD-Ländern entspricht (3).

Struktur der Gesundheitsausgaben

Die Allokation der Ressourcen innerhalb des Gesundheitswesens zeigte von 1992 bis 2003 einige charakteristische Merkmale und Entwicklungen. Während die gesamten Gesundheitsausgaben in diesem Zeitraum um 38,5% anstiegen, nahmen Ausgaben für medizinische Güter um 41%, für Dienstleistungen dagegen nur um 30% zu. Unter den letzteren war der stärkste Anstieg mit 121% in der

Tabelle 14. Entwicklung der Gesundheitsausgaben^a, 1970–2002

	1970	1980	1990	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gesamtausgaben für Gesundheit												
– in jeweiligen Preisen (Mrd. €)	21,7	66,4	108,3	159,8	190,4	199,4	200,2	204,7	210,4	214,9	223,0	230,0
– in Preisen von 1995 ^b (Mrd. €)	55,2	102,1	125,7	173,2	190,4	197,4	196,7	199,1	203,6	208,4	213,6	216,9
– pro Kopf in jeweiligen Preisen (€)	223	824	1 600	1 982	2 331	2 434	2 441	2 495	2 563	2 613	2 708	2 789
– pro Kopf in Kaufkraftparitäten (US \$ KKP)	266	955	1 729	1 962	2 263	2 410	2 416	2 470	2 563	2 640	2 735	2 817
– als Anteil (%) am BIP	6,2	8,7	8,5	9,9	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
Öffentliche Ausgaben für Gesundheit												
– als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit (%)	72,8	78,7	76,2	80,9	80,5	80,6	79,1	78,6	78,6	78,8	78,6	78,5
– als Anteil (%) am BIP	4,5	6,8	6,5	7,7	8,5	8,8	8,5	8,3	8,4	8,3	8,5	8,6

Quelle: OECD Health Data 2004 (3).

Anmerkungen: BIP: Bruttoinlandsprodukt; US \$ KKP: US Dollar in Kaufkraftparitäten; ^a 1970–1990: Angaben beziehen sich nur auf die alte Bundesrepublik; ^b BIP-Deflator.

Tabelle 15. Gesundheitsausgaben insgesamt und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Anteil (%) am BIP nach Einrichtung, 1992–2003

	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003
GKV Ausgaben^a	6,14	6,20	6,36	6,13	6,15	6,13	6,21	6,32	6,28
Stationäre									
Einrichtungen	2,31	2,49	2,52	2,52	2,48	2,47	2,44	2,47	2,44
– Akutkrankenhäuser	2,21	2,37	2,37	2,38	2,34	2,32	2,30	2,33	2,30
Ambulante									
Einrichtungen	3,26	3,11	3,28	3,12	3,16	3,16	3,25	3,31	3,32
– Arztpraxen	1,07	1,11	1,13	1,12	1,12	1,12	1,11	1,11	1,11
– Apotheken	1,03	0,86	0,93	0,89	0,94	0,95	1,03	1,07	1,06
Krankentransporte/ Rettungsdienste	0,06	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
Verwaltung ^b	0,35	0,35	0,36	0,35	0,36	0,36	0,37	0,38	0,38
Ausland	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Gesamtausgaben	10,1	10,4	11,1	10,8	10,8	10,8	11,0	11,1	11,1
Stationäre									
Einrichtungen	3,89	4,19	4,29	4,23	4,22	4,20	4,20	4,25	4,20
– Akutkrankenhäuser	2,88	3,07	3,05	3,08	3,04	3,01	3,00	3,02	2,99
Ambulante									
Einrichtungen	4,70	4,64	5,01	4,94	4,96	4,95	5,08	5,14	5,12
– Arztpraxen	1,36	1,42	1,46	1,48	1,49	1,48	1,49	1,49	1,50
– Apotheken	1,40	1,27	1,36	1,38	1,40	1,40	1,49	1,53	1,53
Krankentransporte/ Rettungsdienste	0,08	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,11	0,11	0,13
Verwaltung ^b	0,54	0,56	0,60	0,61	0,62	0,61	0,62	0,65	0,65
Ausland	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02

Quelle: eigene Berechnung nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2004 (26).

Anmerkungen: ^a ausgenommen Geldtransferleistungen; ^b umfasst Verwaltungsausgaben der Ausgabenträger; Ausgaben der Leistungserbringer werden bei der Vergütung für Dienstleistungen und Produkte berücksichtigt (ausgenommen die von Kassen übernommenen Ausgaben im Rahmen von Disease Management Programmen).

Langzeitpflege infolge der gesetzlichen Einführung der Pflegeversicherung 1993 zu verzeichnen (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*).

Die Ausgaben der GKV wuchsen in etwa parallel zur volkswirtschaftlichen Entwicklung, übertrafen jedoch die BIP Wachstumsrate in den Jahren 1996 und erneut in 2002 und 2003. Tabelle 15 zeigt, dass der BIP-Anteil der Ausgaben für ambulante vertragsärztliche Versorgung und für die stationäre Versorgung seit 1997 bzw. 1998 sogar abnahm. Im internationalen Vergleich fallen die Ausgaben für akutstationäre Versorgung gering aus wegen des starken

Sektors niedergelassener Ärzte, die Versorgung in nahezu allen medizinischen Disziplinen gewährleisten (45).

Im Gegensatz zu diesen stark regulierten Sektoren mit persönlich erbrachten Dienstleistungen stiegen GKV-Ausgaben für Arzneimittel seit 2001 überdurchschnittlich an, ergänzt durch kleinere Ausgabenbereiche wie Hilfsmittel, Rettungsdienst und Verwaltungskosten. Verwaltungskosten unterscheiden sich beträchtlich zwischen der GKV und der privaten Krankenversicherung. 2002 gab erstere 6,1% ihrer Ausgaben, letztere 16,7% ihrer Ausgaben für Verwaltung bzw. Marketing aus (42).

Die Pro-Kopf-Ausgaben sind in den neuen Bundesländern wesentlich schneller gestiegen als in den alten Bundesländern, liegen aber nominell weiterhin unter denjenigen in den alten Ländern, insbesondere in Sektoren mit hohem Anteil persönlich erbrachter Leistungen (außer Notfallversorgung und häusliche Krankenpflege). Dagegen lagen Arzneimittelausgaben über den Ausgaben in alten Bundesländern, teils wegen eines höheren Bedarfs bei durchschnittlich schlechterem Gesundheitszustand, teils wegen geringerer rationaler Verschreibungspraxis der niedergelassenen Ärzte (18).

Leistungserbringung im Gesundheitssystem

Ein wesentliches Merkmal der Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem ist die klare institutionelle Trennung zwischen (1) dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, (2) der primären und sekundären Versorgung im ambulanten Sektor und (3) der traditionell auf die stationäre Behandlung beschränkten Krankenhausversorgung. Das folgende Kapitel ist entsprechend aufgebaut. In Unterabschnitten werden zudem die Versorgungsbereiche der Notfallversorgung, der ambulanten Krankenhausleistungen, der ambulanten Operationen und der Integrierten Versorgung behandelt.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Wenngleich sich die spezifischen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Ebene, auf der sie erbracht werden, von Bundesland zu Bundesland unterscheiden, beinhalten sie generell Aktivitäten, die mit Hoheitsrechten sowie der Versorgung ausgewählter Gruppen verbunden sind:

- Überwachung ansteckender Erkrankungen;
- Gesundheitsberichterstattung;
- Aufsicht unter hygienischen Gesichtspunkten über Krankenhäuser und ihr Personal, seit 2000 auch über Praxen niedergelassener Ärzte und nichtmedizinischer therapeutischer Berufe;
- Aufsicht unter gesundheitlichen Gesichtspunkten über Gewerbebetriebe im Bereich Nahrungsmittel, Arzneimittel und Drogen;
- Aufsicht bestimmter Einrichtungen unter umwelthygienischen Gesichtspunkten;

- Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung;
- Ärztliche Untersuchung von Schulkindern und bestimmten anderen sozialen Gruppen;
- Diagnostik und – in Ausnahmefällen – Behandlung bestimmter Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder sexuell übertragbarer Erkrankungen;
- Gemeindenahe sozialpsychiatrische Versorgung;
- Kooperation mit und Beratung von anderen öffentlichen Institutionen.

Diese Leistungen werden von etwa 350 Gesundheitsämtern erbracht, die sich voneinander in Größe, Struktur und genauerer Aufgabenstellung unterscheiden. Im Jahr 2000 unterstanden 78 Gesundheitsämter direkt den Landesregierungen (in Bayern und Hamburg), während 274 Gesundheitsämter (in den übrigen 14 Bundesländern) unter kommunaler Leitung standen (Tabelle 7).

In den ersten Jahrzehnten des Bestehens der Bundesrepublik verteidigten die Bundesländer ihre Zuständigkeit für den Öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgreich gegen wiederholte Versuche der Bundesregierung, mehr Einfluss auf dieses Tätigkeitsfeld auszuüben. Damals lagen Impfungen, Reihenuntersuchungen auf Tuberkulose und andere Krankheiten sowie Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung noch im Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsämter. Ab den 1970er Jahren wurden jedoch viele Aufgaben der individuellen präventiven Dienstleistungen an niedergelassene Ärzte übertragen, verbunden mit einer Ausdehnung des Leistungskatalogs der GKV. Bis 1970 gehörte nur die Schwangerenvorsorge zum Leistungsspektrum der GKV.

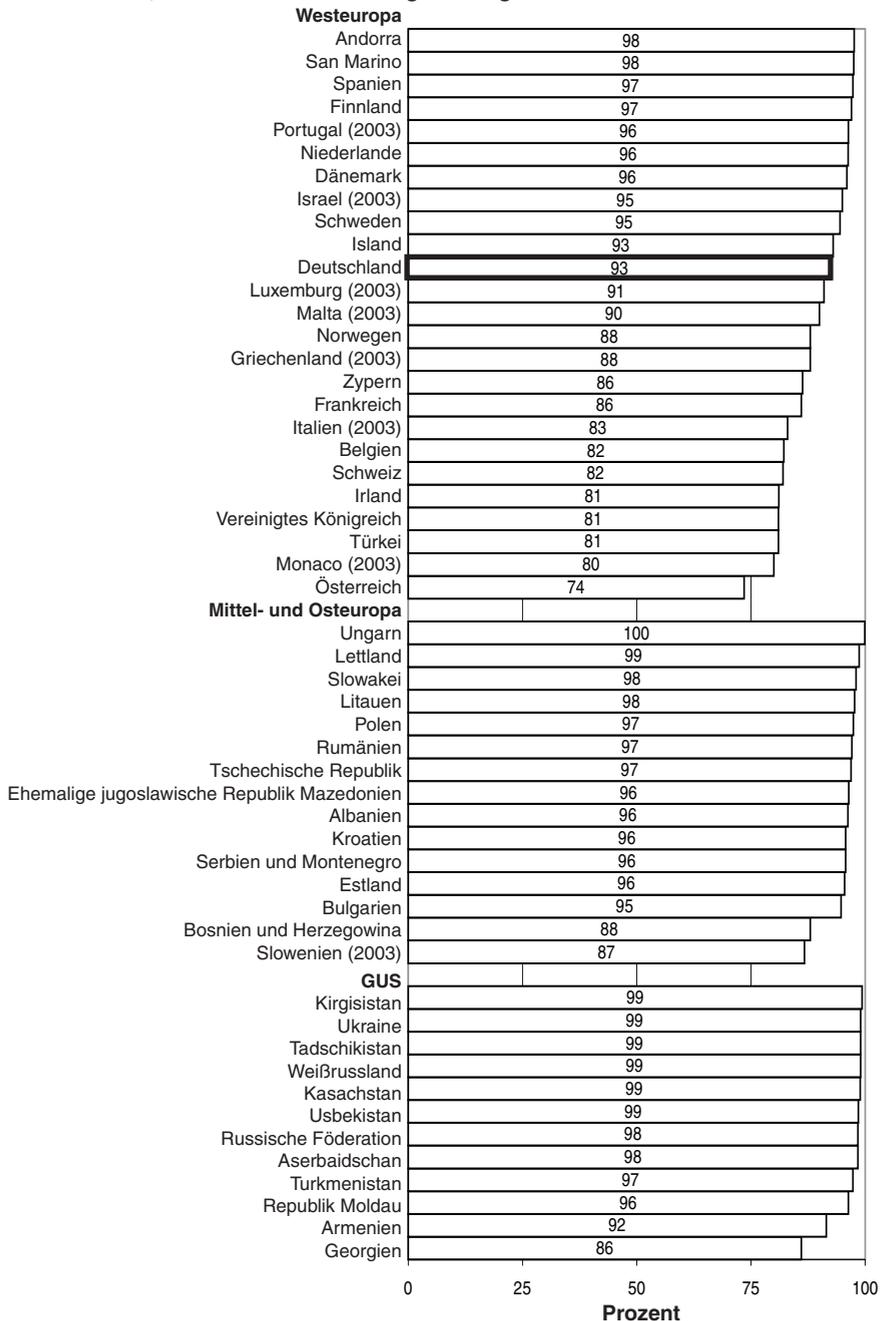
Seit 1971 sind hingegen auch definierte Krebsvorsorgeuntersuchungen Gegenstand des GKV-Leistungskatalogs, die für Frauen ab 20 Jahren und für Männer ab 45 Jahren gelten. Gleichzeitig wurden regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen für Kinder bis zum Alter von vier Jahren eingeführt, die 1989 ergänzt wurden um Untersuchungen bis zum Alter von sechs Jahren und 1997 um Untersuchungen im Alter von ca. 12 Jahren. 1989 wurden zudem die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für Kinder bis zum Alter von 12 Jahren (z. B. in Kindergärten und Grundschulen) und die Individualprophylaxe für 12- bis 20-Jährige als GKV-Leistungen etabliert. Letztere wurde 1993 auch auf die Altersgruppe der 6- bis 11-Jährigen ausgedehnt. 1989 wurden auch regelmäßige „Gesundheits-Check-ups“ zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes eingeführt, die GKV-Versicherten ab dem Alter von 35 Jahren angeboten werden. Auch die Gesundheitsförderung wurde 1989 eine Pflichtaufgabe der Krankenkassen; sie wurde allerdings 1996 wieder abgeschafft und schließlich 2000 in veränderter Form wieder eingeführt.

2003 wurden die existierenden und von der GKV finanzierten Formen der Krebsvorsorge (Frauen: Gebärmutterhals/Genitalbereich, Brust, Haut, Enddarm/Dickdarm; Männer: Haut, Enddarm/Dickdarm, Prostata) erweitert. Sie umfassen nun auch eine Darmspiegelung (zwei Untersuchungen im Alter von 55 und 65 Jahren) als mögliche Alternative zur regelmäßigen Stuhluntersuchung. Zur Brustkrebsvorsorge steht Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren nun ein Mammografie-Screening-Programm zur Verfügung, das auf systematischer Einladung der Versicherten und speziellen Qualitätssicherungskriterien beruht.

Die gesetzliche Erweiterung des Leistungskatalogs um Screening und Früherkennungsuntersuchungen bedeutet, dass diese als Teil der von KVen und Kassen vereinbarten vertragsärztlichen Leistungen und Gesamtvergütung erbracht werden müssen (siehe *Vergütung von Ärzten*). Für einige andere präventive Einzelleistungen (wie z. B. Impfungen) handeln die Vertragsärzte dagegen mit den Kassen (nicht budgetierte) Einzelleistungsvergütungen aus. So werden Vorsorgemaßnahmen jetzt weitgehend unter den gleichen rechtlichen Bedingungen wie kurative Leistungen erbracht, und ihre genaue Definition ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Ärzten auf Bundesebene (siehe *Planung, Regulierung und Management*). Die derzeitigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung umfassen in erster Linie die Dokumentation (und Vergütung) der Anamnese und der klinischen Untersuchung, bestimmte Laborleistungen sowie die Mitteilung der Testergebnisse und der damit verbundenen Prognose, während der Gesundheitsberatung, gemessen an den Dokumentationsanforderungen, nach wie vor wenig Priorität eingeräumt wird.

Die Verlagerung der Zuständigkeit für Impfungen vom Öffentlichen Gesundheitsdienst zu den Arztpraxen hat dazu beigetragen, dass die Durchimpfungsraten im internationalen Vergleich eher mittelmäßig bis niedrig ausfallen (Abb. 9). Obwohl sich die Impfraten bei Kindern in den letzten Jahren verbessert haben (5,6), wird das Impfen nach wie vor als Bereich mit Unterversorgung bezeichnet (46,47). In den Jahren 1999 bis 2001 lag die durchschnittliche Impfrate im Einschulungsalter für Tetanus bei 97%, für Keuchhusten bei 74% und für Hepatitis B bei 37%. Impfungen wurden vergleichsweise spät durchgeführt, und weniger als 25% der Kinder erhielten die empfohlene zweite Impfung gegen Mumps, Masern und Röteln. Nur etwa ein Drittel der über 69-Jährigen berichtete, eine Grippeimpfung erhalten zu haben (47). Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes 2000 wird der Impfstatus von Schulanfängern bei der schulärztlichen Untersuchung erhoben. Der untersuchende Amtsarzt darf allerdings weiterhin keine Impfungen durchführen.

Abb. 9. Durchimpfungsrate gegen Masern in Ländern der Europäischen Region der WHO, 2004 oder neueste verfügbare Angabe



Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Anmerkungen: EU: Europäische Union; GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

Nachdem der Öffentliche Gesundheitsdienst Zuständigkeiten in der Früherkennung und Gesundheitsförderung abgeben musste, wurde er personell verkleinert und verlor an Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit. Die Anzahl der im Öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigten Ärzte ging beispielsweise von 4900 im Jahr 1970 zurück auf 3300 im Jahr 1996 und nahm bis 2003 weiter ab auf 3000. 2003 waren insgesamt 22 000 Personen im Öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigt, entsprechend 18 000 Vollzeitäquivalenten (vgl. *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). 15 000 Beschäftigte gehörten Gesundheitsdienstberufen an, wobei Helfer in der Krankenpflege (ca. 4000) die größte Berufsgruppe darstellten, gefolgt von Ärzten (ca. 3000) und Gesundheits- und Krankenpflegern (ca. 3000) sowie Arzthelferinnen bzw. Zahnarzthelferinnen (ca. 2000), gefolgt von Zahnärzten (ca. 1000), Physiotherapeuten, Masseuren und Bademeistern (ca. 1000) und anderen therapeutischen Berufen (21).

Von 1992 bis 2003 blieben die Ausgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit €2 Mrd. bzw. €1,9 Mrd. in absoluten Zahlen nahezu konstant. Dies entsprach allerdings einem Rückgang des Anteils am BIP von 0,12% auf 0,09% (26).

Seit Inkrafttreten des – lange erwarteten – Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2000 sind die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Überwachung von Infektionskrankheiten neu organisiert worden. Die Prozesse wurden effizienter gestaltet und die Ursachenklärung und Datenauswertung stärker beim Robert-Koch Institut zentralisiert, dem Bundesinstitut für übertragbare und nicht übertragbare Erkrankungen. Das Institut erhielt auch mehr Kompetenzen zur Öffentlichkeitsarbeit und Risikokommunikation sowie zur Kooperation mit anderen Institutionen in Europa. Neben der (bereits etablierten) Überwachung von Hygienestandards in Krankenhäusern überprüfen die Gesundheitsämter nun auch Hygienestandards in ambulanten Praxen von Ärzten, Zahnärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsdienstberufe. Zudem sind Krankenhäuser und ambulante Versorgungseinrichtungen nun verpflichtet, über das Auftreten von nosokomialen Infektionen und multi-resistenten Keimen zu berichten, mögliche Ursachen zu erörtern und Verbesserungsmöglichkeiten zu entwickeln. Das Robert-Koch Institut (siehe *Organisationsstruktur und Akteure im Gesundheitssystem*) fasst die gemeldeten Daten zusammen, vergleicht die Daten im Rahmen eines (anonymisierten) Benchmarking und erteilt den jeweiligen Einrichtungen einzeln Rückmeldung. Nicht nur Krankenhäuser, sondern auch alle Arten von Gemeinschaftseinrichtungen, einschließlich Heimen, Schulen und Strafanstalten, müssen nun einen Hygieneplan erstellen und stehen diesbezüglich unter der Aufsicht der Gesundheitsämter. Personen, die in ein Altenpflegeheim aufgenommen werden, sowie Obdachlose und Asylbewerber sollen ein Gesundheitszeugnis einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge vorlegen.

Mit dem Infektionsschutzgesetz 2000 wurden zudem die auf Freiwilligkeit und Beratung basierenden Regelungen, die sich bei der Prävention von HIV als wirkungsvoll erwiesen haben (siehe *Einführende Übersicht*), auf alle sexuell übertragbaren Krankheiten übertragen; frühere striktere Bestimmungen zur Bekämpfung von (klassischen) Geschlechtskrankheiten wurden aufgehoben. Gesundheitsämter sollen ihre Beratungsangebote entsprechend ausbauen. In bestimmten Fällen sollen sie neben diagnostischen auch therapeutische Leistungen anbieten können, beispielsweise bei Tuberkulosepatienten mit eingeschränkter Therapiemitarbeit.

Einige Landesgesundheitsämter haben so genannte Gesundheitskonferenzen auf Landesebene eingerichtet, in denen sich Vertreter der verschiedenen Leistungserbringer, Ausgabenträger und Selbsthilfegruppen versammeln, um Gesundheitsziele abzustimmen und Leistungen im Feld der Prävention besser koordinieren zu können. Gesundheitskonferenzen sind in einem einzigen Bundesland, Nordrhein-Westfalen, auch gesetzlich verankert. Einige Gesundheitsämter haben Gesundheitskonferenzen auch auf kommunaler Ebene eingeführt.

Auf Bundesebene wurde ein weiteres Forum zur Verbesserung der Kooperation zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, den Vertragsärzten, politischen Entscheidungsträgern und anderen Akteuren geschaffen. Das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung wurde im Juli 2002 gegründet, um die Ergebnisse zweier seit 2000 tagender Gremien auf Bundesebene weiterzuentwickeln: der Initiative zur Formulierung von bundesweiten Gesundheitszielen [Gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) (siehe *Reformziele*) sowie den Runde-Tisch-Gesprächen zur Stärkung der Prävention. Ziel der 41 institutionellen Mitglieder des neuen Forums ist es, die Entwicklung umfassender Präventionsprogramme zu fördern und eine Informationsplattform über präventive Aktivitäten und nachhaltige Organisationsstrukturen zu etablieren, die zum selbständigen Fundraising befähigt sind. Als prioritäre Handlungsfelder wurden benannt: Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen und Betrieben, Prävention im Alter sowie die Einführung eines umfassenden Programms zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung liegt überwiegend in den Händen privater gewinnorientierter Leistungserbringer. Dazu zählen Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankengymnasten, Masseur und Bademeister, Logopäden,

Ergotherapeuten, Podologen und technische Berufe, wie z. B. orthopädische Schuhmacher oder Zahntechniker (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). In der ambulanten bzw. häuslichen Akut- oder Langzeitpflege sind überwiegend die großen Wohlfahrtsverbände oder kleine bis mittelständische gewinnorientierte Unternehmen tätig. Diese beschäftigen examinierte Krankenpflegekräfte, Krankenpflegehelferkräfte, Altenpflegekräfte, Sozialarbeiter, Verwaltungspersonal sowie Hilfspersonal ohne Berufsausbildung (siehe *Pflege und Langzeitbetreuung*).

Patienten haben freie Wahl von Ärzten, Psychotherapeuten (seit 1999), Zahnärzten, Apothekern sowie Notfallambulanzen. GKV-Versicherte können andere Gesundheitsprofessionen zwar direkt aufsuchen, allerdings für gewöhnlich nur gegen Selbstzahlung, denn ihre Kasse zahlt deren Leistung nur, wenn sie auf vertragsärztliche Überweisung erfolgt (und entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgeführt wird). Etwa die Hälfte der Vertragsärzte sind als Hausärzte tätig (Tabelle 16). Sie haben keine Gatekeeper-Funktion, jedoch sind ihre Zuständigkeiten zur Koordinierung der Gesundheitsversorgung für ihre GKV-versicherten Patienten in den letzten Jahren gestärkt worden.

2004 arbeiteten von den 306 400 berufstätigen Ärzten 133 400 in der ambulanten Versorgung (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). Von diesen behandelte nur 7500 (5,6%) ausschließlich Privatpatienten. Die übrigen Ärzte behandelten auch (und überwiegend) GKV-Versicherte, und zwar waren 117 900 als Vertragsarzt und Mitglied der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zugelassen (Tabelle 16) und weitere 8000 arbeiteten als Angestellte in Vertragsarztpraxen (in Tabelle 16 nicht dargestellt).

Die Mehrheit der Ärzte sind in Einzelpraxen tätig; nur rund ein Viertel arbeitet in einer Praxisgemeinschaft oder (seltener) in einer Gemeinschaftspraxis. Investitionen und laufende Ausgaben für Räumlichkeiten, Ausstattung und Personal werden von den niedergelassenen Ärzten selbst finanziert und durch die Vergütung ihrer Leistungen durch Kassen, private Krankenversicherer und Selbstzahler amortisiert (siehe *Vergütung von Ärzten*).

Einzelpraxen sind auch in den neuen Bundesländern die dominierende Organisationsform der ambulanten Gesundheitsversorgung. Die zu Zeiten der DDR dominierenden multidisziplinären Polikliniken und betrieblichen Ambulatorien wurden nach der Wiedervereinigung im Zuge des Institutionentransfers rasch aufgelöst und die dort angestellten Ärzte zur Niederlassung bewegt. Nur wenige Polikliniken blieben auf Basis einer gesetzlichen Ausnahmeregelung für die neuen Bundesländer bestehen (siehe *Historischer Hintergrund*). Seit 2004 sind nun erstmals multidisziplinäre Versorgungszentren in allen Teilen der Republik erlaubt. Die Träger dieser

Tabelle 16. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach Fachgebiet und Versorgungsfunktion, 1990–2002

	Vertragsärzte in privater Praxis ^b			Krankenhausärzte	
	1990	Anstieg 1990–2002	2002	davon: mit Zulassung zu belegärztlicher Tätigkeit 2002	mit Ermächtigung zur ambulanten Behandlung von GKV-Patienten 2002
Anästhesisten	508	490%	2 491	^a	1 085
Augenärzte	4 092	27%	5 201	575	133
Chirurgen	2 539	42%	3 601	534	1 832
Frauenärzte	7 306	33%	9 702	1 451	868
Hals-Nasen-Ohren- Ärzte	2 967	32%	3 926	1 509	158
Hautärzte	2 535	30%	3 308	24	100
Labormediziner	419	47%	615	^a	78
Nervenärzte	3 228	56%	5 049	18	213
Orthopäden	3 460	43%	4 963	542	307
Psychotherapeuten	842	382%	3 223	0	213
Radiologen	1 439	68%	2 424	^a	512
Urologen	1 744	46%	2 552	477	220
Internisten, – fachärztlich tätig	12 720	35%	17 179	346	2 668
– hausärztlich tätig			6 843	265	2 668
Kinderärzte	5 128	13%	5 769	47	784
– fachärztlich tätig			322	28	784
– hausärztlich tätig			5 447	19	0
Alle Fachärzte (inkl. oben nicht aufgeführte Disziplinen)	50 567	44%	73 004	5 823	13 974
In der fachärztlichen Versorgung tätige Ärzte^c	n. z.	n. z.	57 221	5 723	10 522
Allgemeinärzte	38 244	13%	31 758	73	69
Praktische Ärzte ^d			11 303	18	286
In der hausärztlichen Versorgung tätige Ärzte^e	n. z.	n. z.	58 844	191	355
Gesamt (hausärztlich und fachärztlich tätige Ärzte)	88 811	31%	116 065	5 914	10 877

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2004, 1999 (49,50).

Anmerkungen: n. z. = nicht zutreffend; ^a nicht näher differenziert, aber subsumiert unter „alle Fachärzte“; ^b neben Vertragsärzten (n= 116 065) und ermächtigten Ärzten (n=10 877) nahmen 2002 noch Partner-Ärzte (n=772) sowie angestellte Ärzte (n=1764) an der vertragsärztlichen Versorgung teil, letztere zwei Gruppen sind hier nicht berücksichtigt; ^c alle Fachärzte ohne hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte; ^d und ärzte ohne Gebietsbezeichnung; ^e Summe der Allgemeinärzte, praktischen Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlich tätigen Internisten und hausärztlich tätigen Kinderärzte (grau unterlegte Felder).

Medizinischen Versorgungszentren können gewinnorientierte Unternehmen, Wohlfahrtsverbände oder Freiberufler sein. Voraussetzung ist allerdings, dass sie ärztlich geleitet werden und als Mitglied der jeweiligen KV die allgemeinen Regeln der ambulanten Versorgung für GKV-Versicherte einhalten.

Die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung hat im letzten Jahrzehnt zugenommen (vgl. Tabelle 31). Für den Zeitraum 1999 bis 2002 ergaben Umfragen durchschnittlich 9,5 bis 11,5 Arztbesuche pro Kopf und Jahr (48). Grunddaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen für 2001, dass GKV-Versicherte durchschnittlich 8 Fälle veranlassten, das heißt 8-mal oder häufiger einen Vertragsarzt aufsuchten; es wird nämlich lediglich der erste Besuch pro Quartal als neuer „Fall“ gewertet, und alle nachfolgenden Besuche bei demselben Arzt werden unter diesem Fall abgerechnet und sind daher in den Grunddaten daher nicht gesondert aufgeführt (49). Die in Abb. 10 aufgeführten Daten unterschätzen vermutlich die tatsächliche ambulante Inanspruchnahme, da ausgehend von den vertragsärztlichen Grunddaten, von einer höheren Gesamtzahl ambulanter Arztkontakte ausgegangen werden muss.

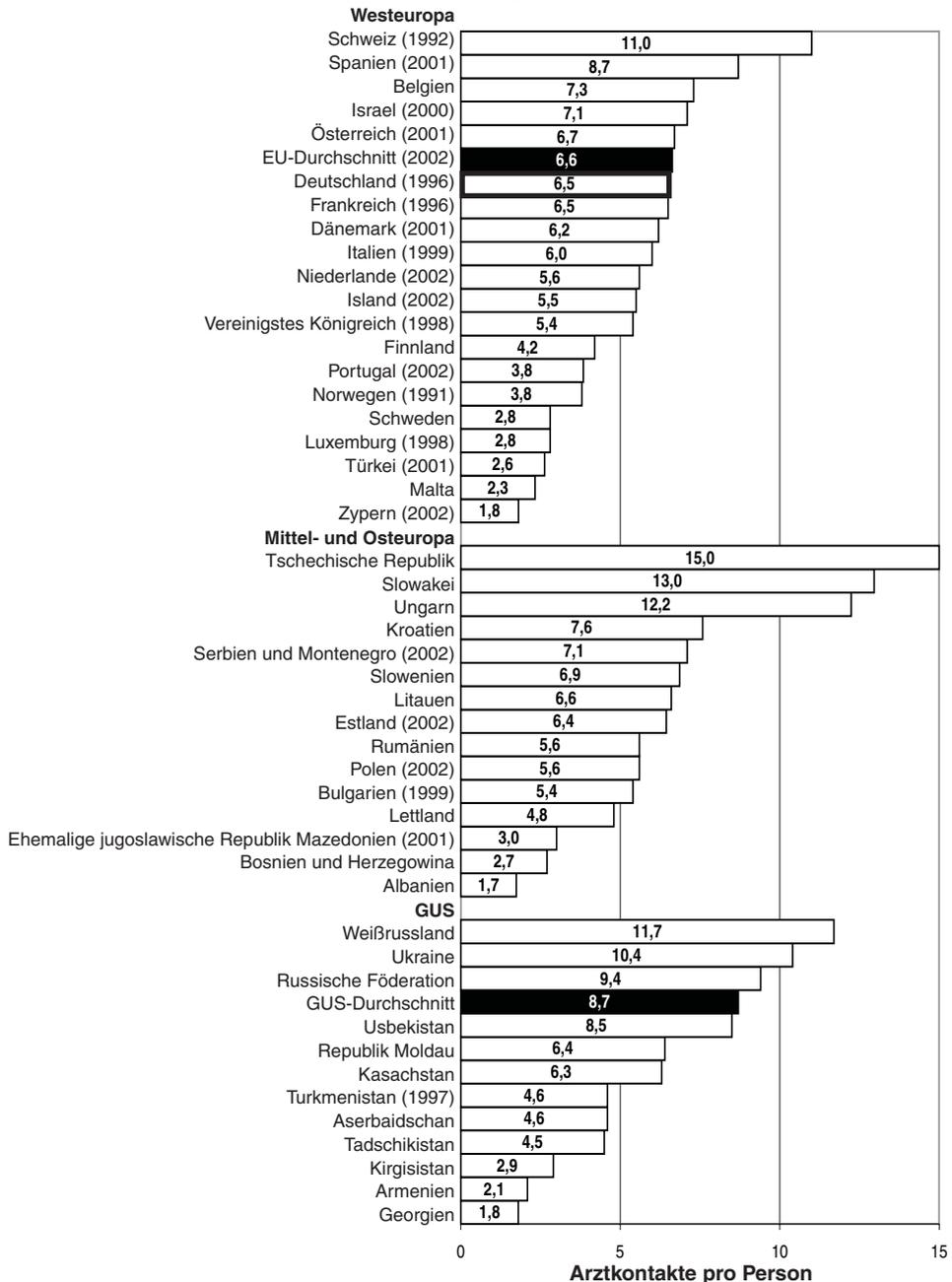
Haus- und fachärztliche Versorgung in der GKV

Das deutsche GKV-System hat traditionell kein Gatekeeping-System. GKV-Versicherte haben freie Wahl unter den als Vertragsarzt zugelassenen, niedergelassenen Ärzten. Gemäß Sozialgesetzbuch (§ 76 SGB V) sind GKV-Versicherte zwar aufgefordert, einen Hausarzt zu wählen, den sie innerhalb des Abrechnungsquartals nicht wechseln sollen, aber die Einhaltung der Regelungen wird nicht kontrolliert (vgl. auch *Zusätzliche Finanzierungsquellen*). In der Praxis konsultieren Patienten niedergelassene Fachärzte häufig ohne Überweisung.

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst nahezu alle Fachgebiete. Tabelle 16 zeigt, wie sich die Zahl der Vertragsärzte auf die verschiedenen Fachgebiete verteilt und von 1990, dem Jahr, das als Maßstab für die bedarfsgerechte Planung der Arztdichte dient, bis 2002 entwickelt hat (vgl. Tabelle 23). Insgesamt stieg die Anzahl der Vertragsärzte in diesem Zeitraum um 31% (Tabelle 16). Allerdings war dieser Trend in den verschiedenen Fachgebieten unterschiedlich stark ausgeprägt: Während die Anzahl der Allgemeinärzte und praktischen Ärzte um 13% zunahm, stieg die Zahl aller Fachärzte mehr als dreimal so stark.

Die geringere Zunahme von Allgemeinärzten ergab sich trotz diverser Bemühungen der Bundesregierung, ihren Status organisatorisch und finanziell zu verbessern. Nachdem auch Internisten und Kinderärzten gesetzlich die Möglichkeit angeboten wurde, in hausärztlicher Funktion tätig zu werden, nahm jedoch der Anteil der Hausärzte deutlich zu. Bis 2002 wurden schließlich

Abb. 10. Ambulante Arztkontakte pro Person in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder neueste verfügbare Angabe



Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Anmerkungen: EU: Europäische Union; GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

alle bereits in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Internisten und Kinderärzte verpflichtet, sich zu entscheiden, ob sie in Zukunft hausärztlich oder fachärztlich tätig sein wollten (§ 73 SGB V). Dies gilt seither auch für alle niederlassungswilligen Internisten und Kinderärzte. Hausärzte und Fachärzte werden (seit 2000) aus getrennten Töpfen und nach weitgehend unterschiedlichen Leistungsprofilen vergütet (siehe *Vergütung von Ärzten*). Seit 2005 wird nun auch die politische Vertretung in Vertreterversammlungen und vielen Vorständen der KVen separat für Haus- und Fachärzte nach Quoten geregelt.

2002 waren von den 116 065 praktizierenden Vertragsärzten 58 844 als Hausärzte (51%) und 57 221 als Fachärzte (49%) tätig. Von den hausärztlich tätigen Vertragsärzten

- verfügten 31 758 über eine Facharztanerkennung in der Allgemeinmedizin,
- arbeiteten 11 303 als praktische Ärzte oder als Ärzte ohne Fachgebietsbezeichnung,
- verfügten 10 336 über eine Facharztanerkennung in der Inneren Medizin und
- 5447 über eine Facharztanerkennung in der Kinderheilkunde.

2002 arbeiteten so 94% aller vertragsärztlich tätigen Kinderärzte und 60% aller vertragsärztlich tätigen Internisten in der hausärztlichen Versorgung. Während nur 37% aller Vertragsärzte Allgemeinärzte oder praktische Ärzte waren, führte die Erweiterung der hausärztlichen Versorgung um hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte dazu, dass insgesamt 51% der Vertragsärzte in der hausärztlichen Versorgung tätig waren. Für die Zukunft wird eine Abnahme des Anteils der Hausärzte erwartet, da aus dieser Gruppe mehr Ärzte altersbedingt ausscheiden werden als aus der Gruppe der Fachärzte.

Tabelle 16 zeigt des Weiteren zwei Aspekte sektorenübergreifender Versorgung auf: Erstens verfügen etwa 5% der Vertragsärzte über eine Berechtigung zur Behandlung ihrer Patienten in Krankenhäusern. Diese belegärztliche Tätigkeit betrifft insbesondere kleine operative fachärztliche Gebiete, in denen Krankenhäuser so wenige Fälle aufnehmen, dass sie diese lediglich bei Bedarf, z. B. ein- bis zweimal pro Woche von niedergelassenen Belegärzten operieren lassen. Alle anderen Vertragsärzte überweisen ihre Patienten zur stationären Behandlung in Krankenhäuser und behandeln sie anschließend ambulant weiter, das heißt die postoperative Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Chirurgen geleistet und nicht durch Krankenhausärzte. Zweitens haben insgesamt etwa 11 000 Krankenhausärzte eine Ermächtigung zur ambulanten Behandlung von GKV-Versicherten. Dies sind zumeist die ärztlichen Abteilungsleiter, die von der KV ermächtigt wurden,

bestimmte Leistungen zu erbringen oder Patienten zu bestimmten Zeiten zu behandeln (z. B. außerhalb der Sprechzeiten). 2002 hatten insgesamt 8% aller Krankenhausärzte eine solche Ermächtigung. Pro allgemeinen Krankenhaus verfügten durchschnittlich je ein Internist und ein Chirurg über eine solche Ermächtigung. Die ermächtigten Krankenhausärzte machten 8,5% aller Krankenhausärzte aus. Verwendet man die Vergütung als Maßstab für die Leistungserbringung, so erbrachten ermächtigte Ärzte etwa 2% der ambulanten Leistungen (und die Ambulanzen von Universitätskliniken insgesamt 5%).

Ab 1993 war es Krankenkassen erlaubt, Hausarztmodelle als Satzungsleistung zu etablieren und speziell dafür eingeschriebenen Versicherten einen Bonus anzubieten. Jedoch wurden wenige Pilotprojekte eingeführt wegen verschiedener gesetzlicher Barrieren, dem Widerstand der KVen und Erfahrungen, dass Hausarztmodelle mit einer Erhöhung der Ausgaben verbunden waren. Seit 2004 sind alle Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten die Einschreibung in eine hausarztzentrierte Versorgungsform anzubieten. Den Teilnehmern kann bei Einhaltung der Regeln ein Bonus gewährt werden. Das erste Projekt wurde in Sachsen-Anhalt von den dort tätigen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Hausärzteverband etabliert. Alle 1600 Hausärzte des Bundeslandes nehmen an dem Hausarztmodell teil, und alle GKV-Versicherten ab 18 Jahren sind berechtigt, sich in das Hausarztmodell einzuschreiben. Eingeschriebene Versicherte zahlen nur 50% der Praxisgebühr und können kürzere Wartezeiten bei ihrem Hausarzt sowie eine Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit Fachärzten erwarten.

Rettungs- und Notfallversorgung

Die Bereitschafts-, Rettungs- und Notfalldienste sind in verschiedenen Bundesländern unterschiedlich geregelt, organisiert und finanziert.

Ein Großteil der Behandlung akuter Beschwerden wird von niedergelassenen Haus- oder Fachärzten während der regulären Sprechzeiten oder während der Bereitschaftsdienste außerhalb der Sprechzeiten durchgeführt (und gegebenenfalls per Überweisung von anderen Leistungserbringern weiterbehandelt). Die meisten Hausärzte führen auch Hausbesuche durch. (Die Hausbesuchstätigkeit ist ein wesentlicher Grund für die – im europäischen Vergleich – hohe Zufriedenheit deutscher Patienten mit ihren Hausärzten (51)). Hingegen bieten nur wenige Fachärzte Hausbesuche während ihrer Sprechzeiten an.

Als Teil ihres Sicherstellungsauftrags der Versorgung im ambulanten Sektor sind die KVen auch für die Koordinierung der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der Sprechzeiten durch Präsenz- und Bereitschaftsdienste zuständig,

nicht jedoch für die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes. Vertragsärztliche Bereitschaftsdienste erfolgen mittels telefonischer Beratung, Hausbesuch oder Aufsuchen der Praxis des jeweils diensthabenden Arztes (bzw. in speziellen Bereitschaftsräumen der KV). Zunehmend werden die vertragsärztlichen Bereitschaftsdienste auch auf dem Campus von Krankenhäusern angeboten, um den Zugang zu notwendiger Versorgung auch mit medizinischen Hochtechnologien zu ermöglichen, gleichzeitig aber unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

Den Sicherstellungsauftrag der notärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes per Notarztwagen haben demgegenüber die Länderregierungen inne, die dessen Erfüllung zumeist Krankenhäusern übertragen, sofern diese nicht abweichende Regelungen treffen. So sind lediglich noch in Bayern und einigen ländlichen Regionen anderer Bundesländer Vertragsärzte an der Notarztwagenversorgung beteiligt.

Im Rettungswesen ist die Versorgung mittels Notarztwagen integriert mit dem nicht-ärztlichen Rettungsdienst sowie der Feuerwehr und dem Technischen Hilfswerk; häufig ist auch der einfache, nicht-rettungsbezogene Krankentransport organisatorisch angeschlossen. Etwa 360 Zentren koordinieren und beaufsichtigen die Rettungsdienste. Sie sind über die bundesweit einheitliche Telefonnummer 112 erreichbar. Bei eingehenden Notrufen wird zwischen einem Bedarf für notärztliche Versorgung und einer nicht-ärztlichen Rettungsversorgung anhand einheitlicher Kriterien differenziert.

Die notärztliche Versorgung im Notarztwagen wird anders geregelt, organisiert und finanziert als die notärztliche Versorgung nach Überschreitung der Krankenhausschwelle. Erstere untersteht gemeinsam mit anderen Rettungsdiensten, dem Brandschutz und den technischen Sicherungsdiensten zumeist der Aufsicht des Landesministeriums für Inneres. Die notärztliche Versorgung innerhalb des Krankenhauses steht hingegen unter der Aufsicht des jeweils für Gesundheit zuständigen Landesministeriums sowie im Fall der Universitätskliniken des Landesministeriums für Wissenschaft. Die Integration der notärztlichen Versorgung in die Rettungsdienste außerhalb des Krankenhauses (auf administrativer und organisatorischer Ebene, aber auch auf finanzieller Ebene, s. u.) bietet viele Vorteile, gleichzeitig geht sie jedoch mit einer eingeschränkten Integration der notärztlichen Versorgungskette über die Krankenhausschwelle einher.

Die meisten Länder übertragen den Sicherstellungsauftrag für die gesamte Rettungsdienstversorgung an die Kommunen. Im Rahmen des jeweiligen Landesrettungsdienstgesetzes können Kommunen die Kapazitäten akkreditieren, regulieren und teilweise auch planen. Dies betrifft sowohl die in ihrer Hand befindlichen Anbieter (zumeist als Teil der Feuerwehr)

als auch privatrechtliche Leistungserbringer, wobei hier freigemeinnützigen gegenüber gewinnorientierten Anbietern klar Priorität eingeräumt wird. Im nicht-rettungsdienst-bezogenen Krankentransport können zumeist auch gewinnorientierte Leistungserbringer tätig werden, wobei jedoch die meisten Ländergesetze auch hier freigemeinnützigen Leistungserbringern Priorität geben.

Die Finanzierung der Rettungsdienste (bis zur Krankenhaustür) folgt einem dualen Prinzip (außer in Brandenburg, s. u.): Während laufende Ausgaben von der GKV, der privaten Krankenversicherung oder von Selbstzahlern getragen werden, ist die Finanzierung von Investitionen weitgehend Ländersache. Für die Notfallversorgung innerhalb des Krankenhauses gilt auch das duale Prinzip, wobei allerdings die allgemeinen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung und -planung angewendet werden (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*). Hinsichtlich der Finanzierung von Investitionen für die Rettungsdienste bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Ländern: Baden-Württemberg finanziert beispielsweise bei Kapazitäten, die im Rettungsplan aufgenommen sind, sowohl Investitionen in Gebäude als auch in die technische und organisatorische Entwicklung. Die bayrische Landesregierung zahlt Investitionen für Transportfahrzeuge und größere technische Geräte. In Nordrhein-Westfalen übernehmen die Kommunen in ihrem Zuständigkeitsbereich auch die Finanzierung der Investitionen. Dagegen werden Investitionsausgaben in Brandenburg ausdrücklich über die Vergütung der laufenden Ausgaben durch Krankenkassen oder andere Ausgabenträger abgeschrieben (monistische Finanzierung), wobei die Preise für die Leistungen mit den Leistungserbringern verhandelt werden. Vertragsverhandlungen zwischen den Kassen und Notarztwagen- bzw. Rettungsdiensteanbietern über laufende Ausgaben sind ansonsten selten (35).

Außerhalb des Krankenhauses werden notärztliche oder nicht-notärztliche Rettungsleistungen zumeist retrospektiv nach Einzelleistungsvergütung erstattet, und zwar als Fahrkosten (§ 60 SGB V). Diese Vergütungsweise hat im letzten Jahrzehnt wesentlich zu dem Anstieg der GKV-Ausgaben in diesem Bereich beigetragen (Tabelle 15) (35). Zuzahlungen waren lange Zeit nur bei nicht-rettungsbezogenen Transportleistungen fällig. Seit 2004 beziehen sie sich jedoch auch auf Notfalltransporte und Notfalleleistungen im Krankenhaus. Nicht-notfallbedingte Krankentransporte sind seither gesetzlich aus der GKV ausgeschlossen, mit Ausnahme der vom Gemeinsamen Bundesausschuss definierten schweren Behinderungen oder bestimmter Behandlungsformen, wie z. B. Chemotherapie oder Dialyse.

Alle Bundesländer haben mittels Gesetz oder Verordnung zeitliche Maximalstandards festgelegt, bis wann die verschiedenen Rettungsdienste eine

hilfsbedürftige Person erreicht haben sollen. Diese bewegen sich zwischen 8 und 17 Minuten nach Eintreffen der Meldung (35).

Stationäre und intersektorale Versorgung

Krankenhäuser waren in der deutschen Gesundheitsversorgung traditionell auf stationäre Versorgung ausgerichtet, und die Grenzen zu anderen Sektoren waren strikt. Lange Zeit waren allein Universitätskliniken und einzelne leitende Ärzte anderer Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Leistungen ermächtigt. In den 1990er Jahren bauten jedoch viele Krankenhäuser die neuen gesetzlichen Optionen des ambulanten Operierens sowie prästationäre und poststationäre Leistungen aus. Krankenhäuser erhielten zudem gesetzlich neue Möglichkeiten, durch Teilnahme an Integrierten Versorgungsmodellen (seit 2000) und Disease Management Programmen (seit 2002), im ambulanten Sektor aktiv zu werden. Seit 2004 können Krankenhäuser zudem eine ambulante Versorgung für bestimmte Personengruppen mit hochspezialisiertem Behandlungsbedarf anbieten.

Stationäre Versorgung

Gemäß der Bundesrahmengesetzgebung im Krankenhausfinanzierungsgesetz obliegt die Planung und Regulierung von stationären Einrichtungen den für Gesundheit zuständigen Landesministerien bzw. – im Fall der Universitätskliniken – den für Wissenschaft zuständigen Landesministerien (siehe *Planung, Regulierung und Management* und *Finanzierung von Krankenhäusern*). Dies gilt für die hochspezialisierte (tertiäre) Versorgung (z. B. Neurochirurgie) und für die reguläre stationäre (sekundäre) Versorgung.

Als Einheiten der Krankenhausplanung dienen die Anzahl und Art von Einrichtungen und Abteilungen sowie in bestimmten Bundesländern auch die Anzahl der Betten. Inhalte und Methoden der Krankenhausplanung variieren je nach Bundesland. Die Planung von Kapazitäten erfolgt nach dem „Bedarfsprinzip“ (nach Fachabteilungen pro Kommune bzw. Landkreis) oder dem „Leistungsprinzip“, wobei die Länder dafür durchaus unterschiedliche Kriterien anlegen. Mehrere Länder beurteilen die Kapazitäten als bedarfsgerecht, wenn eine Fachabteilung im betreffenden Planungsbezirk (Kommune oder Landkreis) eine Bettenauslastung von 80% vorweist. In den letzten Jahren haben einige Landesregierungen wissenschaftliche Beratung zur Definition des „Bedarfs“ und Interpretation des stationären Leistungsgeschehens ersucht.

Bei der Krankenhausplanung haben Krankenkassen und Leistungserbringer zwar in den Landeskrankenhause Ausschüssen Mitspracherechte, die endgültige Entscheidung trifft aber die Landesregierung. Zwar haben Krankenkassen darüber hinaus das Recht, unter bestimmten Bedingungen ein Plankrankenhaus (gemeinsam) zu dekontrahieren, dies hat jedoch in der Praxis kaum Anwendung gefunden.

2003 gab es 2197 Krankenhäuser mit 541 901 Betten (6,57 Betten pro 1000 Einwohner). Darunter verfügten die 276 Krankenhäuser mit psychiatrischen, psychotherapeutischen und/oder neurologischen Betten über 42 116 Betten (siehe auch *Pflege und Langzeitversorgung*) und die 1868 allgemeinen Krankenhäuser (bzw. Akutkrankenhäuser) über insgesamt 499 785 Betten (52). Unter den allgemeinen Krankenhäusern befanden sich 689 in öffentlicher Trägerschaft, 737 in freigemeinnütziger Trägerschaft und 442 in privater gewinnorientierter Trägerschaft mit einem Bettenanteil von 53,1%, 37,5% respektive 9,4% (siehe *Tabelle 8*). Bei den öffentlichen Krankenhäusern waren 30% der Betten in Einrichtungen mit privat-rechtlicher Form und 70% mit öffentlich-rechtlicher Form, wobei 50% der Betten in Einrichtungen mit rechtlich unselbständigem Status und 20% mit rechtlich selbständigem Status aufgestellt waren (52).

2003 standen 8,3% der allgemeinen und psychiatrischen Betten in Universitätskrankenhäusern, 88,7% in Plankrankenhäusern, 1,5% in Krankenhäusern außerhalb des Krankenhausplans, die jedoch Verträge mit Kassen geschlossen hatten, und lediglich weitere 1,5% in Krankenhäusern ohne Verträge mit Krankenkassen. Somit sind über 98% aller allgemeinen und psychiatrischen Krankenhausbetten für GKV-Versicherte zugänglich. Und 97% der Betten sind in Krankenhausplänen der Länder gelistet; ihre Träger haben somit Anrecht auf Investitionszuschüsse der Länder, und zwar grundsätzlich unabhängig von der Trägerschaft (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*). Da jedoch die Krankenhausträger kein Anrecht auf die Finanzierung bestimmter Investitionen haben, erhalten sie häufig die Gelder nicht innerhalb des beantragten Zeitraums. Entscheidungen über die Allokation der Investitionsausgaben sind von politischen Prioritäten und der Haushaltslage abhängig. In der Praxis fallen die Bettendichte pro Bevölkerung und die Investitionsausgaben pro Bett daher je nach Bundesland unterschiedlich aus (siehe *Tabelle 28*).

Zur stationären Versorgung zählen neben den allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern auch Einrichtungen zur Vorsorge und Rehabilitation. 2003 verfügten die 1316 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen über 179 789 Betten, was einer Dichte von 2,18 Betten pro 1000 Einwohner entsprach. Die Verteilung der Trägerschaft unterschied sich deutlich von den Allgemeinkrankenhäusern: Nur 17% der Betten wurden von öffentlichen Trägern bereitgestellt, 16% von freigemeinnützigen und mehr als zwei Drittel (67%) von privaten Trägern. Bei den öffentlichen Einrichtungen waren 17% der Betten in

Einrichtungen mit privat-rechtlicher Form und 83% mit öffentlich-rechtlicher Form, wobei 68% der Betten in Einrichtungen mit rechtlich unselbständigem Status und 15% mit rechtlich selbständigem Status aufgestellt waren (52).

Tabelle 17 zeigt beträchtliche Verschiebungen von Kapazitäten innerhalb des stationären Sektors: Während die Zahl der Betten in Alten- und Pflegeheimen sich zwischen 1991 und 2002 mehr als verdoppelte, wurde die Zahl der Betten in allgemeinen Krankenhäusern wie auch in Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und/oder neurologischen Betten deutlich reduziert (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*). Der Rückgang der Akutbetten war von einer Zunahme an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen begleitet (Tabelle 19).

Tabelle 17. Anzahl der Betten in Krankenhäusern und Heimen pro 100 000 Einwohner, 1991-2002

	1991	1993	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Krankenhausbetten ^a	1 012	966	968	938	930	920	912	901	893
Akutbetten ^b	748	713	691	659	651	644	636	627	616
Psychiatrische Betten	154	132	132	127	127	127	128	127	150 ^c
Plätze in Altenheimen ^d	337	370	370	443	–	786	–	819	–

Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Anmerkung: ^a Betten in allgemeinen Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und/oder neurologischen Betten; ^b Betten in allgemeinen Krankenhäusern ohne psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Betten; ^c Bruch in Zeitreihe nicht nachvollziehbar; ^d umfasst ab 1999 auch Altenpflegeplätze in Heimen für behinderte Menschen.

Die Strukturen der stationären Palliativmedizin sind im vergangenen Jahrzehnt erheblich ausgebaut worden. Von 1995 bis 2003 stieg die Zahl der Palliativstationen in Krankenhäusern von 26 auf 92, die Zahl der stationären Hospize von 29 auf 118 und die Zahl der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste von 190 auf etwa 1000. 2003 standen pro 100 000 Einwohner 0,9 Betten in Palliativstationen (unter Akutbetten in Tabelle 17 subsumiert) und 1,3 Plätze in Hospizen (nicht in Tabelle 17 aufgeführt) zur Verfügung (53).

Im Jahr 2003 waren 1,009 Mio. Personen in Krankenhäusern beschäftigt. Dies entsprach 0,824 Mio. Vollzeitäquivalenten, von denen 0,114 Mio. im ärztlichen Dienst, 0,320 Mio. im Pflegedienst, 0,125 Mio. im medizinisch-technischen Dienst und 0,265 Mio. in anderen Diensten tätig waren. Im Jahr 2002 waren noch 1,038 Mio. Beschäftigte (entsprechend 850 400 Vollzeitäquivalente) im

Krankenhäusern tätig gewesen. Ihre Zahl lag damit etwa 4% unter dem Wert von 1995 und in einer ähnlichen Größenordnung wie 1991 (1,065 Mio.) (21). Dabei veränderte sich jedoch das Spektrum der Beschäftigten erheblich: Während die Anzahl der Krankenhausangestellten für Technik und Instandhaltung um 28% zurückging, bedingt durch ein vermehrtes Outsourcing dieser Dienstleistungen an private Firmen (59), erhöhte sich die Beschäftigtenzahl im medizintechnischen Bereich um 9% und in den Funktionsbereichen um 11% (Operationsäle, Tageskliniken). Die Zahl der Ärzte nahm um 13%, die Zahl der Krankenschwestern um 6% zu (44).

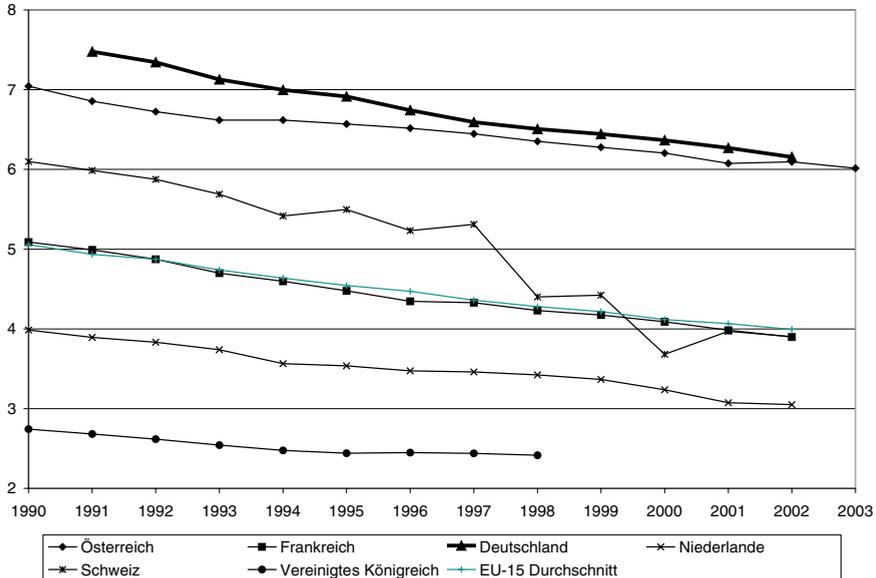
In Bezug auf die Akutbetten erhöhte sich die durchschnittliche Zahl der Krankenschwestern von 0,43 pro Bett in 1992 auf 0,48 in 2001 (2). Trotz dieses Anstiegs an Beschäftigten verfügen Akutkrankenhäuser weiterhin über niedrige Verhältniszahlen von Beschäftigten zu Betten bzw. Fällen im Vergleich zu anderen EU-15- oder OECD-Ländern (3,45). Im gesamten Jahr 2003 wurden durchschnittlich 237 vollstationäre Fälle von einem vollbeschäftigten Arzt behandelt, wobei die Betreuungsrelation zwischen 106 Fällen pro Arzt in Berlin (mit einer hohen Zahl an personell stärker besetzten Universitätskliniken) und 173 in Brandenburg (ohne Universitätsklinikum) variierte. Die Zahl der pro Pflegekraft betreuten vollstationären Fälle betrug durchschnittlich 58, wobei die Dichte zwischen 50 in allen Stadtstaaten und 60 in Mecklenburg-Vorpommern variierte (21).

Wenngleich die Anzahl der Akutbetten seit 1991 beträchtlich reduziert worden ist, ist die Bettendichte noch immer rund 50% höher als der Durchschnitt der EU-15-Länder (Abb. 11, Abb. 12), da Bettenkapazitäten auch in den anderen Ländern reduziert wurden.

Bis 1992 veränderten sich die Anzahl der Krankenhausbetten und der akutstationären Fälle sowie die Verweildauer allmählich und in für alle Beteiligten voraussehbarem Maße. Die Reduzierung der Akutbetten wurde weitgehend durch neue Kapazitäten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kompensiert. Die verkürzte Aufenthaltsdauer wurde fast vollständig durch eine Zunahme der Fallzahl ausgeglichen, so dass die Bettenauslastung und die Gesamtzahl der stationären Tage pro Einwohner stabil blieben. Die ersten grundlegenden Umstrukturierungsmaßnahmen betrafen Krankenhäuser in den neuen Bundesländern, die sich nach der Wiedervereinigung 1990 an Standards der Infrastruktur, Planung und Finanzierung in den alten Bundesländern anpassen mussten.

Seit 1993 haben sich die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung in den alten und neuen Bundesländern erheblich verändert durch die Einführung des ambulanten Operierens, die Aufgabe des Kostendeckungsprinzips, die Möglichkeit zur Erwirtschaftung von Gewinnen und Verlusten, die Einführung

Abb. 11. Anzahl der Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern pro 1000 Einwohner in Deutschland, ausgewählten Ländern und im EU-15-Durchschnitt, 1990–2003



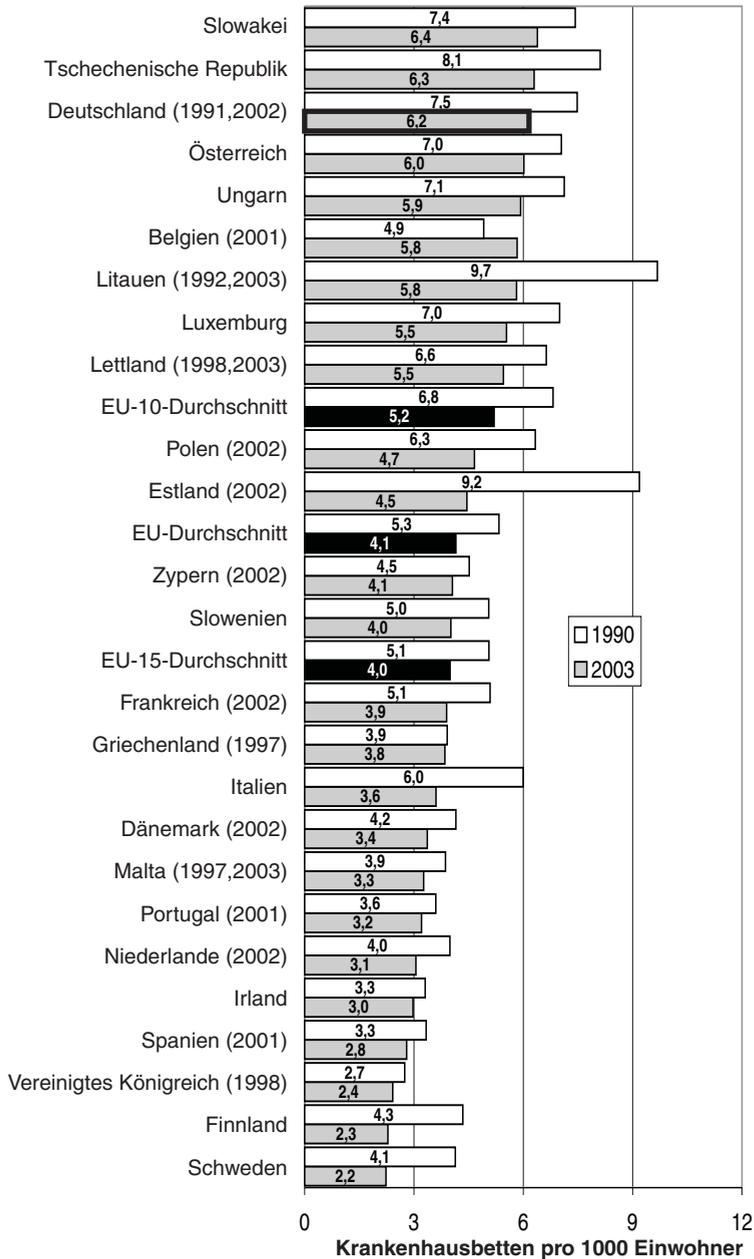
Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

von Budgets, prospektiven Vergütungsformen (seit 1996) und die Vorbereitung auf die Einführung eines DRG-basierten Preissystems (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*). Diese Maßnahmen haben das Leistungsgeschehen im akutstationären Sektor viel schneller als je zuvor transformiert.

Tabelle 18 zeigt Daten zur Struktur und Inanspruchnahme der akutstationären Versorgung im Vergleich der alten und neuen Bundesländer seit 1991. Während Anfang der 1990er Jahre deutliche Unterschiede in Bettendichte, Fallzahl, Verweildauer und Belegungsrate bestanden, glichen sich diese innerhalb des letzten Jahrzehnts an. Einen ähnlichen Sachverhalt stellt Tabelle 19 für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dar, bei denen die Angleichungsprozesse noch ausgeprägter verliefen.

Von 1991 bis 2001 stieg die Anzahl der Fälle in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern in den neuen Bundesländern erheblich um 38% auf 21 Fälle pro 100 Einwohner (Tabelle 18). Die Krankenhausaufnahmen in den alten Bundesländern nahmen zwar auch zu, aber in einem geringeren Maße, und zwar um 11% auf 20 Fälle pro 100 Einwohner. Im gleichen Zeitraum wurde die durchschnittliche Verweildauer in den alten Ländern um 32% von 14,3 Tagen auf 9,8 Tage und in den neuen Ländern um 40% von 16,1 Tagen auf 9,7 Tage

Abb. 12. Anzahl der Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern pro 1000 Einwohner in Ländern der Europäischen Union, 1990 und 2003



Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Anmerkungen: EU: Europäische Union; EU-10: Mitgliedstaaten, die am 1. Mai 2004 beigetreten sind; EU-15: Mitgliedstaaten vor Mai 2004.

Tabelle 18. Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme I: Allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern, 1991–2001

	Betten/1000 Einwohner			Fälle/1000 Einwohner*			Verweildauer (Tage)			Bettenauslastung (%)		
	Alte Länder	Neue Länder	Neue/ alte Länder	Alte Länder	Neue Länder	Neue/ alte Länder	Alte Länder	Neue Länder	Neue/ alte Länder	Alte Länder	Neue Länder	Neue/ alte Länder
1991	8,19	8,89	1,09	179,3	151,1	0,84	14,3	16,1	1,09	86,0	74,9	0,87
1992	8,02	8,08	1,01	180,4	159,4	0,88	13,9	14,2	1,02	85,3	76,0	0,89
1993	7,80	7,50	0,96	180,3	162,9	0,90	13,2	13,0	0,98	83,9	77,4	0,92
1994	7,68	7,16	0,93	181,9	169,0	0,93	12,7	12,2	0,96	82,7	79,0	0,95
1995	7,55	7,03	0,93	185,4	175,9	0,95	12,2	11,7	0,96	82,0	80,1	0,98
1996	7,30	6,98	0,96	186,8	181,9	0,97	11,5	11,2	0,97	80,3	79,6	0,99
1997	7,12	6,87	0,96	189,4	187,5	0,99	11,1	10,8	0,97	80,7	80,5	1,00
1998	7,01	6,78	0,97	194,4	194,9	1,00	10,8	10,5	0,97	81,8	82,3	1,01
1999	6,91	6,76	0,98	197,5	201,2	1,02	10,4	10,1	0,97	81,7	82,7	1,01
2000	6,84	6,68	0,98	199,9	204,1	1,02	10,2	9,9	0,97	81,3	82,9	1,01
2001	6,70	6,72	1,00	199,6	208,8	1,05	9,8	9,7	0,99	80,4	82,2	1,02

Quelle: nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2003 (52).

Anmerkung: *Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung ohne Stundenfälle.

Tabelle 19. Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme II: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den alten und neuen Bundesländern, 1991–2001

	Betten/ 1000 Einwohner			Fälle/ 1000 Einwohner			Verweildauer (Tage)			Bettenauslastung (%)		
	Alte Länder	Neue Länder	Neue/ alte Länder	Alte Länder	Neue Länder	Neue/ alte Länder	Alte Länder	Neue Länder	Neue/ alte Länder	Alte Länder	Neue Länder	Neue/ alte
1991	2,06	0,66	0,32	21,4	5,0	0,23	31,0	31,7	1,02	88,4	65,9	0,75
1992	2,09	0,82	0,39	22,0	8,1	0,37	31,1	29,6	0,95	89,8	79,4	0,88
1993	2,13	0,92	0,43	22,4	9,3	0,42	31,1	29,5	0,95	89,5	81,4	0,91
1994	2,28	1,39	0,61	23,3	13,9	0,60	31,3	30,2	0,96	88,0	82,5	0,94
1995	2,34	1,66	0,71	24,3	17,6	0,72	31,1	30,5	0,98	88,7	88,6	1,00
1996	2,39	1,96	0,82	24,1	19,9	0,83	30,2	29,9	0,99	83,2	83,1	1,00
1997	2,33	2,15	0,92	19,4	18,4	0,95	27,5	26,0	0,95	62,6	60,9	0,97
1998	2,30	2,44	1,06	21,1	22,2	1,05	26,5	25,9	0,98	66,4	65,0	0,98
1999	2,27	2,52	1,11	23,1	24,7	1,07	26,0	26,1	1,00	72,5	70,1	0,97
2000	2,25	2,58	1,15	24,5	26,7	1,09	25,7	26,3	1,02	76,5	74,4	0,97
2001	2,24	2,59	1,16	24,8	28,7	1,16	25,5	25,7	1,01	77,4	77,8	1,01

Quelle: nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2003 (52).

reduziert. Dies führte insgesamt zu einem Rückgang der Krankenhaustage in den alten Bundesländern ebenso wie in den neuen Bundesländern. Im gleichen Zeitraum nahm die Bettenauslastung in den alten Ländern ab, während sie in den neuen Ländern zunahm und ab 1998 schließlich über dem Belegungsgrad der alten Länder lag (Tabelle 18).

In den Daten von Tabelle 18 sind Stundenfälle ausgeschlossen. Wenn diese berücksichtigt werden, stieg die Zahl der Aufnahmen in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern von 18,2 pro 100 Einwohner in 1991 auf 21,0 in 2001 bzw. 20,9 in 2003. Obwohl die Fallzahl zunahm und die Bettenzahl abnahm, ging die Bettenauslastung im gleichen Zeitraum zurück von 84,1% auf 81,1% (2001) bzw. 77,6% (2003). Dies lag an dem relativ starken Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer von 14,0 Tagen auf 9,4 bzw. 8,9 Tage (52).

Ähnlich wie in den meisten EU-Ländern hat die Zahl der Aufnahmen in Akutkrankenhäusern im letzten Jahrzehnt weiter zugenommen (6). 2002 rangierte jedoch die durchschnittliche Zahl der akutstationären Fälle in Deutschland (20,7 pro 100 Einwohner) über den durchschnittlich 17,9 Fällen der EU-15-Staaten. Die Verweildauer in Akutkrankenhäusern sank bis 2002 zwar auf 8,6 Tage, lag aber im EU-15-Vergleich (6,9 Tage 2001) noch vergleichsweise hoch (6). Die Auslastung der Akutbetten war ab 1998 rückläufig und lag 2002 bei 79,1%, ein insbesondere angesichts der Bettendichte hoher Wert. Im Vergleich lag beispielsweise die Auslastung in Österreich bei 76,4% und in den Niederlanden bei 58,4%, aber bei 84,6% in der Schweiz (Tabelle 20).

Die Strukturen und Inanspruchnahme der stationären Vorsorge und Rehabilitation in den neuen Bundesländern wurden nach der Wiedervereinigung deutlich ausgebaut und den Verhältnissen in den alten Ländern innerhalb eines Jahrzehnts angeglichen. Von 1991 bis 2001 ging die Verweildauer in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zurück (um 22% in den alten Ländern bzw. 23% in den neuen Ländern) (Tabelle 19), allerdings in geringerem Maß als im akutstationären Sektor (Tabelle 18). Die Bettenauslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den neuen Bundesländern erreichte 1995 die der alten Bundesländer, bevor sie durch Leistungskürzungen des Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetzes 1997 in ganz Deutschland deutlich zurückging. Im Zuge einer teilweisen Rücknahme der Kürzungen nahmen Fallzahl und Bettenauslastung bis 2001 erneut zu.

Seither ist jedoch erneut ein rückläufiger Trend zu beobachten. 2003 gab es bundesweit 2,18 Betten pro 1000 Einwohner in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen; die Inanspruchnahme lag bei 21,6 Fällen pro 1000 Einwohnern mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 25,9 Tagen, woraus sich eine Bettenauslastung von 75,0% ergab (52).

Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser

Mit Ausnahme von Universitätskliniken (§ 117 SGB V) und der Ermächtigung einzelner, zumeist leitender Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) (vgl. Tabelle 16) waren Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung traditionell nicht beteiligt

Tabelle 20. Stationäre Inanspruchnahme und Leistungen in Akutkrankenhäusern in der Europäischen Union, 2003 oder zuletzt verfügbares Jahr

	Betten pro 1000 Einwohner	Fälle pro 100 Einwohner	Verweil- dauer (Tage)	Betten- auslastung (%)
Westeuropa				
Andorra	2,5	10,2	6,7 ^d	70,0 ^d
Belgien	5,8 ^b	16,9 ^d	8,0 ^d	79,9 ^e
Dänemark	3,4 ^a	17,8 ^b	3,6	83,5 ^c
Deutschland	6,2 ^a	20,7 ^a	8,6 ^a	79,4 ^a
Finnland	2,3	19,9	4,3	74,0 ^b
Frankreich	3,9 ^a	20,4 ^d	5,5 ^d	77,4 ^d
Griechenland	3,8 ^f	14,5 ^e	6,4 ^e	66,6 ^e
Irland	3,0	14,1	6,5	84,2
Island	3,7 ^g	17,2 ^a	3,7 ^a	–
Israel	2,1	17,5	4,2	96,0
Italien	3,6	15,2 ^a	6,8 ^a	76,9 ^a
Luxemburg	5,5	18,4 ^f	7,7 ^e	74,3 ^f
Malta	3,3	10,8	4,6	83,4
Monaco	15,5 ^b	–	–	–
Niederlande	3,1 ^a	8,8 ^b	7,4 ^b	58,4 ^b
Norwegen	3,1	17,1	5,4	88,5
Österreich	6,0	28,8	6,4	76,2
Portugal	3,2 ^b	11,7 ^e	7,3 ^e	75,5 ^e
Schweiz	3,9 ^a	16,3 ^e	9,2 ^a	84,6 ^a
Spanien	2,8 ^b	11,8 ^b	7,0 ^b	77,2 ^b
Sweden	2,2	15,0	6,2	77,5 ^d
Türkei	2,3	8,1	5,6	61,9
Vereinigtes Königreich	2,4 ^g	21,4 ^g	5,0 ^g	80,8 ^g
Zypern	4,1 ^a	8,0 ^a	5,8 ^a	73,5 ^a
EU-Durchschnitt	4,1	18,0 ^a	6,8 ^a	76,9 ^a
Mittel- und Osteuropa				
Albanien	2,8	–	–	–
Bosnien und Herzegowina	3,3 ^e	7,2 ^e	9,8 ^e	62,6 ^d
Bulgarien	7,6 ^g	14,8 ^g	10,7 ^g	64,1 ^g
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	3,4 ^b	8,2 ^b	8,0 ^b	53,7 ^b
Estland	4,5 ^a	17,2 ^a	6,9 ^a	64,6 ^a
Kroatien	3,7	14,4	8,4	90,7
Lettland	5,5	18,3	–	–
Litauen	5,8	21,5	7,9	73,6
Polen	4,7 ^a	–	–	–
Rumänien	4,5	–	–	–
Serbien und Montenegro	–	–	9,7 ^a	69,0 ^a
Slowakei	6,4	17,7	8,5	64,8
Slowenien	4,0	16,2	6,1	68,1
Tschechische Republik	6,3	20,4	8,4	74,1
Ungarn	5,9	23,2	6,7	77,2
GUS				
Armenien	3,9	6,5	8,7	40,7
Aserbaidschan	7,6	4,8	15,8	26,1
Georgien	3,8	4,8	7,4	89,5
Kasachstan	6,2	16,4	10,8	84,6
Kirgisistan	4,1	12,3	10,0	87,6
Republik Moldau	5,4	16,0	9,1	74,8
Russische Föderation	8,8	22,0	12,6	86,0
Tadschikistan	5,5	9,2	12,0	83,3
Turkmenistan	6,0 ^f	12,4 ^f	11,1 ^f	72,1 ^f
Ukraine	7,2	19,6	12,1	90,4
Usbekistan	4,7	13,8	–	82,0
Weißrussland	–	–	–	88,7 ^f
GUS Durchschnitt	7,9	19,8	12,1	85,9

Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005.

Anmerkungen: ^a 2002; ^b 2001; ^c 2000; ^d 1999; ^e 1998; ^f 1997; ^g 1996; ^h 1995; ⁱ 1994; EU: Europäische Union; EU-10: EU Mitgliedstaaten joining EU on 1 May 2004; EU-15: EU Mitgliedstaaten before 1 May 2004; GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten.

und konzentrierten sich auf die stationäre Versorgung. Im letzten Jahrzehnt wurde ihr Spielraum für die Erbringung ambulanter Leistungen jedoch wesentlich erweitert.

Seit Krankenhäusern 1993 die Möglichkeit eröffnet wurde, ambulante vor- und nachstationäre Versorgung anzubieten (§ 115a SGB V), ist die Anzahl der Krankenhäuser, die diese Versorgungsformen tatsächlich anbieten, stetig gestiegen; er lag 2002 bei 71%, wobei der Anteil in den neuen Bundesländern (89%) höher lag als in den alten Bundesländern (68%) (33). 2003 wurden 1,42 Mio. Fälle vorstationär und 0,75 Mio. nachstationär behandelt (52).

Obleich Krankenhäuser erst seit 1993 offiziell zum ambulanten Operieren berechtigt sind, ist das ambulante Operieren in Deutschland nichts Neues. Bedingt durch das ambulante Behandlungsmonopol der Vertragsärzte werden kleine Operationen bereits seit langer Zeit in Praxen von Augenärzten, Orthopäden und andere Fachärzten durchgeführt. Seit den 1980er Jahren wurde dies durch die Einführung neuer Gebührensätze im Einheitlichen Bewertungsmaßstab gefördert. Diese bezogen sich sowohl auf Kosten des Operateurs (z. B. für Ausstattung, Personal) als auch auf den mit Narkosen verbundenen Aufwand von Anästhesisten. 1991 machten ambulante Operationen bereits etwa 2% der GKV-Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen aus. 1993 wurden weitere ambulante Leistungen zur postoperativen Nachsorge eingeführt. Die Häufigkeit ihrer Abrechnung kann als Hinweis auf die Häufigkeit ambulanter Operationen bei GKV-Versicherten gewertet werden, wobei allerdings nicht zwischen ambulanten Operationen in Krankenhäusern und solchen in vertragsärztlichen Praxen unterschieden wird (49,52,55).

1993 wurde ein Katalog für ambulant durchführbare Operationen im Krankenhaus eingeführt, der in dreiseitigen Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart wird. Die Verträge betrafen auch einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung (§ 115b SGB V). Ab 2000 wurden die Regelungen verbindlicher gestaltet, indem der Katalog Operationen enthalten sollte, die in aller Regel ambulant zu erbringen waren. 2004 vereinbarten die Partner entsprechend der neuesten Novelle des § 115b SGB V, den Katalog auf insgesamt 400 Operationen und andere stationsersetzende Eingriffe zu erhöhen und bei 150 Diagnosen eine ambulante Durchführung obligat zu machen, sofern der behandelnde Arzt nicht ausdrücklich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme begründet. 2005 wurde der Katalog unter Berücksichtigung des EBM 2000plus neu verhandelt und Richtlinien zur Qualitätssicherung nach § 135 Absatz 2 auch auf Krankenhäuser übertragen.

2003 boten 1125 der 2197 Krankenhäuser (51%) ambulante Operationen auf Basis der dreiseitigen Verträge an, die insgesamt 724 310 ambulante Operationen durchführten (52). Insgesamt ist künftig eine Zunahme ambulanter Operationen zu erwarten. Nach Schätzungen kann ein Drittel der bisher stationär durchgeführten Operationen in den ambulanten Bereich verlagert werden kann.

Von 1996 bis 2002 blieb die Zahl der außerdem von Vertragsärzten abgerechneten ambulanten Operationen annähernd konstant bei etwa 4 Mio. pro Jahr. 2002 wurde dabei insgesamt ein Volumen von 14 307 Mio. Punkten erzielt, d. h. etwa 2,7% des Gesamtpunktvolumens bzw. der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Dabei entfielen 2,1% auf ambulante Operationen in Praxen und 0,6% auf ambulante Operationen im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit an Krankenhäusern (54).

Derzeit wird die Qualität ambulanter Operationen in Krankenhäusern und Praxen in Benchmarking-Projekten modellhaft evaluiert. Ab 2006 soll die vertrauliche, extern-vergleichende Qualitätssicherung routinemäßig durchgeführt werden, verbunden mit einem Feedback für alle ambulant operierenden Praxen und Krankenhäuser. Für die Koordination ist die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung zuständig (zur Überwachung hygienischer Standards vgl. auch *Öffentlicher Gesundheitsdienst*).

Seit 2000 müssen Krankenhäuser mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilungen ermächtigt werden und bereit sein, als psychiatrische Institutsambulanzen eine ambulante Behandlung für bestimmte zu vereinbarende Gruppen psychisch kranker GKV-Versicherter anzubieten (§ 118 SGB V) (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*). 2003 gab es 10 292 Tagesklinikplätze in psychiatrischen Fachabteilungen, die 88 214 Fälle für durchschnittlich 28 Tage behandelten (52).

Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 können die Zulassungsausschüsse zusätzlich Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung in Fachgebieten ermächtigen, in denen Unterversorgung im jeweiligen vertragsärztlichen Planungsbereich herrscht (§ 116a SGB V) (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). Dies betrifft gemäß einem Bericht des Sachverständigenrates zur Unter-, Über- und Fehlversorgung beispielsweise gehäuft die Fachgebiete Lungenheilkunde und Rheumatologie (16).

Des Weiteren können Kassen mit Krankenhäusern spezielle Verträge zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen und besonderer Krankheitsverläufe bzw. zur ambulanten Erbringung bestimmter Prozeduren abschließen (§ 116b SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat aus den im Gesetz genannten Erkrankungen zunächst einige genetische Lebererkrankungen

sowie einige angeborene Stoffwechselerkrankungen bei Kindern ausgesucht. Zudem stellt er Kriterien auf, nach denen seit 2005 die Auswahl neuer Krankheiten für die ambulante Krankenhausbehandlung erfolgen soll. Die Liste der benannten Erkrankungen soll alle zwei Jahre überarbeitet werden.

Schließlich erhielten Krankenhäuser auch durch Teilnahme an Disease Management Programmen (2002) (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*) sowie Integrierten Versorgungsmodellen (seit 2000) erweiterte Möglichkeiten, an der ambulanten Behandlung teilzunehmen.

Integrierte Versorgung

Die Trennung der Leistungserbringung, Finanzierung und Entscheidungsfindung in Sektoren ist zunehmend als Hindernis für Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem wahrgenommen worden. Ab 1993 war es Kassen gesetzlich erlaubt, sektorübergreifende Versorgungsformen als Satzungsleistung zu etablieren und diese gemeinsam mit Leistungserbringern zu erproben (§§ 63-65 SGB V). Wenngleich die Erprobungsregelungen in den folgenden Gesundheitsreformen erweitert wurden, so wurden letztlich jedoch nur wenige Modellprojekte auf dieser Basis durchgeführt. Viele weitere Initiativen zur Verbesserung der Kooperation innerhalb des ambulanten Sektors oder über die Sektorengrenzen hinweg, wie Ärztenetze oder Strukturverträge nach § 73a SGB V (z. B. zur Verbesserung der Diabetesversorgung), blieben auf Einzelprojekte beschränkt (16).

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde die so genannte Integrierte Versorgung eingeführt, um sektorübergreifende Versorgungsformen stärker zu fördern. In der Folge kamen allerdings wegen rechtlicher und finanzieller Barrieren nur wenige Projekte zustande. Ein weiterer Anreiz zur transssektoralen Zusammenarbeit wurde 2002 mit der Einführung von Disease Management Programmen durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs der GKV geschaffen (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*).

Mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Integrierte Versorgung weiter gestärkt und Zuständigkeiten geklärt. Das Gesetz beseitigte einige Hindernisse zur Verwirklichung von Integrierten Versorgungsverträgen, die die GKV-Gesundheitsreform 2000 zunächst verfügt hatte: Integrierte Versorgungsmodelle müssen nun nicht mehr notwendigerweise sektorübergreifend sein, sie müssen aber zumindest verschiedene Kategorien von Leistungserbringern innerhalb eines Sektors umfassen, beispielsweise Ärzte und ambulante Pflegedienste. Andere Krankenkassen dürfen nur dann

dem Integrierten Versorgungsmodell beitreten, wenn alle ursprünglichen Vertragspartner zustimmen. Im Oktober 2000 hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart, dass jede Kasse einem Integrierten Versorgungsprojekt nach zweijährigem Bestehen beitreten dürfe. Dies wurde jedoch von diversen Einzelkassen im Kontext des Kassenwettbewerbs als Barriere gesehen, Investitionen in innovative Versorgungsformen vorzunehmen.

Abweichend von Bestimmungen der GKV-Gesundheitsreform 2000 gilt seit 2004 das Prinzip der Beitragssatzstabilität nicht für Verträge der Integrierten Versorgung, sofern diese bis Dezember 2006 geschlossen werden. Zur Finanzierung der Integrierten Versorgungsmodelle sind zudem Krankenkassen bis 2006 klar legitimiert, jeweils 1% von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und 1% von den Krankenhausbudgets in einem Bundesland abzuziehen, sobald in dem betreffenden Land Verträge zur Integrierten Versorgung geschlossen sind. Diese Finanzmittel können allerdings nur für Integrierte Versorgungsformen in dem betreffenden Land verwendet werden und müssen der KV bzw. den Krankenhausbudgets wieder zugeführt werden, wenn sie nicht (vollständig) verwendet werden. Außerdem werden Arznei- und Hilfsmittelbudgets angepasst unter Berücksichtigung der Morbidität der Patienten, die sich in die jeweilige Integrierte Versorgungsform eingeschrieben haben.

Somit stellt die Integrierte Versorgung in gewisser Weise einen neuen Sektor dar, für den finanzielle Mittel bereitgestellt werden müssen. Sie erfordert, dass einzelne Kassen selektive Verträge mit mehreren Leistungserbringern schließen; als Vertragspartner können z. B. einzelne Vertragsärzte, aber auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe sowie Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen fungieren. Während alle teilnehmenden Leistungserbringer in ihrem jeweiligen Sektor zur GKV-Versorgung zugelassen sein müssen, dürfen sie im Rahmen des Integrierten Versorgungsvertrags für die eingeschriebenen GKV-Versicherten ihre Dienstleistungen auch in anderen Sektoren erbringen, die Gegenstand des Integrierten Versorgungsmodells sind. Beispielsweise kann ein Krankenhaus ambulante Leistungen erbringen, wenn ein gemeinsamer Vertrag mit den an dem Versorgungsmodell beteiligten Vertragsärzten geschlossen wurde. Zudem können die Vertragsparteien eines Integrierten Versorgungsvertrags sich entschließen, den Sicherstellungsauftrag für die eingeschriebenen GKV-Versicherten von den KVen zu übernehmen. Dabei kann der Sicherstellungsauftrag auf die beteiligte(n) Kasse und/oder auf das Netzwerk der vertraglich eingebundenen Leistungserbringer übergehen.

Nach Einführung der neuen Bestimmungen und Anreize fand die Integrierte Versorgung deutlich stärkeres Interesse auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer, insbesondere der Krankenhäuser (während letztere

weiterhin nur zögerlich an Disease Management Programmen teilnehmen). Nach Angaben der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, die seit 2005 für die Erfassung von Verträgen zur Integrierten Versorgung zuständig ist, hatten Kassen bis März 2005 insgesamt 643 Verträge zur Integrierten Versorgung geschlossen, wobei Versorgungsmodell mit mehreren Kassen entsprechend mehrfach gezählt wurden. An den Versorgungsmodellen nahmen (potenziell) insgesamt 2,1 Mio. Versicherte teil, wobei die Zahl der Versicherten und der Versorgungsmodelle deutlich nach KV-Region variierte. Zu den direkten Vertragspartnern zählten bei 34% der Verträge ein oder mehrere Krankenhäuser, bei 23% Krankenhäuser und zugleich niedergelassene Ärzte, bei 18% Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, bei 9% nur niedergelassene Ärzte, bei 4% Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassene Ärzte, bei weiteren 4% Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sowie bei 8% sonstige Leistungserbringer.

Pflege und Langzeitversorgung

Eine große Vielfalt überwiegend privatrechtlicher Organisationen ergänzt Familienangehörige und Laienhelfer bei der Unterstützung von älteren Menschen, psychisch Kranken, Kindern mit Entwicklungsstörungen, körperlich Behinderten und geistig Behinderten. Die Bundesländer sind verantwortlich für die Planung und Sicherstellung institutioneller Versorgung und für die Schulbildung von Kindern mit besonderem Unterstützungsbedarf. Die meisten Leistungserbringer institutioneller Versorgung sind einem der sechs Wohlfahrtsverbände zuzurechnen, die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege organisiert sind (siehe *Organisationsstruktur und Akteure im Gesundheitssystem*). Die Wohlfahrtsverbände besitzen etwa 60 000 Einrichtungen mit etwa 1,1 Mio. Angestellten. Sie betreiben etwa 50% der Altenheime, 80% der Heime für Behinderte sowie nahezu 70% der Einrichtungen der Jugendhilfe. Andere Charakteristika der sozialen Langzeitversorgung sind:

- Eine nahezu universelle Pflichtversicherung für Langzeitpflege, die von Krankenkassen und privaten Krankenversicherern getragen wird;
- das gesetzlich verbriefte Recht für Kinder mit sozialen, erzieherischen Problemen auf eine professionelle Unterstützung durch Einzel- und Gruppenangebote sowie familienbezogene Hilfen;
- ein separater Schulzweig (Sonderschulen) für Kinder mit ausgeprägten Lern- und Verhaltensstörungen;
- eine gesetzliche Beschäftigungsquote pro Betrieb für schwerbehinderte Arbeitnehmer;

- ein spezielles Sozialgesetzbuch für Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), das 2002 eingeführt wurde, um die verschiedenen Ausgabenträger und Leistungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation besser zu koordinieren und die individuellen und kollektiven Rechte von behinderten Menschen zu stärken;
- ein traditionell starker Fokus auf spezialisierte, umfassende Betreuung für Schwerbehinderte in Einrichtungen außerhalb der Gemeinde;
- ein zunehmender Zugang zu integrierten Schulangeboten und zu gemeindenahen Diensten, jedoch mit erheblichen Unterschieden zwischen den Bundesländern und städtischen und ländlichen Gebieten;
- eine herkömmliche Priorität von privaten Leistungserbringern über öffentlichen Trägern (Subsidiaritätsprinzip). Während dabei häufig freigemeinnützigen Trägern Vorrang vor privaten gewinnorientierten Trägern eingeräumt wird, sind diese einander in der sozialen Pflegeversicherung explizit gleichgestellt worden, um den Wettbewerb zu fördern.

Soziale Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung wurde 1994 durch das Sozialgesetzbuch XI eingeführt nach einer etwa 20-jährigen Debatte über Möglichkeiten zur Sicherung des Zugangs zur Langzeitpflege und ihrer Finanzierung bei gleichzeitiger Entlastung der kommunalen Haushalte in einer Gesellschaft mit zunehmendem Anteil älterer, pflegebedürftiger Menschen. Sie basiert auf einer Pflichtversicherung für GKV-Versicherte und PKV-Versicherte. Vor der Einführung der sozialen Pflegeversicherung waren bestimmte Leistungen zur ambulanten Langzeitpflege im Katalog der GKV enthalten (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*); sie wurden mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung wieder abgeschafft. Diese Leistungen der GKV waren jedoch nicht besonders großzügig und ein großer Teil der Langzeitpflegedienste musste durch die Sozialhilfe kommunaler Träger finanziert werden. Dadurch basierte die Unterstützung der Langzeitpflege nicht auf Basis erworbener Anrechte in einer Versichertengemeinschaft (Versicherungsprinzip), sondern wurde nur gewährt, wenn die betroffene Person oder nahe stehende Familienangehörige finanziell nicht in der Lage waren, erforderliche Leistungen zu finanzieren (Subsidiaritätsprinzip). Auch in den Leistungspaketen privater Krankenversicherungen waren unzureichende Pflegeleistungen enthalten.

Seit 1995 unterliegen alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (einschließlich Rentner und Arbeitslose) und alle Personen mit umfassender privater Krankenversicherung (sowie weitere Personen auf Antrag) der Versicherungspflicht für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, was die soziale Pflegeversicherung zur ersten Sozialversicherung mit einer praktisch

bevölkerungsweiten Mitgliedschaft macht. Sie wird von den gesetzlichen Krankenkassen oder den privaten Krankenversicherern verwaltet (als separate Funktionseinheit, jedoch ohne eigenständige Organisationen). 2003 waren 99,6% der Bevölkerung pflegeversichert, wobei 87,1% auf die soziale Pflegeversicherung entfielen, 10,9% auf die private Pflegeversicherung und 1,0 % auf sonstigen Anspruch auf Versorgung (bei 0,6% keine Angabe zur Art der Pflegeversicherung). 0,3% der Bevölkerung verfügten über keinen vorfinanzierten Schutz im Fall der Pflegebedürftigkeit (und 0,1% machten keinerlei Angabe zur Pflegeversicherung) (7).

Die Beitragspflicht für die Pflegeversicherung galt ab Anfang 1995. Ein Anspruch auf ambulante Pflegeleistungen bestand ab April 1995 und ein Anspruch auf Leistungen der stationären Pflege ab Juli 1996. Der Beitragssatz ist gesetzlich festgesetzt und liegt seit Juli 1997 bei 1,7% des monatlichen Bruttoeinkommens (bis Juni 1996 bei 1%). Wie in der GKV wird der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung überwiegend paritätisch finanziert, das heißt Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen jeweils 0,85%. Um den erhöhten Aufwand an Lohnnebenkosten für Arbeitgeber auszugleichen, wurde ein gesetzlicher Feiertag abgeschafft. Lediglich das Land Sachsen hat diesen Feiertag beibehalten, dafür zahlen Arbeitnehmer dort einen Beitragssatz von 1,35%, während Arbeitgeber 0,35 Beitragssatzpunkte beisteuern. Berentete Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung entrichten seit 2004 den gesamten Beitragssatz (1,7%) von ihrer Rente. Infolge des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes zahlen kinderlose GKV-Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, seit 2005 einen um 0,25 Prozentpunkte erhöhten Beitragssatz. Ausgenommen sind GKV-Mitglieder, die vor 1940 geboren wurden, Wehr- oder Zivildienst leisten oder Arbeitslosengeld II beziehen.

Leistungen

Anders als in der GKV besteht nur Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherungen nur, wenn Pflegekassen den Anspruch des Antragstellers anerkennen. Der Leistungsanspruch wird auf Antrag von Ärzten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung überprüft und gegebenenfalls in drei Pflegestufen eingeteilt. Auch die meisten privaten Krankenversicherer beauftragen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Ein Leistungsanspruch besteht, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für mindestens sechs Monate besteht, während Kurzzeitpflege weiterhin von Krankenkassen entsprechend der Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege finanziert wird. Leistungsberechtigte haben die Wahl zwischen Geldleistungen, professioneller häuslicher Krankenpflege oder professioneller Krankenpflege im

Pflegeheim. Die Pflegebedürftigkeit wird in Abhängigkeit von Art, Häufigkeit und Dauer des Pflegebedarfs in drei Stufen eingeteilt:

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Geldleistungen sollen es Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, ermöglichen, pflegebedingte erhöhte Ausgaben zu finanzieren und pflegenden Angehörigen bzw. anderen Pflegepersonen eine Aufwandsentschädigung zu zahlen. Abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit betragen die monatlichen Geldleistungen €205 (Pflegestufe I), €410 (Pflegestufe II) oder €665 (Pflegestufe III). Hinzu werden während Urlaubszeiten der Pflegepersonen pro Jahr €1432 für eine professionelle Pflegebetreuung gewährt. Nicht-professionelle Pflegepersonen erhalten zudem unentgeltlich Schulungen; sie sind gesetzlich unfallversichert und erwerben Leistungsansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung, die auch eine Versicherung bei Erwerbsunfähigkeit umfasst.

Bei Inanspruchnahme professioneller häuslicher Pflege wird den jeweiligen Leistungserbringern je nach Pflegestufe eine Vergütung von maximal €384, €921 bzw. €1432 pro Monat gewährt. Für pflegebedürftige Personen, die stationär gepflegt werden, stehen Mittel zur Tages- und Nachtpflege und für die Unterbringung in Altenheimen oder spezialisierten Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Die monatlichen Zahlungen liegen im Maximalfall je nach Pflegestufe bei €1023, €1279 bzw. €1432. In Ausnahmefällen können höhere Zahlungen bewilligt werden.

Eine neue Entwicklung ist die Option persönlicher Budgets, die Empfänger ambulanter Langzeitpflege anstelle des Sachleistungsprinzips wählen können. Seit Juli 2004 können Pflegebedürftige – im Rahmen von Modellprojekten und beraten von einem Fallmanager – die ihnen für professionelle Pflege zustehenden Mittel flexibler nach ihrem Bedarf für Leistungen einsetzen, die zu selbst bestimmten Zeiten durch Leistungserbringer

mit einer Qualifikation ihrer Wahl erbracht werden. Im November 2004 verabschiedete die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vorläufige Handlungsempfehlungen zur trägerübergreifenden Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget.

Die absoluten Zahlbeträge sind seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung nicht verändert worden (es wurde der reguläre Kurs von DM zu Euro berechnet), was real einer Reduktion der Geldleistungen für Anspruchsberechtigte und der Leistungsmenge bei professioneller Pflege entspricht.

Von den 813 932 neuen Anträgen auf Anerkennung von Pflegebedürftigkeit, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung 2003 bearbeitete, wurden 595 045 (73%) angenommen, 190 005 (27%) abgelehnt und 28 882 (<1%) in anderer Weise bearbeitet. Antragsteller haben das Recht, die Entscheidung bei ihren Kassen anzufechten und bei Sozialgerichten Widerspruch einzulegen.

Ende 2003 waren insgesamt 2,076 Mio. Menschen (2,5% der Bevölkerung) pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, wobei 1,925 Mio. (2,3%) in der sozialen Pflegeversicherung versichert waren und 181 000 Mio. (0,2%) privat pflegeversichert waren. Der Anteil anspruchsberechtigter Personen stieg mit zunehmendem Alter: 81% der Pflegebedürftigen war 65 Jahre und älter, 32% war 85 Jahre und älter. Insgesamt wurden 1,414 Mio. (68%) zu Hause versorgt und 640 000 in Heimen (32%) (11).

Von den zu Hause gepflegten Leistungsberechtigten waren 57% in Pflegestufe I eingruppiert, 33% in Pflegestufe II und 10% in Pflegestufe III oder als Härtefall (<0,1%) anerkannt. 986 520 Anspruchsberechtigte (70%) bezogen nur Geldleistungen und wurden ausschließlich von Familienangehörigen oder anderen nicht-professionellen Pflegepersonen gepflegt, wobei mehr als 90% der Pflegepersonen Frauen waren. Die in Heimen lebenden Anspruchsberechtigten waren tendenziell älter und in höherem Maße pflegebedürftig als die Anspruchsberechtigten im ambulanten Bereich: 34% erhielten Leistungen nach Pflegestufe I, 44% nach Stufe II und 12% nach Stufe III oder als Härtefall (<0,1%) anerkannt (11).

Betrachtet man die insgesamt von der sozialen Pflegeversicherung finanzierten Leistungstage, entfielen 2004 48% auf Geldleistungen, 9% auf professionelle häusliche Pflege, 10% auf eine Kombination von Geldleistungen und häuslichen Sachleistungen, 28% auf stationäre professionelle Pflege in Pflegeheimen und 3% auf professionelle Pflege in Behindertenheimen. Nur 2% entfielen auf professionelle Pflege in Tages- oder Nachtkliniken oder während der Urlaubszeit von Angehörigen. Diese vergleichsweise geringe Inanspruchnahme ist teilweise auf begrenzte Kapazitäten, insbesondere in ländlichen Gebieten, zurückzuführen (56). Bei Betrachtung der Ausgaben pro Leistungsbereich ergeben sich andere Verteilungen (Tabelle 21).

Leistungserbringer und Infrastruktur

Mit der Einführung der Pflegeversicherung nahm die Zahl berufstätiger Krankenpflegekräfte und Altenpflegekräfte zu, insbesondere in den ambulanten Pflegediensten. Zwischen 1996 und 1999 stieg die Zahl der Beschäftigten an, die im Dezember 2003 zur Erbringung stationärer Langzeitpflege (und tagesklinischen Versorgung) für Leistungsberechtigte der sozialen Pflegeversicherung zugelassen waren, befanden sich 55% in freigemeinnütziger, 37% in privater und 7% in öffentlicher Trägerschaft, wobei letztere zumeist in kommunaler Hand waren. Die freigemeinnützigen Heime betreuten durchschnittlich 73 Pflegebedürftige, die privaten durchschnittlich 52 und die öffentlichen durchschnittlich 81 (11).

Planung und Finanzierung

Der Sicherstellungsauftrag der sozialen Pflegeversicherung im stationären Bereich obliegt den Ländern, für den ambulanten Sektor wurde er den Pflegekassen übertragen. Die Länder sind für die Planung in beiden Sektoren zuständig, dürfen im ambulanten Sektor aus Wettbewerbsgründen allerdings nicht die Zahl der Leistungserbringer beschränken.

In der stationären Langzeitpflege gilt das Prinzip der dualen Finanzierung: Während Pflegekassen oder private Krankenversicherungen laufende Ausgaben finanzieren, sind die Länder für die Finanzierung von Investitionskosten zuständig (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*). Die Länder können allerdings auch Investitionen von ambulanten Leistungserbringern finanzieren – abweichend vom ambulanten GKV-Sektor, wo alle Investitionskosten über die Leistungsvergütungen amortisiert werden müssen (siehe *Vergütung von Ärzten*).

Professionelle Langzeitpflege wird im ambulanten Sektor über Einzelleistungsvergütung abgerechnet, während stationäre Langzeitpflege nach tagesgleichen Pflegesätzen vergütet wird. Die Preise werden zwischen den Pflegekassen und den Verbänden der Leistungserbringer auf Länderebene verhandelt.

Ausgaben

Tabelle 22 zeigt, wofür die Ressourcen der sozialen Pflegeversicherung 2004 ausgegeben wurden. Die Pflegekassen verwendeten 28% ihrer Ausgaben für Geldleistungen (23% für Pflegebedürftige und 5% für Beiträge zur Renten- und Unfallversicherung der pflegenden Angehörigen), 67% für Sachleistungen (48,5% für vollstationäre Pflege, 14% für häusliche professionelle Pflege, 2,8% für teilstationäre professionelle Pflege oder Kurzzeitpflege und 1,7% für Pflegemittel) sowie 5% für Verwaltung und den Medizinischen Dienst der

Tabelle 21. Ausgaben und Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung in Mrd. Euro, 1995–2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Leistungsausgaben	4,4	10,3	14,3	15,1	15,6	15,9	16,0	16,5	16,6	16,8
– Geldleistung	3,0	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,2	4,1	4,1
– Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen	0,3	0,9	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9
– Pflegeurlaub	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
– Kurzzeitpflegesachleistung	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
– teilstationäre Tages- oder Nachtpflegesachleistung	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
– Pflegemittel, technische Hilfen	0,2	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
– häusliche Pflegesachleistung	0,7	1,5	1,8	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,4	2,4
– vollstationäre Pflegesachleistung	–	2,7	6,4	6,8	7,2	7,5	7,8	8,0	8,2	8,4
– vollstationäre Pflegesachleistung in Heimen für behinderte Menschen	–	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Ausgaben für den Medizinischen Dienst (50%) ^a	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Verwaltungsausgaben	0,3	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Gesamtausgaben	5,0	10,9	15,1	15,9	16,4	16,7	16,9	17,4	17,6	17,7
Gesamteinnahmen	8,4	12,0	15,9	16,0	16,3	16,6	16,8	17,0	16,9	16,9
Saldo ^a	+3,4	+1,2	+0,8	+0,1	-0,0	-0,1	-0,1	-0,4	-0,7	-0,8

Quellen: Statistisches Bundesamt 2005 (26); Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004 (60).

Anmerkungen: ^a gesetzliche Reserven nicht berücksichtigt; ^b der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird je zur Hälfte von Pflegekassen und Krankenkassen finanziert.

Krankenversicherung. Im Vergleich zu 1996 nahm der Anteil der Geldleistungen ab, während der Anteil der Sachleistungen zunahm (60).

In den ersten drei Jahren ihres Bestehens übertrafen die Einnahmen der gesetzlichen Pflegekassen die Ausgaben, insbesondere weil die ambulanten und stationären Leistungen erst nach Beginn der Beitragszahlung gewährt wurden. 1999 erreichte das Verhältnis der Einnahmen und Ausgaben Gleichstand. Seit 2000 überstiegen die jährlichen Ausgaben die jährlichen Einnahmen jedoch zunehmend (Tabelle 21). Zwar reichen die Rücklagen noch einige Jahre zur Deckung der Defizite (2004 betrug der Mittelbestand 3,4 Mrd., entsprechend 2,3 Monatsausgaben), aber eine Reform zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierung der Pflegeversicherung ist eher kurz- als mittelfristig notwendig (siehe *Inhalte von Reformen*).

Die Einführung der sozialen Pflegeversicherung führte zu einer wesentlichen Senkung der kommunalen Belastung durch Aufwendungen für Langzeitpflege. Dennoch wird die Sozialhilfe nach wie vor zur Unterstützung alter Menschen in Heimen benötigt, im Wesentlichen zur Finanzierung von Unterkunftskosten, die nicht von der sozialen Pflegeversicherung übernommen werden.

Versorgung psychisch Kranker

Die Versorgung psychisch Kranker wird vermehrt auf gemeindenahe Versorgungsstrukturen gestützt, nachdem eine Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages 1975 unnötige Hospitalisierung und geringe Versorgungsqualität kritisierte. Die Situation der psychiatrischen Versorgung in den neuen Bundesländern war 1990 vergleichbar der Lage in den alten Ländern vor der Psychiatriereform in den 1970er Jahren. Ein bedeutender Teil der Versorgung psychisch Kranker fand in separaten Krankenhäusern mit 300 bis 1800 Betten bei häufig eingeschränkter Versorgungsqualität statt. Der Mangel an gemeindenahen Einrichtungen wurde erschwert durch eine insgesamt geringe Personalausstattung. Etwa 60% der in den neuen Ländern hospitalisierten psychisch Kranken wurden 1990 als nicht hospitalisierungsbedürftig eingeschätzt. Während des anschließend ebenfalls einsetzenden Prozesses der Enthospitalisierung wurde die Anzahl der Spezialkliniken für psychiatrische und/oder neurologische Erkrankungen bis Ende der 1990er Jahre deutlich reduziert. Die psychiatrische Akutversorgung wurde zu einem großen Teil auf psychiatrische Fachabteilungen in allgemeine Akutkrankenhäuser verlagert.

Gab es in der alten Bundesrepublik 1976 noch etwa 150 000 psychiatrische Betten, wurde ihre Anzahl in der gesamten Bundesrepublik bis 1995 auf 69 000 und bis 2002 auf 54 000 reduziert. Im gleichen Zeitraum verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer in Spezialkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie von 152 Tagen (1976) auf 44 Tage (1995) und weiter auf 27 Tage (2002). 2002 verfügten insgesamt 396 Krankenhäuser (von insgesamt 2221) über eine Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie (52). Der überwiegende Teil (375) bot auch Tageskliniken an, eine Option, die nicht-universitäre Krankenhäuser erst ab 2000 anbieten durften (siehe *Stationäre und intersektorale Versorgung*).

Der Prozess der Enthospitalisierung war mit einer Zunahme gemeindenaher Einrichtungen verbunden, insbesondere betreuter Wohngemeinschaften, ambulanter Kriseninterventionszentren und Zentren zur psychosozialen Beratung und sozialen Unterstützung. Diese werden häufig in freigemeinnütziger Trägerschaft geführt. Parallel zum Abbau von stationären Kapazitäten der psychiatrischen Langzeitversorgung wurde die Anzahl der Krankenhäuser (und Betten) zur Vorsorge und Rehabilitation ausgebaut, die nicht der Krankenhausplanung der Länder unterliegen. Viele dieser Einrichtungen – oft in privater Trägerschaft – sind auf Suchtprobleme und psychosomatische Störungen spezialisiert.

Die ambulante medizinische Versorgung psychisch Kranker (Erwachsener wie Kinder) wurde auch durch die wachsende Anzahl niedergelassener Psychiater, Neurologen und anderer Ärzte mit psychotherapeutischer Qualifikation sowie

psychologischer Psychotherapeuten gestärkt (siehe *Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung*). 2000 wurde zudem Soziotherapie in den GKV-Leistungskatalog gesetzlich eingeführt. Koordiniert von vertragsärztlichen Psychiatern wird bestimmten GKV-versicherten psychisch Kranken ein Spektrum an soziotherapeutischen Leistungen angeboten, die sie unterstützen sollen, angemessene Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen und unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Darüber hinaus bietet der Öffentliche Gesundheitsdienst selbst sozialpsychiatrische Dienste an, die Beratung, Sozialarbeit und ärztliche Krisenintervention umfassen und sich insbesondere an die am meisten benachteiligten psychisch Kranken richten.

Quantität, Qualität und Leistungsspektrum gemeindenaher Angebote variieren stark zwischen verschiedenen Kommunen und Ländern. Trotz Fortschritten sind psychosoziale Einrichtungen oft weniger gut ausgerüstet als somatische Einrichtungen (z. B. hinsichtlich des Zugangs zu Telefonverbindungen). Die Möglichkeiten zu beruflicher Rehabilitation und umfassender sozialer Integration werden noch als unzureichend betrachtet.

Zusätzlich wurde der Prozess der Enthospitalisierung von psychiatrischen Patienten durch Zunahme an Privatkliniken begleitet, die Kurzzeitpflege und rehabilitative Leistungen (die sich nicht im Krankenhausplan der Bundesländer befinden) für Patienten mit Suchterkrankungen und psychosomatischen Leiden anbieten.

Soziale Dienste für körperlich und geistig Behinderte

Soziale Dienste für körperlich oder/und geistig behinderte Menschen sind durch gut ausgestattete und hochspezialisierte Institutionen und Schulen gekennzeichnet. Obwohl umfassende Dienste zunehmend innerhalb der Gemeinden und auf ambulanter Basis geleistet werden, spielen stationäre Einrichtungen insbesondere für schwerbehinderte und mehrfach behinderte Menschen weiterhin eine große Rolle.

Ähnlich wie für psychisch Kranke gibt es ein weites Spektrum an privaten Organisationen und kommunalen Einrichtungen, die Unterstützung (und Bildung) für Behinderte und ihre Familien anbieten. Durch unklare Finanzierungsverantwortlichkeiten haben die Betroffenen jedoch keinen konkreten Anspruch auf gemeindenahe Angebote oder integrierte Kindergärten und Schulen. Dies führt zu erheblichen geographischen Unterschieden und insbesondere zu einer Unterversorgung in ländlichen Gebieten.

Die Reform des neunten Sozialgesetzbuches für Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Jahr 2001 hat die individuellen und kollektiven Rechte von Menschen mit Behinderung gestärkt. Vom Bundestag wurde ein

Beauftragter für die Belange von Menschen mit Behinderung berufen und beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelt. Gemeinsame Servicestellen bieten Informationen für die Versicherten, vereinfachen administrative Prozeduren und koordinieren viele Akteure, die an der Finanzierung von Sachleistungen der medizinischen, beruflichen oder/und sozialen Rehabilitation (sowie unterhaltssichernder Geldleistungen und ergänzender Leistungen) beteiligt sind. Außerdem wurden Persönliche Budgets auch im Bereich der Rehabilitation und Sozialhilfe eingeführt, welche zunächst auf Modellbasis evaluiert werden.

Gesundheitspersonal und Ausbildung

Das Gesundheitswesen ist ein bedeutender Beschäftigungssektor, in dem Ende 2003 insgesamt 4,19 Mio. Personen, das heißt 10,8% aller Erwerbstätigen, beschäftigt waren. Davon arbeiteten 0,30 Mio. in Vorleistungsindustrien und 3,89 Mio. im Gesundheitswesen im engeren Sinne. Unter letzteren arbeiteten 1,77 Mio. Erwerbstätige im stationären Sektor (bzw. in Tageskliniken) und etwa gleich viele Beschäftigte (1,74 Mio.) in ambulanten Einrichtungen. Weitere 0,05 Mio. waren im Gesundheitsschutz, 0,05 Mio. in Rettungsdiensten, 0,10 Mio. in sonstigen Einrichtungen und 0,21 Mio. in der Verwaltung beschäftigt. Von den 4,19 Mio. Beschäftigten arbeiteten 1,59 Mio. (38%) in Teilzeit, was insofern 3,28 Mio. Vollzeitäquivalenten entspricht (21).

Von 1997 bis 2003 blieb die Anzahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen insgesamt nahezu konstant. Die Anzahl der Vollzeitäquivalente nahm jedoch ab, da der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von 70% auf 62% abnahm und somit

Tabelle 22. Erwerbstätige im Gesundheitssystem pro 100 000 Einwohner, 1991–2003

	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ärzte	284	300	311	313	318	321	326	330	336	337
– davon Hausärzte	118	121	115	110	108	106	107	106	106	104
Zahnärzte	70	73	75	76	76	76	77	78	79	78
Apotheker	53	54	56	57	58	58	58	58	59	58
Pflegekräfte	–	–	–	924	938	949	962	973	–	–
Hebammen	8,8	9,2	9,2	9,3	9,3	9,0	9,4	9,5	10,4	–
Absolventen Medizinstudium	13,3	16,6	14,8	10,7	11,1	10,2	10,0	8,5	–	–
Absolventen Zahnmedizinstudium	2,9	2,9	2,7	2,0	1,9	1,8	1,9	1,5	–	–
Absolventen Pharmaziestudium	2,4	2,4	2,2	2,3	2,4	2,3	2,4	2,2	2,0	1,7

Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

niedriger lag als in anderen wirtschaftlichen Sektoren (76% bzw. 74%) (2,21). Tabelle 22 zeigt die Entwicklung der Beschäftigten und Ausbildungsabschlüsse in verschiedenen Gesundheitsdienstberufen seit 1991.

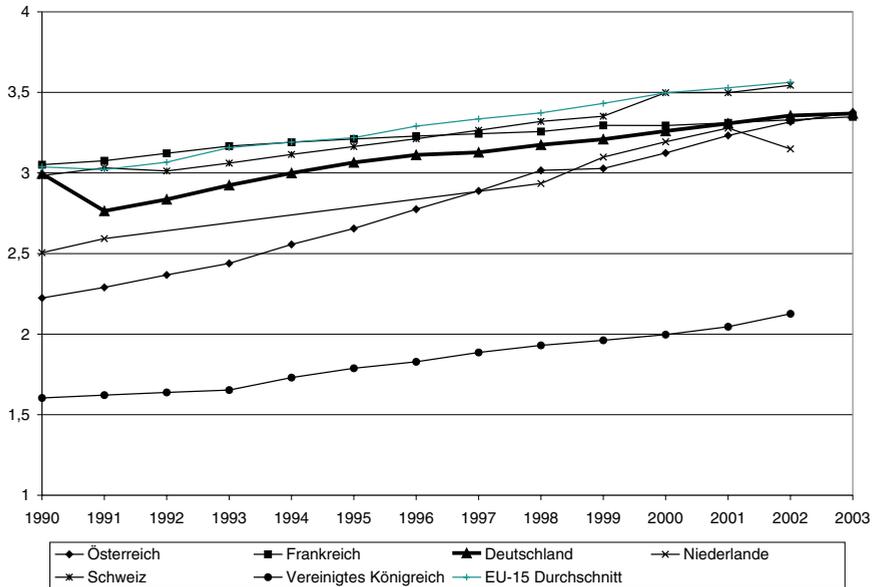
Die Struktur und Entwicklung der Beschäftigten im Gesundheitswesen wird seit 2003 jährlich vom Statistischen Bundesamt erfasst. Die Gesundheitspersonalrechnung differenziert nach beruflicher Qualifikation, Tätigkeitsort, beruflicher Stellung, Geschlecht sowie Voll- und Teilzeittätigkeit (21). Darüber hinaus sind die Kammern der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker gesetzlich verpflichtet, Statistiken über ihre (Pflicht-)Mitglieder zu veröffentlichen (61). Die KVen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dokumentieren die Struktur und Qualifikation von Ärzten und Zahnärzten, die zur Versorgung GKV-Versicherter zugelassen sind (49). Diese Daten dienen als Grundlage der Bedarfsplanung (s. u.).

Ärzte

In den letzten 130 Jahren hat die Anzahl der Ärzte stetig zugenommen (Tabelle 5, Tabelle 16, Tabelle 22). In den 1980er Jahren betrug die jährliche Steigerungsrate durchschnittlich 3%, in den 1990er Jahren durchschnittlich 2%, und seit 2000 hat sie sich auf durchschnittlich 1% verringert (61). Während der Anteil der Fachärzte zunahm, sank der Anteil der Allgemeinärzte an der Gesamtzahl der Ärzte wie auch an der Einwohnerzahl kontinuierlich. Ab 1993 folgte allerdings eine zunehmende Zahl an Internisten und Kinderärzten der per Gesetz geschaffenen Option, sich für eine Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung zu entscheiden, waren 2004 schließlich 50% der Vertragsärzte hausärztlich (59 000) und 50% fachärztlich (58 900) tätig (siehe *Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung*).

2004 waren von insgesamt 394 432 Ärzten 306 435 berufstätig; das entspricht einer Rate von 371 pro 100 000 Einwohner oder einem Arzt auf 269 Einwohner (vgl. Tabelle 5). Von den erwerbstätigen Ärzten arbeiteten 146 357 in Krankenhäusern, 133 400 im ambulanten Sektor (117 900 als Vertragsärzte, 8000 als Angestellte in Vertragsarztpraxen und 7000 in reinen Privatpraxen), 10 300 im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in Verwaltung oder Körperschaften, 16 400 in anderen Bereichen (z. B. pharmazeutische Industrie); 87 997 waren ohne ärztliche Tätigkeit (61). Gemäß Daten der WHO für 2003 (6), welche die beiden letztgenannten berufstätigen Gruppen ausschließen, waren 337 Ärzte pro 100 000 Einwohner in der Patientenversorgung aktiv (Tabelle 22). Dies entsprach in etwa der Ärztedichte in Frankreich oder Österreich, lag aber unter dem EU-15-Durchschnitt oder der Schweiz (Abb. 13, Abb. 14). Der Zugang zum Studium der Humanmedizin und Zahnmedizin wurde ab Ende der 1980er

Abb. 13. Anzahl der Ärzte pro 100 000 Einwohner in Deutschland, ausgewählten Ländern und im EU-15-Durchschnitt, 1990–2003



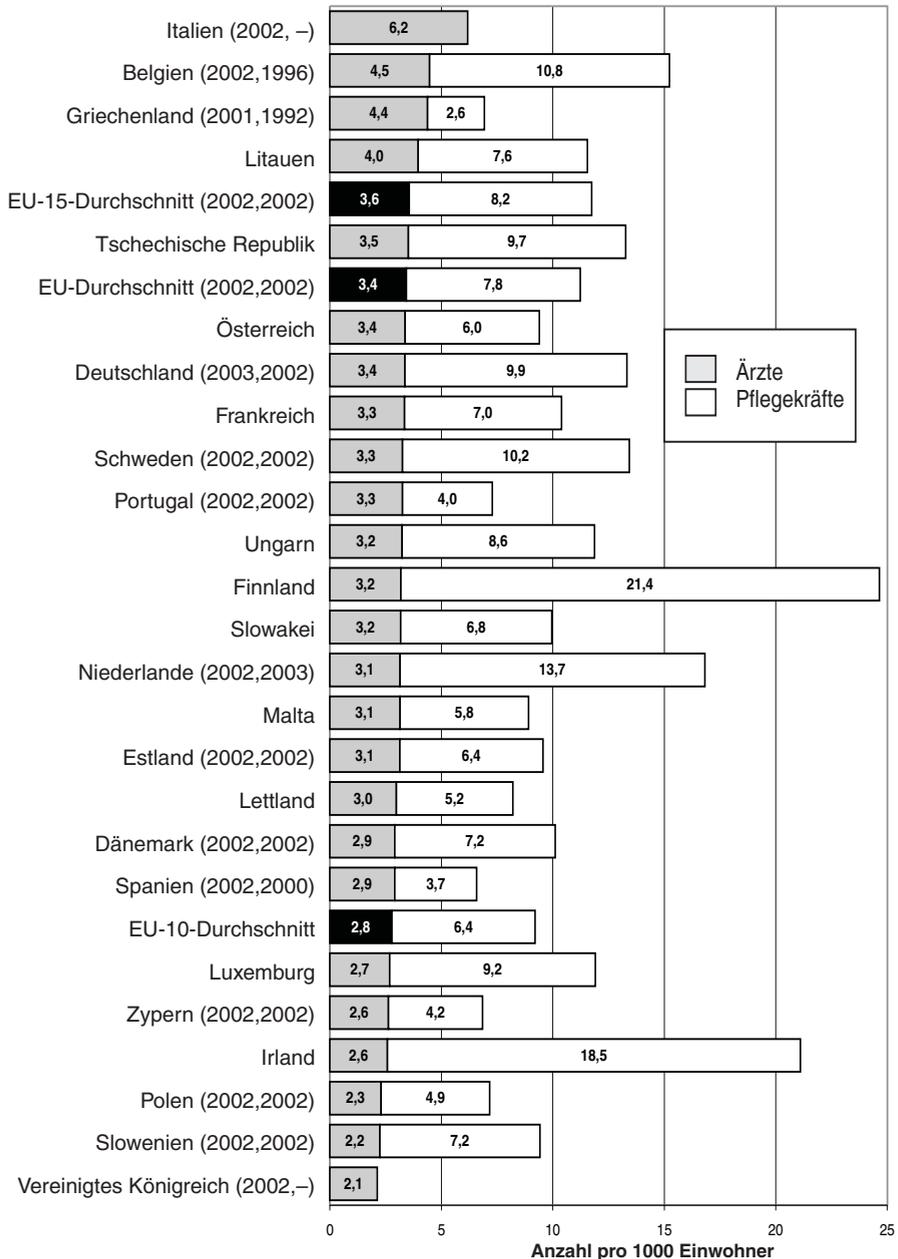
Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Jahre stärker eingeschränkt, was ab Mitte der 1990er Jahre zu einem Rückgang der Absolventen führte (Tabelle 22).

Zur Regulierung der Anzahl der Vertragsärzte werden gemäß §§ 99-105 SGB V Pläne zur „bedarfsgerechten“ Versorgung entwickelt. Ursprünglich diente diese Bedarfsplanung dazu, die Versorgung mit selteneren ärztlichen Fachgebieten auch in ländlichen Regionen sicherzustellen. Seit den 1980er Jahren lag der Fokus jedoch auf der Vermeidung von Überversorgung. Seit 1993 bestimmt das Sozialgesetzbuch, dass keine neuen Praxen eröffnet werden dürfen, wenn in einem Planungsbereich 110% der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad in einem bestimmten Fachgebiet überschritten wird. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verabschiedete entsprechende Richtlinien. Seit 2004 hat diese Aufgabe der Ausschuss für vertragsärztliche Versorgung des neuen Gemeinsamen Bundesausschusses übernommen (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

Die Bedarfsrichtlinien teilen alle Planungsbereiche in zehn Gruppen ein – von Kernstädten in großen Verdichtungsräumen zu ländlichen Kreisen in ländlichen Regionen –, für die der Bedarf je Fachgebiet unterschiedlich

Abb. 14. Anzahl der Ärzte und Pflegekräfte pro 1000 Einwohner in Ländern der Europäischen Union, 2003 oder neueste verfügbare Angabe



Quelle: Datenbank Gesundheit für alle des WHO Regionalbüros für Europa, Juni 2005 (6).

Anmerkung: EU: Europäische Union; EU-10: EU Mitgliedstaaten die am 1. Mai 2004 beigetreten sind; EU-15: Mitgliedstaaten vor Mai 2004.

definiert wird. Dabei richtet sich die Verhältniszahl für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad nach der Anzahl der Vertragsärzte (im Verhältnis zu den Einwohnern), die 1990 tatsächlich im jeweiligen Fachgebiet im Durchschnitt aller Planungsbereiche einer Gruppe niedergelassen waren. „Übersorgung“ ist also definiert als 110% dieser Verhältniszahl. Faktoren wie Alter, Geschlecht, Morbidität und sozioökonomischer Status der Bevölkerung oder die Versorgung mit Krankenhausbetten in dem jeweiligen Planungsbereich werden nicht in diese Berechnung einbezogen. Daher schwankt der „Bedarf“ für bestimmte Fachgebiete erheblich (bis zu einem Faktor von 9 im Falle der Psychotherapeuten), da historisch bedingte regionale Unterschiede fest- und fortgeschrieben werden (Tabelle 23).

Tatsächlich unterscheidet sich die Dichte der Vertragsärzte zwischen Planungsbereichen in großstädtischen Ballungsräumen und in ländlichen Gebieten. Von den 16 Bundesländern verfügte der Stadtstaat Hamburg über die höchste Vertragsärztdichte und der weitgehend ländlich geprägte Flächenstaat

Tabelle 23. Richtwerte zur Bedarfsplanung als Verhältnis von Vertragsärzten und Einwohnern je Planungsbereich nach Fachgebiet (höchste und niedrigste Verhältniszahl, Angaben laut Bedarfsplanungs-Richtlinie für 2003)

	Planungsbereich mit höchstem Arzt/Einwohner- Verhältnis	Planungsbereich mit niedrigstem Arzt/Einwohner- Verhältnis	Geographische Variation der 100%-Arztdichte (Höchstes Arzt/Einwohner- Verhältnis als Vielfaches der niedrigsten Verhältniszahl)
Anästhesisten	1/18 383	1/137 442	7,5
Augenärzte	1/11 017	1/25 778	2,3
Chirurgen	1/21 008	1/62 036	3,0
Frauenärzte	1/6 711	1/14 701	2,2
Hals-Nasen- Ohrenärzte	1/16 419	1/42 129	2,6
Hautärzte	1/16 996	1/60 026	3,5
Internisten, fachärztlich tätig	1/9 574	1/44 868	4,7
Kinderärzte ^b	1/12 860	1/27 809	2,2
Nervenärzte	1/11 909	1/47 439	4,0
Orthopäden	1/13 009	1/34 214	2,6
Psychotherapeuten	1/2 577	1/23 106	9,0
Radiologen	1/24 333	1/156 813	6,4
Urologen	1/26 017	1/69 695	2,7
Hausärzte ^a	1/1 474	1/2 134	1,5

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben der Kassenärztliche Bundesvereinigung 2004 (49).

Anmerkungen: ^a umfasst Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung und hausärztlich tätige Internisten; ^b umfasst hausärztlich und fachärztlich tätige Kinderärzte.

Brandenburg rund um Berlin über die niedrigste Dichte an Hausärzten wie auch an Fachärzten. Von den insgesamt 395 Planungsbereichen waren Anfang 2005 (im Vergleich: 2004) 392 (386) geschlossen für die Neuzulassung von Chirurgen, gefolgt von 391 (388) für fachärztlich tätige Internisten, 380 (376) für Urologen, 366 (360) für Kinderärzte, 365 (364) für Hautärzte, 364 (364) für Radiologen, 350 (344) für Orthopäden, 344 (350) für Frauenärzte, 337 (336) für Psychotherapeuten, 335 (313) für Anästhesisten, 328 (322) für Nervenärzte und 309 (298) für Augenärzte. Für Hausärzte waren dagegen nur 147 (132) Planungsbereiche geschlossen, d. h. in 63% (66%) aller Planungsbereiche wurde der Höchstwert nicht erreicht; 1999 hatte dieser Anteil noch 50% betragen (1).

Pflegeberufe und andere Gesundheitsberufe

Die Anzahl der Krankenpflegekräfte ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen, insbesondere in den 1990er Jahren im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung (siehe *Pflege und Langzeitversorgung*) (11,57). Von 1997 bis 2003 stieg die Zahl der qualifizierten Krankenpflegekräfte und Hebammen zusammengenommen von 689 000 auf 715 000, was einem Verhältnis von 8,7 Krankenpflegekräften pro 1000 Einwohnern entsprach. Unter Berücksichtigung der Teilzeitbeschäftigung ergaben sich 635 000 Vollzeitäquivalente (21). Nach WHO-Daten (6) betrug die Anzahl der Krankenpflegekräfte 9,9 pro 1000 Einwohner in 2002 und lag damit über dem EU-15- und dem EU-25-Durchschnitt (8,2 bzw. 7,8 pro 1000) (Abb. 14).

Auch die Zahl der Beschäftigten in den übrigen Gesundheitsdienstberufen – mit Ausnahme des Gesundheitshandwerks – hat von 1997 bis 2003 (weiter) zugenommen. So stieg beispielsweise die Zahl der Arzhelferinnen und zahnmedizinischen Fachangestellten von 489 000 auf 508 000, der Helfer in der Krankenpflege von 203 000 auf 225 000 und die Zahl der Physiotherapeuten, Masseure, und medizinischen Bademeister von 105 000 auf 131 000 (21).

Zur Personalplanung in der akutstationären Pflege wurde 1992 ein interessantes Instrument in das Gesundheitsstrukturgesetz aufgenommen: Die Pflegepersonalregelung mit täglicher Dokumentation der Pflegeaktivitäten und Einstufung der Patienten in eine von neun Gruppen mit standardisiertem Pflegezeitbedarf von täglich 52 bis 215 Minuten. Die Summe der Pflegeminuten konnte so pro Station und Krankenhaus in erforderliche Stellen für Pflegepersonal umgerechnet werden. Die Pflegepersonalregelung wurde eingeführt, um den (wahrgenommenen) Mangel an Pflegekräften zu beheben. Es wurde erwartet, dass neue Stellen geschaffen würden. Im 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde die Regelung wieder abgeschafft – mit der offiziellen Begründung, dass diese im Zeitraum von 1993 bis 1995 zur Schaffung von fast 21 000 neuen Pflegestellen

geführt habe, während vom Gesetzgeber nur 13 000 Stellen vorhergesehen worden waren.

Die Bedingungen zur Zulassung von Leistungserbringern, die Heilmittel zur ambulanten Versorgung von GKV-Versicherten als Dienstleistung erbringen – insbesondere Physiotherapeuten, Sprachtherapie und Ergotherapeuten – werden durch das Sozialgesetzbuch V geregelt und durch die Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Leistungen und Rationierung*). Nach § 124 SGB V ist zuzulassen, wer die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende Berufserlaubnis, über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßig und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und die in der GKV geltenden Regeln anerkennt.

Abgesehen von der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung gibt es bundes- oder landesweit keine systematische Personalplanung für Pflegeberufe und andere Gesundheitsdienstberufe, sei es nach Angebots- oder Bedarfskriterien.

Ausbildung

Die Zuständigkeit für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen ist aufgeteilt zwischen der Bundesregierung, den Landesregierungen und den Organisationen der verschiedenen Gesundheitsberufe. Die meisten aktuellen Debatten resultieren aus Spannungen zwischen den einzelnen Interessengruppen.

Gemäß der föderalen Struktur sind die 16 Bundesländer generell verantwortlich für die Regulierung und Finanzierung der Ausbildung und für die Zulassung und Aufsicht. Die Gesundheitsberufe unterscheiden sich seit langer Zeit von anderen Berufsgruppen: Einerseits existieren in vielen Gesundheitsberufen bundesweit einheitliche Bestimmungen für die grundständige Ausbildung. Andererseits sind viele Aufgaben in der Weiter- und Fortbildung an die Kammern der freiberuflichen Gesundheitsberufe delegiert. Reichsweite Standards bezüglich verpflichtender Unterrichts- und Prüfungsfächer wurden für das Medizinstudium bereits 1871 eingeführt, 1875 folgten Standards für Pharmazie und 1907 für die Krankenpflegeausbildung. Inzwischen gibt es bundesweit einheitliche Ausbildungsstandards neben Humanmedizin, Zahnmedizin und Pharmazie auch für 17 der 23 nicht-akademischen Gesundheitsdienstberufe, neben der Krankenpflege beispielsweise auch für die Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe sowie für Hebammen, Krankengymnasten, Masseur, Logopäden, die diversen technischen Assistenzberufe sowie Rettungssanitäter. 2002 wurden bundeseinheitliche Regelungen auch für die Ausbildung von

Altenpflegekräften eingeführt. Zudem wurde 2001 der Beruf Podologe per Bundesgesetz anerkannt.

Grundständige Berufsausbildung und Zulassung

Die grundständige Berufsausbildung nicht-akademischer und akademischer Gesundheitsberufe ist generell kostenfrei; allerdings verlangen private Schulen zumeist Gebühren. Auszubildende von stark praxisbasierten Ausbildungsgängen, beispielsweise der Krankenpflege oder der Lehre als Arzthelferin, erhalten ein monatliches Einkommen. Universitäre Ausbildung wird durch die Länder finanziert, während praxisbasierte Ausbildung in Krankenhäusern seit 2000 durch die GKV im Rahmen ihrer Verträge mit den jeweiligen Krankenhäusern finanziert wird. Bis 2000 lag die Finanzierung von Krankenpflegesschulen im Normalfall bei den Landesregierungen. In Zukunft soll die Krankenpflegeausbildung durch einen Zuschlag der DRGs aus einem krankenhausübergreifenden Fond finanziert werden (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*).

Viele Universitäten bieten humanmedizinische (36), zahnmedizinische (31) und/oder pharmazeutische (23) Studiengänge an; Veterinärmedizin wird von fünf Fakultäten angeboten. Der Zugang zu deutschen Universitäten ist im Allgemeinen auf Abiturienten beschränkt, der Zugang zu Fachhochschulen auf Fachabiturienten. Studienplätze werden überwiegend durch die Zentrale Vergabestelle für Studienplätze vergeben auf der Basis von Schulnoten, Wartezeit und besonderen Quoten (z. B. für Ausländer und Behinderte). Fünfzehn Prozent der Studienplätze in der Humanmedizin werden durch Auswahlgespräche an den Hochschulen vergeben. Die Studiendauer beträgt zwischen 4 Jahren (Pharmazie) und 6 Jahren (Humanmedizin).

Für andere Gesundheitsberufe wie Krankenpflege, Logopädie oder Physiotherapie werden (von einzelnen Ausnahmen abgesehen) keine grundständigen Studiengänge an Universitäten oder Fachhochschulen angeboten. Es gibt hingegen zahlreiche, öffentlich finanzierte Einrichtungen für die Ausbildung in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und der Altenpflege, die die praxisbasierte Ausbildung in – zumeist stationären – Einrichtungen mit kursbasiertem Unterricht verbinden (an ein bis zwei Tagen pro Woche oder in Wochenblöcken). Dagegen sind Schulen für Krankengymnasten, Masseure, Hebammen, Diätassistenten und Logopäden oftmals in privater Trägerschaft und erheben Gebühren (von etwa €300 bis €700 pro Monat). Die grundständige Ausbildung erfordert zumeist einen Realschulabschluss und dauert üblicherweise drei Jahre.

Die Curricula vieler nichtakademischer Gesundheitsberufe sind in den letzten Jahren durch Bundesgesetze reformiert worden, beispielsweise

in Bundesgesetzen zur Ausbildung von Krankenpflegekräften (2002), Kinderkrankenpflegekräften (2002) und Altenpflegekräften (2001), welche die Lehrplaninhalte modernisierten und Ausbildungsanteile in der Prävention, psychosozialen Betreuung und ambulanten Versorgung stärkten. Trotz vielseitiger Bemühungen, die Ausbildung der verschiedenen Pflegeberufe zu vereinheitlichen, wurde die Aufgliederung nach separaten Ausbildungsgängen in den jüngsten Reformen beibehalten. Bei der bundesweiten Angleichung der Anforderungen für die Altenpflegeausbildung (2001) wurde die herkömmlicherweise stark betonte Vermittlung sozialarbeiterischer Fähigkeiten um Kenntnisse und Fertigkeiten in der Krankenpflege ergänzt; allerdings ist beispielsweise Praxiserfahrung in der geronto-psychiatrischen Pflege weiterhin kein Pflichtbestandteil (57). Auch Arzthelferinnen und Zahnarzthelferinnen werden weiterhin separat ausgebildet, im Rahmen einer Lehre in einer bestimmten Arztpraxis. Ihre Ausbildung wurde vor kurzem durch die Einführung einer obligatorischen Rotation in andere Arztpraxen erweitert und im Hinblick auf Fähigkeiten in der Patienteninformation, dem Praxismanagement und dem Umgang mit Informationstechnologien modernisiert.

Die Curricula der universitären Studiengänge für Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie sind, abweichend von anderen Studiengängen, durch Bundesgesetz hochgradig standardisiert und um 2 bis 4 staatliche Prüfungen herum organisiert. Für das Medizinstudium wurde 1999 eine langjährig angestrebte Experimentierklausel in der Approbationsordnung verankert. Diese erlaubt einzelnen medizinischen Fakultäten, Reformcurricula anzubieten – unter Wahrung gewisser bundesweiter Standards, beispielsweise der Teilnahme an zwei zentralisierten staatlichen Prüfungen. Der erste Reformstudiengang wurde im Herbst 1999 als Wahlmöglichkeit für 63 Studierende an der Berliner Humboldt-Universität begonnen. Im Herbst 2003 trat schließlich die vollständig überarbeitete Approbationsordnung für Ärzte in Kraft. Sie hat auch zum Ziel, grundlegende Reformen des Medizinstudiums zu erleichtern im Hinblick auf Unterricht am Krankenbett und im ambulanten Sektor, der Vermittlung von Fähigkeiten zur Problemlösung und der Integration vorklinischer und klinischer Lerninhalte.

Seit den frühen 1980er Jahren haben Kostenargumente Gesundheitspolitiker dazu motiviert, die Anzahl der Studienplätze zu reduzieren (während dies von den für die unmittelbare Ausbildung Verantwortlichen nicht allgemein akzeptiert wurde). Seit den frühen 1990er Jahren hat die Anzahl der Absolventen der Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie abgenommen (Tabelle 22).

Nach dem Universitätsabschluss können Absolventen von den für Gesundheit verantwortlichen Landesministerien zugelassen werden. Eine Bestimmung, dass Absolventen der Humanmedizin eine 18-monatige klinische Tätigkeit als

Arzt im Praktikum absolvieren müssen, um die volle staatliche Approbation zu erhalten, wurde 2004 abgeschafft (siehe *Vergütung von Ärzten*).

Sekundäre Berufsausbildung (Spezialisierung) und Weiterbildung

Absolventen der Human- und Veterinärmedizin sind zur Weiterbildung und damit zur Spezialisierung verpflichtet, z. B. als Facharzt für Allgemeinmedizin oder Chirurgie, wenn sie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden wollen, während dies für Gesundheitsprofessionelle mit anderen grundständigen Berufsabschlüssen optional ist. Die Weiterbildungsordnungen unterscheiden je nach Land bis zu 8 Spezialisierungsmöglichkeiten bzw. Fachgebiete in der Pharmazie, 3 in der Zahnheilkunde, 48 in der Veterinärmedizin, 7 in der Psychologie und 12 in der Krankenpflege. Die Anzahl der Fachgebiete in der Humanmedizin stieg von 14 in 1924 auf 37 in 2003, ergänzt um weitere 52 Schwerpunktbezeichnungen oder Zusatzbezeichnungen. Auf der Basis der Entscheidungen des Deutschen Ärztetages, das heißt der Delegierten der Landesvertreterversammlungen, die von den Pflichtmitgliedern der jeweiligen Landesärztekammern gewählt sind, gibt die Bundesärztekammer eine Modellweiterbildungsordnung heraus, die von den jeweiligen Vertreterversammlungen und Kammern auf Landesebene konkretisiert und ggf. modifiziert wird. Für jedes Fachgebiet, jede Schwerpunktbezeichnung und Zusatzbezeichnung existiert ein Anforderungskatalog von Fertigkeiten und Kenntnissen, die während einer definierten Mindestweiterbildungszeit erworben werden müssen. Um die Facharztanerkennung zu erwerben, muss im Anschluss an die Weiterbildung eine Prüfung (vor fachärztlichen Kollegen) abgelegt werden.

Die Spezialisierung dauert in den nicht-akademischen Berufen etwa 2 bis 3 Jahre und in den akademischen Gesundheitsberufen 3 bis 5 Jahre, die Subspezialisierung zumeist 2 Jahre. In der Allgemeinmedizin wurde die Dauer der Weiterbildung 1997 von 3 auf 5 Jahre erhöht, um die Qualität und den professionellen Status zukünftiger Hausärzte zu verbessern. In den 1990er Jahren betrug der Anteil der Allgemeinmedizin an allen Facharztprüfungen nur etwa 20% aus. Das niedrige Verhältnis von Generalisten zu Spezialisten wurde als Resultat niedrigerer Einkommensaussichten (siehe *Vergütung von Ärzten*), fehlender Weiterbildungsangebote in der ambulanten Versorgung und einem vergleichsweise niedrigen Prestige der Allgemeinmedizin gegenüber anderen Fachgebieten gesehen, bedingt auch durch eine nahezu ausschließliche Sozialisierung der Ärzte in Krankenhäusern der Sekundär- und Tertiärversorgung. Daher verpflichtete der Gesetzgeber Kassen, private Krankenversicherungen und KVen ab 1999 verpflichtet, während der ambulanten Weiterbildungsphase (mindestens 2, maximal 3 der 5 Jahre) die Hälfte der

Gehälter von Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin zu finanzieren. Dennoch stellt diese Unterstützung in Wirklichkeit oftmals das alleinige Einkommen der Weiterbildungsassistenten dar. 2004 wurden 2084 von 12 553 Facharztprüfungen in der Allgemeinmedizin (17%) abgelegt, während 1822 Facharztprüfungen auf die Innere Medizin ohne Schwerpunktgebiet (15%) und 522 auf die Kinderheilkunde ohne Schwerpunktgebiet (4,2%) entfiel (61).

Die hohe Ausstiegsquote in den nicht-akademischen Gesundheitsberufen während der grundständigen Ausbildung und in den frühen Jahren der Berufstätigkeit ist als Resultat der Beschäftigungssituation von Frauen, aber auch der relativ geringen Berufszufriedenheit und der begrenzten Möglichkeiten zu beruflicher Entwicklung und sozialem Aufstieg interpretiert worden. Der Mangel an Pflegefachkräften war ein weiterer Anlass in den 1980er Jahren, Spezialisierungsmöglichkeiten in kursbasierten Aufbaustudiengängen an Fachhochschulen zu etablieren. Pflegewissenschaften werden an 11 Fachhochschulen und einer privaten Universität angeboten. Auch für andere nicht-ärztliche Berufe wie Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten und Altenpfleger werden zunehmend Aufbaustudiengänge in Teilzeit oder Vollzeit angeboten. Zudem bieten Fachhochschulen und private Institute eine Reihe von Kursen in Bereichen wie Gesundheitsförderung und Krankenhausmanagement an.

Public Health war bis zur Einführung entsprechender Postgraduiertenstudiengänge Bestandteil einer fachärztlichen Weiterbildung („Öffentliches Gesundheitswesen“). Die Studiengänge wurden schrittweise an neun Universitäten eingeführt, zumeist an medizinischen Fakultäten. Die zweijährigen berufsbegleitenden Kurse bieten inzwischen – teils kostenfrei, teils gegen Studiengebühren – Plätze für knapp 300 Studierende mit Hochschulabschlüssen in medizinischen und nichtmedizinischen Gebieten an, teilweise auch für Absolventen von Fachhochschulen. Qualitätsmanagement ist eine weitere Zusatzqualifikation, die zunehmend berufsbegleitend erworben werden kann, beispielsweise bei 5 Landesärztekammern sowie vielen Fachhochschulen und privaten Instituten.

Seit 2004 sind Angehörige aller Gesundheitsberufe, die an der ambulanten Versorgung GKV-Versicherter teilnehmen, gesetzlich zu einer kontinuierlichen Weiterbildung verpflichtet. Der Nachweis über eine angemessene Fortbildungstätigkeit muss alle fünf Jahre erbracht werden. Für Vertragsärzte kann ein fehlender Nachweis der erforderlichen Fortbildungstätigkeit zu einer Kürzung der Vergütung (und einem Entzug der Kassenzulassung) führen. Generell sind die jeweiligen Kammern der Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte und Pharmazeuten für die Organisation, Durchführung und Beaufsichtigung von Fortbildungsaktivitäten zuständig.

Generelle Anmerkungen

Die gegenwärtige Debatte über die Ausbildung in den Gesundheitsberufen spiegelt die Spannungen zwischen dem Bildungssektor, dem Gesundheitssektor und der beruflichen Selbstverwaltung sowie die Konfliktlinien innerhalb dieser Bereiche wider. Einige der Streitpunkte existieren schon seit Jahrzehnten; beispielsweise wird seit langer Zeit an fast allen Ausbildungsgängen der verschiedensten Gesundheitsberufe bemängelt, dass die Vermittlung von Fähigkeiten in der Kommunikation und synthetischen Verknüpfung von Wissensinhalten gegenüber dem Faktenwissen zu kurz komme, welches bevorzugt als Antwort auf die fortschreitende Spezialisierung der Medizin in die Aus- und Weiterbildungskataloge aufgenommen worden sei. Während an praxisbasierten Aus- oder Weiterbildungsgängen bemängelt wird, nicht genügend umfassende Kenntnisse zu vermitteln und die Auszubildenden im Praxisalltag nicht genügend zu unterstützen, wird kursbasierten – insbesondere akademischen – Ausbildungsgängen vorgeworfen, die Studierenden unzureichend auf ihre Zukunft in der Gesundheitsversorgung, aber auch in der Wissenschaft, vorzubereiten.

Einige quantitative und qualitative Aspekte haben in neueren Debatten und Reformen besondere politische Bedeutung erhalten. Umstritten ist beispielsweise die Begrenzung des – verfassungsrechtlich verbrieften und berufspolitisch stark geförderten – freien Zugangs zur Universitätsausbildung und zur Berufsausübung speziell für Gesundheitsberufe. Einen breiten gesellschaftlichen Konsens gibt es hingegen darüber, dass die gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitsprofessionellen in den Bereichen der primären Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung, Rehabilitation und interdisziplinären Zusammenarbeit besser qualifiziert werden sollten. Es hat sich jedoch herausgestellt, dass ein bloßes Hinzufügen von Lerninhalten in Ausbildungskataloge unzureichend ist, wenn die Mehrheit der Auszubildenden in Gesundheitsberufen fast ausschließlich in Krankenhäusern der Regel- und Maximalversorgung geschult und weitergebildet wird. Eine der großen Herausforderungen wird es daher sein, die Finanzierung und Infrastruktur gemeindenaher Aus-, Weiter- und Fortbildung zu stärken.

Arzneimittel

Arzneimittelpolitik bewegt sich im Spannungsfeld zwischen gesundheitspolitischen und wirtschaftspolitischen Zielen. Gesundheitspolitik ist primär darauf gerichtet, Qualität und Sicherheit zu gewährleisten, Gesundheit zu verbessern und die Ausgaben der GKV unter Kontrolle zu halten.

Wirtschaftspolitik zielt auf eine Förderung der Industrie, der Arbeitsmärkte und ihrer internationalen Wettbewerbsfähigkeit. Die Regulierung des Arzneimittelmarktes spiegelt den Einfluss dieser teilweise widerstrebenden Politikziele wider. Herkömmlicherweise ist der deutsche Arzneimittelmarkt einerseits durch bemerkenswert liberale Regelungen zur Bestimmung von Herstellerpreisen und zu Anforderungen an Wirksamkeitsnachweise geprägt. Andererseits sind die Vertriebsstrukturen und Zuschläge für Großhändler und Apotheker auf Herstellerpreise im Detail geregelt. Kostendämpfungsmaßnahmen haben sich auf den GKV-finanzierten Arzneimittelmarkt konzentriert und sich insbesondere auf indirekte Preiskontrollen durch Festbeträge (seit 1989) und regionale Ausgabenobergrenzen für Arzneimittel (1993–2001) gestützt. Letztere wurden abgelöst von Vereinbarungen auf regionaler Ebene für praxisbezogener Richtgrößen, ergänzt durch Ordnungsfeedback für Vertragsärzte sowie von strikteren Kostensenkungsmaßnahmen im Bereich der Arzneimitteldistribution durch eine Abschlagszahlung der Hersteller, eine Erhöhung von Rabatten und eine verpflichtende Aut-idem-Regelung. 2004 wurden Vertriebsstrukturen teilweise liberalisiert und nicht-verschreibungspflichtige Medikamente grundsätzlich von der GKV-Erstattung ausgenommen.

In den folgenden Abschnitte wird der Prozess von der Arzneimittelzulassung über die Distribution und Preisbestimmung im allgemeinen Arzneimittelmarkt bis hin zur GKV-Erstattung beschrieben (letzteres Thema wurde in der vorherigen Ausgabe des HiT (1) unter Technologiebewertung im Gesundheitswesen behandelt). Weitere Abschnitte konzentrieren sich auf GKV-spezifische Bestimmungen zur Preisregulierung, Ausgabenbegrenzung und Ordnungsinformation und evaluieren deren Auswirkung auf das ärztliche Ordnungsverhalten und die Ausgabenentwicklungen in verschiedenen Segmenten des Arzneimittelmarkts.

Der gesamte Arzneimittelmarkt

Die deutsche Arzneimittelindustrie zählt zu den mächtigsten der hoch industrialisierten Länder und trägt einen beträchtlichen Anteil zum Export bei. 2003 waren 117 000 Beschäftigte bei etwa 1100 pharmazeutischen Unternehmen tätig (21). Die Arzneimittelindustrie erzielte einen Gesamtumsatz von €23,6 Mrd., €11,2 Mrd. im Inland und €12,4 Mrd. durch Exporte (insbesondere in andere EU-Länder, nach Japan, in die Schweiz und in die USA) (63). Die Globalisierung des Arzneimittelmarktes zeigt sich auch an der nominellen Verdreifachung der Umsätze der Im- und Exporte seit 1992. Machten importierte Arzneimittel 1992 noch einen Anteil von 20% des Gesamtumsatzes im Arzneimittelmarkt aus, betrug ihr Anteil 2002 bereits 40% (2).

Tabelle 24 zeigt Entwicklungen der Arzneiausgaben von Krankenkassen, Privatversicherern und Privathaushalten. 2003 wurden – wie bereits 2002 – 70% der gesamten Arzneimittelausgaben von der GKV getätigt, 6% von privaten Krankenversicherungen, 18% von privaten Haushalten (bzw. Organisationen ohne Erwerbszweck) und 5% von anderen Ausgabenträgern. In den 1990er Jahren reduzierten Kostendämpfungsmaßnahmen den Anstieg der GKV-Ausgaben und führten in den Jahren 1993 zu einer nominellen Ausgabensenkung insgesamt, während 1997 nur die GKV-Ausgaben sanken. Der Anteil privater Arzneiausgaben an den Arzneimittelausgaben stieg 1997 als Resultat steigender Zuzahlungen auf 26%, sank danach jedoch wieder und lag 2003 bei 19% (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*).

2003 betrug der Gesamtumsatz im deutschen Arzneimittelmarkt €36,6 Mrd.; davon entfielen nach der Gesundheitsausgabenrechnung €32,2 Mrd. (86%) auf den ambulanten Apothekenmarkt, €3,0 Mrd. (8%) auf Akutkrankenhäuser und €2,4 (6%) auf andere Einrichtungen (Tabelle 24). Gemäß OECD-Daten (3) machte der Apothekenmarkt 2002 €33,3 Mrd. aus, davon entfielen €19,9 Mrd. auf verschreibungspflichtige und €4,2 Mrd. auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente. In realen Preisen stiegen bis 1997 die Ausgaben für nicht verschreibungspflichtige Präparate und sanken seither, während die Ausgaben für verschreibungspflichtige Medikamente kontinuierlich stiegen.

Die Mehrwertsteuer für Arzneimittel und Zuschläge auf Herstellerpreise durch Apotheken zählen zu den höchsten in westeuropäischen Ländern. Die deutsche Mehrwertsteuer rangiert zwar insgesamt am drittniedrigsten unter den EU-15-Mitgliedern, aber die Mehrwertsteuer speziell für Arzneimittel liegt an dritter Stelle, weil im Gegensatz zu den meisten EU-Ländern keine Steuerermäßigungen für Arzneimittel vorgesehen sind. Der Umsatz eines Medikaments mit einem Endverbraucherpreis von €100 setzte sich 2003 wie folgt zusammen: €54,10 erhielt der Hersteller, €5,80 der Großhändler und €14,30 der Apotheker. €13,80 entfielen auf die Mehrwertsteuer und €12,50 auf Rabatte für Krankenkassen. Im Jahr 2002, vor Erhöhung der Kassenrabatte, verteilte sich ein Endverbraucherumsatz von €100 mit €55,90 auf Hersteller, €7,80 auf Großhändler, €17,40 auf Apotheken, €13,80 auf die Mehrwertsteuer und nur €5,10 auf Rabatte für Krankenkassen (64).

Der GKV-Arzneimittelmarkt wird jährlich vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen im Hinblick auf Verordnungen und Umsatz analysiert. Die Analyse basiert auf nahezu allen vertragsärztlichen Rezepten im ambulanten Sektor und wird von verschiedenen Verbänden unterstützt. Der GKV-Arzneimittelindex berücksichtigt keine Verordnungen auf Privatrezept, im Krankenhaussektor oder den nicht verschreibungspflichtigen Erwerb von Arzneien. Die Klassifizierung der Wirkstoffe erfolgt anhand der ATC-

Gruppen der Weltgesundheitsorganisation. Bis 2000 basierte der Bericht lediglich auf einer repräsentativen Stichprobe von 0,4% aller GKV-erstatteten Verordnungen, die unter Berücksichtigung der Ausgaben auf 100% der Verordnungen hochgerechnet wurde. Diese methodischen Veränderungen sind bei Vergleichen der Daten vor und nach 2000 zu berücksichtigen. Der Arzneiverordnungsreport bietet zwar keine patientenbezogenen Daten, die eine Beurteilung der Angemessenheit von Verschreibungen ermöglichen könnten, aber Informationen über Entwicklungen im ärztlichen Verschreibungsverhalten und im GKV-Arzneimittelmarkt (64).

2003 betrug der Apothekenumsatz mit GKV-erstatteten Medikamenten €24,1 Mrd. Davon entfielen €2,2 Mrd. (9%) auf handgefertigte Substanzen, Verbände, Pflegemittel und andere Substanzen und €22,7 Mrd. (91%) auf Fertigarzneimittel.

GKV-Versicherte erhielten durchschnittlich 10,9 Arzneipackungen mit durchschnittlich 447 definierten Tagesdosen (DDD) (Tabelle 25), wobei die Anzahl verordneter Tagesdosen zwischen 96 DDD in der Gruppe der 20- bis 25-Jährigen und 1399 DDD in der Gruppe der 85- bis 89-Jährigen variierte. Kinder unter vier Jahren erhielten durchschnittlich 186 DDD und Personen über 90 erhielten 1289 DDD (64).

Jeder Vertragsarzt verschrieb 2003 seinen GKV-versicherten Patienten durchschnittlich 5736 verschiedene Fertigpräparate mit etwa 241 000 DDD und einem jährlichen Umsatz von €185 000. Der größte Anteil der Verordnungen wurde von Allgemeinmedizинern (55%) und Internisten (19%) getätigt, gefolgt von Frauen-, Augen- und Kinderärzten. Der Umsatz pro verschriebene Packung betrug durchschnittlich €32, wobei der Preis sowohl nach Fachgebiet der Verordner als auch nach Art des Präparates erheblich variierte: Verordnete Packungen von Kinderärzten kosteten durchschnittlich €11, von Allgemeinärzten €28, von Internisten €42, von Urologen und Nervenärzten hingegen €76. Generika kosteten durchschnittlich €18, generikafähige Originalpräparate mit abgelaufenem Patentschutz €26 patentgeschützte Analogpräparate (Gruppe C) €80 und Präparate mit therapeutischem Zusatznutzen €123 (Gruppe B) bzw. €178 (Gruppe A) (64) (vgl. Tabelle 25).

Arzneimittelzulassung

Die Zulassung neuer Arzneimittel wurde erst 1976 mit dem Arzneimittelgesetz verpflichtend eingeführt (in Kraft seit 1978), als die Erkenntnis zunahm, dass ein nicht unbedeutender Teil der vertriebenen Medikamente eine nicht nachgewiesene oder fragliche Effektivität besaß. Arzneimittel sind seither der am stärksten regulierte Bereich unter den Medizintechnologien (siehe

Tabelle 24. Ausgaben für Arzneimittel^a nach Ausgabenträgern und Einrichtungen, 1992–2003

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gesamtausgaben (Mrd. €) für Arzneimittel	25,9	24,4	25,6	27,0	28,4	28,8	30,5	31,4	32,4	35,0	36,6	37,6
nach Ausgabenträgern												
– GKV	18,7	16,2	17,1	18,3	19,3	18,7	19,6	21,0	22,0	24,2	25,6	26,2
– PKV	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,7	1,8	1,9	2,1	2,3
– private Haushalte ^b	4,7	5,7	5,9	6,1	6,3	7,3	7,9	6,9	6,6	6,8	6,7	6,8
– andere Ausgabenträger ^c	0,6	1,5	1,6	1,5	1,7	1,6	1,7	1,8	2,0	2,1	2,2	2,3
nach Einrichtungen												
– allgemeine Krankenhäuser	2,3	2,5	2,5	2,6	2,6	2,7	2,8	2,8	2,9	2,9	3,0	3,0
– andere Einrichtungen	1,1	1,1	1,4	1,2	1,5	1,6	1,7	1,6	1,8	1,9	2,2	2,4
– Apotheken	22,5	20,8	21,7	23,2	24,3	24,5	26,0	27,0	27,7	30,2	31,4	32,2
Arzneimittel- ausgaben in Apotheken nach Ausgabenträgern												
– als Anteil am BIP (%)	1,40	1,27	1,27	1,32	1,36	1,34	1,38	1,40	1,40	1,49	1,53	1,49
GKV (Mrd. €)	16,6	14,2	14,9	16,1	17,1	16,4	17,2	18,5	19,3	21,4	22,5	24,1
– als Anteil am BIP (%)	1,03	0,86	0,86	0,89	0,93	0,87	0,89	0,94	0,95	1,03	1,07	1,11
– als Anteil an den Gesamtausgaben der GKV (%)	16,8	14,4	13,9	14,2	14,7	14,2	14,5	15,2	15,5	16,6	16,9	16,6
PKV (Mrd. €)	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,5	1,6	1,8	2,0	2,1
Private Haushalte ^b (Mrd. €)	3,9	4,8	5,0	5,4	5,5	6,3	6,9	6,1	5,9	6,1	6,0	6,1
– darunter: Ausgaben für Zuzahlungen (Mrd. €) (a)	0,7	1,2	1,5	1,5	1,5	2,3	2,7	2,0	1,8	1,8	1,8	1,8
Andere Ausgabenträger ^c (Mrd. €)	1,2	1,0	1,3	1,3	1,3	1,3	1,5	1,7	1,7	1,7	1,7	1,9

Quellen: Statistisches Bundesamt 2004 (26); (a) Nink & Schröder 2004 (64).

Anmerkungen: ^a umfasst auch Verbandmittel; ^b umfasst auch (geringe) Ausgaben von Organisationen ohne Erwerbszweck; ^c umfasst gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, öffentliche Haushalte und Arbeitgeber.

Technologiebewertung im Gesundheitswesen. Die Zulassung von Medikamenten für Menschen fallen in den Verantwortungsbereich des Paul-Ehrlich-Instituts (Blut, Blutprodukte, Seren und Impfstoffe) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (alle anderen Medikamente). Davor mussten Arzneimittel lediglich beim (ehemaligen) Bundesgesundheitsamt als Medikamente registriert werden. Die Registrierungsvorschriften verlangten lediglich Untersuchungen auf toxische Effekte und die Qualität der chemischen Substanzen, jedoch keinen Wirksamkeitsnachweis.

Seit Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes 1978 wurden etwa 19 000 Medikamente zugelassen und 1800 homöopathische Medikamente registriert. Eine bedeutende Anzahl von Medikamenten aus der Zeit vor dem Arzneimittelgesetz sind jedoch derzeit noch auf dem Markt. Ursprünglich sollte für diese bis zum 30. April 1990 eine Zulassung beantragt werden, anderenfalls sollten sie vom Markt genommen werden, was bis Januar 1993 insgesamt 70 000 Präparate betraf. Da jedoch für viele Medikamente keine Gelegenheit zum Nachweis der Wirksamkeit bestanden hatte, wurde ein zweiter Stichtag zur Beantragung der Zulassung festgelegt (31. Dezember 1999). Falls der Hersteller auf den Antrag auf Zulassung eines Medikamentes verzichtete, konnte dieses noch bis Ende 2004 ohne Wirksamkeitsnachweis vermarktet werden. Das Arzneimitteländerungsgesetz 1994 verlängerte zudem die Frist für die Bearbeitung der Zulassungen bis Dezember 2005. Nach Angaben des BfArM wurden insgesamt 10 800 Zulassungsanträge eingereicht, davon 7300 für chemisch definierte Substanzen und 3500 für Homöopathika mit spezifischen Indikationen. Im Juni 2004 waren von diesen Anträgen jedoch 2378 bzw. 955 noch nicht abschließend ausgewertet. Zudem waren 4700 Anträge auf erneute Registrierung von Homöopathika ohne spezielle Indikation eingereicht worden.

Zulassungen werden in Deutschland für unterschiedliche Dosierungen und Applikationsformen separat vergeben, was dazu führt, dass 2004 etwa 40 000 Zubereitungen auf dem Markt waren. Die Rote Liste enthielt 8992 Präparate, wobei 90% der GKV-Verordnungen auf 2300 Präparate entfielen. 2004 waren 78% der Präparate der Roten Liste chemisch definierte Substanzen, 11% pflanzlicher Herkunft, 8% Homöopathika und 4% sonstige Arzneien (63).

Die Zulassung von Arzneimitteln erfolgt nach Kriterien der wissenschaftlich nachgewiesenen Unbedenklichkeit und Wirksamkeit. Dies umfasst eine schrittweise Untersuchung der Testsubstanz an gesunden Personen (Phase I und II) und kontrollierte klinische Studien an Personen mit der jeweiligen Erkrankung (Phase III). Basierend auf den EU-weiten Richtlinien zur good clinical practice sind umfangreiche formale Anforderungen und Dokumentationen für die Durchführung der Studien erforderlich. Es muss jedoch nur ein geringfügiger Vorteil des neuen Medikamentes in einer kleinen Stichprobe nachgewiesen werden, um dem Wirksamkeitskriterium zu genügen. Kosteneffektivität wird nicht betrachtet. Dies hat zu einer Zulassung aktiver Substanzen mit minimalen Modifikationen anstelle von echten Produktinnovationen geführt. Die Zulassung wird für fünf Jahre erteilt. Nach diesem Zeitraum muss eine Verlängerung beantragt werden.

Zusätzlich zum normalen Verfahren gibt es ein beschleunigtes Zulassungsverfahren. Dies ist für Medikamente vorgesehen, die auf der Basis ihres

potentiellen therapeutischen Nutzens von hohem öffentlichen Interesse sind, für die jedoch noch nicht in ausreichendem Umfang Daten zur abschließenden Beurteilung ihrer therapeutischen Wirksamkeit vorliegen. In diesem Fall kann beschlossen werden, dass innerhalb einer Frist systematisch Daten zur Wirksamkeit des Medikamentes gesammelt werden, um ihren therapeutischen Nutzen neu bewerten zu können. Das Verfahren wird allerdings selten angewandt.

Das beschleunigte Zulassungsverfahren für orphan drugs (zur Behandlung seltener Erkrankungen) wird häufiger angewendet, und kann seit 2000 nur von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) durchgeführt werden. Zunehmend öfter kommt auch die gegenseitige Anerkennung der Zulassung in einem anderen EU-Staat gemäß der Richtlinie 75/319/EWG zur Anwendung, die in Deutschland am 1. Januar 1995 in Kraft trat. Aufgrund dieser Bestimmung kann ein Hersteller, dessen Produkt in einem anderen Land zugelassen wurde, auch in Deutschland die Zulassung beantragen. Die Marktzulassung kann vom BfArM nur verweigert werden, wenn eine Gefährdung der Öffentlichkeit besteht. In diesem Fall wird ein Verhandlungsverfahren durch die Europäische Arzneimittelagentur angestrengt und gegebenenfalls durch eine Entscheidung der EU-Kommission rechtsverbindlich.

Homöopathische und anthroposophische Medikamente sind von dem Zulassungsverfahren gemäß Arzneimittelgesetz ausgenommen, da sie lediglich registriert werden müssen. Die Voraussetzungen der Registrierung beziehen sich in erster Linie auf die Qualität der Inhaltsstoffe und des Herstellungsprozesses und auf die Haltbarkeit des Endproduktes; die therapeutische Wirksamkeit muss nicht nachgewiesen werden. Nur wenn die Mittel für eine spezifische Indikation auf den Markt gebracht werden sollen, muss der Hersteller das übliche Zulassungsverfahren durchlaufen. Die Besonderheiten der Registrierung homöopathischer und anthroposophischer Medikamente und fester Kombinationen von Phytotherapeutika sind in Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt.

Ausnahmen für die Zulassung bzw. Registrierung bilden verschreibungspflichtige Medikamente, die von Apotheken in einer Menge bis 100 Einheiten pro Tag hergestellt und vertrieben werden sowie homöopathische Medikamente, die in einer Stückzahl von unter 1000 Verpackungseinheiten pro Jahr vertrieben werden.

An die Markteinführung schließt sich keine verpflichtende umfassende und systematische Überwachung an. Ärzte und andere im Gesundheitswesen Tätige sind jedoch aufgefordert, Probleme, die sie oder ihre Patienten mit Medikamenten und Medizinprodukten festgestellt haben, an das BfArM zu melden. Das BfArM führt eine Datenbank mit allen Nebenwirkungen,

Kontraindikationen und anderen Problemen, die mit dem Gebrauch von Arzneimitteln einhergehen können. Meldungen werden von medizinischen, pharmakologischen und toxikologischen Experten ausgewertet und an die EMA und weitere internationale Arzneimittelbehörden weitergeleitet. Es besteht ein Stufenplan, nach dem entsprechende Maßnahmen in Abhängigkeit von der Schwere des Problems ergriffen werden. Im schwersten Fall kann die Zulassung entzogen werden.

Die Bundesregierung hat Anfang 2005 einen Gesetzentwurf zur Einrichtung einer unabhängigen Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur vorgelegt, die die Zuständigkeit für die Zulassung und Überwachung von Arzneimitteln übernehmen soll, die bisher vom BfArM als nachgeordneter Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit ausgeübt wurde. Ziel des Gesetzentwurfs ist insbesondere, die administrativ bedingte Verzögerung der Arzneimittelzulassung zu reduzieren.

Distribution von Arzneimitteln

Arzneimittel können von Krankenhäusern und so genannten öffentlichen Apotheken sowie von Apotheken bestimmter Einrichtungen abgegeben werden. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die zudem nicht apothekenpflichtig sind, können auch in Drogerien und Supermärkten verkauft werden. Dazu zählen beispielsweise Vitamine, Mineralien und einige pflanzliche Präparate. Zu den apothekenpflichtigen Medikamenten zählen alle verschreibungspflichtigen Medikamente sowie nicht-verschreibungspflichtige wie Nikotinersatz, Homöopathika und Anthroposophika.

Ein Großteil der Arzneimittelverordnungen und des Arzneimittelumsatzes werden im ambulanten Sektor getätigt. Dabei kommt der Distribution über Apotheken die größte Rolle zu: 2004 wurden nur 82 Mio. (5,6%) von 1490 Mio. Packungen in Drogerien und Supermärkten abgegeben, der überwiegende Teil (94,4%) jedoch in Apotheken – und zwar 581 Mio. Packungen zur Selbstmedikation, 155 Mio. verordnete, aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente und 666 Mio. verschreibungspflichtige Medikamente. 2002 waren noch 119 Mio. (7%) der 1647 Mio. Packungen in Drogerien und Supermärkten abgegeben worden, die weniger als 1% des Umsatzes im ambulanten Arzneimittelmarkt erzielten (67). Andere Daten weisen für 2003 insgesamt 1609 Mio. verkaufte Packungen aus, wobei nur 4% frei verkäuflich waren (in Apotheken oder Drogerien und Supermärkten), 47% nicht verschreibungspflichtig, aber apothekenpflichtig und 49% verschreibungspflichtig. Auf letztere entfiel ein Großteil des Umsatzes (82%), während auf apothekenpflichtige (17%) und insbesondere frei verkäufliche (1%) Medikamente ein geringerer Anteil entfiel (63).

GKV-erstattungsfähige Arzneimittel werden nur von Apotheken abgegeben. Von den 749 Mio. verordneten Arzneimittelpackungen, die die GKV 2003 finanzierte, waren 197 Mio. (26%) nicht verschreibungspflichtig und 552 Mio. (74%) verschreibungspflichtig. Dabei entfielen 9% des Umsatzes auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente und 91% auf verschreibungspflichtige Medikamente (64).

Die Apothekendichte ist relativ hoch im internationalen Vergleich und hat im letzten Jahrzehnt leicht zugenommen. 2002 gab es 26 Apotheken pro 100 000 Einwohner. Alle „öffentlichen“ Apotheken sind tatsächlich in Privatbesitz, betrieben von freiberuflichen Apothekern, die Pflichtmitglieder in Apothekerkammern sind. Sie hatten bis 2003 ein Monopol zur Abgabe von apothekenpflichtigen Medikamenten im ambulanten Sektor. Seither wurde der Versandhandel erlaubt und Krankenhausapotheken erhielten begrenzte Möglichkeiten, Medikamente auch für die ambulante Versorgung GKV-Versicherter abzugeben. Ab August 2002 hatten Krankenhausapotheken bereits die Möglichkeit, Vertragsärzte mit bestimmten Medikamenten, insbesondere Chemotherapeutika, direkt zu beliefern. Vertragsärzte haben, von wenigen Ausnahmen abgesehen, kein Dispensierrecht. Bis 2003 durften Apotheker nur eine Apotheke besitzen; ab 2004 dürfen sie bis zu vier Apotheken besitzen, wobei die drei Filialen in persönlich erreichbarer Nähe zur Hauptapotheke liegen müssen.

Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 hat sich die Struktur des Arzneimittelmarktes sehr verändert. Der Markt wurde „liberalisiert“, wobei der Versandhandel unter strikten Vorschriften zugelassen wurde. Neben der Aufhebung des Mehrbesitzverbotes wurde auch die gesetzliche Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Medikamente abgeschafft. Der Internethandel mit nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten nahm in den ersten Monaten beträchtlich zu. Nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände fanden von Januar bis Juli 2004 insgesamt 5% der täglichen Kundenkontakte mit Apotheken (3,5 bis 5,0 Mio.) über das Internet statt. 600 Apotheken erwarben in diesem Zeitraum eine Lizenz, Arzneien per Internet zu vertreiben. Etwa 5000 Apotheken waren an dem größten webbasierten Netzwerk von Apotheken teil (Aponet), das von der Bundesvereinigung der Apothekerverbände eingerichtet wurde, allerdings nur Bestellungen zur persönlichen Abholung in einer Apotheke annahm. Mit 175 000 bis 200 000 Bestellungen pro Tag war dieses Netzwerk bei weitem der größte Anbieter, während andere Anbieter zusammen nur 5000 Bestellungen erhielten. Hochgerechnet entspricht dies ca. 4% aller verkauften Packungen (62). Die Aufhebung der Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Medikamente führte bisher nicht zu einer Reduzierung der Preise von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten. Zwar wurden Preissenkungen bei

Reisepaketen, einigen Lifestyle Medikamenten und ausgewählten hochpreisigen Medikamenten (in Konkurrenz zu Krankenhausapotheken) beobachtet, das Gesamtpreisniveau sank jedoch nicht, da die Aufhebung fester Preise auch für Preiserhöhungen genutzt wurde.

Preisregulierung im gesamten Arzneimittelmarkt

Die Preisregulierung für Medikamente unterscheidet sich im ambulanten und stationären Sektor. Während Krankenhäuser Preise mit Großhändlern und Herstellern verhandeln dürfen, sind Vertriebswege und Preisbildung im ambulanten Arzneimittelmarkt viel stärker gesetzlich festgelegt. Für beide Sektoren können Hersteller im Prinzip ihre Abgabepreise ohne direkte Preiskontrollen, Profitkontrollen oder Verhandlungen mit Regierungen frei festlegen. Jedoch berücksichtigen sie bei der Preisbildung andere, indirekte Regularien wie Festbeträge oder gesetzliche Mindestabgaben von Parallelimporten. Zudem wurden Arzneimittelfirmen verpflichtet, Krankenkassen Rabatte zu geben und in einzelnen Jahren Pauschalsummen zu zahlen. Jedoch hat der Gesetzgeber aus Gründen der GKV-Kostendämpfung in die Preissetzung auch direkt eingegriffen. So legte das Gesundheitsstrukturgesetz – gleichzeitig mit der Ausgabenobergrenze (s.u.) – eine Preisreduktion von 5% für Medikamente ohne Festbetrag sowie ein Einfrieren der Herstellerabgabepreise für patentgeschützte Medikamente fest (beide Maßnahmen galten 1993 und 1994).

Die Grundfesten der Preisregulation blieben zwischen 1980 und 2003 nahezu unverändert; sie sind aber ab 2004 grundlegend revidiert worden. Von 1980 bis 2003 erhielten Apotheker und Großhändler per Arzneimittelpreisverordnung festgelegte prozentuale Zuschläge zum Herstellerabgabepreis, degressiv gestaffelt. Da ihr Zuschlag dennoch mit steigendem Arzneipreis absolut zunahm, gab es wenig Anreize für Apotheker, kostengünstige Präparate abzugeben. 2002 wurden die Zuschläge für Apotheker und Großhändler zunächst reduziert. Das GKV-Modernisierungsgesetz revidierte 2004 die Bezahlung von Apothekern generell (und betraf in dieser Hinsicht auch Bereiche außerhalb der GKV). Es regelte die Liberalisierung der Preisbildung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente sowie die Preisbestimmungen für verschreibungspflichtige Medikamente. Die neue Arzneimittelpreisverordnung für verschreibungspflichtige Arzneimittel bezieht sich auf den gesamten verschreibungspflichtigen Apothekenmarkt, unabhängig vom Ausgabenträger. Apotheken in Einrichtungen sind weiterhin nicht einbezogen. Die Verordnung betrifft Arzneien zur Verwendung bei Menschen wie bei Tieren; nicht geregelt sind Impfstoffe, Blutersatzstoffe und Dialysemittel, für die die Kassen Preise mit Herstellern direkt aushandeln. Außerdem sind auch die Möglichkeiten von Kassen ausgeweitet worden, Mengen und Preise unter Umgehung der

öffentlichen Apotheken direkt mit anderen Apotheken oder Großhändlern zu vereinbaren.

Für verschreibungspflichtige Medikamente werden Apotheker nun mit einer Beratungspauschale von €8,10 plus einem prozentualen Zuschlag von 3% bezahlt. Diese Marge von 3% wird vom Herstellerpreis plus der relevanten maximalen Gewinnmarge für Großhändler berechnet. Der Endverbraucherpreis enthält zusätzlich 16% Mehrwertsteuer.

Für nicht verschreibungspflichtige Arzneien können Apotheken nun frei die Preise bestimmen, abgesehen von denjenigen Medikamenten, die der Gemeinsame Bundesausschuss als Ausnahmen gelistet hat. Für GKV-finanzierte, nicht verschreibungspflichtige Arzneien gilt weiterhin die letzte Arzneimittelpreisverordnung mit degressiven Gewinnmargen (gültig von 2002 bis Dezember 2003).

GKV-Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln

Abweichend von den meisten Ländern hat Deutschland keine Positivliste GKV-erstattungsfähiger Arzneimittel. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 sah zwar vor, dass das Bundesministerium eine Positivliste entwickelt; diese Bestimmung wurde jedoch wenige Tage, bevor sie am 1. Januar 1996 in Kraft treten sollte, aufgehoben. Der Bundesgesundheitsminister beschloss, die Idee der Positivliste nicht weiter zu verfolgen, und rechtfertigte diesen Entschluss mit dem Verweis auf erfolgreiche Kostendämpfungsmaßnahmen. Anderenfalls würden Privatausgaben für nicht gelistete Präparate für chronisch Kranke steigen; von besonderer Bedeutung sei auch, dass kleine Arzneimittelfirmen in ihrer Existenz bedroht würden. Während die Pharmaindustrie die Entscheidung begrüßte, wurde sie von Kassen und der Sozialdemokratischen Partei kritisiert. Das Gesundheitsreformgesetz 2000 beauftragte das Bundesministerium erneut, eine Positivliste vorzulegen. Diese wurde in Kooperation mit einem Expertengremium entwickelt und Ende 2002 im Bundesrat eingereicht. Die Opposition, die im Bundesrat die Mehrheit hat, drohte jedoch, den Entwurf abzulehnen. Infolge der Verhandlungen zwischen Regierung und Opposition für das GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Positivlistenregelung erneut aus dem SGB V gestrichen.

Bis 2003 bestand für die meisten Medikamente durch die Zulassung auch die Erstattungsfähigkeit innerhalb der GKV. Es gab jedoch einige wichtige Ausnahmen, die zunehmende Beachtung fanden und finden:

- Medikamente für „triviale“ Erkrankungen (Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten; Mund- und Rachen-therapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen; Abführmittel; Arzneimittel gegen Reisekrankheit) sind seit 1983 gesetzlich vom Leistungskatalog

der GKV ausgeschlossen für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet hatten (§ 34(1) SGB V).

- Das Sozialgesetzbuch V ermächtigt den Bundesminister für Gesundheit, unwirtschaftliche Medikamente per Verordnung auszuschließen, also insbesondere solche Medikamente, die für das Therapieziel ungeeignet sind oder mehr als drei Wirkstoffe kombinieren, deren Wirksamkeit nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden kann. Die Bewertung dieser Medikamente hat die Besonderheiten homöopathischer, anthroposophischer und phytotherapeutischer Medikamente zu berücksichtigen. Eine Negativliste gemäß diesen Grundsätzen wurde am 1. Oktober 1991 gültig. Sie wurde 1993 überarbeitet und enthielt im Oktober 2003 etwa 2400 Medikamente.
- Die GKV-Erstattungsfähigkeit von Medikamenten wird auch durch die Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt, die rechtsverbindlich sind. Sie begrenzen die Verordnung einiger Arzneimittel auf bestimmte Indikationen (z. B. Anabolika bei Krebspatienten), legen fest, dass bestimmte Medikamente nur nach vergeblicher nichtmedikamentöser Behandlung eingesetzt werden dürfen (z. B. so genannte chondroprotektive Medikamente) oder verbieten insgesamt die Kostenübernahme durch die GKV (z. B. Medikamente zur Raucherentwöhnung).

Mitte 1998 ergänzte der Bundesausschuss seine Arzneimittelrichtlinien, um Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion oder Verbesserung der sexuellen Potenz (z. B. Viagra) auszuschließen. Der Ausschuss argumentierte, dass unterschiedliche individuelle Verhaltensweisen in diesem Bereich keine Definition von Krankheit ermöglichten, auf deren Basis die Wirtschaftlichkeit einer Therapie beurteilt werden könne. Die Verantwortlichkeit der Krankenkassen ende da, wo der persönliche Lebensstil vordringliches Motiv für die Einnahme von Medikamenten sei. Dieser Fall zeigte, dass Ausschlusskriterien für Medikamente weniger explizit waren als für andere Medizintechnologien (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*), so dass Entscheidungen eher vom Konsens abhängen. Dementsprechend entschied das Bundessozialgericht gegen den generellen Ausschluss von Medikamenten zur Behandlung erektiler Dysfunktion und verlangte statt dessen Maßnahmen gegen ihren Missbrauch.

Anfang 1999 verabschiedete der Bundesausschuss komplett überarbeitete Arzneimittelrichtlinien. Diese stellten ausdrücklich fest, dass die Zulassung von Arzneimitteln eine notwendige, nicht aber hinreichende Voraussetzung für ihre Erstattungsfähigkeit in der GKV sei. Infolge wiederholter gerichtlicher Klagen von Arzneimittelherstellern wurden diese neuen Arzneimittelrichtlinien nie rechtskräftig und die folgenden Fassungen basieren daher auf der alten Version.

Seit 2004 haben sich durch das GKV-Modernisierungsgesetz wesentliche Änderungen im Leistungsrecht ergeben, indem zwei weitere Medikamentengruppen ausgeschlossen wurden:

- Die so genannten Lifestyle- Medikamente wurden nun gesetzlich aus dem GKV-Katalog ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde beauftragt, Einzelheiten in den Arzneimittelrichtlinien zu regeln.
- Rezeptfreie Medikamente dürfen nun prinzipiell nicht mehr von Krankenkassen erstattet werden, ausgenommen für versicherte Kinder unter 12 Jahren. Die Aufgabe, Ausnahmen zu definieren, wurde ebenfalls an den Gemeinsamen Bundesausschuss delegiert, der die nicht-verordnungspflichtigen Wirkstoffe, die noch von der GKV erstattet werden, in den Arzneimittelrichtlinien aufführt.

Die Ergänzung dieser beiden Gruppen wirkte sich auch auf die beiden oben genannten Negativlisten für „triviale“ Erkrankungen und „uneffektive“ Arzneimittel und auf die Arbeit des Ausschusses aus. Die beiden Negativlisten existieren zwar noch, aber in deutlich reduziertem Umfang, da sie sich nun nur auf verschreibungspflichtige Medikamente beziehen.

Ein anderes Thema, das zunehmende Aufmerksamkeit erhielt, ist die Verordnung und GKV-Erstattung von Medikamenten, die für Indikationen verordnet werden, für die der Hersteller (noch) keine Zulassung beantragt bzw. erhalten hat (Off-label use). Dies wird diskutiert im Spannungsfeld zwischen Zugang zu Innovationen, Arzneimittelsicherheit und Haftungsrecht. Außer unter Studienbedingungen dürfen Arzneimittel generell nicht verordnet werden, wenn sie für den deutschen Arzneimittelmarkt, bzw. für den bestimmten Behandlungszweck, die Indikation, nicht zugelassen sind. Kassen dürfen keine klinische Forschung finanzieren und im Prinzip keine Verordnungen nicht zugelassener Medikamente oder für nicht zugelassene Indikationen erstatten. Das GKV-Modernisierungsgesetz setzte ein Expertengremium ein, das Regeln zur Verordnung von Off-label-use-Arzneien klären soll und insofern international eine Pionierrolle übernimmt. Der Ausschuss ist dem BfArM zugeordnet und besteht aus ernannten Vertretern des Instituts, der medizinischen Fachgesellschaften, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herstellern, Kassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Apothekerschaft und Patientenorganisationen. Auf der Basis einer Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu Kriterien des Zugangs zu Off-label-use-Medikamenten begann der Ausschuss, Regeln und Bedingungen für die Verordnung und GKV-Erstattung von Krebsmedikamenten zu erstellen, die für die jeweilige Indikation noch nicht zugelassen sind.

Preisregulierung im GKV-Arzneimittelmarkt

Neben den Preisregulationen entlang des Vertriebsweges von Arzneimitteln, die sich auf alle Medikamente im Apothekenmarkt beziehen, gibt es spezifische Preisbestimmungen für die GKV. Als Hauptinstrumente dienen Festbeträge, Rabatte, Aut-idem-Substitution und Parallelimporte (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Die Arzneimittelpreise werden auch im großen GKV-Segment des Arzneimittelmarkts vom Hersteller selbst bestimmt. Sie werden nicht mittels Preisverhandlungen, Festsetzung oder anderen Methoden der direkten Preiskontrolle beeinflusst, sondern mittels der indirekten Preiskontrollmethode der Festbeträge. Hierbei wird der Höchstpreis bestimmt, zu dem das jeweilige Arzneimittel von der GKV voll bezahlt wird. Als rechtliche Grundlage dient §35 SGB V, wonach Festbeträge festgesetzt werden können für Arzneimittel mit (a) denselben Wirkstoffen, (b) pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und (c) therapeutisch vergleichbarer Wirkung.

Während der Gemeinsame Bundesausschuss für die Auswahl und Klassifikation der Medikamente zuständig ist, setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen die Festbeträge fest. Die Kassen zahlen die Kosten eines erstattungsfähigen Arzneimittels maximal in Höhe des Festbetrags; der Patient muss seit 1993 zusätzlich zur normalen Zuzahlung die Differenz aus eigener Tasche entrichten, wenn der Marktpreis des Medikaments über dem Festbetrag liegt. Bis 1992 waren Medikamente, die zum Festbetrag oder günstiger vertrieben wurden, zuzahlungsfrei. Nur wenige Medikamente liegen preislich oberhalb der Festbetragsgrenze. Dies wird auf den Preiswettbewerb innerhalb der Festbetragsgruppen zurückgeführt, als auch auf die gesetzliche Verpflichtung für Ärzte, ihre Patienten über anfallende Zuzahlungen oberhalb der Festbetragsgrenze zu informieren.

Das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV führte strengere Regeln für die Bestimmung von Festbeträgen bei nicht mehr patentierten Medikamenten ein; insbesondere durften sie jetzt nicht mehr über den Höchstpreis des unteren Drittels im jeweiligen Marktsegment hinausgehen. Für 202 von insgesamt 446 Medikamentengruppen mit Festbeträgen waren zum 1 April 1999 Preissenkungen in Höhe von etwa €280 Mio. geplant. Dieser Schritt wurde jedoch verhindert und die Festbetragsregelung insgesamt durch erfolgreiche Klagen von Pharmafirmen rechtlich in Frage gestellt. Im Frühjahr 1999 entschied ein Gericht, dass die Betragsfestsetzung durch die Krankenkassen das Kartellrecht der Europäischen Union verletzte. Daher verabschiedete der Bundestag 2001 das Festbetragsanpassungsgesetz, das dem Bundesministerium für Gesundheit für 2 Jahre (bis Ende 2003) die Aufgabe zur Bestimmung von

Festbeträgen übertrug. Das Bundesverfassungsgericht (Dezember 2002) und der Europäische Gerichtshof (Anfang 2004) bestätigten jedoch das Recht der Kassen als mit öffentlichen Aufgaben betraute Institutionen, Festbeträge festzusetzen.

Festbeträge haben sich insgesamt als effektive Kostendämpfungsmaßnahme erwiesen. Da Patienten eine Zuzahlung oberhalb des Festbetrags vermeiden wollen, stieg die Nachfrage nach Arzneimitteln unterhalb dieser Grenze. Jedoch glichen die Hersteller die notwendigen Preissenkungen teilweise mit überdurchschnittlichen Preisanstiegen bei Medikamenten ohne Festbetragsregelung aus. Die jährlichen Einsparungen der Krankenkassen durch die Festbetragsregelung stiegen von geschätzten €0,4 Mrd. im Jahr 1990 über €1,0 Mrd. 1995 und €1,6 Mrd. 2000 bis auf geschätzte €2,5 Mrd. 2004. Bezogen auf den Bruttoumsatz der Apotheken im GKV-finanzierten Arzneimittelmarkt betrug der Anteil der Festbetragsmedikamente im Jahr 2003 33,9% des Umsatzes (nach anderen Quellen 37% (64)) und 63,7% der Verordnungen. Der Anteil der Verordnungen variierte zwischen 60,5% in der KV Nordbaden und 65,6% in der KV Pfalz (65).

Das GKV-Modernisierungsgesetz dehnte die Festbetragsregelung auch auf neue, patentierte Medikamente aus, sofern für diese kein therapeutischer Zusatznutzen gegenüber bereits im Markt befindlichen Präparaten erkenntlich ist. Ein Patent garantiert Herstellern demnach nicht mehr per se, dass Festbeträge vermieden werden. Eine ähnliche Gesetzgebung galt bis 1995 und war 1996 auf Druck der pharmazeutischen Industrie abgeschafft worden. Noch im April 2003 hatte der Bundesrat die Einführung einer ähnlichen Festbetragsregelung als Teil des 12. Sozialgesetzbuch-Änderungsgesetzes zurückgewiesen. Seit 2004 kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Klassifizierung von Arzneimitteln nach ihrem Innovationsgrad und ihrer Wirksamkeit unterstützen. Abweichend vom ersten Entwurf für das GKV-Modernisierungsgesetz wird allein der Nutzen, d.h. Wirksamkeit und Sicherheit, nicht jedoch die Kosteneffektivität bewertet. Auch dient die Evaluation nicht als Basis für die Entscheidung, ob ein patentiertes Medikament überhaupt erstattungsfähig ist, sondern lediglich, ob es mangels klaren therapeutischen Zusatznutzens in die Festbetragsregelung einbezogen wird.

Seit August 2004 unterliegen die Wirkstoffgruppen der Statine, Sartane, Triptane und Protonenpumpenhemmer der Festbetragsregelung. Der Gemeinsame Bundesausschuss weitete die Zahl der betroffenen Wirkstoffgruppen 2005 weiter aus. Der Anteil der Festbetragsmedikamente am Bruttoumsatz der Apotheken im GKV-finanzierten Arzneimittelmarkt stieg 2004 auf 44,3%, variierend zwischen 39,2% in der KV Hamburg und 47,4% in der KV Rheinland-

Pfalz (65). Dies entsprach 67,9% der abgegebenen Medikamente, variierend zwischen 66,0% in der KV Sachsen-Anhalt und 70,3% in der KV Bremen.

Apotheken sind verpflichtet, der GKV als größtem Kunden Rabatte zu gewähren. Die Rabatte für Kassen lagen bis 2001 bei 5% des Abgabepreises, sie wurden für 2002 und 2003 auf 6% erhöht. Zudem wurden Großhändler und Hersteller ab 2002 verpflichtet, den Kassen Rabatte zu gewähren. Betrag der Apothekenrabatt 1999 noch €1,0 Mrd. (entsprechend 5% des Fertigarzneimittelumsatzes), stieg der Rabatt, den Apotheken, Großhändler und Hersteller 2003 der GKV zusammengenommen bereits auf €3,1 Mrd. bzw. 11,6% des Bruttoumsatzes der Apotheken. Trotzdem kam es 2003 insgesamt nicht wie geplant zu einem Rückgang, sondern zu einem Anstieg der Arzneimittelausgaben (64).

Das GKV-Modernisierungsgesetz änderte die Apothekenrabatte und legte für 2004 eine Pauschalsumme von €2 pro verschreibungspflichtigen Medikament fest. Für nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die noch von der GKV erstattet werden (gemäß der Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses), müssen Apotheken einen Rabatt von 5% gewähren. Seit 2005 wird die Höhe des Apothekenrabatts zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesvereinigung der Apothekerverbände vereinbart. Er lag in der ersten Jahreshälfte erneut bei €2, soll aber in der zweiten Jahreshälfte auf €1,85 abgesenkt werden, um Apothekern einen gesetzlich zugesagten Ausgleich zu gewähren, da 2004 die Anzahl verschreibungspflichtiger Medikamentenpackungen gegenüber 2002 gefallen war (§ 130, Absatz 1a, SGB V). Diese Absenkung entspricht in etwa einer Nachzahlung von €37 Mio. Von 2006 bis 2008 soll der Apothekenrabatt dann wieder €2 betragen.

Der Herstellerrabatt für Präparate, die (noch) nicht der Festbetragsregelung unterliegen, wurde für 2004 vorübergehend auf 16% des Herstellerabgabepreises gesetzt und trug damit wesentlich zu den Einsparungen der Kassen in dem Jahr bei. Seit 2005 beträgt der Rabatt wieder 6%, was wesentlich zum erneuten Anstieg der Arzneimittelausgaben Anfang 2005 beitrug.

Auch Abschlagzahlungen der Industrie kamen zur Anwendung, als das Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz Mitglieder des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller verpflichtete, für das Jahr 2002 einen „Solidarbeitrag“ von €205 Mio. zu zahlen, nachdem sich die Hersteller erfolgreich gegen eine Wiedereinführung von Festbeträgen bei patentierten Medikamenten eingesetzt hatten. Das Gesetz zielte auch darauf ab, die Generikaverschreibung zu fördern, und zwar durch eine Aktualisierung der noch auf 1992 bezogenen Preise in der Vergleichsliste.

Eine Substitution von wirkstoffgleichen Präparaten (Aut-idem) war Apothekern bis 2001 nur erlaubt, wenn der verordnende Arzt dies explizit

genehmigt hatte. Infolge der Aufhebung der Arzneimittel„budgets“ verpflichtete das Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz ab Februar 2002 Apotheker, ein preisgünstiges Arzneimittel abzugeben, sofern der Arzt eine Substitution nicht explizit ausschloss. Von Juli 2002 bis April 2003 wurden schrittweise 184 von 680 generikafähigen Wirkstoffen der Aut-idem-Regelung unterworfen. Insgesamt waren so 15 542 Präparate in unterschiedlichen Darreichungsformen einbezogen. 35% der Verordnungen und 29% des Umsatzes im Generikamarkt fiel in dieser Zeit auf Aut-idem-fähige Medikamente. In der Praxis führten die Substitutionsregelungen nur zu Einsparungen von €48 Mio. da sie überwiegend auf den – bereits niedrigpreisigen – Generikamarkt bezogen waren, und weil Hersteller den Markt – und damit die Berechnung der Substitutionsgrenze – mit Dummies im oberen Preisspektrum zu beeinflussen suchten. Zudem hatten Apotheker durch eine prozentuale Beteiligung am Verkaufspreis keinen finanziellen Anreiz, eine Substitution mit billigeren Präparaten vorzunehmen. Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz von 2002 führte zwar zusätzlich direkte Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Herstellern über ergänzende Rabatte ein, statt einer erwarteten nominellen Senkung der Arzneiausgaben von €1,4 Mrd. stiegen die Ausgaben jedoch weiter an, überwiegend aufgrund der Verordnung anderer, teurerer Wirkstoffe.

Als Antwort auf diese Barrieren vereinfachte das GKV-Modernisierungsgesetz die Aut-idem-Regelung und verband sie mit dem Festbetragssystem für die substituierfähigen Wirkstoffe. Produkte mit substituierfähigen Wirkstoffen werden gruppiert, und die Preislinie der Substitution wird berechnet. Dann werden die Festbeträge für Arzneimittel mit substituierfähigen Wirkstoffen dahingehend verändert, dass Festbetrag und Substitutionspreislinie zusammenfallen.

Das Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz verpflichtete Apotheker auch, einen gewissen Anteil ihres Umsatzes (5,5% in 2002 und 7,0% in 2003) durch Parallelimporte von preisgünstigeren Präparaten aus anderen Ländern, um Einsparpotentiale für die GKV zu erschließen. Der Anteil der Parallelimporte am Gesamtumsatz im GKV-Arzneimittelmarkt stieg von 1998 bis 2002 deutlich an (Tabelle 25). 2003 betrug ihr Anteil am Bruttoumsatz im GKV-Arzneimittelmarkt 6,8% und ihr Anteil am parallelimportfähigen Markt 20% (vgl. Tabelle 25). 2004 sank ihr Anteil allerdings erneut auf 5% bzw. 13,7%. Dabei variierte ihr Anteil am Umsatz im parallelimportfähigen Markt zwischen 11,9% in der KV Bayern und 17,6% in der KV Bremen.

Ausgabenobergrenzen für Arzneimittel in der GKV

Von 1993 bis 2001 stellten Ausgabenobergrenzen – im SGB verwirrenderweise „Budgets“ genannt – eine bedeutende Maßnahme zur Kostendämpfung im

ambulanten Arzneimittelsektor dar (siehe *Budgetsetzung und Ressourcenallokation*). 2002 wurden die Ausgabenobergrenzen abgeschafft und praxisindividuelle Richtgrößen und Ziele für eine wirtschaftliche und angemessene Verordnung von Arzneimitteln, die zwischen KVen und Kassen auf Landesebene verhandelt werden. Die neue Vorgehensweise wird unterstützt von einem – längst überfälligen – einheitlichen Rückmeldesystem über ärztliche Arzneiverordnungen, das seit März 2003 in Arztpraxen zur Anwendung kommt.

Die Ausgabenobergrenzen führten bei ihrer Einführung 1993 zu einer realen Senkung der Arzneimittelausgaben, die 1992 €13,7 Mrd. in den alten Bundesländern betragen hatten. Die Obergrenze für 1993 war vom Gesetzgeber ausgehend von den Ausgaben von 1991 (€12,5) auf €12,2 Mrd. festgesetzt worden. Das Gesetz sah auch vor, dass KVen (aus der Gesamtvergütung) und die pharmazeutischen Industrie im Falle der Ausgabenüberschreitung 1993 jeweils bis zu €280 Mio. an die Kassen zurückzuzahlen hätten. Das Ergebnis aller drei Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes – das Preismoratorium, neue Zuzahlungsregelungen und die Ausgabenobergrenze – war eine Reduktion der Krankenkassenausgaben für Arzneimittel im ambulanten Sektor von 18,8%. Die Einsparung entsprach einem Betrag von €0,6 Mrd., das waren €1,2 Mrd. mehr als gefordert. Von diesen Einsparungen machten Preissenkungen etwa €0,5 Mrd. aus. Weitere knapp €0,5 Mrd. wurden durch Zuzahlungsmaßnahmen erzielt. Nur etwa 60% der Einsparung war auf ein verändertes Verschreibungsverhalten der Ärzte zurückzuführen. Die Anzahl der Verschreibungen sank um 11,2% und der Anteil der Verordnungen von Generika stieg im Vergleich zu Originalpräparaten.

Von 1994 bis 1997 waren die KVen (in den alten und neuen Bundesländern) für alle Ausgabenüberschreitungen ohne jegliche Begrenzung haftbar. Diese Haftung galt für jede einzelne KV im Falle der Überschreitung, selbst wenn die Arzneiausgaben im gesamten Bundesgebiet unter der (rechnerischen) gemeinsamen Obergrenze liegen sollten. Die Ausgabenobergrenzen waren Gegenstand von Verhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den 23 KVen auf Landesebene (vgl. Tabelle 27). Durch Ausgabenanstiege wurden die regionalen Obergrenzen 1994 in einigen der 23 KV-Regionen überschritten, obgleich die bundesweiten Gesamtausgaben unterhalb der (hypothetischen) Ausgabenobergrenze blieb. Während dies für die alten Bundesländer auch noch 1995 der Fall war, wurden Ausgabenüberschreitungen in den neuen Bundesländern beobachtet (die von der Ausgabenobergrenze 1993 nicht betroffen waren), wo die Medikamentenausgaben in einem solchen Maße gestiegen waren, dass die Pro-Kopf-Ausgaben 1995 hier fast 13% höher lagen als in den alten Bundesländern. Da das Gesetz Ausgabenüberschreitungen erlaubte, die im folgenden Jahr durch Einsparungen ausgeglichen werden konnten, wurden

1995 keine Sanktionen ergriffen. Einige Regionen überschritten jedoch auch das „Budget“ für 1995, so dass die Krankenkassen im September 1996 von neun KVen, die ihre „Budgets“ um bis zu 11,3% überschritten hatten, Rückzahlungen forderten. Die KVen verweigerten die Zahlungen und argumentierten mit der nicht durchführbaren Kontrolle der Medikamentenausgaben aller oder einzelner Ärzte wegen veralteter und unpräziser Daten. Trotz der gestiegenen Arzneimittelausgaben 1996 – als die „Budgets“ bundesweit überschritten und in einigen Bundesländern die Begleichung der Mehrausgaben in den nachfolgenden Jahre beschlossen wurden – erwiesen sich Ausgabenobergrenzen als effektive Maßnahme zur kurzfristigen Senkung und längerfristigen Steuerung der Arzneimittelausgaben.

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurden die regionalen Obergrenzen für Arzneimittel ab 1998 abgeschafft und durch praxisbezogene Richtgrößen abgelöst. Vertragsärzte, die mehr als 125% ihrer Richtgröße verordneten, wurden zur Rückzahlung verpflichtet, außer wenn sie nachweisen konnten, dass die Überschreitung durch „Praxisbesonderheiten“ entstanden war. Dazu zählten bestimmte hochpreisige Medikamente und bestimmte Patientengruppen (Patienten nach Transplantationen, Sterbende etc.). Seither sind diese praxisbezogenen Richtgrößen im Prinzip beibehalten worden, während die Ausgabenverantwortung auf der kollektiven Ebene mehrfach reformiert wurde.

Das Solidaritätsstärkungsgesetz führte ab 1999 erneut regionale Arzneimittelausgabenobergrenzen ein, anfänglich streng begrenzt durch gesetzliche Vorgaben (vgl. Tabelle 27). Die KVen waren für jegliche „Budget“überschreitungen bis 105% haftbar. Quasi als Ausgleich wurden Schulden früherer Überschreitungen gestrichen. Aus Protest gegen die Wiedereinführung der kollektiven Haftung legten verschiedene Ärzte rechtlichen Widerspruch ein. Das Bundesverfassungsgericht lehnte es jedoch ab, den Fall zu beraten, bevor die Drohung der kollektiven Haftung realisiert wurde. Tatsächlich wurde die gesetzlich verankerte kollektive Haftung letztlich nie ausgeführt aus der rechtlichen Unsicherheit heraus, ob Einzelne für das Verhalten anderer haftbar gemacht werden können. Dennoch setzte sich der erhebliche Widerstand gegen Ausgabenobergrenzen fort.

Das Arzneimittelbudgetaufhebungsgesetz, verabschiedet 2001, schaffte die Ausgabenobergrenzen und die kollektive Haftung erneut ab. Die KVen und die Kassenverbände sind jedoch weiterhin verpflichtet, auf Landesebene jährlich ein Ausgabenvolumen zu vereinbaren und praxisbezogene Richtgrößen anzuwenden. Die Vertragspartner sollen auf Landesebene eine angemessene Ausgabenhöhe vereinbaren. Dazu geben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV jährlich eine Rahmenempfehlung ab. Diese basiert auf den Vorgaben des

Gesetzes, dass die Vertragspartner bei den jährlichen Verhandlungen mehrere Faktoren berücksichtigen sollen: die zu erwartenden Veränderungen durch gesetzlich festgelegte oder vereinbarte Kostendämpfungsmaßnahmen, den landesweiten Bedarf sowie marktbezogene Veränderungen im Arzneimittelmarkt durch den Eintritt von patentgeschützten Innovationen oder Generika nach Wegfall des Patentschutzes. Sanktionen bei Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens sind nicht gesetzlich verpflichtend festgelegt, können aber von den Selbstverwaltungspartnern vereinbart werden. Die Verbände der Krankenkassen, die zuvor auf regionale Ausgabengrenzen bestanden hatten, sind nun verpflichtet, Richtgrößen zu akzeptieren und Vertragsärzten Daten für das Feedback ihrer Arzneiverordnungen zur Verfügung zu stellen.

Als ein erster Schritt zur Bildung praxisbezogener Richtgrößen zieht jede KV eine bestimmte Summe für Sonderausgaben für bestimmte Arzneimittel (Spezialpräparate) und bestimmte Patientengruppen vom vereinbarten Gesamtvolumen ab. Anschließend verteilt sie das verbleibende Geld auf die verschiedenen Facharztgruppen, gewöhnlich auf Basis des Verordnungsvolumens des Vorjahres. In den meisten KV-Regionen ist die pro Facharztgruppe bemessene Richtgröße noch einmal unterteilt in zwei Teile, jeweils für Rentner und Nicht-Rentner gemäß dem Verordnungsvolumen des Vorjahres. Diese werden schließlich geteilt durch die Zahl der behandelten Fälle an Rentnern und Nicht-Rentnern, was zu der fachspezifischen Richtgröße führt, die angibt, wie viel durchschnittlich pro Rentner bzw. Nicht-Rentner bei der Verordnung von Arzneimitteln ausgegeben werden darf. Die arztindividuellen Richtgrößen werden ex-post berechnet, indem die Gesamtzahl behandelter Fälle in einer Praxis, getrennt nach Rentnern und Nicht-Rentnern, mit der fachspezifischen Richtgröße multipliziert wird (66).

Verordnungskontrollen und -informationen in der GKV

Vertragsärzte, die ihre individuelle Richtgröße um mehr als 15% überschreiten, werden schriftlich aufgefordert, ihr Ordnungsverhalten zu überprüfen. Das gesetzliche Limit zur Rückzahlung liegt bei 125% der praxisbezogenen Richtgröße, d.h. Vertragsärzte, die ihr Ziel um 25% überschreiten, werden aufgefordert, die Überschreitung zu begründen. Wenn ihre Begründungen nicht stichhaltig sind, ist eine Rückzahlung fällig, gewöhnlich die Differenz zwischen 115% und der tatsächlichen Überschreitung. Die Rückzahlung erfolgt an die jeweiligen Kassen anteilig entsprechend der Zahl der Fälle, die der betreffende Arzt behandelt hat. 2002 überschritten in Berlin beispielsweise 4% aller Vertragsärzte ihre Richtgröße um 15% bis 25% und weitere 12% ihre Richtgröße um mehr als 25%. Die Verfahren dauern für gewöhnlich mehrere Jahre. In

Berlin wurden beispielsweise die Richtgrößenüberprüfungen der Jahre 1998 und 1999 erst 2003 abgeschlossen. Insgesamt beliefen sich die Rückzahlungen für 1998 auf €2,2 Mio. und für 1999 auf €2,4 Mio.; dies entspricht 0,3% der Gesamtausgaben der Berliner Krankenkassen für Arzneimittel (66).

Das ärztliche Ordnungsverhalten wird – neben der (niemals verwirklichten) Androhung der kollektiven Haftung und neben der teilweise realisierten Androhung der individuellen Haftung für die Überschreitung von Richtgrößen – zudem von zwei weiteren sanktionsbehafteten Formen der Ordnungskontrolle beeinflusst: Regelmäßige Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die sich auf das durchschnittliche Ordnungsvolumen eines Vertragsarztes beziehen und Kontrollen von individuellen Ärzten seitens der Krankenkassen wegen „anderer Schäden“. In den letzten Jahren ergingen jährlich etwa 25 000 Forderungen an einzelne Ärzte, insbesondere wegen Nichteinhaltung der Arzneimittelrichtlinien, z. B. der Verordnung von Arzneimitteln, die aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen, oder für die verordnete Indikation nicht zugelassen sind (off-label use).

Während Kontrollen verstärkt wurden, erhielten Vertragsärzte vermehrt auch Informationen und Rückmeldung zur Optimierung ihres Ordnungsverhaltens von ihren KVen, Krankenkassen sowie von Arztpraxissoftware (welche allerdings von kommerziellen Anbietern hergestellt wird und im Hinblick auf ihre Eignung zu Abrechnungszwecken, allerdings nicht zu Zwecken der Arzneimittelverordnung akkreditiert ist). Gleichzeitig mit der Einführung der praxisbezogenen Richtgrößen wurde den KVen ein Frühinformationssystem zur Verfügung gestellt, das eine repräsentative Stichprobe an Apotheken der jeweiligen Region enthielt und die Schätzung von Ordnungsvolumina pro Facharztgruppe und pro individuellen Arzt erleichtern sollte. Außerdem erhielten Ärzte, die ihre Richtgröße überschritten, eine Frühwarnung. Seit 2000 wird jeder Vertragsarzt über das tatsächliche durchschnittliche Ordnungsverhalten seiner Facharztgruppe in der KV-Region informiert anhand des GKV-Arzneimittelschnellinformationssystems (GAmSI) (65). Mithilfe dieses Systems erhalten Vertragsärzte seit 2003 zudem im Abstand von drei Monaten individuelles Feedback zu ihrem Ordnungsverhalten im Vergleich zum durchschnittlichen Ordnungsverhalten ihrer Facharztgruppe in der KV-Region und können sich daran orientieren.

GAmSI evaluiert und vergleicht den Grad der Zielerreichung in den verschiedenen KVen und Fachgebieten und gibt individuellen Ärzten Feedback über ihr Ordnungsverhalten. Es basiert auf Indikatoren, die auf Bundesebene von den Selbstverwaltungspartnern vereinbart werden. Diese konzentrieren sich derzeit überwiegend auf Wirtschaftlichkeitsziele, und weniger auf Ziele zur Verbesserung der Qualität, Sicherheit oder Gleichheit: Die Zunahme des Anteils von Generika am Ordnungsvolumen und am Umsatz im gesamten

GKV-Arzneimittelmarkt als auch im generikafähigen Markt, die Zunahme des entsprechenden Anteils an Parallelimporten sowie der Rückgang des Anteils umstrittener Präparate und Analogpräparate am Gesamtverordnungsvolumen und -umsatz. Zudem spiegelt der Anteil der Spezialpräparate den Zugang zu hochpreisigen Medikamenten bei bestimmten Erkrankungen wider. Seit Mai 2005 bieten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen zudem ein Informationsportal "Arzneifokus" im Internet an, das Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und Arzneimittelinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit anbietet.

GKV-Ausgaben und Verordnungsverhalten

Arzneimittelausgaben waren über Jahre hinweg ein weitgehend effektiv kontrollierter Teil der GKV-Ausgaben. Massiven Ausgabensteigerungen folgten immer Ausgabenbeschränkungen; diesen folgten allerdings auch erneute Anstiege, so dass insbesondere auch in den letzten Jahren kontinuierlich Reformen des Arzneimittelsektors erforderlich waren, um die Ausgabendynamik zu bremsen. Wesentliche Instrumente waren Maßnahmen der Kostenbeteiligung von Patienten (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*), Beschränkungen der GKV-Erstattungsfähigkeit, Festbeträge und direkte Preiskontrollen, Ausgabenobergrenzen und Veränderungen im Verordnungsverhalten.

Tabelle 25 zeigt, dass die oben genannten Indikatoren des ärztlichen Verordnungsverhaltens und der Entwicklungen in der Struktur des GKV-Arzneimittelmarktes sich bereits seit 1992 deutlich verändert haben. Während Verordnungsvolumina einerseits den Bedarf von Patienten und andererseits das ärztliche Verordnungsverhalten widerspiegeln, weisen Umsatzdaten auf Veränderungen in den Preisen und der Struktur der verordneten Präparate hin.

Während die Gesamtzahl der Verordnungen vor Einführung der Ausgabenobergrenzen für Arzneimittel 1993 konstant blieb oder anstieg, nahm sie danach deutlich ab. Dies liegt insbesondere an der Verordnung größerer Packungen, worauf die insgesamt gleich bleibende Anzahl an definierten Tagesdosen hinweist – ausgelöst durch eine entsprechende Ausgestaltung der Zuzahlungsanreize. Andererseits ist ein Rückgang der Verordnung von Medikamenten mit umstrittener Wirksamkeit von 1992 bis 2003 zu verzeichnen. Vertragsärzte veränderten offensichtlich ihr Verordnungsverhalten und passten es der neuen Situation von Ausgabenobergrenzen, Sanktionen, Verordnungsinformationen und Zuzahlungsregelungen für Patienten an. Sie differenzierten dabei zwischen Arzneimitteln von umstrittener von solchen unumstrittener Wirksamkeit.

Von 1993 bis 1997, der Periode regionaler „Budgets“ mit kollektiver Haftung, nahm die Zahl der Verordnungen von umstrittenen Arzneimitteln um 9,8% pro Jahr ab. Von 1998 bis 2001, einer Periode mit individuellen Richtgrößen, Haftung und gleichzeitigen (faktischen oder gesetzlichen) regionalen „Budgets“ (und kollektiver Haftung), nahm die Zahl der Verordnungen von umstrittenen Arzneimitteln absolut gemessen nicht mehr so stark ab, relativ aber ging sie um 10,3% jährlich zurück. Im Jahr 2002 nach Aufhebung der Arzneimittel„budgets“ und Stärkung der praxisbezogenen Richtgrößen nahm der Anteil umstrittener Medikamente noch einmal um 7,6% ab (66).

Empfehlungen für eine Verringerung der Verordnung von „trivialen“ und „umstrittenen“ Arzneimitteln sowie die Ausdehnung der Negativliste führten zwischen 1997 und 2003 insgesamt zu einem Rückgang des Umsatzes im GKV-Marktsegment der nicht verschreibungspflichtigen Präparate. Dies lag weniger am Rückgang der Gesamtzahl verkaufter Packungen, sondern eher an Preisreduzierungen. Der Umsatz mit ärztlich verordneten nicht-rezeptpflichtigen Medikamenten ging in diesem Zeitraum von etwa €4 Mrd. auf €1,5 Mrd. zurück (68,69).

Veränderungen im Ordnungsverhalten wirkten sich auch auf die Höhe und Struktur der GKV-Arzneimittelausgaben aus. Neben dem Rückgang umstrittener Medikamente zeigen die Daten eine zunehmende Verordnung von Generika, deren Anteil am generikafähigen Verordnungsvolumen 2003 75% ausmachte (Tabelle 25), eine der höchsten Raten in EU- und OECD-Ländern (3). Der Umsatzanteil der Generika am Gesamtmarkt nahm in dieser Zeit jedoch nicht zu (sondern stagnierte um 30%), da der Anteil patentgeschützter, nicht-generikafähiger Medikamente überproportional stieg. Der Marktanteil von Originalpräparaten nach Ablauf des Patentschutzes ging hingegen zurück (Tabelle 25).

Die Daten zur Änderung des Verschreibeverhalten bei umstrittenen Arzneimitteln und Generika legen nahe, dass diese im Zusammenhang mit den Ausgabenobergrenzen gesehen werden müssen, insbesondere da sich diese Entwicklungen nach ihrer Aufhebung verlangsamten. Einsparungen in diesen Bereichen wurden für die Verordnung neuer patentierter Medikamente verwendet, und zwar sowohl Wirkstoffe mit innovativer Struktur bzw. neuartigem Wirkprinzip mit therapeutischer Relevanz (Kategorie A), Wirkstoffe mit Verbesserung pharmakodynamischer bzw. pharmakokinetischer Eigenschaften bereits bekannter Prinzipien (Kategorie B), als auch Analogpräparate mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten (Kategorie C). Letztere sind für rund die Hälfte der Ausgaben für patentgeschützte Medikamente verantwortlich (Tabelle 25). Die Verschiebung des Ordnungsspektrums ging jedoch auf Kosten der Arzneimittelausgaben insgesamt. Der durchschnittliche Preis einer verordneten

Packung verdoppelte sich zwischen 1993 bis 2003 auf €32. Der Umsatz mit patentgeschützten Medikamente stieg überdurchschnittlich, während er bei den nicht mehr patentgeschützten sank und bei den Generika eher stagnierte, bedingt durch einen verstärkten Wettbewerb unter den Generikaherstellern und der Auswirkung von Kostendämpfungsmaßnahmen auf diesen Bereich.

Trotz substantieller Verbesserungen in der Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen wurde ein Teil der Einsparpotentiale nicht ausgeschöpft. Für 2002 wurden die Einsparpotentiale beispielsweise auf €4,1 Mrd. geschätzt, was 18% des Umsatzes im GKV-Fertigarzneimittelmarkt entsprochen hätte. Davon entfielen €1,1 Mrd. auf die Auslassung oder Substitution umstrittener Medikamente, €1,6 Mrd. auf die Substitution von Analogpräparaten durch das preisgünstigste Generikum der Wirkstoffgruppe und €1,4 Mrd. durch eine Generikaverordnungsrate von 100% der generikafähigen Präparate (68). Gleichzeitig war nach Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine ähnlich hohe Summe erforderlich, um die Unterversorgung mit Arzneimitteln bei ausgewählten chronischen und seltenen Erkrankungen zu beheben (38).

Technologiebewertung im Gesundheitssystem (Health Technology Assessment)

Regulierung und Kontrolle von Gesundheitstechnologien waren in Deutschland in der Vergangenheit keine zentralen Themen. Obwohl die deutschen Bestimmungen insbesondere hinsichtlich der Zulassung von Arzneimitteln (siehe *Arzneimittel*) und Medizinprodukten (s. u.) internationalen Standards genügten, erhielten andere Technologieformen keine entsprechende Aufmerksamkeit. Da die Regulierung von Gesundheitstechnologien von der Struktur und Organisation des deutschen Gesundheitssystems geprägt ist, müssen bei einer Bestandsaufnahme Versorgungssektor, Technologietyp und Grad der Regulierung berücksichtigt werden. Während einige dieser Aspekte in anderen Abschnitten behandelt werden (siehe insbesondere *Arzneimittel*), wird im folgenden eine Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte gegeben.

Zulassung von Medizinprodukten

Seit dem 1. Januar 1995 ist das Medizinproduktegesetz in Kraft, das entsprechende Bestimmungen der Europäischen Union (EU) in deutsches Recht überführt. Gemäß der Richtlinien 90/385/EG (implantierbare Geräte wie z. B. Herzschrittmacher) und 93/42/EG (nicht implantierbare

Tabelle 25. Entwicklung des ärztlichen Verordnungsverhaltens und des Umsatzes im GKV-Arzneimittelmarkt, 1992–2003

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Verordnungen												
Anzahl in Mio. Packungen	1063	944	915	973	939	833	807	783	749	760	761	749
Anzahl in definierten Tagesdosen (Mrd.)	30	27	28	30	29	28	28	28	28	30	30	31
Wert je Verordnung (€)	16	17	17	17	19	21	23	24	26	28	30	32
Umstrittene Arzneimittel (Anteil an allen Verordnungen in %)	36	32	32	32	30	27	26	23	20	19	18	16
Generika (Anteil an generikafähigen Verordnungen in %)	60	62	61	62	63	65	66	68	71	73	75	75
Umsatz												
in Mrd. €	17,1	15,1	15,8	16,9	17,7	17,4	18,2	18,8	19,3	21,3	22,7	24,1
Umstrittene Arzneimittel ^a	28	25	23	22	20	16	15	13	10	9	8	7
Reimportpräparate ^a (a)	–	–	–	–	–	–	1,8	2,2	3,1	4,6	7,2	6,8
Präparate mit Festbetrag ^a	–	–	–	–	–	60	54	51	50	47	41	37
Generika ^a	29	32	32	33	32	32	31	31	32	30	30	30
– als Anteil des Umsatzes im generikafähigen Markt (%)	44	48	48	50	51	54	56	59	64	66	68	68
Originalpräparate mit abgelaufenem Patentschutz ^a	62	58	66	62	49	44	41	40	36	31	32	31
Originalpräparate mit Patentschutz (Kategorien A + B + C) ^{a,c}	9	10	12	15	19	24	28	29	32	39	38	39
– Kategorie C ^{a,c}	6	6	8	9	10	12	15	16	17	19	20	19
– Kategorie B ^{a,c}	1	1	1	2	4	5	5	6	7	11	8	9
– Kategorie A ^{a,c}	2	3	3	4	5	7	8	7	8	9	10	11
Spezialpräparate ^a	–	2	3	4	8	11	12	13	15	15	17	18

Quellen: Nink & Schröder 2004 (64); Schwabe 2004 (69); (a) Verband Forschender Arzneimittelhersteller 2004 (63).

Anmerkungen: ^a als Anteil am Umsatz (GKV-Ausgaben plus Rabatte plus Zuzahlungen) im gesamten GKV-Fertigarzneimittelmarkt (mit Abgabe über Apotheken), ab 2001 mit neuem Warenkorb; ^b Angabe von Juli 2003; ^c Klassifikation von Originalpräparaten bei Markteinführung nach Fricke: Kategorie A: Innovative Struktur bzw. neuartiges Wirkprinzip mit therapeutischer Relevanz; Kategorie B: Verbesserung pharmakodynamischer bzw. pharmakokinetischer Eigenschaften bereits bekannter Prinzipien; Kategorie C: Analogpräparat mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten; Kategorie D: Nicht ausreichend gesichertes Wirkprinzip oder unklarer therapeutischer Stellenwert (in Datenquelle nicht gesondert aufgeführt, enthalten in: Originalpräparate mit abgelaufenem Patentschutz).

Medizinprodukte und Substanzen der In-vitro-Diagnostik) müssen in Deutschland vertriebene Medizinprodukte den grundsätzlichen Anforderungen des Medizinproduktegesetzes genügen. Im Gegensatz zu Medikamenten sind Medizinprodukte definiert als Instrumente, Anwendungen, Materialien und andere Produkte, die ihre Hauptwirkung nicht auf pharmakologischem, immunologischem oder metabolischem Wege entfalten. Die Zulassung medizinischer Produkte liegt in der Verantwortung von ermächtigten Instituten („Benannten Stellen“), die durch das Bundesministerium für Gesundheit akkreditiert werden müssen. Sicherheit und technische Eignung der geplanten Anwendung sind die primären Zulassungskriterien für Medizinprodukte. Anders als bei Medikamenten brauchen Medizinprodukte zur Markteinführung nicht nachzuweisen, dass sie vorteilhaft im Sinne potentieller Gesundheitszugewinne sind. In Deutschland vertriebene Produkte werden auf Sicherheit überprüft und darauf, ob sie die vom Hersteller angegebenen technischen Leistungen erbringen (70).

Die Medizinprodukte-Richtlinie 93/42/EG der Europäischen Union, welche die meisten Produkte betrifft, etablierte eine vierteilige Klassifikation für Medizingeräte. Die Klassifikationsbestimmungen berücksichtigen die Risiken, die mit den Produkten verbunden sind, den Grad der Invasivität des Medizinprodukts und die Dauer des Kontakts mit dem Körper. (Die Richtlinie legt die Prüfverfahren der Hersteller medizinischer Geräte fest, mit denen die Konformität mit den relevanten Teilen der Bestimmung nachgewiesen werden muss.)

Entscheidungen zur GKV-Erstattungsfähigkeit von Medizinprodukten unterscheiden sich je nach Zweck und Sektor der Anwendung, das heißt ob sie von Patienten direkt (das heißt als Hilfsmittel) oder als Teil medizinischer oder chirurgischer Maßnahmen verwendet werden, und ob die Anwendung im ambulanten oder stationären Bereich erfolgt. (Ähnlich unterscheiden sich auch Mechanismen zur Steuerung der Verbreitung von Medizingeräten und ihrer Anwendung in der Praxis.)

GKV-Erstattungsfähigkeit medizinischer Hilfsmittel

Medizinische Hilfsmittel sind Medizinprodukte zur direkten Anwendung am Patienten. Sie umfassen Gegenstände wie Prothesen, Brillen, Hörgeräte, Rollstühle und Beatmungsgeräte. Wie bei Heilmitteln (das heißt Behandlung durch nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionelle) haben Krankenversicherte Anspruch auf medizinische Hilfsmittel, sofern sie nicht explizit durch eine

Negativliste des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Leistungen und Rationierung*). Einen entsprechenden, noch gültigen Leistungsausschluss nahm das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (zu dem Zeitpunkt verantwortlich für die GKV) Ende 1989 vor. Es schloss explizit Hilfsmittel mit geringem oder fehlendem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis aus (z. B. Handgelenkwärmer und Ohrenklappen). Die Regelungen der Erstattungsfähigkeit für andere, nicht explizit ausgeschlossene medizinische Hilfsmittel sind komplex und werden hier nur kurz beschrieben.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen geben einen Katalog medizinischer Hilfsmittel heraus, der unter anderem folgende Angaben macht:

- eine rechtliche Beschreibung der Versicherten, die Anspruch auf Kostenerstattung medizinischer Hilfsmittel durch die Krankenkassen haben;
- eine alphabetische Liste aller medizinischen Hilfsmittel;
- die Liste medizinischer Hilfsmittel, die auf Rechnung der GKV zur Verfügung gestellt werden können.

Seit 2004 sind die Spitzenverbände der Krankenkassen auch verantwortlich, Hilfsmittel auszuwählen, für die eine Festbetragsregelung gelten soll, und ihren Festbetrag zu bestimmen. Bis dahin wurden Festbeträge für Hilfsmittel von Kassen auf Länderebene entschieden und unterschieden sich teilweise erheblich. Ähnlich wie bei den Festbeträgen für Arzneimittel erstatten Kassen die Kosten für erstattungsfähige Hilfsmittel bis zum Festbetrag, und Ärzte sind verpflichtet, Patienten darüber zu informieren, dass sie Kosten oberhalb des Festbetrags selbst finanzieren müssen.

Die Steuerung der Verbreitung und Anwendung von Hilfsmitteln wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt, der Hilfsmittelrichtlinien herausgibt, die die Verschreibung medizinischer Hilfsmittel auf folgende Behandlungsziele beschränken: Sicherung des Erfolges medizinischer Behandlung, Vorbeugung drohender gesundheitlicher Schäden, Vorbeugung der gesundheitlichen Gefährdung von Kindern und Vermeidung oder Minderung des Risikos der Pflegebedürftigkeit.

Medizinische Großgeräte

Einigungen über die Verbreitung kostenintensiver medizinischer Großgeräte und ihre Verteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sind als „unendliche Geschichte“ bezeichnet worden. Diese Einschätzung resultiert

aus den verschiedenen Versuchen der Selbstverwaltungspartner und des Gesetzgebers, die Großgeräteplanung in Anbetracht steigender Kosten und neuer Gerätearten (z. B. extrakorporaler Stoßwellenlithotriptoren) zu verbessern.

Bis 1982, als das Krankenhauskostendämpfungsgesetz in Kraft trat, gab es keine speziellen Bestimmungen für die Aufstellung von medizinischen Großgeräten. Mit diesem Gesetz wurden Großgeräte Gegenstand der Krankenhausplanung. Geräte, die nicht Teil dieser Vereinbarungen waren, konnten nicht in den Pflegesätzen berücksichtigt und somit refinanziert werden. Im Gegensatz dazu mussten Großgeräte im ambulanten Sektor lediglich bei der Kassenärztlichen Vereinigung bekannt gegeben werden. Diese ungleiche Situation blieb bis zum Gesundheitsreformgesetz von 1989 im Wesentlichen unverändert.

Zwischen 1989 und 1997 wurden Verbreitung und regionale Verteilung medizinischer Großgeräte zur Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung durch sektorenübergreifende Ausschüsse auf Länderebene gesteuert. Diese Ausschüsse bestanden aus Vertretern der Krankenhäuser, KVen, Krankenkassen und der jeweiligen Landesregierung. Sie verhandelten die gemeinsame Nutzung von Großgeräten, Anforderungen an deren Anwendung, die Zulassung von Großgeräten nach Bevölkerungsdichte und -struktur sowie Qualifikationsanforderungen an Betreiber. Seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 war das Bundesministerium für Gesundheit befugt zu bestimmen, welche Geräte in die Entscheidungsbefugnis der Ausschüsse fielen. Das Bundesministerium für Gesundheit machte hiervon jedoch keinen Gebrauch, und die Ausschüsse definierten selbständig, welche Geräte als Großgeräte galten. Am 30 Juni 1997 fielen folgende Geräte in den meisten Bundesländern unter diese Definition: Linksherzkathetermessplätze, Computertomografen (CT), Magnetresonanz- oder Kernspintomografen (MRT), Positronenemissionstomografen (PET), Linearbeschleuniger, Tele-Kobalt-Bestrahlungsgeräte, Hochspannungs-Therapieeinrichtungen und Lithotriptoren. Das zweite GKV-Neuordnungsgesetz schaffte diese Ausschüsse mit Wirkung zum 1 Juli 1997 ab. Seither ist es Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, eine effiziente Nutzung der Großgeräte mithilfe von Verträgen und Vergütungsmechanismen zu gewährleisten.

Die Annullierung der räumlichen Großgeräteplanung war mit einem weiteren Zuwachs an Großgeräten verbunden (jedenfalls im Krankenhaussektor, zu dem bundesweite Daten veröffentlicht sind). Tabelle 26 zeigt die Zunahme von diagnostischen wie therapeutisch angewendeten Großgeräten vor und nach der Abschaffung der Großgeräteplanung in 1997. Neben einer Zunahme im Krankenhaussektor ist auch eine Zunahme im ambulanten Sektor zu verzeichnen; in den frühen 1990er Jahren war die Dichte von Kernspintomografen im

Tabelle 26. Medizinische Großgeräte pro Million Einwohner, 1992–2003

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2003
Computertomografie	10,4	12,9	14,7	15,6	16,4	17,1	–	–	–	–	–
– ambulanter Sektor	3,7	4,7	6,1	6,7	6,9	7,5	–	–	–	–	–
– stationärer Sektor	7,3	8,2	8,6	9,0	9,5	10,0	11,0	11,7	12,7	13,3	13,8
Kernspintomografie	2,6	3,6	4,1	4,8	5,7	6,2	–	–	–	–	–
– ambulanter Sektor	1,4	2,2	2,3	2,6	2,9	3,0	–	–	–	–	–
– stationärer Sektor	1,2	1,4	1,8	2,3	2,8	3,2	3,7	4,4	4,9	5,5	6,1
Positronen-Emissions-Tomografie	0,07	0,12	0,16	0,21	0,26	0,32	–	–	–	–	–
– ambulanter Sektor	–	–	–	0,01	–	0,04	–	–	–	–	–
– stationärer Sektor	–	–	–	0,20	–	0,28	0,44	0,46	–	–	0,68
Linksherzkatheterplätze	3,1	3,4	3,8	4,1	4,4	4,7	–	–	–	–	–
– ambulanter Sektor	–	–	–	0,4	–	0,6	–	–	–	–	–
– stationärer Sektor	–	–	–	3,8	–	4,1	5,4	5,1	–	–	6,0
Lithotrypter (stationärer Sektor)	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,2	2,5	2,8	3,0	3,3	3,3

Quellen: OECD Health Data 2004 (3); Statistisches Bundesamt 2003 (43); Statistisches Bundesamt 2005 (52).

ambulanten Sektor sogar höher als im stationären Sektor. Ärzte in freier Praxis amortisieren ihre Investitionen durch die Vergütungen, die sie für die Anwendungen am Patienten von den Kassen und Privatversicherern erhalten (siehe *Vergütung von Ärzten*). 2003 verfügten Krankenhäuser schließlich über 1137 Computertomografen bzw. 13,8 pro Mio. Einwohner. Im gleichen Jahr verfügten 256 der 2197 Krankenhäuser über eine Dialyseeinrichtung mit insgesamt 2944 Dialyseplätzen (35,7 pro Mio. Einwohner). Von diesen wurden 2500 zur stationären Behandlung und 444 zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung verwendet (52).

Ambulante vertragsärztliche Leistungen

Die Regulierung des Zugangs für GKV Versicherte zu ambulanten ärztlich erbrachten Leistungen ist an die gemeinsame Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassenverbänden auf Bundesebene delegiert. Seit 2004 ist der Ausschuss „Vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses zuständig für Entscheidungen über die Aufnahme ärztlich zu erbringender Leistungen in den Leistungskatalog der GKV. Sein Unterausschuss Ärztliche Behandlung befasst sich mit der Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (siehe *Planung, Regulierung und Management*), eine Aufgabe, die es von seinem Vorgänger, dem Arbeitsausschuss Ärztliche Behandlung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, übernommen hat. Seit Juli 1997 war dieses Gremium auch beauftragt, bereits im GKV-Leistungskatalog befindliche Leistungen zu evaluieren.

Bis 1997 arbeitete der Arbeitsausschuss gemäß Kriterien, die in den so genannten NUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen festgelegt waren. Neue Leistungen konnten nur vorgeschlagen werden, wenn sie aus ärztlicher Sicht für „notwendig“ gehalten wurden und wenn genügend Daten zu ihrer Evaluation vorlagen. Das Recht, neue Leistungen zur Bewertung vorzuschlagen, war begrenzt auf die KVen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Aufnahme in den Leistungskatalog setzte voraus, dass eines der folgenden Kriterien erfüllt sein musste: Vorliegen von mindestens einer, die Wirksamkeit der Intervention dokumentierenden, randomisierten klinischen Studie, einer Fall-Kontroll-Studie oder Kohortenstudie, oder von wenigstens zwei der folgenden Studien: vergleichende Zeitreihen, nicht kontrollierte klinische Studien, Studien, die Veränderungen in relevanten physiologischen Parametern zeigen, oder auch Expertenmeinungen, die auf wissenschaftlicher Evidenz basieren. Dieses System konnte durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst werden und führte zu Entscheidungen, die nicht notwendigerweise auf wissenschaftlicher Evidenz beruhten, sondern von Interessen und Meinungen geleitet waren. Nachdem dieses Verfahren kritisiert worden war, und nach der Erweiterung des Mandates des Bundesausschusses, existierende Technologien (neu) zu bewerten, wurden im Oktober 1997 neue Richtlinien verabschiedet. Diese wurden 2004 revidiert und betreffen seither nicht nur ärztliche, sondern auch psychotherapeutische Leistungen.

Die Bewertung von Leistungen (Gesundheitstechnologiebewertung oder Health Technology Assessment, HTA, genannt) sollen auf Kriterien des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit wie auch der Wirtschaftlichkeit basieren. Der Unterausschuss „Ärztliche Behandlung“ führt eine Priorisierung der zu evaluierenden Technologien durch. Das Ergebnis wird öffentlich bekannt gemacht, und Fachgesellschaften und einzelne Experten werden eingeladen, Evidenz hinsichtlich der drei genannten Kriterien für die jeweilige Technologie bereitzustellen. Der Unterausschuss beurteilt dann die Qualität der bereitgestellten Evidenz des Antragstellers, der Fachgesellschaften und einzelner Experten sowie die Ergebnisse eigener (Literatur-)Recherchen.

Die Evidenz therapeutischer Verfahren wird gemäß folgenden fünf Kategorien klassifiziert, die international anerkannten Bewertungsschemen der evidenzbasierten Medizin entsprechen:

- I randomisierte klinische Studien;
- IIa andere prospektive Studien;
- IIb Fall-Kontroll-Studien und Kohortenstudien mit gutem Design;
- IIc zeitliche oder regionale Vergleiche;
- III andere Studien oder Meinungen.

Bei diagnostischen Verfahren kommt ein vierstufiges Schema zur Anwendung:

- Ia Studien zeigen einen Vorteil in den klinischen Ergebnissen;
- Ib kontrollierte Studien unter Routinebedingungen, welche die Berechnung von Sensitivität, Spezifität und prädiktivem Wert zulassen;
- II andere Studien, die zumindest die Berechnung von Sensitivität und Spezifität zulassen;
- III andere Studien oder Meinungen.

Für beide Arten von Verfahren ist zumindest eine Studie der Kategorie I erforderlich. Inkonsequenter Weise werden für existierende Technologien geringere Evidenzklassen akzeptiert, wenn keine Evidenz der Klasse I vorliegt.

Auf Basis dieser mehr oder minder evidenzbasierten Bewertung gibt der Unterausschuss dann eine Empfehlung ab, ob die Technologie in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden bzw. darin verbleiben soll oder nicht. Einen dritten Weg schlug der damalige Bundesausschuss 2001 ein, als er resümierte, dass für Akupunktur nicht genügend Evidenz über ihre Wirksamkeit und Sicherheit unter Ideal- und Alltagsbedingungen vorliege, um endgültig über eine Leistungskatalogaufnahme zu entscheiden. Er beschloss daher, Akupunktur bei chronischem Rückenschmerz, chronischem Kopfschmerz und chronisch schmerzhafter Arthrose großer Gelenke (umfassend) im Rahmen von Modellprojekten zu genehmigen und evaluieren zu lassen. Kassen dürfen zwar keine klinische Forschung zur Wirksamkeit unter Idealbedingungen finanzieren, jedoch beteiligten sich die meisten von ihnen an einem der drei Modellprojekte, die anschließend die Wirksamkeit der Akupunktur bei den drei Indikationen unter Alltagsbedingungen testeten.

Wenn der Ausschuss „Vertragsärztliche Versorgung“ entschieden hat, eine Technologie in den Leistungskatalog aufzunehmen, bestimmt ein anderes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene, wie Vertragsärzte für die Erbringung der Leistung vergütet werden und welche Anforderungen sie erfüllen müssen, um diese Leistung abrechnen zu können. Dieser so genannte Bewertungsausschuss besteht aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er legt die Punktzahl fest, die bestimmt, wie viel die Leistung im Vergleich zu anderen ärztlichen Leistungen „wert“ ist. Außerdem definiert der Ausschuss genau, was die Erbringung der Leistung beinhaltet und erfordert. Nur wenige im Einheitlichen Bewertungsmaßstab gelistete Leistungen sind derzeit an bestimmte Indikationen gebunden. Der Ausschuss legt auch das Anforderungsprofil an Ärzte fest, die diese Leistung erbringen und mit der GKV abrechnen wollen, beispielsweise das

Fachgebiet, Zusatzbezeichnungen, technische Sicherheitsstandards, bestimmte Zielgruppen, Häufigkeit der Erbringung und Dokumentationsanforderungen. Eine erneute Bewertung GKV-abrechnungsfähiger Leistungen kann in Auftrag gegeben werden, wenn es Hinweise auf eine unnötig häufige oder unerwartet seltene Erbringung der Leistung gibt. Dann kann der Bewertungsausschuss die Punktzahl verändern, um eine angemessenere Anwendungshäufigkeit durch finanzielle Anreize zu erzielen. Im Bewertungsausschuss können finanzielle Interessen und intraprofessionelle Verteilungskämpfe eine dominierende Rolle spielen. Zudem kann die Umsetzung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs im Honorarverteilungsmaßstab bzw. -vertrag auf Landesebene von der Bundesebene unerwünschte Folgen zeigen.

Akutstationäre Versorgung

Bis vor kurzem wurde die Einführung neuer Verfahren und Technologien in die stationäre Versorgung de facto bei Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geregelt oder durch Antragstellung des Krankenhauses auf Investitionszuschüsse bei der jeweiligen Landesregierung. Ab 2000 wurde der neue Ausschuss „Krankenhaus“ beauftragt, Leistungsentscheidungen für den akutstationären Sektor auf Basis von Gesundheitstechnologiebewertungen zu treffen (siehe *Planung, Regulierung und Management*). Im Gegensatz zum Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der sowohl über Einschluss als auch Ausschluss von Leistungen in den ambulanten GKV-Leistungskatalog zu entscheiden hatte, befasste sich der Ausschuss „Krankenhaus“ nur mit Leistungsausschlüssen. Bis 2003 traf der Ausschuss jedoch nur wenige Entscheidungen, die zudem selten erbrachte Leistungen betrafen.

Im Jahr 2004 wurden diese Aufgaben dem Ausschuss Krankenhausversorgung im neuen Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Die vom Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses beschlossene Verfahrensordnung, die im Juli 2005 in Kraft treten soll, löst die bisherigen Verfahrensregeln ab. Damit sollen für die Beurteilung von Methoden und Leistungen künftig die vergleichsweise strengen Evidenzkriterien aus der vertragsärztlichen Versorgung auch für die akutstationäre Versorgung gelten. Die Einführung von DRGs als Vergütungssystem (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*) erfordert letztlich eine positive Bestimmung vergütungsfähiger Leistungen. Solange Innovationen noch nicht in das DRG-System integriert sind, ist ihre Einführung in die stationäre Versorgung und Erstattung derzeit weiterhin Gegenstand der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und einzelnen Krankenhäusern (und der Investitionsanträge auf Landesebene).

Diskussion

Herkömmlicherweise gibt es zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems viele Unterschiede hinsichtlich der Verfahren zur Entscheidungsfindung über die GKV-Erstattungsfähigkeit von Leistungen, der Verbreitung und Anwendung von Gesundheitstechnologien. Der ambulante Sektor ist zentraler und detaillierter reguliert als der stationäre Sektor. Besonders ausgeprägt ist die Regulierung der vertragsärztlichen Versorgung und Vergütung. Ambulante Leistungen, die von nicht-ärztlichem Personal wie z. B. Physiotherapeuten erbracht werden, sind entweder explizit gesetzlich ausgeschlossen oder durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gedeckt und durch kollektive Verträge auf Landesebene spezifiziert. Durch die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen die Verfahren der Entscheidungsfindung und der Gesundheitstechnologiebewertung für die verschiedenen Sektoren angenähert bzw. vereinheitlicht werden. Zur Erhöhung der Flexibilität der Entscheidungen über die GKV-Erstattungsfähigkeit von Leistungen sollen neben der Ablehnung und Befürwortung auch besondere Auflagen und Erprobungsregelungen gelten.

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Initiative hat die HTA-Aktivitäten aus Sicht der Entscheidungsträger auf Bundes- und Verbandsebene gestärkt, was u. a. zu einer Serie von Berichten führte, die die Deutsche Arbeitsgruppe zur Technologiebewertung im Gesundheitswesen erstellte. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 betraute das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit der Aufgabe, eine Datenbank mit HTA-relevanten Ergebnissen zu erstellen und Entscheidungsfindungsprozesse des Bundesausschusses und anderer Akteure zu unterstützen.

Die Etablierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit 2004 stellte einen weiteren Schritt dar, Gesundheitstechnologiebewertung und evidenzbasierte Medizin zeitnah und koordiniert anzuwenden. Das Institut soll HTA-Berichte in Auftrag geben und darauf basierend Empfehlungen für die Aufnahme von Technologien in den Leistungskatalog abgeben; es verfügt jedoch über keine Entscheidungsgewalt; diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeübt (siehe *Planung, Regulierung und Management*). Das Institut kann Aufgaben im Bereich Gesundheitstechnologiebewertung dem DIMDI übertragen.

Insgesamt wird eine Zunahme der Nachfrage nach verlässlichen und schnellen Gesundheitstechnologiebewertungen erwartet, insbesondere für innovative und hochpreisige Technologien.

Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem

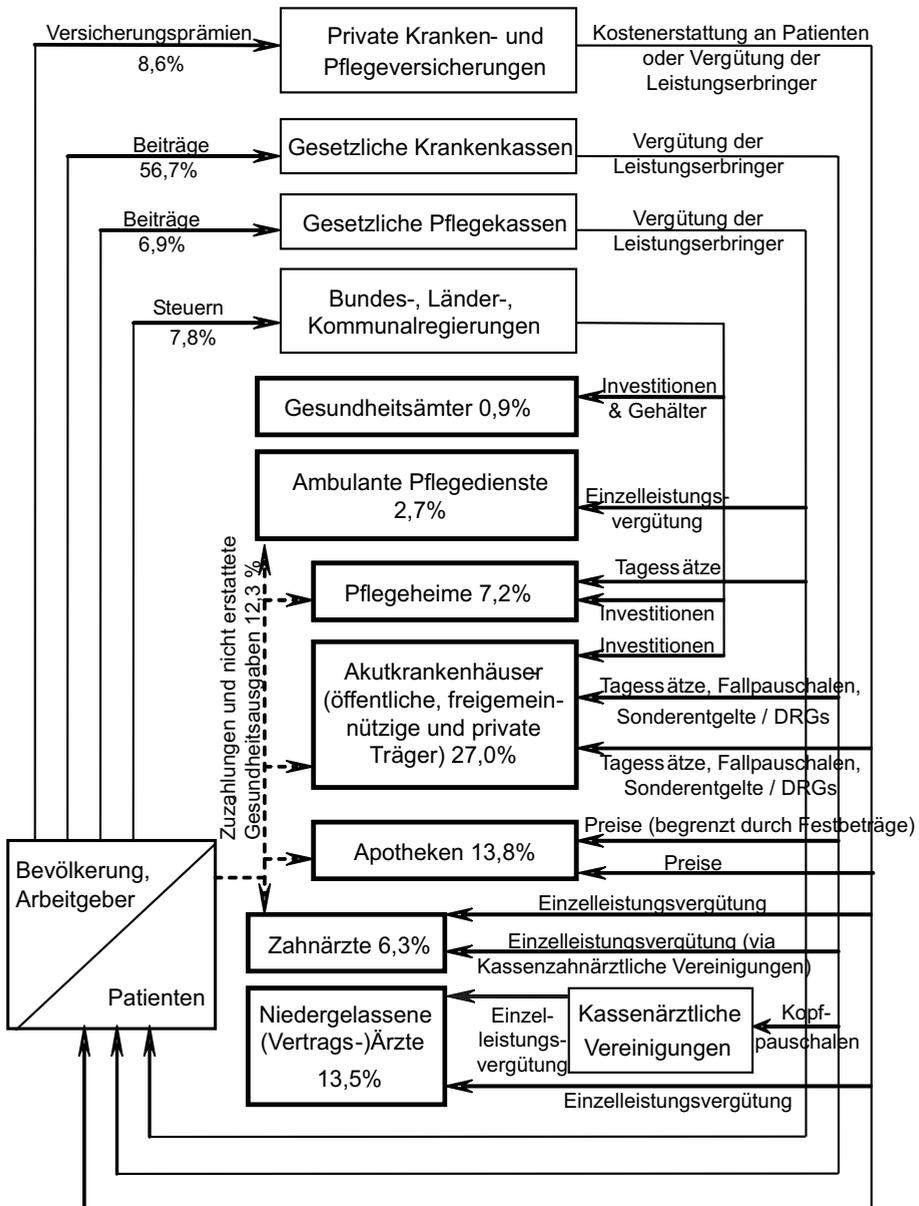
Budgetsetzung und Ressourcenallokation

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine Vielzahl an Ausgabenträgern, durch einen dezentralisierten, zumeist auf Verhandlungen basierenden Allokationsmodus sowie durch ausgefeilte, leistungsorientierte Anreize gekennzeichnet, die sich zwischen ambulantem und stationärem Sektor unterscheiden. Die Finanzierungsströme im gesamten Gesundheitssystem sind in Abbildung 15 dargestellt. Die meisten Themen sind bereits in vorangegangenen Kapiteln besprochen. Die Hauptfinanzierungsquellen sind in Tabelle 9 zusammengefasst und im Kapitel *Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems* diskutiert. Das Poolen der Ressourcen und die Umverteilung unter den Krankenkassen ist im Unterkapitel *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung* besprochen worden. Im Jahr 2003 wurden beispielsweise insgesamt 10,9% der Einnahmen der Krankenkassen umverteilt (Tabelle 11).

Die Budgetsetzung innerhalb der GKV wird im Folgenden eingehender diskutiert (Tabelle 27), während Trends bei der Allokation der Ressourcen auf verschiedene Sektoren im Unterkapitel *Gesundheitsausgaben* thematisiert worden sind (Tabelle 16). Die Finanzierung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln wurde im betreffenden Unterkapitel des Kapitels *Leistungserbringung* dargestellt. Das folgende Kapitel konzentriert sich daher auf den weiteren Verlauf der Finanzströme, den Einkauf von Leistungen und die Vergütung von Leistungserbringern, hier insbesondere der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte.

Deutschland hat nicht nur ein Budget für Gesundheitsversorgung. Vielmehr gibt es 17 auf Steuereinnahmen basierende Budgets (eines auf Bundesebene und je eines in den 16 Ländern), die jeweils auf unterschiedliche Ministerien

Abb. 15. Finanzströme^a im deutschen Gesundheitssystem, 2003



Quelle: Statistisches Bundesamt (26).

Anmerkung: ^a nicht dargestellte Ausgabenträger (in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben 2003): gesetzliche Rentenversicherung (1,8%), gesetzliche Unfallversicherung (1,7%), Arbeitgeber (4,1%). Nicht dargestellte Einrichtungen: sonstige Einrichtungen des Gesundheitsschutzes (1,0%), Praxen sonstiger medizinischer Berufe (2,6%), Gesundheitshandwerk/ -einzelhandel (7,2%), sonstige ambulante Einrichtungen (0,5%), Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtungen (3,2%), berufliche, soziale Rehabilitation (0,7%), Rettungsdienste (1,0%), Verwaltung (5,9%), sonstige Einrichtungen und private Haushalte (3,8%), Ausland (0,2%), Investitionen (2,6%).

aufgeteilt sind. Zudem verfügen Krankenkassen, 292 im Jahr 2004, über ihr eigenes Krankenkassen„budget“. Zu berücksichtigen wären ferner weitere gesundheitsrelevante Sozialversicherungsbudgets, die Kostenerstattung durch private Krankenversicherer, etc.

Alle steuerbasierten Budgets werden durch einzelne Parlamente auf Vorschlag der jeweiligen Regierung bestimmt. Auf Bundesebene ist die Finanzierung des Gesundheitssystems Teil der Budgets der Ministerien für Gesundheit und Verteidigung (freie Heilfürsorge für Soldaten), Inneres (freie Heilfürsorge für Polizisten und Beihilfe als partielle Kostenerstattung für Beamte) sowie Bildung und Wissenschaft. Auf Länderebene fließt die gesundheitsbezogene Finanzierung größtenteils durch die Budgets der Ministerien für Gesundheit und Wissenschaft. Die Gesundheitsministerien bestreiten beispielsweise die Kapitalinvestitionen für Krankenhäuser – was von Bundesland zu Bundesland stark variiert (siehe unten) – und die Öffentlichen Gesundheitsdienste. Die Wissenschaftsministerien sind zuständig für Investitionen, Forschung sowie die medizinische und zahnmedizinische Ausbildung an Universitätskliniken (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*).

Krankenkassen haben keine festgesetzten prospektiven Budgets, sondern müssen sämtliche Ausgaben für ihre versicherten Mitglieder begleichen. Sie dürfen keine Defizite erzielen und erhalten grundsätzlich keine Steuerzuschüsse (abgesehen von geringen Zuschüssen für ältere Landwirte, für Künstler und seit 2004 für sog. versicherungsfremde Leistungen wie Mutterschaftsgeld). Krankenkassen sind finanziell voll haftbar. Wenn Ausgaben in bestimmten Jahren die Einnahmen überschreiten, sind Kassen gesetzlich verpflichtet, ihre Beitragssätze zeitnah zu erhöhen, um Defizite auszugleichen. Entscheidungen über Beitragssatzänderungen liegen ebenfalls vollständig in der Autonomie der einzelnen Krankenkassen (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*). Nur wenn eine Krankenkasse in ernsthafte finanzielle Schwierigkeiten gerät, die ihre Funktionsfähigkeit bedrohen, ist ihr jeweiliger Krankenkassenverband gesetzlich verpflichtet, sie finanziell zu unterstützen.

Wie im Kapitel Historischer Hintergrund erläutert, ist es ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel, die Krankenkassenausgaben an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen zu koppeln, um die Beitragssätze stabil zu halten (siehe auch *Reformen im Gesundheitssystem*). Zu diesem Zweck wurden Ende der 1980er Jahre sektorale Budgets und Ausgabenobergrenzen eingeführt, die je nach Sektor im Verlauf der Jahre unterschiedlich strikt angelegt waren (Tabelle 27).

Hinsichtlich der Ressourcenallokation sind mehrere Punkte zu berücksichtigen:

Tabelle 27. Kostendämpfung durch Budgets und Ausgabenobergrenzen nach Sektor, 1989–2005

	Vertragsärztliche Versorgung	Akutstationäre Versorgung	Ambulante Arzneimittelversorgung
1989 – 1992	Regional verhandelte Gesamtvergütung	Auf Krankenhausebene verhandelte Zielbudgets	Kein Budget, keine Ausgabenobergrenze
1993	Gesetzlich fixierte regionale Gesamtvergütung	Gesetzlich fixierte Budgets auf Krankenhausebene	Bundesweite, gesetzlich fixierte Ausgabenobergrenze
1994			Regional verhandelte Ausgabenobergrenzen
1995			
1996			
1997			Regional verhandelte Gesamtvergütung
1998	Regional verhandelte Regelleistungsvolumina für einzelne Praxen ^a	Auf Krankenhausebene verhandelte Zielbudgets	Regional verhandelte Richtgrößen für einzelne Praxen ^a
1999	Regional verhandelte Gesamtvergütung mit gesetzlich festgelegter Obergrenze	Auf Krankenhausebene verhandelte Zielbudgets mit gesetzlich festgelegter Obergrenze	Regionale, gesetzlich fixierte Ausgabenobergrenzen
2000			Regional verhandelte Ausgabenobergrenzen ^b
2001			Regional verhandelte Richtgrößen für einzelne Praxen
2002			
2003	Gesetzlich fixierte regionale Gesamtvergütung	Gesetzlich festgelegte Zielbudgets auf Krankenhausebene^c	Regional verhandelte Richtgrößen für einzelne Praxen
2004	Regional verhandelte Gesamtvergütung mit gesetzlich festgelegter Obergrenze	Auf Krankenhausebene verhandelte Zielbudgets mit gesetzlich festgelegter Obergrenze	
2005			

Quelle: eigene Zusammenstellung.

Anmerkungen: Je dunkler der Hintergrund, desto stärker ist der Sektor reguliert; ^a Regelung laut Gesetz, aber nicht implementiert (unter Beibehaltung des Standes von 1997); ^b 2001 gesetzlich vorgesehen, aber letztlich nicht (mehr) implementiert infolge der Ankündigung des Bundesministeriums für Gesundheit, die Ausgabenobergrenzen aufzuheben; ^c für Krankenhäuser, die bereits auf freiwilliger Basis nach DRGs abrechneten, wurde eine Budgetsteigerungsrate, für die übrigen eine Festschreibung auf dem Vorjahresbudget (Nullrunde) gesetzlich festgelegt.

- Alle „Budgets“ innerhalb der GKV sind Budgets auf Seiten der Leistungserbringer und nicht auf Seiten der Ausgabenträger. Während einige Budgets de facto auch die Ausgaben der Krankenkassen für den jeweiligen Sektor begrenzen (z. B. durch Kopfpauschalen, die an die KVen für die vertragsärztliche Versorgung gezahlt werden), haben andere nicht diesen Effekt (und beabsichtigen dies auch nicht), da

beispielsweise Ausgaben innerhalb eines Krankenhausbudgets oder einer Arzneimittelausgabenobergrenze unter den Krankenkassen je nach Inanspruchnahme durch ihre jeweiligen Mitglieder aufgeteilt werden. (Streng genommen sind unter Berücksichtigung von Privatpatienten auch die Budgets der Anbieter keine Budgets.)

- Alle „Budgets“ basieren auf historischen Ausgabenmustern und nicht auf einer bedarfsbasierten Berechnung. Zum Zweck der Kostendämpfung wurden entweder Wachstumsraten gesetzlich begrenzt oder Budgets bzw. Ausgabenobergrenzen installiert, die auf den tatsächlichen Ausgaben des Vorjahres beruhten (oftmals das Jahr vor Verabschiedung des Gesetzes, um Veränderungen während des Gesetzgebungsverfahrens zu vermeiden; so basierte beispielsweise die Obergrenze für Arzneimittelausgaben 1993 auf Zahlen von 1991). In beiden Fällen blieben regionale Unterschiede der Ausgabenniveaus unberührt. Die öffentliche Diskussion konzentrierte sich besonders auf Arzneimittelbudgets.
- Die Vereinbarung kollektiver Verträge ist in der GKV die vorherrschende Form des Einkaufens von ambulanten Leistungen. 2003 plante die Regierung ursprünglich, für alle Fachärzte selektive Verträge einzuführen, und nur Hausärzte weiterhin kollektiv zu kontrahieren, verwarf die Pläne jedoch wegen des Widerstands der Opposition und der Ärzteschaft. Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 führte dann selektive Verträge nur im Rahmen der integrierten Versorgung (und von Hausarztmodellen) ein.

Finanzierung von Krankenhäusern

Seit 1993 und besonders seit 2004 hat sich der deutsche Krankenhaussektor erheblich verändert, bedingt insbesondere durch die Einführung von Budgets und prospektiver Vergütungsformen, durch die Möglichkeit, Gewinne und Verluste zu erwirtschaften (Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips) sowie durch erweiterte Kompetenzen, ambulante Behandlung anzubieten. Seit Januar 2004 sind alle Akutkrankenhäuser verpflichtet, schrittweise ein fallpauschalierendes Entgeltsystem (die deutsche Version der australischen Diagnose-bezogenen Gruppen, DRGs) einzuführen, das ab 2009 das einzige Preissystem für laufende Ausgaben im akutstationären Bereich werden soll (mit Ausnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung). Es soll das bisherige Mischvergütungssystem vollständig ersetzen, das aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten bestand.

Krankenhausplanung und Investitionen

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 gilt für Krankenhäuser die duale Finanzierung: Dies bedeutet, dass Investitionskosten von den Ländern und die laufenden Kosten von gesetzlichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und Selbstzahlern finanziert werden. Um Anspruch auf Erstattung von Investitionskosten zu haben, müssen Krankenhäuser in den Krankenhausplänen der Bundesländer aufgenommen sein. Diese Pläne legen häufig auch die erforderlichen Fachgebiete und die Bettenzahlen pro Fachgebiet und (Plan-)Krankenhaus fest. Über die Anzahl der Krankenhausbetten und die Investitionen in Krankenhäuser beraten oft auch trilaterale Gremien mit Vertretern der Landesregierung, der Krankenhäuser und der Krankenkassen.

Investitionen werden im Prinzip durch Steuern finanziert und müssen daher nicht über die Vergütung laufender Ausgaben amortisiert werden. Die Vergabe von Investitionskosten wird von Fall zu Fall auf Antrag entschieden und betrifft die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter sowie deren Wiederbeschaffung (Anlagegüter, jedoch nicht die Kosten für Verbrauchsgüter). Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz erwirbt ein Krankenhaus einen rechtlichen Anspruch auf Investitionskosten, sofern und solange es im Krankenhausplan des Landes gelistet ist. Die Aufnahme in den Krankenhausplan bedeutet einerseits ein Recht auf Förderung von Investitionsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von drei bis fünfzehn Jahren, und andererseits, dass Krankenkassen mit dem Krankenhaus einen Vertrag zu schließen und die erbrachten Leistungen entsprechend der allgemeinen Regeln tragen müssen. Es ist zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser kein Recht auf die Finanzierung bestimmter Investitionen haben. Dies hängt auch von der Haushaltslage des verantwortlichen Landesministeriums und von politischen Entscheidungen ab.

Falls ein Krankenhaus nicht in den Krankenhausplan aufgenommen wird, hat es zwar kein Recht auf Investitionen des Landes, aber immer noch die Möglichkeit, mit Krankenkassen Versorgungsverträge zu schließen. Krankenhäuser, die öffentlich nicht voll gefördert werden, haben in einem sehr eng definierten Rahmen die Möglichkeit, Investitionen über die Vergütung laufender Kosten zu amortisieren (25). Zwischen den Bundesländern gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede in den Vorgehensweisen bei der Krankenhausplanung.

Die Bundesländer unterscheiden sich auch erheblich hinsichtlich der Bettendichte und der Investitionen pro Bett (Tabelle 28).

Von 1991 bis 2003 hat Berlin, ausgehend von der höchsten Bettendichte, die Zahl der Betten um nahezu 47% reduziert und liegt nun unterhalb des

Bundesdurchschnitts. Die anderen beiden Stadtstaaten Hamburg und Bremen haben dagegen trotz erheblicher Kürzungen weiterhin eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte. Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg senkten, ausgehend von den niedrigsten Bettendichten, ihre Bettenzahl um nur 15,9 bzw. 15,6% und weisen weiterhin die niedrigsten Bettendichten auf. Bayern dagegen, bedingt durch noch geringfügigere Kürzungen, bewegt sich nunmehr im Bundesdurchschnitt. Bremen und Nordrhein-Westfalen haben die höchsten Bettendichten. In den alten Bundesländern war die Bettenreduktion nicht so ausgeprägt als in den neuen Bundesländern (Tabelle 28).

Öffentliche Investitionen für Krankenhäuser sind im vergangenen Jahrzehnt kontinuierlich reduziert worden. Von 1991 bis 2003 gingen sie nominell um 21,9% auf €2844 Mio. oder €5248 pro Bett zurück. Betrug ihr Anteil am BIP 1991 noch 0,24%, sank dieser bis 2003 auf 0,15% (71). Davon wurden etwa drei Viertel in den alten Bundesländern und ein Viertel in den neuen Bundesländern ausgegeben. Gemessen am BIP der alten Bundesländer erhielten Krankenhäuser dort einen geringeren Anteil des BIP (0,19% in 1991 und 0,12% in 2003) als ihre Pendanten in den neuen Ländern, die 1991 einen Anteil von 0,90% am BIP der neuen Länder erhielten, der bis 2003 auf 0,39% zurückging (siehe *Historischer Hintergrund*).

In internationalen Vergleichen werden Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen oft in die Berechnung der Krankenhausdaten einbezogen. Anders als die Akutkrankenhäuser (sog. allgemeine Krankenhäuser) und psychiatrischen Krankenhäuser sind sie jedoch nicht im Krankenhausplan aufgeführt und erhalten von den Landesregierungen keine Gelder für Investitionen, sondern finanzieren Betriebs- und Investitionskosten über die Vergütung vertraglich vereinbarter Leistungen (monistische Finanzierung) oder über Eigenregiebetriebe.

Laufende Ausgaben und Kostendämpfungsmaßnahmen

Die Krankenkassen finanzieren den Großteil der laufenden Ausgaben. Diese umfassen sämtliche Kosten für medizinische Waren und Personal, einschließlich des ärztlichen Personals mit Ausnahme von Belegärzten (und Beleghebammen). Die Kassen zahlen des Weiteren die Wiederbeschaffung von Verbrauchsgütern (mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von weniger als drei Jahren) sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten. Die Finanzierung der laufenden Ausgaben ist seit 2005 Gegenstand der Verhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und den Landesverbänden bzw. -vertretungen der Kassen und erfolgt überwiegend über die DRGs.

Ärztliche Leiter klinischer Abteilungen haben üblicherweise eine Berechtigung, persönlich von ihnen erbrachte Leistungen privat in Rechnung zu stellen. Viele verfügen auch über eine Ermächtigung zur ambulanten

Tabelle 28. Krankenhausbetten 1991 und 2003 sowie Investitionen 2003 nach Bundesländern

Bundesland	Allgemeine und psychiatrische Betten pro 1000 Einwohner (in Bezug zum Bundesdurchschnitt = 1,0)		Veränderung 1991–2003	Krankenhaus- investitionen (€ pro Bett) 2003
	1991	2003		
Baden-Württemberg	7,0 (0,84)	5,9 (0,89)	-15,6%	5 235
Bayern	7,6 (0,92)	6,6 (1,00)	-13,2%	6 111
Berlin	11,6 (1,40)	6,2 (0,94)	-46,6%	4 940
Brandenburg	9,0 (1,08)	6,1 (0,92)	-32,3%	8 195
Bremen	10,7 (1,28)	8,9 (1,35)	-16,9%	5 710
Hamburg	9,2 (1,10)	7,0 (1,06)	-23,9%	5 289
Hessen	7,5 (0,91)	6,2 (0,94)	-17,4%	4 211
Mecklenburg- Vorpommern	8,4 (1,01)	6,2 (0,94)	-26,2%	11 325
Niedersachsen	7,5 (0,90)	5,9 (0,89)	-21,4%	3 960
Nordrhein-Westfalen	9,2 (1,10)	7,4 (1,12)	-19,6%	3 629
Rheinland-Pfalz	7,7 (0,92)	6,4 (0,97)	-16,9%	4 591
Saarland	8,8 (1,06)	7,0 (1,06)	-19,7%	5 185
Sachsen	9,1 (1,09)	6,7 (1,02)	-26,4%	6 319
Sachsen-Anhalt	9,0 (1,08)	6,9 (1,05)	-23,3%	9 803
Schleswig-Holstein	6,9 (0,83)	5,8 (0,88)	-15,9%	5 150
Thüringen	8,8 (1,06)	7,1 (1,08)	-19,9%	7 915
Deutschland	8,3 (1,00)	6,6 (1,00)	-20,5%	5 248

Quellen: eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2005 (52); letzte Spalte nach Deutsche Krankengesellschaft 2004 (71).

Behandlung von GKV-Versicherten (siehe *Vergütung von Ärzten*). Patienten leisten in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern eine Zuzahlung von €10 pro Tag für maximal 28 Krankenhaustage.

Bis 1992 galt für allgemeine Krankenhäuser das Selbstkostendeckungsprinzip. Dies bedeutete, dass sämtliche von den Krankenhäusern erbrachten laufenden Ausgaben erstattet werden mussten. Diese Kostenerstattung erfolgte durch tagesgleiche Pflegesätze, die retrospektiv für jedes Krankenhaus separat kalkuliert wurden. Innerhalb der einzelnen Krankenhäuser waren die Pflegesätze jedoch für alle Abteilungen gleich hoch veranschlagt.

Das ursprüngliche Krankenhausfinanzierungsgesetz war bis 1992 die wesentliche gesetzliche Grundlage für den deutschen Krankenhaussektor und blieb von Kostendämpfungsgesetzen der Bundesebene weitgehend unberührt, da diese sich vorwiegend auf nicht-stationäre Sektoren bezogen. Dies ergab sich teilweise durch den Einfluss der Bundesländer, die allen Gesetzen im Bundesrat zustimmen müssen, welche Krankenhäuser betreffen. So betraf

das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsergänzungsgesetz von 1981 Krankenhäuser nur in geringem Umfang, indem Krankenhausaufenthalte nach Entbindung auf sechs Tage begrenzt wurden, falls nicht aus medizinischen Gründen ein längerer Aufenthalt erforderlich war. Des Weiteren verlangte es von den Krankenhäusern, den Erwerb von Großgeräten mit niedergelassenen Ärzten abzustimmen (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*).

Das Krankenhausneuordnungsgesetz von 1984 führte prospektiv verhandelte Pflegesätze ein, die auf den erwarteten Kosten basierten. Die Erstattung darüber hinausgehender Ausgaben wurde rechtlich begrenzt. Faktisch erhielten die Krankenhäuser jedoch weiterhin volle Kostendeckung durch die nachträgliche Anpassung von Pflegesätzen. Zusätzlich eröffnete das Gesetz die Option, Kapitalkosten über Pflegesätze zu amortisieren, sofern laufende Kosten dadurch mittel- oder langfristig gesenkt würden. Seit diesem Gesetz bedeutete duale Finanzierung auch duale Planung mit der Festlegung der Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten auf Länderebene, während Personalschlüssel sowie Krankenhausaufenthaltsstage Gegenstand der Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen waren.

Seit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 sind Krankenhaus- und Krankenkassenverbände verpflichtet, Verträge hinsichtlich Qualitätssicherungsmaßnahmen zu verhandeln. Zusätzlich wurden die Krankenkassen berechtigt, Verträge mit neuen Krankenhäusern zu schließen und bestehende Verträge zu kündigen. Dieser Prozess ist jedoch kompliziert und wird selten angewendet, da erstens die Krankenkassen sich über die Kündigung einigen müssen und zweitens die jeweilige Landesregierung zustimmen muss

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 war das erste Kostendämpfungsgesetz, das den Krankenhaussektor in starkem Maße betraf. Die wesentlichen Neuerungen im Krankenhaussektor waren: Erstens wurden Erhöhungen der Krankenkassenausgaben für die stationäre Behandlung von 1993 bis 1995 an den Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen gekoppelt. Um dies zu ermöglichen, wurde das Selbstkostendeckungsprinzip verlassen, das hieß Krankenhäuser konnten Gewinne und Verluste erwirtschaften. Für jedes Krankenhaus wurden fixierte Ausgabenobergrenzen („Budgets“) errechnet (siehe *Budgetsetzung und Ressourcenallokation*). Die Wachstumsraten der Budgets fußen auf Schätzungen, die vorab vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wurden. Die Krankenhausausgaben stiegen jedoch deutlich oberhalb der angestrebten Wachstumsraten, was erstens damit zusammenhing, dass das Gesetz verschiedene Ausnahmen für höhere Wachstumsraten vorsah.

Zweitens wurde die Pflege-Personal-Regelung eingeführt. Daraus resultierende Mehrkosten wegen zusätzlicher Einstellungen von Pflegepersonal

waren von der Budgetberechnung ausgenommen (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). Drittens wurde Krankenhäusern das ambulante Operieren sowie die ambulante prä- und poststationäre Betreuung von den Patienten gestattet (siehe *Stationäre und intersektorale Versorgung*). Die Anreize für diese Leistungen waren anfänglich jedoch gering, da die Vergütung in die festgesetzten Budgets eingeschlossen war. Viertens wurden prospektive Fallpauschalen und Sonderentgelte für eine Reihe stationärer Leistungen in 1996 eingeführt. Politisch wurden die festgesetzten Budgets im stationären Sektor als Interimslösung präsentiert, die von einem umfassenden, prospektiven Fallpauschalen-Vergütungssystem abgelöst werden sollte.

Da die Ausgaben für akutstationäre Leistungen bis 1998 überdurchschnittlich stiegen, blieb dieser Sektor Gegenstand von Reformbemühungen. Während die Ausgaben pro Bett und Tag kontinuierlich stiegen, wurden jedoch die Ausgaben pro Fall in den späten 1990er Jahren gesenkt – ein Hinweis für eine wirtschaftlichere Leistungserbringung (Tabelle 29). Auch ist die Änderung der Ausgabenverhältnisse zwischen den neuen und alten Bundesländern (Tabelle 29) ein weiterer Indikator dafür, dass sich das Gesundheitssystem in den neuen Bundesländern rasch dem der alten angepasst hat.

Nach 1998 sind die Krankenhausausgaben unter der Vorgabe gesetzlich festgelegter Zielbudgets kaum noch gestiegen (siehe *Tabelle 27*). 2003 wurde die Budgethöhe sogar gesetzlich auf dem Niveau von 2002 eingefroren; ausgenommen waren lediglich Krankenhäuser, die bereits 2003 auf die Abrechnung mit DRGs umstellten und solche, die Arbeitszeitmodelle zur Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinie erprobten.

Ab 2002 wurde die Methodik des Kostennachweises in Krankenhäusern auf Bruttokosten umgestellt, weshalb die Daten nicht direkt mit den Daten der Jahre bis 2001 vergleichbar sind. Die bereinigten Kosten pro Behandlungsfall in allen allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern stiegen so von €2567 in 1991 auf €3056 in 2001, auf €3139 in 2002 und auf €3218 in 2003. 2003 variierten die bereinigten Kosten pro Fall zwischen €2814 in Mecklenburg-Vorpommern und €4011 in Berlin. Die Steigerung der Kosten gegenüber 2002 lag zwischen 0,4% in Hamburg und 4,6% in Sachsen-Anhalt (55).

Kombinierung von Vergütungsmethoden

Von 1993 an wurden Krankenhausleistungen durch ein zweiteiliges System von Tagessätzen vergütet: ein krankenhauseinheitlicher Basispflegesatz für nichtmedizinische Kosten und ein abteilungsspezifischer Pflegesatz für medizinische Kosten einschließlich Pflege, Arzneimittel, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Ab 1996 wurden Fallpauschalen (zur

Tabelle 29. Ausgaben^a für allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern, 1991–2001

	Ausgaben pro Bett			Ausgaben pro Tag			Ausgaben pro Fall		
	Alte Länder ^a	Neue Länder ^a	Neue/ alte Länder	Alte Länder ^a	Neue Länder ^a	Neue/ alte Länder	Alte Länder ^a	Neue Länder ^a	Neue/ alte Länder
1991	62 309	31 160	0,50	199	114	0,60	2 849	1 833	0,64
1992	68 232	43 571	0,64	219	157	0,72	3 032	2 210	0,73
	+9,5%	+39,8%		+10,0%	+37,3%		+6,5%	+20,5%	
1993	72 158	52 708	0,73	236	187	0,79	3 120	2 429	0,78
	+5,8%	+21,0%		+7,8%	+19,2%		+2,9%	+9,9%	
1994	75 477	61 672	0,82	250	214	0,85	3 188	2 614	0,82
	+4,6%	+17,0%		+6,1%	+14,6%		+2,2%	+7,6%	
1995	80 569	68 249	0,85	269	233	0,87	3 281	2 729	0,83
	+6,7%	+10,7%		+7,6%	+9,2%		+2,9%	+4,4%	
1996	83 368	71 834	0,86	284	246	0,87	3 260	2 758	0,85
	+3,5%	+5,3%		+5,4%	+5,6%		-0,7%	+1,1%	
1997	85 624	75 174	0,88	291	256	0,88	3 218	2 755	0,86
	+2,7%	+4,7%		+2,5%	+3,8%		-1,3%	-0,1%	
1998	88 395	78 955	0,89	296	263	0,89	3 187	2 747	0,86
	+3,2%	+5,0%		+1,8%	+2,7%		-1,0%	-0,3%	
1999	91 181	81 218	0,89	306	269	0,88	3 191	2 731	0,86
	+3,2%	+2,9%		+3,3%	+2,4%		+0,1%	-0,6%	
2000	93 769	84 343	0,90	315	278	0,88	3 207	2 762	0,86
	+2,8%	+3,9%		+3,1%	+3,3%		+0,5%	+1,1%	
2001	97 400	87 743	0,90	332	292	0,88	3 269	2 823	0,86
	+3,9%	+4,0%		+5,3%	+5,2%		+2,0%	+2,2%	
Durchschnittliche jährliche Änderungsrate 1991–2001	+4,3%	+10,9%		+5,3%	+10,3%		+1,4%	+4,4%	

Quelle: eigene Berechnungen anhand von Statistisches Bundesamt 2003 (55).

Anmerkung: ^a in jeweiligen Preisen in Euro und als Veränderung im Vergleich zum Vorjahr in Prozent.

Vergütung eines Falls während des gesamten Krankenhausaufenthalts) und Sonderentgelte (für spezielle Interventionen zusätzlich zu – leicht reduzierten – Tagespflegesätzen) verpflichtend eingeführt, um eine leistungsgerechtere Vergütung in Krankenhäusern einzuführen. Bis 2002 wurden jedoch letztlich weniger als ein Viertel aller Krankenhaufälle über Fallpauschalen vergütet.

Die Fallpauschalen basierten auf einer Kombination bestimmter Diagnosen (4-stellige ICD-9-Codes, teilweise getrennt nach „elektiven Leistungen“ und „Notfall-Leistungen“) mit bestimmten Eingriffen (z. B. galt für offene Appendektomien eine andere Fallpauschale als für laparoskopische Appendektomien). Fallpauschalen wurden unterschiedlich stark in verschiedenen Fachabteilungen genutzt: Während mehr als 50% der frauenheilkundlichen und geburtshilflichen Fälle und nahezu zwei Drittel der augenärztlichen Fälle über Fallpauschalen abgerechnet wurden, gab es in den konservativen Gebieten der Inneren Medizin, der Kinderheilkunde und der Psychiatrie keine einzige Fallpauschale. Sonderentgelte bezogen sich nur auf eine Intervention, so dass gegebenenfalls mehrere pro Fall abgerechnet werden konnten.

Die mehr als 70 Fallpauschalen und fast 150 Sonderentgelte wurden ursprünglich per Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt, während die Festlegung der Punktwerte und damit die Vergütungshöhe auf Länderebene verhandelt wurde. Bei Festlegung der Punktzahlen legte das Bundesministerium für Gesundheit einen Punktwert von €0,50 zugrunde. Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz übertrug ab 1999 die Verantwortung der weiteren Gestaltung des Kataloges den gemeinsamen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften.

Fallpauschalen, Sonderentgelte und Pflegesätze waren alle Bestandteile der jeweiligen Krankenhausbudgets. Diese Budgets „deutschen Typs“ sind keine Budgets in dem Sinne, dass das Krankenhaus einen Betrag unabhängig von den tatsächlichen Leistungen erhalte. Vielmehr sind diese Budgets Zielgrößen, die in den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhaus innerhalb gesetzlich festgelegter Grenzen abgestimmt werden (Tabelle 27). Die Zielbudgets bis 2003 bestimmten die Leistungszahlen (für Fälle, die nach Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie nach Tagespflegesätzen vergütet werden) und die Pflegesätze. Erreichte das Krankenhaus exakt 100% der angestrebten Leistungszahlen, musste keine finanzielle Anpassung erfolgen, da die Summe der Fallpauschalen, Sonderentgelte und Tagespflegesätze genau dem Budget entsprach. Wenn die tatsächlichen Leistungen das Ziel überschritten, das Krankenhaus also über das Zielbudget hinaus Vergütung erhalten hatte, musste es Teile dieser zusätzlichen Einnahmen rückerstatten, beispielsweise 50% der Fallpauschalen für Transplantationen, 75% anderer Fallpauschalen und Sonderentgelte und 85–90% der Tagespflegesätze. Anders ausgedrückt wurden Leistungen oberhalb des Zielbudgets lediglich mit 50%, 25% bzw. 10–15% vergütet. Wenn die vereinbarten Leistungszahlen unterschritten wurden, das Krankenhaus also die Gesamtvergütung des Zielbudgets nicht erreicht hatte, erhielt es seit 2000 40% der Differenz (1999 waren es 50%). Diese Summe wurde unter den Krankenkassen aufgeteilt, je nach Inanspruchnahme durch die Versicherten der jeweiligen Kasse. Die tatsächlichen Fallpauschalen, Sonderentgelte und Tagespflegesätze waren damit höher als ursprünglich verhandelt.

Von der Einführung der Fallpauschalen in Verbindung mit Krankenhausbudgets wurde einerseits erwartet, dass Wirtschaftlichkeitspotentiale besser ausgeschöpft würden, andererseits aber auch potentiell eine Risikoselektion von Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf bei Krankenhausaufnahmen oder durch vorzeitige Verlegung oder Entlassung befürchtet. Es gibt jedoch kaum Evidenz über die Auswirkungen der Fallpauschalen auf die Qualität der Versorgung. Es gibt einige Hinweise, dass Patienten häufiger und früher in Rehabilitationseinrichtungen überwiesen, und Patienten mit kostenaufwändigem Behandlungsbedarf häufiger in Universitätskliniken verlegt wurden (37). Diese

hatten gleichzeitig keine Gelegenheit zur Verlegung aufwändiger Fälle (vgl. auch *Gesetzliche Krankenversicherung: Leistungen und Rationierung*).

Auch gibt es Hinweise, dass sich die Wirtschaftlichkeit (technische Effizienz) im akutstationären Sektor verbessert hat: Tabelle 18 zeigt, dass die durchschnittliche Verweildauer stetig zurückging, in den alten Bundesländern beispielsweise von 13,9 Tagen in 1992 auf 12,2 Tage in 1995 und 9,8 Tage in 2001. Besonders ausgeprägt war der Rückgang im Jahr 1993, als Krankenhausbudgets etabliert wurden, und 1996, als Fallpauschalen eingeführt wurden. Dabei nahm die durchschnittliche Verweildauer in Abteilungen mit Fallpauschalen überdurchschnittlich ab. Dennoch fällt die Verweildauer im internationalen Vergleich immer noch hoch aus (Tabelle 20). Tabelle 29 zeigt, dass die Kosten pro Krankenhausfall zwischen 1996 und 1999 abnahmen.

Bis Ende der 1990er Jahre hatte sich ein weitgehender Konsens entwickelt, dass das bestehende Fallpauschalensystem unzureichend sei, um auf andere komplexere Versorgungsbereiche übertragen zu werden, insbesondere wegen ungenügender Möglichkeiten zur Risikoadjustierung und inhärenter (wenngleich nicht klar belegter) Anreize zur Risikoselektion. Zugleich galt ein Fortbestehen der Koexistenz von Fallpauschalen, Sonderentgelten und Tagespflegesätzen als Hindernis für die Ausschöpfung weiterer Wirtschaftlichkeitsreserven, da Krankenhäuser ihnen entstehende Nachteile der einen Vergütungsmethode durch die Kombination mit einer anderen Vergütungsmethode ausgleichen konnten (37).

Vergütung durch diagnose-bezogene Fallpauschalen

Das ursprüngliche Ziel der Bundesregierung, das bestehende Fallpauschalensystem allmählich auf das gesamte Spektrum der Krankenhausversorgung auszuweiten, wurde so letztlich nicht realisiert. Die durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 initiierte Einführung eines neuen Vergütungssystems auf Basis von diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRGs) ist die bedeutendste Reform im Krankenhaussektor seit Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung 1972.

Die schrittweise Implementierung eines entsprechenden Systems stellte eine innovative Herangehensweise zur Umsetzung politischer Strategien bzw. gesetzlicher Bestimmungen im Sinne eines „lernenden Systems“ dar. Dazu wurden die Ziele und Aufgaben, die Rollenverteilung der Akteure und der Zeitrahmen gesetzlich festgelegt. Das Gesetz definierte dementsprechend die grundlegenden Merkmale der deutschen DRG-Version für die akutstationäre Versorgung, indem es die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, das sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft verpflichtete,

ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem auf Basis von DRGs einzuführen, das den Krankheitsschweregrad berücksichtigt. Den Akteuren der Selbstverwaltung fiel damit die Aufgabe zu, die Bestimmungen zu spezifizieren und das German-Diagnosis-Related-Groups-System (G-DRG-System) kontinuierlich weiterzuentwickeln. Zu einem bis dahin ungesehenen Maße wurde dem Bundesministerium für Gesundheit die Funktion übertragen, Aufgaben ersatzweise selbst zu erfüllen, sollten sich die Selbstverwaltungspartner im vorgegebenen Zeitrahmen nicht auf eine Lösung einigen können und das Scheitern der Verhandlungen erklären („Ersatzvornahme“).

Der vom Gesetzgeber geforderten Durchgängigkeit wurde Rechnung getragen, indem das deutsche Fallpauschalensystem für alle Patienten gleichermaßen gültig ist, unabhängig davon, ob es sich um Mitglieder der GKV, der PKV oder um selbstzahlende Patienten handelt. (Allerdings können Krankenhäuser weiterhin Wahl- und Komfortleistungen anbieten, die von Patienten direkt oder von entsprechenden Privatversicherungen gezahlt werden.) Darüber hinaus gilt das G-DRG-System grundsätzlich für alle Krankenhäuser, soweit bestimmte Leistungsbereiche nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind. Das G-DRG-System deckt mit Ausnahme der in Einrichtungen oder Abteilungen für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischer Medizin erbrachten Leistungen sämtliche klinischen Fachbereiche ab.

Im Juni 2000 einigten sich die Selbstverwaltungspartner auf das Vergütungssystem der australischen Refined DRGs 4.1. Es wurde weiterhin beschlossen, dass für das deutsche Fallpauschalensystem eigene Bewertungsrelationen auf der Basis von bundesdeutschen Daten kalkuliert werden sollen. Das neu gegründete Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) stellt die für die Weiterentwicklung und Pflege des deutschen DRG-Entgeltsystems erforderliche Organisationsstruktur bereit und ist für die Ermittlung der Bewertungsrelationen verantwortlich. Dieses technisch ausgerichtete Institut wurde bis 2003 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der privaten Krankenversicherung finanziert. Seit 2004 finanziert es sich durch einen Zuschlag zu jeder DRG, die in Krankenhäusern dokumentiert wird. Das Institut bezieht sich bei der Ableitung der Klassifikation auf die in deutschen Krankenhäusern erhobenen Kosten- und Leistungsdaten. Demnach sind alle Krankenhäuser verpflichtet, in einer jährlichen Vollerhebung krankenhausbefugte Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten im Sinne von Abrechnungsdaten bereitzustellen. Die fallbezogenen Kostendaten werden im Rahmen einer Teilerhebung ermittelt, an der die so genannten Kalkulationskrankenhäuser auf freiwilliger Basis teilnehmen können.

Die Selbstverwaltungspartner konnten sich in der Folge jedoch nicht auf grundlegende Merkmale des zukünftigen Fallpauschalenkatalogs einigen, weshalb das Bundesministerium diesen für 2003 und erneut für 2004 im Rahmen einer Ersatzvornahme in einer Fallpauschalenverordnung festlegte (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*). Das Fallpauschalengesetz von 2002 sowie das 1. Fallpauschalenänderungsgesetz von 2003 legten weitere Vorgehensweisen grundsätzlich fest. Letzteres verlängerte den ursprünglich von der GKV-Reform vorgesehenen Zeitplan zur schrittweisen Einführung der DRGs als Abrechnungsbasis bei gleichzeitiger schrittweiser Rücknahme des budgetierten Mischsystems aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten zur Finanzierung von Krankenhausleistungen (Konvergenzphase).

Zunächst haben im Jahr 2002 nur ausgewählte Krankenhäuser die australischen DRGs ohne jegliche Modifizierung eingesetzt. Auf der Basis der Erfahrungen in etwa 120 Krankenhäusern berechnete das InEK eine erste deutsche Version nach australischem Vorbild mit insgesamt 664 DRGs. Die neu errechnete Version wurde 2003 von einer größeren Anzahl von Krankenhäusern getestet, die freiwillig für eine frühe Konversion optiert hatten (Optionsphase), um eine Steigerung ihres Budgets zu erhalten, während für alle anderen Krankenhäuser in diesem Jahr gesetzlich eine Nullrunde vorgeschrieben war. Seit 2004 sind alle allgemeinen Krankenhäuser verpflichtet, ihr Leistungsgeschehen nach DRGs zu dokumentieren. Im Rahmen der budgetneutralen Anwendung in den Jahren 2003 und 2004 stellten die DRGs (mit krankenhausspezifischen Basisfallwerten, die das historische Kostenniveau widerspiegeln) jedoch lediglich die berechneten Vergütungseinheiten dar, auf deren Basis das verhandelte Zielbudget dem Krankenhaus zufluss.

Bewertungsgrundsätze für DRGs

Dem neuen deutschen Vergütungssystem liegt ein Patientenklassifikationssystem zugrunde, das die Behandlungsfälle trennscharf klinisch definierten Gruppen (DRGs) zuordnet, die sich durch einen ähnlich hohen Behandlungskostenaufwand auszeichnen. Die Fallzuordnung im G-DRG-System basiert auf einem Gruppierungsalgorithmus, nach welchem jeder Behandlungsfall anhand verschiedener Kriterien des Entlassungsdatensatzes wie der Diagnose, der durchgeführten Intervention, dem klinischen Schweregrad sowie eventuellen Begleiterkrankungen und dem Alter des Patienten in eine der DRG-Fallgruppen eingeordnet wird. Aufgrund dieser Diversifizierung enthält die deutsche Version mehr DRGs als die ursprüngliche australische Version. Für 2004 wurde die Anzahl der DRGs auf 824 erhöht, und für 2005 wurde ein Fallpauschalenkatalog

mit insgesamt 878 DRGs vereinbart, wobei circa 13 000 Diagnosen und circa 23 000 Prozeduren berücksichtigt sind. Die genaue Definition der einzelnen DRGs ist im jeweils aktuell gültigen DRG-Definitionshandbuch festgelegt.

Im Rahmen des Vergütungssystems soll jeder abrechenbaren DRG ein Pauschalentgelt zugeordnet werden. Charakteristisch für DRG-Systeme ist die Bewertung mit relativen Kostengewichten (Relativgewichten bzw. Bewertungsrelationen), welche die durchschnittliche ökonomische Fallschwere einer DRG bezogen auf einen Referenzwert abbilden. Als Bezugsgröße werden entweder die Kosten einer Referenz-DRG (z.B. die komplikationsfreie Entbindung im französischen DRG-System) zugrunde gelegt oder wie im deutschen System der gewichtete Mittelwert der Fallkosten der in der Kostenkalkulation berücksichtigten Fälle.

Der Fallerlös einer DRG ergibt sich grundsätzlich aus dem Produkt ihres Relativgewichts und dem Basisfallwert, d.h. dem monetären Wert eines Relativgewichtes von 1,0. Durch die Relativgewichte der DRG-Systeme ist es möglich, die auf eine Zeiteinheit bezogene durchschnittliche ökonomische Fallschwere je Fachabteilung, Krankenhaus oder Region zu quantifizieren. Hierzu wird in einem ersten Schritt der ökonomische Fallmix, der so genannte Case-Mix (CM), gebildet. Der Case-Mix entspricht der Summe aller Relativgewichte aller innerhalb einer Zeiteinheit erbrachten DRGs. Dividiert man den Case-Mix durch die Anzahl der Fälle, erhält man die durchschnittliche ökonomische Fallschwere, den so genannten Case-Mix-Index (CMI). Der CMI entspricht damit dem durchschnittlichen DRG-Kostengewicht einer Versorgungseinheit. Mit diesem Instrument wird der Vergleich des ökonomischen Fallspektrums verschiedener Versorgungseinheiten ermöglicht. Aus der Division des Erlösbudgets eines Krankenhauses durch den Case-Mix ergibt sich der um die ökonomischen Schweregrade bereinigte krankenhausesindividuelle DRG-Erlös je Fall, der so genannte krankenhausesindividuelle Basisfallwert. Derzeit variiert der krankenhausesindividuelle Basisfallwert beträchtlich zwischen den Krankenhäusern, was die großen historischen Unterschiede in der Finanzierung verschiedener Krankenhäuser (trotz ähnlichem Leistungsspektrum) widerspiegelt. Für 2004 wurde bundesweit ein durchschnittlicher Basisfallwert von €2593 ermittelt, wobei die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte zwischen weniger als €1000 und mehr als €4000 variierten. Die Basisfallwerte der meisten Krankenhäuser rangierten zwischen €2000 und €3200.

Um einem geringeren Behandlungsaufwand bei Kurzliegern und frühzeitigen Verlegungen Rechnung zu tragen, wird die Vergütung bei den betroffenen Fällen um tagesbezogene Abschläge nach § 1 Abs. 3 sowie § 3 Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) gemindert. Als „Kurzlieger“ werden Fälle bezeichnet, die die bei der DRG-Berechnung definierte untere Grenzverweildauer unterschreiten. Fälle, die die obere Grenzverweildauer

überschreiten, werden unter dem Begriff „Langlieger“ zusammengefasst und erhalten nach § 1 Abs. 2 FPV 2005 zusätzlich zur DRG-Fallpauschale tagesbezogene Zuschläge. Für prä- und poststationäre Behandlung werden bestimmte Entgelte berechnet, wobei eine nachstationäre Behandlung zusätzlich zur DRG berechnet werden kann, wenn die Zahl der stationären, vor- und nachstationären Behandlungstage die Grenzverweildauer der DRG übersteigt.

Ableitung des Erlösbudgets im Rahmen der Konvergenzphase

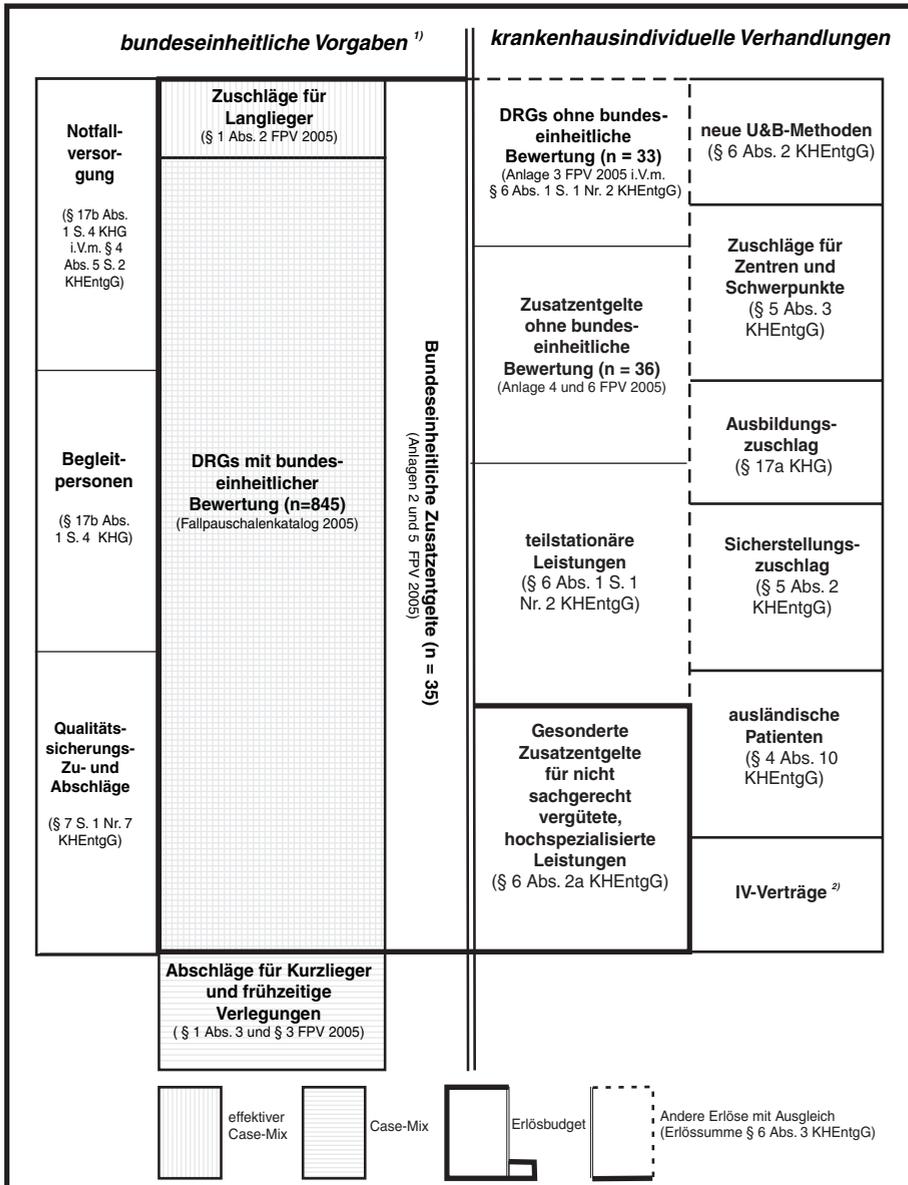
Das Erlösbudget eines Krankenhauses stellt die Summe der Erlöse aus bundeseinheitlich bewerteten DRG-Fallpauschalen und bestimmten Zusatzentgelten dar (vgl. Abb. 16).

Den Budgetverhandlungen für die Erlösvereinbarungen der Krankenhäuser liegt eine neue DRG-Systematik zugrunde. Das Erlösbudget bestimmt sich grundsätzlich nach der Formel „Preis x Menge“. Genauer gesagt, ist es das Produkt aus Fallmenge, effektivem Case-Mix-Index und dem Basisfallwert. Das effektive Relativgewicht pro Fall weicht von der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Bewertungsrelation ab, da es die Abschläge bei Verlegungen oder bei Kurzliegern und die Zuschläge für Langlieger berücksichtigt. Damit entspricht das effektive Relativgewicht der tatsächlich abgerechneten Höhe der Fallpauschale. Unter Beibehaltung der bisherigen Verhandlungsebenen verhandeln Krankenkassen und Krankenhäuser vor Ort prospektiv und leistungsorientiert über Art und Anzahl der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen.

Das G-DRG-System wird für die Krankenhäuser im Rahmen der so genannten Konvergenzphase unter schützenden Rahmenbedingungen eingeführt, um wirtschaftliche Schwierigkeiten von Häusern abzuwenden, deren Basisfallwerte deutlich überdurchschnittlich sind. Der Gesetzgeber hat diese Angleichungsphase zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung über DRGs vorgegeben, um die Krankenhausbudgets schrittweise an ein landeseinheitliches Preisniveau heranzuführen. Um Krankenhäusern eine längere Übergangsfrist von ihren historisch-basierten Budgets zu einem landeseinheitlichen Preissystem zu gewähren, verschob das 1. Fallpauschalenänderungsgesetz die ursprünglich für 2005 geplante vollständige Implementierung des DRG-Preissystems auf 2007. Das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz von 2004 verschob den Termin der vollen Gültigkeit der DRGs als einheitliches Preissystem auf 2009 (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Mit dem Start der Konvergenzphase im Jahr 2005 hat die Angleichung der individuellen Krankenhausbudgets über die Orientierung an einem Landesbasisfallwert begonnen, welcher seit 2005 auf Landesebene vertraglich

Abb. 16. Bestandteile der Krankenhausvergütung nach Erlösarten und Zu- und Abschlägen, 2005



Quelle: eigene Darstellung

Anmerkungen: 1) Ausnahme: Einstufung als besondere Einrichtung; 2) Nur Vergütung des zusätzlichen Leistungsanteils der integrierten Versorgung, der noch nicht über das Krankenhausbudget finanziert wird (§ 140d Abs. 4 SGB V).

vereinbart wird. Die schrittweise Angleichung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts an den landeseinheitlichen Basisfallwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen erfolgt jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005 bis 2009. Das bedeutet, dass die Unterschiede zu den historisch, nach alter Rechtslage vereinbarten Erlösbudgets der Krankenhäuser sukzessive abgebaut werden. Bei planmäßiger Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben werden die Krankenhäuser ihre Leistungen ab dem 1. Januar 2009 auf der Basis landeseinheitlicher Basisfallwerte abrechnen, wobei der ab 2010 geltende gesetzliche Rahmen im Sinne eines „lernenden Systems“ noch gesondert vorgegeben werden muss. Die grundsätzlich verfolgte Zielsetzung ist es, im Anschluss an die vierjährige Konvergenzphase gleiche Preise für vergleichbare Krankenhausleistungen unabhängig von der Versorgungsstufe, der Krankenhausstruktur oder anderen Faktoren zu bezahlen.

Für 2005 betrug der durchschnittliche Basisfallwert €2785, wobei die verhandelten Landesbasisfallwerte zwischen €2585 in Mecklenburg-Vorpommern und €3000 in Berlin lagen. Entsprechend des aktualisierten Zeitplans des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes werden die Basisfallwerte für die Krankenhausvergütung im Jahr 2005 als Verhältnis landesweiter Basisfallwerte (15 %) zu krankenhausindividuellen Basisfallwerten (85 %) berechnet. 2006 soll sich diese Relation auf 35:65 verschieben, 2007 auf 55:45 und 2008 schließlich auf 75:25, so dass das landesweit einheitliche Preissystem (100:0) erst ab 2009 voll wirksam wird. Die Budgets der einzelnen Krankenhäuser dürfen durch diese schrittweisen Anpassungen jedoch nur in eng umgrenzten Margen sinken (ansteigend von 1 % in 2005 in 0,5 %-Schritten auf 3 % in 2009; Tabelle 30).

Tabelle 30. Entwicklung der DRG-Einführung (Stand nach dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz)

Jahr	Anzahl der DRGs	Angleichung an Landesbasisfallwert bezogen auf den Ausgangswert 2004	Angleichung an Landesbasisfallwert bezogen auf das Vorjahr	Gewicht des verhandelten Budgets	Obergrenze für Budgetabsenkung (bezogen auf das Vorjahr)
2003	664	–	–	–	–
2004	824	0%	0%	100%	–
2005	878	15%	15%	85%	1,0%
2006	?	+ 20% = 35%	23,5%	65%	1,5%
2007	?	+ 20% = 55%	30,8%	45%	2,0%
2008	?	+ 20% = 75%	44,4%	25%	2,5%
2009	?	+ 25% = 100%	100%	0%	3,0%

Quelle: eigene Darstellung.

Die Bedeutung alternativer und additiver Vergütungskomponenten

Neben dem Erlösbudget setzt sich der Gesamtbetrag der Vergütung von Krankenhausleistungen aus einer Reihe von verschiedenen Erlösarten sowie aus unterschiedlichen Zu- und Abschlägen zusammen. Diese werden teilweise krankenhausesindividuell verhandelt oder bundeseinheitlich vorgegeben werden (vgl. Abb.16).

Nach Absicht des Gesetzgebers sind sämtliche allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen eines Behandlungsfalles über eine DRG-Fallpauschale abschließend zu vergüten. Additive oder alternative Vergütungen zur Ergänzung der Fallpauschalen sind nach § 17 b Abs. 1 Satz 12ff KHG nur in eng begrenzten Ausnahmefällen zugelassen. Entgegen der ursprünglichen Absicht des Gesetzgebers kommt den additiven und alternativen Entgelten in der FPV 2005 und den darüber hinausgehenden Regelungen zur Vergütung von Krankenhausleistungen eine erhebliche Bedeutung zu. Das liegt zum einen daran, dass die Datenbasis für die Kalkulation bestimmter Entgelte nicht ausreicht und zum anderen an der begrenzten „Sachgerechtigkeit“ der aktuellen Bewertungsrelationen.

In diesem Zusammenhang sind die Vertragsparteien der Selbstverwaltung autorisiert, additive Entgelte in Form von Zusatzentgelten für bestimmte (ausgabenintensive) Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel, beispielsweise Dialyse oder Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungskonzentraten zu vereinbaren. Diese Zusatzentgelte werden grundsätzlich durch das InEK bundeseinheitlich kalkuliert. Für das Jahr 2005 ist die Zahl der Zusatzentgelte von 26 auf insgesamt 71 gesteigert worden. Darunter sind 35 Zusatzentgelte durch das InEK bundeseinheitlich mit einem Vergütungsbetrag bewertet und in die Anlagen 2 und 5 der FPV 2005 überführt worden. In die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG wurden 36 Leistungen aufgenommen.

Darüber hinaus sind die Vertragsparteien nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG in den Jahren 2005 und 2006 ermächtigt, auf der örtlichen Ebene für die Vergütung von Leistungen, krankenhausesindividuelle „fall- oder tagesbezogene Entgelte“ zu vereinbaren. Dabei gilt die Voraussetzung, dass die betroffenen Leistungen „noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können“. Auf dieser Basis ist es grundsätzlich auch möglich, für Leistungen, die von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren. Dazu ist der Nachweis erforderlich, dass die entsprechenden Leistungen über die bundeseinheitlichen Entgelte „nicht sachgerecht vergütet werden“.

Dazu zählen u. a. die nicht bundeseinheitlich bewerteten DRGs und Zusatzentgelte, für die krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vor Ort vereinbart werden. Die Anzahl der nicht bewerteten DRGs hat sich gegenüber dem G-DRG-System 2004 von 18 auf insgesamt 33 DRGs erhöht. Die genannten DRG-Fallgruppen wurden aus dem DRG-Fallpauschalenkatalog ausgeschlossen, weil hierfür im Rahmen der Kalkulation keine ausreichende Datenbasis zur Verfügung stand oder die Variation der Kosten eine Pauschalierung unmöglich gemacht hat. Teilstationäre Leistungen sowie die 36 Zusatzentgelte ließen sich ebenfalls nicht kalkulieren. Nach § 6 Abs. 2 KHEntgG ist es ebenfalls zulässig, für innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (U&B-Methoden) besondere Vergütungen zu verhandeln, wobei die Vertragspartner auf Bundesebene Rahmenempfehlungen erlassen, die den Verhandlungen auf Krankenhausebene zugrunde gelegt werden.

Auf der Basis des 2. FPÄndG können gesonderte Zusatzentgelte für nicht sachgerecht vergütete, hochspezialisierte Leistungen gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG verhandelt werden. Durch die Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (FPVBE 2005) hat das BMGS zusätzlich die Möglichkeit geschaffen, bestimmte Einrichtungen und Abteilungen im Jahr 2005 ganz aus dem G-DRG-System herauszunehmen und über individuell zu verhandelnde Entgelte zu finanzieren („besondere Einrichtungen“).

Um die Kosten für die Ausbildung von Personal (insbesondere Pflegepersonal) finanzieren zu können, wird von jedem stationären Behandlungsfall ein Betrag einbehalten und einem Ausgleichsfond auf Landesebene zugeleitet. Über diese finanziellen Ressourcen erhalten ausbildende Krankenhäuser Zuschüsse für ihre Ausbildungsaktivitäten, wobei diese Entgelte krankenhausindividuell verhandelt werden.

Darüber hinaus können Krankenhäuser in Abhängigkeit von ihrer Infrastruktur und ihren Versorgungsaufgaben bestimmte Zu- oder Abschläge nach bundeseinheitlichen Regeln erzielen:

- für die Sicherstellung der Notfallversorgung nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG i.V.m. § 4 Abs. 5 S. 2 KHEntgG.
- für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen gemäß § 17b Abs. 1 S. 4 KHG.
- Qualitätssicherungs- Zu- und Abschläge nach § 7 S. 1 Nr. 7 KHEntgG.

Zudem sind obligatorische bundeseinheitliche Zuschläge pro Fall zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben vorgesehen. Diese so genannten

Systemzuschläge dienen der kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-basierten Entgeltsystems sowie zur Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit, des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der elektronischen Gesundheitskarte. Darüber hinaus behalten Kassen zur Finanzierung der Integrierten Versorgung von 2004 bis 2006 einen Abschlag von 1% des Krankenhausbudgets ein, soweit diese zur Umsetzung von entsprechenden Verträgen erforderlich sind (siehe *stationäre und intersektorale Versorgung*).

Vorläufige Bewertung

Das Fallpauschalengesetz 2002, die nachfolgenden Änderungsgesetze von 2003 und 2004 sowie die Fallpauschalenvereinbarung für 2005 treffen gewisse Vorkehrungen zur Vermeidung von Qualitätsmängeln und Überversorgung. Beispielsweise sind Krankenhäuser verpflichtet, unnötige Hospitalisierungen und vorzeitige Verlegungen aus wirtschaftlichen Gründen zu vermeiden und eine korrekte Dokumentation und Buchhaltung zu gewährleisten. Die Einhaltung dieser Pflichten wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüft, der Fälle während der Behandlung und nach Krankenhausentlassung stichprobenweise überprüfen kann. Im Fall erheblicher Nachlässigkeit können doppelte Strafen verhängt werden; Streitigkeiten werden in gemeinsamen Schiedsämtern auf Landesebene verhandelt.

Die Einführung der DRGs hat bisher intensive Aktivitäten ausgelöst, nicht nur auf Bundesebene, sondern auch auf Krankenhausebene. Die Zahl der Krankenhäuser, die ihr Leistungsgeschehen nach DRGs dokumentierten (ohne auf dieser Basis vergütet zu werden), stieg während der freiwilligen Periode von 284 im Januar 2003 auf 1035 im Dezember 2003, was mehr als der Hälfte aller allgemeinen Krankenhäuser entsprach. Die Vorbereitungen erforderten beträchtliche Umstrukturierungsmaßnahmen (33). Krankenhäuser gewannen mehr Transparenz über das Spektrum und die Kosten ihrer Leistungen, was möglicherweise ihre Leistungsfähigkeit beeinflusste und ihre Wirtschaftlichkeit erhöhte.

Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nahmen während der Einführungsphase erheblich zu und sind ein wesentlicher Grund für die (zunehmenden) Verzögerungen bei der Auszahlung von Krankenhausvergütungen. Insbesondere geben Vergütungsabschläge wegen Verlegungen und Wiederaufnahmen Anlass zu Streitigkeiten (33). Die Vereinbarung landeseinheitlicher Basisfallwerte, die für 2005 erstmals erforderlich war, war in vielen Bundesländern mit Konflikten verbunden. Um eine weitere Verzögerung zu vermeiden und Druck auf die Vertragspartner

auszuüben, legte das Bundesministerium für Gesundheit einen Entwurf für eine Verordnung mit der Bestimmung vorläufiger Landes-Basisfallwerte vor.

Bis 2008 sind die Vertragsparteien auf Länderebene verpflichtet, das Prinzip der Beitragsstabilität zu gewährleisten, wenn sie die Basisfallwerte vereinbaren. Bis die Verhandlungen (auf Krankenhausebene) zugunsten des einheitlichen (landesweiten) Preissystems verschoben werden können, ist es noch erforderlich, den ordnungspolitischen Rahmen für die genaue Ausgestaltung des Preissystems und Ausrichtung der Anreize gesetzlich näher zu bestimmen; beispielsweise steht noch die Entscheidung aus, ob das Preissystem aus festen Preisen oder Preisobergrenzen besteht, und ob Mengenrabatte ermöglicht werden sollen.

Qualitätssicherung und Mindestmengen

Qualitätsanforderungen und Qualitätssicherung haben sich herkömmlicherweise auf Aspekte der Strukturqualität von Gesundheitspersonal, technischen Geräten und Einrichtungen sowie auf Routinekontrollen technischer und hygienischer Standards konzentriert; der professionellen Selbstregulation wurde eine hohe Bedeutung beigemessen (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). Für den Krankenhaussektor zeigen das Krankenhausfinanzierungsgesetz und das Sozialgesetzbuch V grundlegende Qualitätsanforderungen auf, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um in Krankenhauspläne aufgenommen zu werden und sich für die Vergütung durch Krankenkassen zu qualifizieren.

In der letzten Dekade ist die Qualitätssicherung im Krankenhaus grundlegend geändert und erweitert worden, wobei sich der Schwerpunkt von freiwilligen Aktivitäten zu gesetzlichen Verpflichtungen verlagerte. Das Sozialgesetzbuch formulierte zunehmend Anforderungen an die Sicherung der Prozessqualität, und jüngst auch der Ergebnisqualität. Ansätze der Sicherung der (externen) Prozessqualität wurde zuerst in den 1970er Jahren in Form von Registern durch Landesgesetze eingeführt, beispielsweise die Perinatalerhebung oder die erweiterte Dokumentation allgemeinchirurgischer Eingriffe (mit statistischer Auswertung und vertraulicher Rückmeldung der Daten). Später kamen Register für hochtechnologische Interventionen (z. B. Katheteruntersuchungen des Herzens) oder den Einsatz bestimmter Medizinprodukte (z. B. Defibrillatoren) hinzu. Ihre Bedeutung zur Verbesserung der tatsächlichen Versorgungsqualität ist jedoch nicht genau bekannt.

Mit der Einführung der Fallpauschalen 1996 erhielten die Kassenverbände und Krankenhausgesellschaften auf Landesebene die Aufgabe, eine datengestützte Qualitätssicherung zu vereinbaren. Da Landesärztekammern, die Träger etablierter Register, zunächst nicht involviert waren, verzögerten

sich die Verhandlungen und die tatsächliche Implementierung war schwach. Auf Bundesebene richteten die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat die Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung ein, um die Kommunikation und Koordination von Qualitätssicherungsprojekten über Professions- und Sektorengrenzen hinweg zu verbessern. Die Arbeitsgemeinschaft baute ein Informationssystem auf und organisierte mehrere Veranstaltungen, wurde jedoch 2004 aufgelöst, nachdem der Gesetzgeber ihre Aufgaben an den Gemeinsamen Bundesausschuss delegiert hatte. Dadurch sollen Entscheidungen zur Qualitätssicherung verbindlicher gestaltet werden können, beispielsweise durch Richtlinien, vertragliche Vereinbarungen und Vergütungsanreize.

Seit 2000 sind Krankenhäuser verpflichtet, internes Qualitätsmanagement durchzuführen und Verträge mit Krankenkassen über externe Qualitätssicherungsmaßnahmen zu schließen, die durch eine standardisierte Dokumentation von Indikatoren Qualitätsvergleiche ermöglicht. Zu diesem Zweck wurde die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung eingerichtet, die die Vertragspartner bei der Wahl und Entwicklung der Qualitätsindikatoren unterstützen soll, die Daten zusammenführt, aufbereitet und in vergleichender Darstellung zur Verfügung stellt. Bisher gibt es Verträge zur verpflichtenden Dokumentation ausgewählter chirurgischer Leistungen (Hüftersatz, Oberschenkelhalsfraktur, Hernien- und Katarakt-Operationen) sowie bestimmter invasiver medizinischer Interventionen (PTCA, Schrittmacherimplantation). Die Vertragspartner sind zudem vom Gesetzgeber beauftragt, die Liste der Leistungen auszuweiten, die Gegenstand der extern vergleichenden Qualitätssicherung in diesem Rahmen werden sollen. Der Vertrag sieht auch Sanktionen für unvollständige Dokumentation vor, das heißt wenn eine Diskrepanz zwischen der Zahl der abgerechneten Fälle und der dokumentierten Fälle besteht (72).

Für nosokomiale Infektionen wurde bereits 2000 im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes eine verpflichtende externe Qualitätssicherung mit Benchmarking und Feedback eingeführt, welches für die teilnehmenden Krankenhäuser und Einrichtungen des ambulanten Operierens vertraulich gehalten wird. Das System wird vom Robert Koch-Institut koordiniert und gewinnt allmählich an Akzeptanz.

Ab Herbst 2005 sind Krankenhäuser zudem gesetzlich verpflichtet, ihr Leistungsspektrum und die Anzahl erbrachter Leistungen (nicht aber deren Outcomes) auf ihren Internetseiten öffentlich zugänglich zu machen.

Gesetzliche Anforderungen an Mindestmengen im akutstationären Sektor wurden bereits 2002 gesetzlich eingeführt. Um diese Leistungen in die Verträge mit den Krankenkassen aufnehmen und abrechnen zu können,

müssen Krankenhäuser nachweisen, dass sie die definierte Mindestmenge im Vorjahr erbracht haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer waren aufgefordert, eine Liste elektiver Leistungen zusammenzustellen, für die eine klare positive Beziehung zwischen der Häufigkeit der Erbringung und ihrer (Ergebnis-) Qualität belegt ist. Mit Wirkung zum Januar 2004 wurden Mindestmengen für die chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse sowie für Nieren-, Leber- und Stammzelltransplantationen (definiert pro Krankenhaus bzw. pro Arzt) verabschiedet (72). Die Liste der Leistungen mit Anforderungen an Mindestmengen ist nicht abschließend und soll zukünftig erweitert werden.

Vergütung von Ärzten

Wie andere Angestellte erhalten Ärzte, die in stationären Einrichtungen arbeiten, ein Gehalt. Öffentliche Träger (und ein Teil der freigemeinnützigen Träger) zahlen in der Regel entsprechend den allgemeinen Tarifverträgen für Angestellte, während private Träger (und der andere Teil der freigemeinnützigen Träger) sowohl niedrigere als auch höhere Gehälter zahlen und gegebenenfalls Zuschläge anbieten. Seit Herbst 2004 werden examinierte Ärzte bereits bei Berufseinstieg nach Tarif bezahlt und erhalten zudem umgehend die ärztliche Approbation. Von 1988 bis 2003 erhielten Ärzte im Praktikum die Approbation hingegen erst nach anderthalb Jahren Berufstätigkeit, in denen sie untertariflich bezahlt wurden, eingeschränkte formale Befugnisse und vermehrte Fortbildungspflichten hatten. Die Abschaffung dieser Regelung ist mit einer Gehaltssteigerung um etwa €29 000 brutto pro Jahr und einem substantiellen Anstieg der Personalkosten in Krankenhäusern verbunden (siehe *Finanzierung von Krankenhäusern*).

Die Preise für Leistungen von nicht angestellten Ärzten, Zahnärzten, Apothekern (seit 2004), Hebammen und Angehörigen einiger anderer Gesundheitsberufe sind durch Entgeltkataloge festgelegt. Am striktesten und ausgefeiltesten reguliert sind die Vergütungskataloge für Ärzte und Zahnärzte, für die jeweils ein Katalog zur Behandlung GKV-Versicherter und ein Katalog zur Behandlung privat versicherter bzw. privat zahlender Patienten entwickelt wurde (weitere Vergütungsschemen, beispielsweise der gesetzlichen Unfallkassen, orientieren sich weitgehend an diesen zwei Katalogen).

Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Die Vergütung von niedergelassenen Ärzten durch Krankenkassen ist ein komplexer Vorgang, der im Wesentlichen aus zwei Schritten besteht: Im

ersten Schritt leisten die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die KVen zur Vergütung aller in der betreffenden Region tätigen Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Dies entbindet sie von der Verpflichtung (und der Möglichkeit), die Ärzte direkt zu bezahlen; eine Ausnahme bildet lediglich die Möglichkeit zum selektiven Kontrahieren im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen (siehe *Stationäre und intersektorale Versorgung*). Diese Gesamtvergütung wird üblicherweise als Kopfpauschale pro versicherten Mitglied oder pro Versicherten ausgehandelt. Sie wird mit befreiender Wirkung bezahlt, das heißt alle Leistungen aller Fachgebiete, die von Vertragsärzten in der jeweiligen KV-Region erbracht werden, müssen dadurch gedeckt werden. Seit 2003 zahlen die Kassen die Kopfpauschale in Abhängigkeit von ihren Versicherten, die in der jeweiligen KV-Region wohnen. Bis 2002 zahlte jede Krankenkasse die Kopfpauschalen für ihre Versicherten nur an diejenige KV, in deren Region sie ihren Sitz hatte. Die KVen verrechneten dann die Vergütung (für die Behandlung von Versicherten in anderen Regionen) untereinander.

Die Kopfpauschalen variieren zwischen den verschiedenen KVen und differieren auch zwischen verschiedenen Krankenkassen innerhalb einer Region. Während die meisten Ersatzkassen überdurchschnittlich hohe Kopfpauschalen zahlen, zahlen Allgemeine Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen gewöhnlich unterdurchschnittliche Kopfpauschalen; die Kopfpauschalen von Betriebskrankenkassen fallen teils höher, teils niedriger aus und liegen zusammengenommen im Durchschnitt sämtlicher Kopfpauschalen der Kassen.

Im zweiten Schritt verteilen die KVen die Gesamtvergütung unter ihren Mitgliedern gemäß dem bundesweiten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der auf Landesebene mit den Kassen jeweils vereinbarten Honorarverteilungsverträge (ehemals „Honorarverteilungsmaßstäbe“). Vor der Verteilung an die Vertragsärzte muss die zuständige KV die Abrechnungsdaten der einzelnen Vertragsärzte überprüfen, speichern und mit den Daten der übrigen Vertragsärzte zusammenführen. Alle erstattungsfähigen Leistungen sind im EBM aufgelistet. Während die Entscheidung der generellen Vergütungsfähigkeit vom Ausschuss Vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses getroffen wird (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem*), ist der Bewertungsausschuss für den EBM zuständig.

Der EBM stellt das zentrale Element des Systems der Einzelleistungsvergütung für ambulante vertragsärztliche Leistungen in der GKV dar. Er enthält alle Leistungen, die für zugelassene Vertragsärzte innerhalb der GKV erstattungsfähig sind. Neben den allgemeinen Leistungen (Konsultation, Hausbesuch, Vorsorgeuntersuchung etc.) sind die Leistungen nach Fachgebieten

gegliedert. Jeder Leistung wird eine Anzahl von Punkten zugeordnet – daher „Bewertungsmaßstab“. Tabelle 31 zeigt, welche vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2003 den höchsten Umsatz erzielten und mit wie viel Punkten sie bewertet wurden.

Tabelle 31. Vergütung vertragsärztlicher Leistungen: Die 20 umsatzstärksten Leistungen und die ihnen im EBM zugewiesenen Punkte, 2003

Rang	Leistung	Anzahl der Punkte	Prozentualer Anteil am Gesamtleistungsbedarf
1	Ordinationsgebühr pro Patient pro Quartal (einschl. Erstkonsultation)	Hausärzte: 265 (und 475 für Rentner); Fachärztlich: 40–420	20,7%
2	Erörterung, Planung, Koordination	180	5,2%
3	Konsultationsgebühr (für jede weitere Konsultation)	50	4,7%
4	Hausärztliche Grundvergütung pro Quartal	90	2,9%
5	Intensive ärztliche Beratung	300 (600 bei mehr als 30 Min.)	2,2%
6	(Haus-)Besuch	300 (600 wenn unverzüglich)	1,8%
7	Wirtschaftliche Erbringung/Veranlassung von Laborleistungen	5–240 in Abhängigkeit vom Fachgebiet	1,8%
8	Erhebung eines Ganzkörperstatus	320	1,6%
9	MRT-Untersuchung des Schädels oder eines Extremitäten-Gelenkbereichs	1 150	1,5%
10	Nacht-, Wochenend-, Feiertagsgebühren	200–300	1,3%
11	MRT-Untersuchung von anderen Körperregionen als Schädel/ oder Extremitätengelenken	1150	1,2%
12	Sonographische Untersuchung der Urogenitalorgane	400	1,1%
13	Sonographische Untersuchung des Abdomens	520	1,0%
14	CT-Untersuchung von anderen Körperregionen als Schädel oder Extremitäten-Gelenkbereich	80	0,8%
15	Elektrokardiographische Untersuchung	100–250	0,8%
16	Laborgrundgebühr	5–110	0,8%
17	Krebsfrüherkennung Frauen	310 (Männer: 260) (+140 für zytologische Untersuchung)	0,8%
18	Betreuung einer Schwangeren	1 850	0,7%
19	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeitbehandlung) als Einzeltherapie	1 450	0,7%
20	Gesundheitsuntersuchung	680	0,7%

Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2004 (49); Statistisches Bundesamt 2005 (5); Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen 2003 (73).

Anmerkungen: MRT: Kernspintomographie, CT: Computertomographie.

Im April 2005 wurde eine grundlegend revidierte Version des EBM, der EBM2000plus eingeführt. Basierend auf früheren Erfahrungen mit Einzelleistungselementen und Komplexpauschalen, unterscheidet der EBM2000plus klar zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen. Er ist nunmehr durchgehend auf Zeitwerten aufgebaut, um die Plausibilität von Abrechnungen besser überprüfen zu können. Der Wert für den ärztlichen Anteil einer Leistung wurde in Verhandlungen mit den Krankenkassen auf €0,77 pro Minute festgesetzt (unabhängig von der Fachrichtung). Dieser wird mit der Zeit multipliziert, die ein Vertragsarzt schätzungsweise benötigt, um eine spezifische Leistung zu erbringen. Hierzu wird ein rechnerischer Wert für den technischen Anteil der jeweiligen Leistung hinzugerechnet. Auf diese Weise sollen Betriebskosten bezahlt und Investitionskosten amortisiert werden können und somit weiterhin vergleichsweise starke Anreize gegeben werden, Geräteleistungen vorzuhalten und zu erbringen. Der (rechnerische) Gesamtwert ist wiederum in Punkten ausgedrückt. Der EBM2000plus ist mehrfach überarbeitet und verhandelt worden, insbesondere um Anreize zur Überversorgung und Unterversorgung zu begrenzen und Einkommenschancen zwischen den verschiedenen Fachgebieten zu balancieren sowie Gebiete mit zu geringer Facharzt-dichte (Unterversorgungsgrad), wie beispielsweise internistische Rheumatologie, finanziell attraktiver zu machen.

Nicht jeder Vertragsarzt kann jedoch jede Leistung des EBM erbringen (s. u.). Wie auch in früheren Versionen legt der EBM2000plus für Leistungen die Voraussetzungen fest, die erfüllt sein müssen, um einen Anspruch auf Vergütung zu erhalten, z. B. die Anwendung bei bestimmten Indikationen, Anforderungen an die Qualifikation des Vertragsarztes, Vorhaltung bestimmter Medizingeräte, Einhalten technischer Sicherheitsstandards oder den Ausschluss einer Kombination der betreffenden Leistung mit bestimmten anderen Leistungen während des gleichen Arzt-Patienten-Kontakts.

Am Ende eines jeden Quartals meldet jeder Vertragsarzt seiner Kassenärztlichen Vereinigung die Gesamtzahl der Punkte der erbrachten Leistungen. Während Ärzte monatliche Zahlungen erhalten, die auf Daten zuvor erbrachter Leistungen beruhen, hängt die tatsächliche Vergütung von einer Reihe von Faktoren ab:

- Die mit den Krankenkassen verhandelte Gesamtvergütung wird durch die Gesamtzahl der Punkte geteilt, die für alle erbrachten GKV-erstattungsfähigen Leistungen in der betreffenden KV-Region erzielt wurden. Somit kann der monetäre Wert eines Punkts (Punktwert) nicht genau vorhergesehen werden, da er von der Gesamtzahl der jeweils erbrachten Punkte abhängt. Der Punktwert wird schließlich benutzt, um die Quartalsvergütung (für jeden einzelnen Vertragsarzt entsprechend dem Gesamtwert der von ihm erbrachten Punkte) zu berechnen.

- Die tatsächliche Vergütung wird des Weiteren durch den Honorarverteilungsmaßstab bzw. -vertrag modifiziert, der für jede KV unterschiedlich ist (und auf Landesebene mit den Kassen verhandelt wird). Durch diese Maßnahme werden Mindest- und Höchstpunktwerte für verschiedene Fachgebiete und/ oder Leistungen festgelegt, um allzu starke Unterschiede zwischen den Fachgebieten auszugleichen.
- Von 1997 bis 2003 war die durchschnittliche Anzahl der erstattungsfähigen Punkte pro Patient und Quartal je Praxis begrenzt – mit Abweichungen zwischen den Fachgebieten und den verschiedenen KVen. Diese oftmals auch als „Praxisbudgets“ bezeichneten Regelleistungsvolumina waren ursprünglich eingeführt worden, um den so genannten Hamsterradeffekt zu stoppen, der sich bei der Nutzung von Punkten (anstelle von absoluten monetären Vergütungswerten) unter Budgetbedingungen ergeben hatte. Jedoch mussten diese Praxisbudgets abgeschafft werden infolge eines Urteils des Bundessozialgerichts, das die Berechnungsgrundlage für diese Praxisbudgets als veraltet kritisiert hatte.
- Die vom dritten Quartal 2003 bis zur Einführung des EBM2000plus geltenden Individualbudgets, wurden für jeden Vertragsarzt individuell berechnet. Um einen stabilen Punktwert zu gewährleisten, wurden Leistungsmengen vereinbart, bei deren Überschreitung der Punktwert degressiv reduziert wurde. Gleichzeitig wurde weiterhin ein wesentlicher Teil an Leistungen außerhalb der Budgetierung vereinbart und finanziert, beispielsweise Impfungen oder die Versorgung terminal Kranker.

Die Vergütung einer Leistung kann so je nach KV-Region, Fachgebiet und Abrechnungsquartal unterschiedlich ausfallen. Die erwähnte Begrenzung der durchschnittlichen Anzahl erstattungsfähiger Punkte pro Patient durch Praxisbudgets war eine Teillösung des Problems der Leistungsinfation bei floatierendem Punktwert.

Eine Analyse der Entwicklung vertragsärztlicher Abrechnungen zeigt, dass die Vergütung sowohl pro Arzt als auch pro Fall von 1996 bis 2001 annähernd gleich blieb – bei insgesamt steigender Gesamtvergütung sowohl bedingt durch höhere Arztzahlen als auch durch höhere Fallzahlen (Tabelle 32).

Das durchschnittliche Jahreseinkommen vor Steuern aus vertragsärztlicher Tätigkeit variiert noch erheblich zwischen den Fachgebieten; 2001 erzielten Hautärzte beispielsweise durchschnittlich €64 000 und Internisten €96 000 (Tabelle 33). Trotz der mäßigen Wachstumsraten der Einkünfte bleibt das Einkommen der Vertragsärzte vergleichsweise hoch, teilweise weil ihnen neben der GKV zusätzliche Einkommensquellen zur Verfügung stehen (nicht berücksichtigt in Tabelle 31 und Tabelle 32). Insbesondere sind die Einkünfte aus der Behandlung privat versicherter Patienten (siehe *Zusätzliche*

Tabelle 32. Indikatoren der vertragsärztlichen Versorgung: Anzahl der Ärzte und Fälle, Honorare und GKV-Ausgaben, 1980–2001

	Anzahl der Vertragsärzte	Honorar insgesamt (Mrd. €)	Honorar pro Vertragsarzt (€)	Fälle ^c (in Mill.)	GKV-Ausgaben pro Fall ^c (€)	Anzahl der Fälle pro GKV-Versicherten pro Jahr	Ausgaben pro GKV-Mitglied (€)
1980 ^a	55 743	7,4	132 932	252,1	29,4	4,6	209,8
1985 ^a	63 056	9,6	152 404	268,3	35,7	4,8	264,9
1990 ^a	71 218	12,5	175 237	320,8	38,9	5,5	329,0
1995 ^a	88 165	16,7	189 644	400,8	41,7	6,7	412,4
1996 ^b	107 071	20,1	188 100	508,8	39,6	7,1	396,3
1997 ^b	108 734	20,5	188 074	523,2	39,0	7,3	401,9
1998 ^b	110 339	20,6	186 788	532,2	38,7	7,5	406,7
1999 ^b	122 604	21,7	176 830	551,3	39,3	7,7	425,7
2000 ^b	128 670	22,5	174 866	558,1	40,3	7,8	440,7
2001 ^b	128 333	23,2	180 780	564,6	41,1	8,0	455,5
Änderung (%) 1996–2001	+20%	+15%	-4%	+9%	+4%	+13%	+15%

Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2004 (49); Wörz & Busse 2005 (8).

Anmerkungen: ^a nur alte Bundesländer; ^b Gesamtdeutschland, ab 1999 einschließlich Psychotherapeuten; ^c ein Fall ist definiert als ein oder mehr Patientenkontakte bei demselben Vertragsarzt pro Quartal.

Finanzierungsquellen) und direkter Zahlungen von Patienten beträchtlich gestiegen. Die Einkommen niedergelassener Ärzte bewegen sich daher schätzungsweise zwischen dem drei- und fünffachen des durchschnittlichen Jahreseinkommens eines Arbeiters und dem zwei- bis dreifachen des durchschnittlichen Jahreseinkommens eines Angestellten.

Gemäß des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 soll die Zeit fester prospektiver Gesamtvergütungen mit dem Jahr 2006 zu Ende gehen. Ab 2007 sollen KVen morbiditäts-orientierte Regelleistungsvolumina mit Krankenkassen vereinbaren, wobei eine erhöhte Morbidität (voraussichtlich gemessen anhand von Vorjahresdaten) die insgesamt zur Verfügung stehende Vergütung, und daher das pro Fachgebiet und Arzt verfügbare Geld erhöhen soll. Diese Reform steht in engem sachlichem Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Qualitätsaspekte bei der vertragsärztlichen Vergütung

Um einige spezielle Leistungen in der GKV abrechnen zu können, müssen Vertragsärzte ergänzend zu ihrer Facharztanerkennung bestimmte Zertifizierungskriterien erfüllen. Dies betrifft etwa 30% der im EBM gelisteten

Tabelle 33. Durchschnittliches Honorar, Betriebskosten und Einkommen vor Steuern aus GKV-Mitteln pro Vertragsarzt nach Fachgebieten^a, 2001

	Honorar (€)	Kosten für Personal, Investitionen, Material (€)	Überschuss = Einkommen vor Steuern (€)
Augenärzte	203 300	120 964	82 336
Chirurgen	194 300	129 987	64 313
Frauenärzte	190 600	110 357	80 243
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	192 900	111 882	81 018
Hautärzte	171 100	106 766	64 334
Internisten	236 900	140 956	95 944
Kinderärzte	188 100	102 138	85 962
Nervenärzte	151 300	80 643	70 657
Orthopäden	241 700	148 162	93 538
Radiologen ^b	421 200	347 068	74 132
Urologen	204 900	126 014	78 886
Alle Fachärzte (incl. andere Fachgebiete)	205 200	124 556	80 644
Allgemeinärzte, praktische Ärzte	171 700	94 435	77 265
Gesamt	192 500	113 190	79 310

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2004 (49).

Anmerkungen: ^a bezieht sich auf Vertragsärzte mit vier Quartalsabrechnungen im Jahr, Ärzte in fachungleichen Gemeinschaftspraxen und Psychotherapeuten nicht berücksichtigt;

^b einschließlich Nuklearmediziner.

Leistungen, darunter insbesondere invasive Prozeduren und bildgebende diagnostische Verfahren. Diese Anforderungen sind erfüllt, wenn technische Mindeststandards erfüllt sind und die Ärzte ein zusätzliches Training erfüllt haben, das zumeist eine Mindestzahl an unter Supervision behandelten Fällen einschließt. Teilweise sind auch organisatorische Anforderungen zur Erlangung einer Zertifizierung vorgesehen. Beispielsweise erfordert die Durchführung von Herzkranzgefäßweiterungen mittels Ballondilatation (PTCAs) in ambulanter Praxis eine verbindliche Kooperationsvereinbarung mit einer (stationären) herzchirurgischen Einheit, die in einer bestimmten Zeit erreichbar sein muss. Spezielle Zertifikate sind beispielsweise notwendig für Arthroskopie, Dialyse, Schrittmacher-Überprüfung, Ultraschall- und Laboruntersuchungen.

Teilweise ist die Abrechnung gewisser Leistungen nicht nur an (einmalig nachgewiesene) Qualifikationen, sondern an den Nachweis einer im jeweiligen Vorjahr erbrachten Mindestzahl an Leistungen geknüpft, beispielsweise an 200 Koloskopien oder 350 PTCAs (74). Für gewisse Leistungen ist eine Rezertifizierung nach einem bestimmten Zeitabstand erforderlich, um diese weiterhin abrechnen zu können. Die Anforderungen zur Rezertifizierung werden vertraglich vereinbart und variieren je nach Leistung. Zur Rezertifizierung

werden beispielsweise besagte Mindestmengen pro Jahr, eine Fallverifizierung oder eine Überprüfung der Fähigkeiten durchgeführt (mit Angabe von Sensitivitätsschwellen). Die Verträge erfordern zudem, dass die betreffenden Ärzte an qualitätssichernden Maßnahmen teilnehmen, beispielsweise Audits oder Supervision mit einer Überprüfung auffälliger Vorfälle. Diese werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung definiert und sind Gegenstand der Verträge zwischen Kassen und KVen auf Landesebene.

Die Vergütung unterliegt auch Kontrollmechanismen, um unzulässige Vergütungsansprüche (Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V) und eine "unwirtschaftliche" Leistungserbringung (Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V) zu verhindern. Letztere umfasst Auffälligkeitsprüfungen und Zufälligkeitsprüfungen. Die Auffälligkeitsprüfung bezieht sich allein auf die Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln bei mehr als 15- bzw. 25-prozentiger Überschreitung der vereinbarten Richtgrößenvolumina (siehe *Arzneimittel*). Die Zufälligkeitsprüfung prüft die Notwendigkeit, Effektivität, Qualität, kostengünstige Erbringung und ggf. die Übereinstimmung mit Heil- und Kostenplänen von (zahn-)ärztlichen Leistungen sowie (zahn-)ärztlichen Verordnungen. Sie wird arzt- und versichertenbezogen als Zufallsstichprobe bei mindestens 2% der Vertrags(zahn)ärzte je Quartal durchgeführt. So wird beispielsweise geprüft, ob Ärzte bestimmte Leistungen, Krankschreibungen oder Verordnungen wesentlich häufiger haben als Kollegen ihrer Fachrichtung unter vergleichbaren Praxisbedingungen. Um Regresse zu vermeiden, müssen Ärzte nachweisen, dass höhere Leistungsdaten und Einweisungsfrequenzen beispielsweise durch einen höheren Erkrankungsschweregrad der Patienten bedingt sind. Die Prüfungsausschüsse und Beschwerdeausschüsse (als erste Revisionsinstanz), die diese Wirtschaftlichkeitsprüfungen vornehmen, sind paritätisch mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen besetzt.

Vergütung in privaten Settings

In privaten Settings wird die Vergütung von Gesundheitspersonal anders organisiert. Die Entgeltkataloge für privatärztliche und privat Zahnärztliche Leistungen gelten für die ambulante ebenso wie die stationäre Versorgung und basieren auf Einzelleistungsvergütung. Sie gelten für privat versicherte Patienten ebenso wie für direkt zahlende Patienten. Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Gebührenordnungen fest und wird dabei von der Bundesärztekammer (bzw. Bundeszahnärztekammer) beraten (75,76).

In der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhält jede Prozedur eine Nummer, eine bestimmte Punktzahl und den einfachen Gebührensatz in monetären Werten. Zusätzlich wird auch der maximal zulässige Gebührensatz

aufgeführt, der zumeist das 2,3-fache des einfachen Gebührensatzes beträgt; bei bestimmten Leistungen dürfen Ärzte allerdings nur maximal den 1,7-fachen Satz abrechnen. Ärzte berechnen häufig den 1,7- bzw. 2,3-fachen Satz, was von Beihilfestellen und PKV-Unternehmen zumeist ohne weitere Begründung akzeptiert wird. Die GOÄ benennt auch die Anforderungen an die Abrechnung der Leistungen, beispielsweise die Dauer der Leistung, Modalitäten der Durchführung, Dokumentationsanforderungen oder die Begrenzung bestimmter Leistungskombinationen. Die Gebührenordnung reflektiert jedoch das tatsächlich erbrachte Leistungsgeschehen nur in eingeschränktem Maß. So wird eine Vielzahl verschiedener Leistungen unter bestimmten abrechenbaren Leistungen subsumiert, wie beispielsweise die Erörterung der Auswirkung einer Erkrankung auf die Lebensgestaltung (Nr. 34, einfacher Gebührensatz: €17,49 und 2,3-facher Gebührensatz: €40,23 GOÄ).

Die Liste der individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) stellte eine Auswahl an Leistungen aus der GOÄ dar, die „auf Anfrage“ auch für GKV-Versicherte erbracht werden können. Diese zahlen die Leistungen aus privater Tasche. Die Leistungen dürfen allerdings nur in Ergänzung zum GKV-Leistungskatalog erbracht werden.

Für die meisten anderen Gesundheitsprofessionen sind Preise für die Leistungserbringung in privaten Settings nicht einheitlich festgelegt. Jedoch geben die Verbände der jeweiligen Gesundheitsberufe, beispielsweise Physiotherapeuten oder Heilpraktiker, Empfehlungen zur Bemessung von Gebühren ab, auf die sich Patienten und einzelne Leistungserbringer beziehen können, und die zugrundegelegt werden, wenn im Behandlungsvertrag keine abweichenden Vereinbarungen getroffen werden (76).

Reformen im Gesundheitssystem

In den letzten 15 Jahren erfolgten zahlreiche Eingriffe durch den Bundesgesetzgeber in das Gesundheitssystem. Im Kapitel Historischer Überblick wurden wichtige Gesundheitsreformen bis zur Wiedervereinigung beschrieben. Im Folgenden werden Ziele und Inhalte der Gesundheitsreformen seit 1989 dargestellt. Zudem wird auf geplante Reformen in der näheren Zukunft eingegangen. Sowohl die christlich-liberale (1982–1998) als auch die sozialdemokratisch-bündnisgrüne (1998–2004) Koalition sind beide von den Grundstrukturen der GKV nicht abgewichen. Beide Regierungen delegierten Kompetenzen an die Selbstverwaltung, beide förderten den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und beide intervenierten zunehmend, um die Qualität der Versorgung und die Strukturen der Leistungserbringung zu verbessern: die christlich-liberale Koalition mit Modellprojekten und Strukturverträgen und die sozialdemokratisch-bündnisgrüne Koalition mit Integrierter Versorgung und Disease Management Programmen. Letztere führte zudem verschiedene Reformen in Bezug auf die berufliche Ausbildung und auf Infektionskrankheiten durch, die von vielen als überfällig angesehen wurden. Wenn man aber ein gemeinsames Hauptziel der Gesundheitsreformen zwischen 1988 und 2004 zu formulieren sucht, so besteht dieses in der Kostendämpfung der Ausgaben der GKV. Einschneidende und umfassende Gesundheitsreformen erfolgten stets dann, wenn die GKV finanzielle Defizite aufwies.

Reformziele

Hauptziel: Kostendämpfung

Seit 1977 wurden Krankenkassen und Leistungserbringer im Gesundheitssystem verpflichtet, eine Kostendämpfungs politik mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität

zu verfolgen. Das Ziel der Beitragssatzstabilität bedeutet im Kern, eine Erhöhung der Beitragsätze durch eine Kopplung der Ausgaben an das Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen möglichst zu vermeiden. Die Periode der Kostendämpfung in der GKV begann 1977 mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz. Dieses beendete eine Phase des raschen Wachstums der Gesundheitsausgaben, insbesondere im Krankenhaussektor. Das Wachstum war politisch beabsichtigt gewesen, um infrastrukturelle Mängel und Unterversorgung, bedingt durch die Zerstörungen im Zweiten Weltkrieg sowie unzureichende Krankenhausinvestitionen, zu überwinden.

Das Prinzip der Kostendämpfung in Deutschland war eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, um stabile Beitragssätze zu gewährleisten. Dies war ein wichtiges Ziel in einer Phase wirtschaftlicher Restrukturierung und wachsendem internationalem Wettbewerbs, da die Beiträge zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden. Steigerungen der Beitragssätze wurden so eine Frage der internationalen Wettbewerbsfähigkeit.

In einer Reihe von Gesundheitsreformen wurden unterschiedliche Methoden der Kostendämpfung angewandt, u. a.:

- Budgets oder Ausgabenobergrenzen für Sektoren oder einzelne Leistungserbringer;
- eine allmähliche Zunahme von prospektiven Vergütungsmethoden im ambulanten und stationären Sektor;
- Festbeträge für Arzneimittel, Ausdehnung der Negativliste, Einführung einer (jedoch nie in Kraft getretenen) Positivliste, Arztinformationen zur rationalen Verordnung von Arzneimitteln und Erhöhung des Anteils der Generikapräparate, Ad-hoc-Preisreduktionen und GKV-Rabatte für Hersteller, Großhändler und Apotheker;
- Bettenabbau in Krankenhäusern, Festlegung der maximalen Anzahl niedergelassener Ärzte pro Planungsregion und Beschränkung von medizinisch-technischen Großgeräten;
- erhöhte Zuzahlungen (sowohl hinsichtlich der Höhe als auch der Anzahl der Leistungen);
- Leistungsausschlüsse.

Diese Gesetze führten zu einer Mäßigung des Gesundheitsausgabenwachstums und stabilisierten den Krankenkassenausgabenanteil am BIP pro Kopf (in der

alten Bundesrepublik zwischen 6% und 7% seit 1975). Diese Stabilität wurde jedoch in der Diskussion um die Gesundheitsausgaben nicht gewürdigt, da der Indikator, der von Politikern und Arbeitgebern (und in geringerem Umfang von Arbeitnehmern und Versicherten) zugrunde gelegt wurde, allein die Beitragssätze waren. Diese sind langsam aber stetig gestiegen (von durchschnittlich 10,4% im Jahr 1975 auf durchschnittlich 14,2% im Jahr 2004), wobei die Kostendämpfungsmaßnahmen jeweils nur geringe und vorübergehende Wirkung hatten. Diese Effekte wurden häufig sogar noch durch überdurchschnittliche Ausgabenzuwächse nach Bekanntwerden neuer Kostendämpfungsvorschläge konterkariert, bevor sie wirksam werden konnten. Die entsprechenden Ausgabenkurven Ende 1988 und 2003 wurden daher als „Blüm-Bauch“ und „La Ulla Welle“ nach den jeweiligen amtierenden Gesundheitsministern benannt.

Die Budgets schwankten in Form und Wirksamkeit, waren insgesamt aber erfolgreicher in der Kostendämpfung als irgendeine andere angebots- oder nachfrageseitige Maßnahme. Tabelle 27 gibt einen Überblick über die Budgets und Ausgabenobergrenzen in den verschiedenen Sektoren und ihre Modifikationen von 1989 bis 2005.

Während die Kostendämpfungspolitik die Ausgaben der ambulanten und zahnmedizinischen Versorgung seit den 1980er Jahren stabilisieren konnte, variierten die Ergebnisse in anderen Sektoren: Die Ausgaben der Krankenhausversorgung wurden nur in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre erfolgreich gedämpft. Die Arzneimittelausgaben wurden erfolgreicher zwischen 1993 und 2000 als in den Folgejahren gedämpft. In anderen Sektoren, wie z. B. Hilfsmittel und Rettungs- und Transportdienste, wurden Ausgaben weniger effektiv begrenzt.

Seit das letzte Gesundheitssysteme im Wandel Profil – Deutschland (I) im Jahr 2000 veröffentlicht wurde, stieg der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV von 13,5% im Jahr 2001 auf 14,3% im Jahr 2003 und stabilisierte sich 2004 auf 14,2%. Der letzte Beitragssatzanstieg dieses Ausmaßes (von 12,4% auf 13,2% zwischen 1991 und 1993) zog das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 nach sich, die größte und strikteste Gesundheitsreform der 1990er Jahre. Eine Kernproblematik des Anstiegs der Beitragssätze besteht darin, dass die Bezugsgröße des Beitragssatzes nicht die gesamte Volkswirtschaft darstellt, sondern die beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder der GKV, das heißt die Gehälter und Löhne von GKV-Mitgliedern. Diese wuchsen in den letzten 20 Jahren langsamer als die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, was weitere Beitragssatzanstiege verursachte.

Andere Reformziele

Eine der bedeutendsten Reformen war die Einführung der gesetzlichen Pflichtversicherung für Langzeitpflege 1995, die zum Ziel hatte, den Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft besser gerecht zu werden und dabei finanzielle Belastungen privater Haushalte ebenso wie kommunaler Ausgabenträger zu reduzieren. Zudem wurden Leistungen im ambulanten Leistungskatalog ergänzt, um Prävention und Patienteninformation zu verbessern oder die Soziotherapie für psychisch Kranke zu gewährleisten. Unter dem Motto „Rationalisierung vor Rationierung“ wurde der Zugang zu Leistungserbringern kaum begrenzt und nur wenige Leistungen ausgeschlossen, abgesehen von einem vorübergehenden Ausschluss von Zahnersatz für junge Versicherte (1997–1998) und den substanzielleren Kürzungen des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004.

Der Verbesserung technischer Effizienz galten Interventionen wie Budgets und andere Kostendämpfungsmaßnahmen, prospektive Vergütungsformen und die Einführung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Dem diente auch die Einführung des Wettbewerbs zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern im Bereich elektiver ambulanter Operationen (1993), psychiatrischer Tageskliniken (2000) und ambulanter Langzeitbehandlung bei definierten Erkrankungen mit hochspezialisiertem Behandlungsbedarf (2004). Gesundheitsreformen brachten auch eine Professionalisierung des Managements von Krankenkassen (1993) und KVen (2005).

Um negative Auswirkungen auf die Gleichheit bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen und im Zugang zu Leistungserbringern zu reduzieren, wurden Zuzahlungsregelungen ergänzt durch Ausnahmeregelungen für chronisch Kranke, Kinder und Personen mit geringem Einkommen. Zur Vermeidung negativer Auswirkungen des Kassenwettbewerbs auf Gleichheit und Qualität der Versorgung wurden viele Regelungen auf gemeinsamer und einheitlicher Basis getroffen und der Risikostrukturausgleich eingeführt (1994/1995) und angepasst (2001/2002).

Durch Einführung zunehmend verpflichtender Qualitätssicherungsbestimmungen sollten Qualitätsdefizite in der Versorgung reduziert werden, beispielsweise durch Verpflichtungen zum internen Qualitätsmanagement (1993 für Krankenhäuser und 2000 für Arztpraxen) und zur beruflichen Fortbildung für alle Gesundheitsberufe (2004). Zudem sollte die Transparenz über die Versorgungsqualität durch externe Qualitätssicherung erhöht und eine Verschlechterung der Versorgungsqualität im Zuge neuer Vergütungsformen erkennbar gemacht werden (ab 2000 verpflichtend für Krankenhäuser, ab 2004 mit Veröffentlichungspflicht, ab 2004 auch verpflichtend für KVen).

Gesundheitsziele und „Gesundheit für Alle“

Die deutsche Diskussion über die Gesundheitsziele in dem Programm „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) war zunächst nur kurz. Ein umfassendes Buch zu dringlichen Gesundheitsproblemen der Bevölkerung in der alten Bundesrepublik und nachfolgende Ziele führten nicht zu Veränderungen der Gesundheitspolitik, möglicherweise, weil sie zu einem Zeitpunkt veröffentlicht wurden, als Öffentlichkeit und Politik hauptsächlich mit Problemen der Wiedervereinigung beschäftigt waren. Das einzig sichtbare Ergebnis der Debatte war die im Gesundheitsreformgesetz von 1989 enthaltene Aufforderung an die Krankenkassen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu unterstützen.

Gesundheitsziele erhielten erst 1997 erneute Aufmerksamkeit. Nachdem Gesundheitsförderung Ende 1996 als gesetzliche Aufgabe wieder gestrichen worden war, wurden Gesundheitsziele als ein Bereich angesehen, durch den sich die Leistungsangebote der Kassen unterscheiden konnten. Gesundheitssystemforscher unterstützten die Anwendung von Gesundheitszielen durch Kassen, plädierten jedoch für gemeinsame Ziele der Akteure und die Evaluierung der Zielerreichung. Zunächst wurden lediglich in einem Bundesland, Nordrhein-Westfalen, Gesundheitsziele für die öffentliche Gesundheit formuliert. Diese zehn Gesundheitsziele, 1994 verabschiedet, folgten einigen der „Gesundheit für Alle“-Ziele der WHO, legten aber genauere Verantwortlichkeiten für die beteiligten Institutionen und Gruppen fest. Ab 1997/1998 begannen auch andere Bundesländer, eigene Gesundheitsziele zu entwickeln (77,78).

Die erste umfassende Initiative auf Bundesebene zur Entwicklung und Implementierung von Gesundheitszielen ergriff das Bundesministerium für Gesundheit 2001. Es delegierte die koordinierende Rolle an die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG), einem Beratungsgremien, bestehend aus Vertretern der wesentlichen sozialen und privaten Versicherungszweige. Die diversen Ausschüsse mit jeweils einer Vielzahl an Akteuren des Gesundheitswesens vereinbarten Gesundheitsziele und klärten Verantwortlichkeiten der jeweiligen Akteure sowie die Methoden zur Evaluierung von Fortschritten. Die folgenden übergeordneten Gesundheitsziele wurden formuliert und 2003 veröffentlicht: Prävention und Behandlung von Diabetes, die Verbesserung der Lebensqualität und Senkung der Sterblichkeit an Brustkrebs, Reduzierung des Tabakkonsums und gesund aufwachsen (Ernährung, Bewegung und Stressmanagement), gesundheitliche Kompetenz und Patientensouveränität erhöhen (79).

Tabelle 34. Chronologie wichtiger Gesundheitsreformgesetze, 1988–2004

Jahr der Verabschiedung	Gesetzesname
1988	Gesundheitsreformgesetz 1989
1992	Gesundheitsstrukturgesetz 1993
1994	Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung)
1996	Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz
1997	1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz
1998	Solidaritätsstärkungsgesetz
1999	GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2001)
2000	Infektionsschutzgesetz
2001	Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) Festbetragsanpassungsgesetz Arzneimittelbudgetablösungsgesetz Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte
2002	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz Fallpauschalengesetz Beitragsatzsicherungsgesetz Pflegeversicherungsqualitätssicherungsgesetz
2003	12. Sozialgesetzbuch-V-Änderungsgesetz 1. Fallpauschalen-Änderungsgesetz GKV-Modernisierungsgesetz
2004	Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz Kinder-Berücksichtigungsgesetz

Inhalte von Gesundheitsreformen

Tabelle 34 zeigt bedeutende Gesundheitsreformen in chronologischer Reihenfolge, die zwischen 1988 und 2004 verabschiedet wurden. Der folgende Text fasst die wesentlichen Inhalte dieser Gesetze zusammen, wobei Gesetze, die seit der Veröffentlichung des letzten „Gesundheitssysteme im Wandel“-Profils Deutschland (1) 2000 in Kraft traten, eingehender erörtert werden.

Es ist jedoch wichtig zu berücksichtigen, dass jenseits dieser Gesundheitsreformen im engeren Sinne, entwickelt vom Bundesministerium für Gesundheit, eine Vielzahl an Gesetzen Einfluss auf das Gesundheitswesen ausübte. Tatsächlich haben sich Gesundheitsreformen im engeren Sinne primär auf die Kontrolle der Ausgaben und die Umgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Einführung eines neuen Versicherungszweiges

für Langzeitpflege konzentriert. Die Einnahmenseite blieb jedoch weitgehend unberührt (abgesehen von der Einbeziehung aller Rentenformen in die Beitragspflicht durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004). Die Einnahmenseite der GKV wurde dagegen viel mehr durch allgemeine politische und volkswirtschaftliche Reformen sowie Reformen anderer Sektoren der Sozialen Sicherung beeinflusst, die zumeist nicht im Bundesministerium für Gesundheit entwickelt wurden (80). Insbesondere betraf dies die Staatsverträge zur Wiedervereinigung, Reformen der gesetzlichen Arbeitslosen- und Rentenversicherung oder die Einführung der Sozialversicherungspflicht bei Minijobs (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*).

Die Staatsverträge zur deutschen Wiedervereinigung von 1990 und nachfolgende Gesetzgebung bezogen die Sozialversicherungssysteme in das übergeordnete Ziel ein, den Lebensstandard in den neuen Ländern demjenigen in den alten Ländern anzupassen. Der Transfer von den alten in die neuen Länder innerhalb der GKV wurde z. B. erhöht durch die Übertragung der Beitragsbemessungsgrenze der alten auf die neuen Länder (1999), die Einführung eines bundesweiten Risikostrukturausgleichs (2001) und die gesetzliche Verpflichtung, die ärztliche Gesamtvergütung schrittweise bis 2007 an das Niveau der alten Bundesländer anzupassen. Dadurch erhöhte sich die West-Ost-Transfersumme von €0,6 Mrd. in 1999 auf €2,9 Mrd. in 2003.

Während die überwiegende Mehrzahl dieser Reformen die Einnahmen der GKV reduzierte bzw. ihre Aufgaben erhöhte, steigerten einige Gesetze auch die Einnahmen der GKV. Die Einführung der Minijobs 1999 steigerte die Einnahmen der GKV anfangs, eine Gesetzesnovelle führte jedoch zu einer Reduzierung der sozialversicherungspflichtigen Abgaben.

Gesundheitsreformgesetz 1989

Das Gesundheitsreformgesetz, das noch am 1. Januar 1989 in Kraft trat (damals noch nur für die alte Bundesrepublik), legte den Grundstein für viele nachfolgende Reformen. Neben der Erneuerung der Reichsversicherungsordnung von 1911 in Form des Sozialgesetzbuchs führte das Gesundheitsreformgesetz folgende Änderungen ein:

- Wahlfreiheit der Krankenkasse für Arbeiter mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (und damit Gleichstellung mit Angestellten);
- Berechtigung von Krankenkassen, Verträge mit Krankenhäusern außerhalb der Landeskrankenhäuser zu schließen;
- neue Leistungen innerhalb der GKV zur häuslichen Pflege;
- Gesundheitsförderung sowie Stärkung präventiver Leistungen;

- Abstufung der Zuzahlungen für Zahnersatz in Abhängigkeit von regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen;
- Option zur Beiträgerückstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen;
- Festbeträge für Arzneimittel und medizinische Hilfsmittel;
- Negativliste für Arzneimittel (durch Unwirksamkeit begründet);
- öffentliche Ausschüsse zur Regulierung gemeinsam genutzter medizinischer Großgeräte im ambulanten und stationären Bereich;
- Qualitätssicherungsmaßnahmen;
- Erweiterung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durch Fehlbelegungsprüfungen in der stationären Versorgung.

Gesundheitsstrukturgesetz 1993

Die bedeutendste Gesundheitsreform der 1990er Jahre, das Gesundheitsstrukturgesetz, wurde auf Basis eines Kompromisses zwischen der regierenden christdemokratisch-liberalen Koalition und der sozialdemokratischen Opposition 1992 verabschiedet („Lahnstein-Kompromiss“). Das Gesetz, das größtenteils ab dem 1. Januar 1993 in Kraft trat, verfolgte zwei unterschiedliche Strategien: Die Verstärkung strikter Interventionen zur Kostendämpfung und die Einführung vermehrter Wettbewerbselemente zur Förderung der Effizienz, insbesondere zwischen Krankenkassen und im stationären Sektor. Die Schlüsselemente des Gesetzes können wie folgt zusammengefasst werden:

- Freie Krankenkassenwahl für den Großteil der GKV-Versicherten (ab 1996);
- Einführung eines Risikostrukturausgleichs zur Umverteilung der Beiträge zwischen den Krankenkassen (ab 1994);
- Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips für Krankenhäuser;
- partielle Einführung prospektiver Erstattungsmechanismen für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Sonderentgelte für ausgewählte Leistungen ab 1996);
- Einschränkung der strikten sektoralen Trennung der ambulanten und stationären Versorgung (z. B. wurde ambulantes Operieren in Krankenhäusern ermöglicht);
- Einführung einer Positivliste für Arzneimittel (ab 1996; Regelung jedoch noch 1995 abgeschafft);
- Einführung rechtlich festgesetzter Budgets oder Ausgabenobergrenzen für die Hauptsektoren des Gesundheitssystems (ursprünglich bis 1995 begrenzt);

- stärkere Beschränkung der Zahl niedergelassener Ärzte
- Einführung einer maschinenlesbaren Versichertenkarte an Stelle eines papierenen Dokumentes für die versicherte Bevölkerung;
- Erweiterung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch Einführung zufälliger Plausibilitätsprüfungen betreffs abgerechneter Leistungen durch niedergelassene Ärzte;
- erhöhte Zuzahlungen (für Arzneimittel Einführung von Zuzahlungen für Produkte mit Festbetrag und Abstufung gemessen am Preis [1993] oder an der Packungsgröße [ab 1994]).

Die „dritte Stufe“ der Gesundheitsreform 1997-1998

Nachdem ein Gesetzesentwurf scheiterte, setzte die Regierung mit einem kleineren Gesetz nach, das in ein umfassenderes Gesetz zur Stärkung des Wirtschaftswachstums eingebettet war. Der das Gesundheitswesen betreffende Teil war das Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz (verabschiedet 1996 und größtenteils ab 1. Januar 1997 in Kraft) und enthielt folgende Maßnahmen:

- Ausschluss operativer zahnärztlicher Leistungen und Zahnersatzleistungen aus dem Leistungskatalog für Personen, die nach 1978 geboren wurden (1998 wieder abgeschafft);
- Senkung aller Beitragssätze um 0,4% am 1. Januar 1997;
- Kürzung rehabilitativer Leistungen;
- erhöhte Zuzahlungen für Arzneimittel und rehabilitative Maßnahmen (1999 und 2000 teilweise reduziert);
- Streichung der Gesundheitsförderungsleistungen (2000 teilweise wieder eingeführt).

Das Erste und Zweite GKV-Neuordnungsgesetz, die daraufhin folgten und am 1. Juli 1997 bzw. 1. Januar 1998 in Kraft traten, bewirkten eine Kursänderung weg von der alleinigen Kostendämpfung. Die neue Politik begrenzte die Beitragsleistung der Arbeitgeber auf der einen Seite, erweiterte Marktelemente auf der anderen Seite und erhöhte den Anteil privater Finanzierungsanteile im Gesundheitssystem. In dieser Hinsicht repräsentierten Zuzahlungen eine Maßnahme, mehr Geld in das System fließen zu lassen (und nicht mehr, um Leistungsanspruchnahme zu mindern). Andere Schritte beinhalteten, anti-marktwirtschaftliche Elemente wie Budgets oder Kollektivverträge zu ändern oder abzuschaffen. Die folgenden Maßnahmen wurden durch die beiden Neuordnungsgesetze eingeführt:

- erhöhte Zuzahlungen für stationäre Versorgung, Arzneimittel, medizinische Hilfsmittel, Krankentransport und Zahnersatz (für diejenigen, die noch Anspruch auf Erstattung hatten) (teilweise 1998 wieder abgeschafft), das bedeutete eine Privatisierung der Beziehung zwischen Patient und Zahnarzt. Patienten mussten Leistungen und letztendlich Preise mit den Zahnärzten aushandeln und erhielten von den Krankenkassen lediglich einen pauschalen Festzuschuss (ab 1998); *
- Schaffung einer Bindung der Beitragserhöhung einer Krankenkasse an eine erhöhte Zuzahlung der Versicherten dieser Krankenkasse; *
- die Option für Krankenkassen, einen Bonus für Nichtinanspruchnahme, Wahlleistungen und höhere Zuzahlungen einzuführen; *
- die Option für alle Versicherten, „private“ Leistungen mit Kostenerstattung durch die Krankenkasse vertraglich zu vereinbaren; *
- Aufhebung der Budgets im ambulanten Sektor und der Ausgabenobergrenzen für Arzneimittel (ab 1998); *
- erweiterte Möglichkeiten für nicht kollektive Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern;
- Übertragung der Verantwortung der Weiterentwicklung des Katalogs prospektiver Fallpauschalen und Sonderentgelte vom Bundesministerium für Gesundheit an Selbstverwaltungsorgane (Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften) und Abschaffung der öffentlichen Ausschüsse für medizinische Großgeräte;
- Einführung eines jährlichen Beitrages von €10 pro Krankenkassenmitglied (nicht mit dem Arbeitgeber zu teilen) für Renovierungen und Reparaturen von Krankenhäusern; *
- Einführung eines Zuschusses für Hospizbetreuung;
- neue Anforderungen zur Technologiebewertung (HTA) im ambulanten Sektor.

Das Sternchen (*) bedeutet, dass die Maßnahme 1998 mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz (mit Wirkung zum 1 Januar 1999) wieder abgeschafft wurde.

Die Gesetze von 1996/1997 brachen mit traditionellen Grundregeln des Systems, wie z. B.:

- allgemeiner Leistungsanspruch;
- Beitragsgleichheit zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber;
- Beitragshöhe in Abhängigkeit vom Einkommen und nicht vom (Gesundheits)-Risiko des Versicherten oder dem Maß der Inanspruchnahme von Leistungen;

- Leistung gemäß Sachleistungsprinzip.

Die Abschaffung dieser Reformen und die Trendumkehr in der Verschiebung von Kosten hin zu den Patienten, zusammen mit Erleichterungen des finanziellen Drucks auf die Leistungserbringer, wurden die wichtigsten Elemente der Gesundheitspolitik der Oppositionsparteien. In Erwartung einer solchen politischen Änderung nach den Wahlen unterminierten die Krankenkassen die Implementierung der rechtlichen Beendigung des durch Kostendämpfungsmaßnahmen ausgelösten finanziellen Drucks auf die Leistungserbringer. Sie verweigerten die Unterzeichnung von Verträgen und erklärten, sie würden ihren Standpunkt nach den Wahlen überdenken (falls die CDU-Regierung wieder gewählt würde). Hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Versicherten und Krankenkassen war die Lage jedoch weniger klar. Einige Krankenkassen setzten die Möglichkeit einer Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme um, während Wahlleistungen und höhere Zuzahlungen nicht eingeführt wurden. Durch die öffentliche Unzufriedenheit und die erwarteten Unterschiede in den Zuzahlungshöhen drang die Regierung selbst auf Aussetzung ihrer Beschlüsse, insbesondere der Koppelung der Beitragssatzerhöhung an die Zuzahlungserhöhung für Mitglieder der entsprechenden Krankenkasse.

Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV 1999

Nach dem Regierungswechsel im Herbst 1998 änderte das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV die beschriebenen Veränderungen, die nicht im Einklang mit bisherigen traditionellen Ansätzen standen (oben mit Sternchen markiert). Zudem wurden Zuzahlungen zu Arzneimitteln und Zahnersatz reduziert und Budgets oder Ausgabenobergrenzen für die relevanten Sektoren des Gesundheitssystems wieder eingeführt – und im Fall der zahnärztlichen Behandlung strikter definiert als je zuvor. Die zahnärztliche Behandlung erfuhr in dem 1998 verabschiedeten Gesetz besondere Aufmerksamkeit: Denn im Zuge der Kostenerstattung hatten eine Reihe von Zahnärzten die (für drei Jahre gesetzlich festgelegten) Obergrenzen für finanzielle Forderungen an Patienten überschritten. Dieses Verhalten, zusammen mit den Einschränkungen des Leistungskatalogs und dem Angebot privater Krankenversicherer, neue Zusatzversicherungen zu verkaufen, hatten erheblich zur allgemeinen Unzufriedenheit in der Bevölkerung beigetragen.

GKV-Gesundheitsreform 2000

Nach dem kurzfristig initiierten Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV schlug die Regierung im Juni 1999 eine mittel- bis langfristige Reform vor, die in abgewandelter Form im Dezember 1999 verabschiedet wurde. Dieses

„GKV-Gesundheitsreform 2000“ genannte Gesetz trat am 1. Januar 2000 in Kraft. Seine Hauptelemente waren:

Abschaffung unwirksamer oder umstrittener Technologien und Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen: Eine Reihe von Maßnahmen wurden eingeführt, unter anderem die Stärkung der Bewertung von Gesundheitstechnologien durch Schaffung einer neuen Abteilung im DIMDI zur Information von Entscheidungsträgern (besonders in den Verbänden) in der Einschätzung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitstechnologien. Die Regelungen betreffs des – mehr oder weniger inaktiven – Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen wurden verschärft. Dies bedeutete, dass das Bundesministerium für Gesundheit dem Ausschuss Fristen für die Technologiebewertung zwecks Ein- oder Ausschlusses vom Leistungskatalog setzen konnte. Außerdem wurde mit dem Ausschuss Krankenhaus auch im stationären Sektor ein Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung eingeführt, ergänzt um den Koordinierungsausschuss. Während diese Maßnahmen insgesamt wenig umstritten waren (oder in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen wurden), wurde die dritte Maßnahme, die Einführung einer Positivliste für erstattungsfähige Arzneimittel, bekämpft von der pharmazeutischen Industrie und insbesondere von den kleineren Herstellern mit einem hohen Anteil umstrittener Produkte. Das Bundesministerium für Gesundheit wurde nun autorisiert, eine Positivliste mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen. Eine neunköpfige Kommission aus Experten der klinischen Medizin und Pharmakologie wurde mit der Vorbereitung beauftragt.

Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern: In dieser Hinsicht erlaubte das Gesetz Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern über die bisherigen Grenzen der ambulanten und stationären Sektoren hinaus. Beispielsweise konnte nun eine Gruppe von Anbietern Verträge für beide Versorgungsformen mit Krankenkassen abschließen. Um ein (freiwilliges) Gatekeeping durch Hausärzte zu fördern, erhielten die Krankenkassen das Recht, ihren Mitgliedern einen Bonus zu erteilen, wenn sie Fachärzte nach Konsultation ihres Hausarztes aufsuchen.

Budgets und Vergütungssystem: Die Finanzierungs- und Vergütungsaspekte dieser Reform erregten bei weitem die größte öffentliche Aufmerksamkeit. Das Gesetz erhielt die sektoralen Budgets aufrecht. Gleichzeitig gab es Gestaltungsspielraum für Integrierte Versorgungsmodelle, zu deren Finanzierung die sektoralen Budgets reduziert werden konnten. Der ursprüngliche Gesetzentwurf, der die Einführung eines Globalbudgets und der monistischen Finanzierung im Krankenhaus vorgeschlagen hatte, scheiterte dagegen im

Bundesrat. Hinsichtlich der Vergütung laufender Kosten der akutstationären Versorgung sah das Gesetz ein Mandat vor, ein Fallpauschalensystem einzuführen, das die „Komplexitäten und Komorbiditäten“ berücksichtigt. Im ambulanten Sektor wurde das Budget für Hausärzte von dem der niedergelassenen Fachärzte abgetrennt.

Weiterentwicklung und Neuausrichtung von Reformen 2000-2003

Seit der Veröffentlichung des letzten „*Gesundheitssysteme im Wandel*“-Profils Deutschland 2000 (I) ist eine Vielzahl an Gesetzen und Verordnungen erlassen worden (Tabelle 34). Primär waren die Reformen darauf ausgerichtet, die Defizite der Krankenkassen auszugleichen, negativen Auswirkungen des Kassenwettbewerbs entgegenzuwirken und qualitative Versorgungsdefizite zu reduzieren. Zudem waren gesetzliche Maßnahmen erforderlich, um die Vergütung akutstationärer Leistungen auf Diagnose-bezogene Gruppen (DRGs) umzustellen.

Reformen des Risikostrukturausgleichs

Der Risikostrukturausgleich (RSA), der Unterschiede zwischen den Kassen im Einkommen der Mitglieder und in den risikobezogenen Ausgabenniveaus durch Umverteilung von Mitteln auszugleichen sucht, wurde durch zwei Gesetze umgestaltet: Das Gesetz zur Rechtsangleichung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1999 verabschiedet, weitete den Risikostrukturausgleich ab 2001 nach einheitlichen Kriterien auf das gesamte Bundesgebiet aus. Dies führte zu einer Erhöhung des Transfers finanzieller Ressourcen innerhalb der GKV von den alten zu den neuen Ländern. Auf der anderen Seite übernahmen die neuen Länder die GKV-Versicherungspflichtgrenze, die Beitragsbemessungsgrenze und die Zuzahlungsregelungen der alten Bundesländer. Mit diesen Maßnahmen sollten die Beitragssätze in den neuen Bundesländern gesenkt und dadurch Barrieren für Wirtschaft und Beschäftigung reduziert werden.

Das Gesetz zur Reform des RSA wurde 2001 verabschiedet, nachdem der Mechanismus zur Verteilung der Kasseneinnahmen zunehmend als ungenügend und unfair kritisiert worden war. Der Anstoß für die Reform kam von zwei Expertenberichten, die die Funktionstüchtigkeit des RSA untersucht hatten. Beide kamen zu dem Schluss, dass der RSA im Prinzip gut funktioniere, dass es jedoch für Kassen keine Anreize zur Vermeidung von Risikoselektion gebe, da der Mechanismus nicht speziell tatsächliche Morbiditätsunterschiede der Versicherten ausgleiche, sondern vielmehr nach allgemeineren Kriterien wie Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit differenziere. Das Gesetz fügte den

bestehenden Ausgleichskriterien deshalb noch ein weiteres Kriterium hinzu, nämlich die Einschreibung chronisch kranker Versicherter in speziell regulierte Disease Management Programme (siehe *Gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*). Das Gesetz führte zudem einen Hochrisikopool ab 2002 ein und zeigte Schritte zur Einführung eines morbiditätsorientierten RSA ab dem Jahr 2007 auf.

Arzneimittel und Krankenhäuser: Kostendämpfung und Transformation

Im Januar 2001 trat die Gesundheitsministerin der Grünen, Andrea Fischer, nach einer zweijährigen Amtszeit im Zuge der BSE-Krise zurück. Eine der ersten Maßnahmen der neuen sozialdemokratischen Ministerin Ulla Schmidt bestand in der Einberufung so genannter Runder Tische als Forum zur Diskussion und Vorbereitung künftiger struktureller Reformen. Zu diversen Themen tagten bis 2002 Vertreter von Ärzten, Patienten, Kassen, Krankenhäusern und Industrie. Als Zeichen der Bereitschaft zum Konsens kündigte sie zudem an, die Arzneimittelbudgets aufzuheben.

Dies wurde gesetzlich geregelt mit dem Arzneimittelbudgetaufhebungsgesetz, verabschiedet Ende 2001, welches die regionalen Ausgabenobergrenzen für Arzneimittel im ambulanten Sektor abschaffte und Vertragsärzte rückwirkend von der kollektiven Haftung für Überschreitungen der Ausgabenobergrenzen in den Vorjahren befreite. Ersetzt wurden die Budgets durch regional verhandelte Ausgabenvereinbarungen.

Da die GKV-Arzneimittelausgaben jedoch bereits nach der Ankündigung der Aufhebung im ersten Quartal 2001 um 11% gestiegen waren, wurde begleitend das Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben verabschiedet. Dieses verpflichtete Apotheker u. a. zur Aut-idem-Substitution eines Präparats mit einem preisgünstigen Präparat desselben Wirkstoffs, sofern der verordnende Arzt dies nicht explizit ausschloss. (Diese Bestimmung führte zu geringeren Einsparungen als erwartet, da Arzneimittelhersteller einerseits hochpreisige „Dummies“ auf den Markt brachten, um das untere Preisdrittel des Preisspektrums anzuheben. Andererseits befolgten Apotheker häufig nicht das Gesetz wegen entgegenwirkender Einkommensanreize.) Das Gesetz verpflichtete zudem die Mitglieder des Verbands der Forschenden Arzneimittelhersteller zu einer einmaligen Zahlung von €204,5 Mio. Im Gegenzug verzichtete die Regierung auf generelle Preissenkungen für bestimmte Medikamente.

Pharmazeutische Hersteller hatten die Legitimierung der Krankenkassen zur Bestimmung von Festbeträgen zur indirekten Preiskontrolle von Arzneimittel gerichtlich angefochten. Der Bundestag beschloss daher mit dem Festbetragsanpassungsgesetz von 2001, die Festsetzung der Festbeträge

für zwei Jahre dem Bundesministerium zu übertragen. Danach entschieden jedoch sowohl das Bundesverfassungsgericht (Dezember 2002) als auch der Europäische Gerichtshof (Beginn 2004), dass Kassen autorisiert seien, Festbeträge zu bestimmen, da sie öffentlich delegierte Funktionen ausübten. Seit 2004 liegt diese Aufgabe daher wieder bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Das Fallpauschalengesetz von 2002 spezifizierte die rechtlichen Bestimmungen und den Zeitplan zur Einführung des DRG-basierten Vergütungssystems. In einer ersten Phase sollten Krankenhäuser ihre Leistungen nach DRGs dokumentieren, jedoch auf „budget-neutraler“ Basis unter Beibehaltung der auf Krankenhausebene verhandelten Zielbudgets. Die zweite Phase dient der schrittweisen Reduzierung des Vergütungsanteils durch Krankenhausbudgets und Erhöhung des Vergütungsanteils durch (landesweit einheitliche) Basisfallwerte. In der dritten Phase soll das Fallpauschalensystem als Preissystem voll wirksam werden. Der Zeitplan wurde zuletzt durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz 2004 zeitlich gestreckt auf 2005–2008 (Phase zwei) bzw. verschoben auf 2009 und folgende (Phase drei).

Drei Monate nach ihrer Wiederwahl im September 2002 brachte die Bundesregierung zwei Gesetzentwürfe mit Ad-hoc-Maßnahmen zur Ausgabensenkung in der GKV in den Bundestag ein. Zudem verpflichtete sich die regierende Koalition zur Einführung umfassender Strukturreformen in der Legislaturperiode 2002 bis 2006 (81). Das (nicht zustimmungspflichtige) Beitragssatzstabilisierungsgesetz, verabschiedet vom Bundestag Ende 2002, zielte überwiegend auf preissenkende Maßnahmen für Arzneimittel. Es erhöhte die Apothekenrabatte für die GKV bei Medikamenten ohne Festbetrag von 5% auf 6% und führte Rabatte für Hersteller mit 6% und für Großhändler mit 3% erstmals ein. Zudem erlaubte es direkte Verhandlungen zwischen Kassen und Herstellern um weitere Rabatte. Entgegen der erhofften Einsparungen von €1,4 Mrd. stiegen jedoch die Arzneimittelausgaben 2003 weiter an, überwiegend wegen des Wechsels zu teureren Medikamenten. Das 12. Sozialgesetzbuchänderungsgesetz passierte den Bundesrat im Frühjahr 2003. Es fror die Budgets im vertragsärztlichen und akutstationären Sektor für 2003 auf Höhe des Vorjahres ein. Ausgenommen von der Nullrunde waren Krankenhäuser, die bereits 2003 auf freiwilliger Basis nach DRGs dokumentierten (oder Arbeitszeitmodelle zur Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie erprobten). Ein weiteres Element, das einzige mit überdauernder Wirkung, war eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, um den Wechsel zur Privaten Krankenversicherung zu begrenzen. Dies führte zu einer Entkopplung von der Beitragsbemessungsgrenze; letztere blieb praktisch unverändert und liegt seitdem unter der Versicherungspflichtgrenze.

Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004

Die Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes Ende 2003 beendete einen einjährigen Entscheidungsfindungsprozess und vorübergehend eine fünfjährige Polarisierung über gesundheitspolitische Reformstrategien zwischen den beiden größten Parteien, der Sozialdemokratischen Partei (SPD) und der Christdemokratischen Union (CDU). Es gab einen breiten Konsens, dass Reformen insbesondere wegen steigender Beitragssätze (von 13,5% in 2001 auf 14,3% in 2003) und wahrgenommener Qualitätsdefizite notwendig seien. Das Gesetz resultierte aus einem Kompromiss der rot-grünen Regierung und der christdemokratischen Opposition, die im Bundesrat die Mehrheit hatte.

Die Reform hatte zum Ziel, die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und Beitragssätze zu reduzieren, um Lohnnebenkosten zu senken und Hürden zur Schaffung von Arbeitsplätzen zu vermindern. Durch die Reform sollten erhebliche Einsparungen für die GKV erzielt werden, die für 2004 auf €9,8 Mrd. geschätzt wurden (etwa 7% der erwarteten Gesamtausgaben der GKV) und bis 2007 auf €23 Mrd. ansteigen sollen. Ein Großteil der für 2004 erwarteten Einsparungen (4% der GKV-Ausgaben) sollte durch Kostenverlagerungen auf Patienten und GKV-Versicherte erreicht werden. Im Vergleich dazu sollten Einsparungen auf Seiten der Leistungserbringer und der Arzneimittelindustrie 2004 zusammen €1,5 Mrd. beitragen, ansteigend auf €3 Mrd. in 2007.

Um die Einsparungen bzw. Kostenverlagerungen zu erreichen, standen die folgenden Maßnahmen im Vordergrund:

- Einige Leistungen wurden vom GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen (insbesondere nicht verschreibungspflichtige Medikamente, Brillen und gewisse Krankentransporte).
- Die Zuzahlungen wurden umgestaltet durch (1) Einführung neuer Zuzahlungen, (2) Standardisierung bestehender Zuzahlungen über Sektorengrenzen hinweg, (3) Revision der Ausnahmeregelungen. (1) Für Arzt- und Zahnarztbesuche wurde erstmals eine Praxisgebühr von €10 pro Quartal erhoben, geltend für den ersten Besuch und jeden weiteren Besuch eines anderen Arztes im selben Quartal ohne Überweisung. (2) Die meisten anderen Leistungen oder Produkte sind mit einer 10%igen Zuzahlung mit einem Minimum von €5 und einem Maximum von €10 belegt, was zumeist einer Erhöhung gegenüber früheren Zuzahlungen entspricht (Einzelheiten siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*). (3) Während bei Kindern, Schwangeren und bestimmten Präventionsleistungen weiterhin keine Zuzahlungen erhoben werden, wurde die allgemeine Ausnahmeregelung wegen geringen Einkommens abgeschafft. Die jährlichen Zuzahlungen wurden nun – bei entsprechenden Nachweisen – begrenzt auf 2% des

jährlichen Bruttohaushaltseinkommens, bei chronisch Kranken auf 1%, wobei Abschläge für Haushalte mit mitversicherten Ehefrauen und Kinder gewährt werden.

- Das GKV-Modernisierungsgesetz sah ursprünglich vor, Zahnersatz aus dem paritätisch finanzierten GKV-Leistungskatalog herauszunehmen und durch eine rein von Arbeitnehmern zu finanzierende Pflichtzusatzversicherung zu ersetzen (Novellierung s. u.). Dabei sollten die GKV-Versicherten wählen zwischen einer privaten Zusatzversicherung mit einer vom Versicherer festzulegenden Prämienhöhe und einer Zusatzversicherung bei den gesetzlichen Kassen, finanziert durch eine Kopfpauschale mit kostenloser Mitversicherung von Familienangehörigen und unter Beibehaltung des Sachleistungsprinzips, z. B. der Abrechnung über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und einer Vorabgenehmigung des Therapieplans durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.
- Zudem sah das GKV-Modernisierungsgesetz einen Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 Beitragsatzpunkten für alle GKV-versicherten Arbeitnehmer vor (zunächst ab 2006), eine Summe, die in etwa den Ausgaben für Krankengeld entspricht, das laut einem ersten Gesetzentwurf ebenfalls aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen werden sollte.
- Zudem erschloss das Gesetz neue Einnahmequellen für die GKV, indem nicht gesetzliche Renten beitragspflichtig wurden, und die Finanzierung familienpolitisch relevanter versicherungsfremder Leistungen wie künstliche Befruchtung nun dem Bundeshaushalt übertragen wurde (während die Leistungen selbst im GKV-Katalog verblieben und die Kassen weiterhin für organisatorische Aspekte zuständig sind).

Jenseits dieser öffentlich viel diskutierten Maßnahmen umfasste das GKV-Modernisierungsgesetz noch eine Vielzahl an strukturellen Reformen, die weniger Aufmerksamkeit erregten. Sie hatten zum Ziel, die Koordination effizienter zu machen und die Qualität der Versorgung und die Patientenpartizipation zu verbessern. Insbesondere im Arzneimittelsektor sah das Gesetz viele Kostendämpfungsmaßnahmen und strukturellen Veränderungen vor:

- die Erhöhung der Zuzahlungen (s. o.) und Revision der Ausnahmeregelungen;
- den Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten vom GKV-Leistungskatalog (s.o.), ausgenommen speziell benannte Wirkstoffe;
- die Wiedereinführung von Festbeträgen für patentierte Arzneimittel ohne zusätzlichen therapeutischen Nutzen (gemäß der Festlegung des Gemeinsamen Bundesausschusses, ggf. basierend auf Evaluationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit);

- die Erhöhung von Herstellerrabatten für Kassen bei patentierten Medikamenten, die dem Festbetragssystem (noch) nicht unterworfen waren, von 6% auf 16% im Jahr 2004;
- die Liberalisierung der Preisbestimmung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (während verschreibungspflichtige Arzneimittel weiterhin durch gesetzliche Festsetzung der Zuschläge einheitliche Preise haben);
- die Erlaubnis des Versandhandels;
- die Erlaubnis für Apotheker, zusätzlich zu ihrer Apotheke drei Filialen in räumlich angemessener Nähe zu besitzen;
- die Änderung der Apothekerzuschläge von degressiven prozentualen Aufschlägen zu einer Beratungspauschale von €8,10 (plus geringem prozentualen Aufschlag) pro verschreibungspflichtigen Medikament.

Darüber hinaus führte das Gesetz den Gemeinsamen Bundesausschuss ein, um die Entscheidungsfindung in den diversen Sektoren besser zu koordinieren. Dieser übernahm die Funktionen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, des Ausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses (siehe *Planung, Regulierung und Management*). Der Gemeinsame Bundesausschuss übernahm auch Aufgaben der Qualitätssicherung von der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung (AQS), um Qualitätssicherungsmaßnahmen besser in administrative Entscheidungen integrieren und mit finanziellen Anreizen verknüpfen zu können. Das Gremium wird unterstützt vom neu eingeführten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit, das für die Evaluierung von Nutzen und Risiken (aber im Gegensatz zu früheren Planungen nicht der Kosteneffektivität) von Arzneimitteln und anderen Leistungen sorgen soll. Zudem soll es u. a. auch Patienteninformationen entwickeln.

Ein weiterer Aspekt des Gesetzes war die Stärkung individueller und kollektiver Patientenrechte durch die Einführung einer Patientenbeauftragten der Bundesregierung und der Verankerung von Mitspracherechten für legitimierte Organisationen zur Vertretung der Belange chronisch Kranker in Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Besonders sichtbar ist ihre Vertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss, wo neun Vertreter Mitberatungs- und Vorschlagsrechte innehaben, allerdings keine Mitentscheidungsrechte.

Weitere Maßnahmen des Gesetzes zielten auf eine Diversifizierung der ambulanten Versorgungslandschaft, indem beispielsweise multidisziplinäre medizinische Versorgungszentren von KVen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden dürfen und insofern mit Einzelpraxen konkurrieren. Die Zentren dürfen hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung und integrierte Versorgung anbieten. Bis dahin bestanden nur wenige solcher

Zentren in Berlin und Brandenburg, die Nachfolger der Polikliniken der ehemaligen DDR waren (siehe *Historischer Hintergrund*). Des Weiteren wurden die Kassen verpflichtet, ihren Versicherten die Option der Einschreibung in Hausarztmodelle anzubieten, um die Versorgung besser zu koordinieren, unter Einbeziehung von Formen des Gatekeeping (und gegebenenfalls einem Bonus für eingeschriebene Versicherte). Auch das Anbieten Integrierter Versorgungsmodelle wurde vereinfacht und attraktiver gemacht. Jeweils 1% der Budgets für vertragsärztliche Versorgung und Krankenhausversorgung stehen in den Jahren 2004 bis 2006 mindestens für Integrierte Versorgungsmodelle zur Verfügung. So wurden selektive Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung eingeführt, nicht aber, wie von der Regierung ursprünglich geplant, in der gesamten fachärztlichen Versorgung.

Das Gesetz professionalisierte auch die KVen, wobei kleine Vereinigungen zu größeren fusioniert wurden und der ehrenamtlich tätige Vorstand durch gewählte Vollzeitmanager ersetzt wurde. (Die Professionalisierung von Kassen war dagegen bereits 1993 durchgeführt worden.) Die ursprünglichen Pläne, eine Organisationsreform der Kassenlandschaft vorzunehmen, wurden fallengelassen, um eine Destabilisierung des institutionellen Gefüges zu vermeiden, während Kassen gleichzeitig mit vermehrten Aufgaben zur Gestaltung und Koordinierung der Versorgung betraut wurden.

Eine Vielzahl an Paragraphen des GKV-Modernisierungsgesetzes diente auch der Umsetzung von EU-Recht, beispielsweise der Richtlinien zur Einführung der Gesundheitskarte oder zur Finanzierung von Bereitschaftszeiten als Arbeitszeit im Krankenhaus, oder bzgl. Kennzeichnungspflichten über die geographische Herkunft von Zahnersatzmaterialien. Das Müller-Fauré/van Riet-Urteil des Europäischen Gerichtshofs (C-385/99) von Mai 2003 erklärte, dass jeder Krankenversicherte in der EU in allen EU-Ländern das Recht auf Zugang zur ambulanten Versorgung und anschließende Kostenerstattung hat, auch ohne vorherige Genehmigung des Versicherers. Um eine Inländerdiskriminierung zu vermeiden, führte das Gesetz nun auch für nicht freiwillig GKV-Versicherte die Option ein, den Kostenerstattungsmodus zu wählen und im Inland anzuwenden. Das Gesetz sah jedoch diverse Vorsichtsmaßnahmen vor, beispielsweise dass Kassen beim Kostenerstattungsmodus Abschläge für Verwaltungsaufwand und Ausgleich für entfallende Zuzahlungen und Wirtschaftlichkeitskontrollen satzungsmäßig festlegen konnten. Das Gesetz eröffnete zudem Möglichkeiten für Krankenkassen, selektiv mit Leistungserbringern anderer EU-Länder Verträge zu schließen, und zwar auf Basis der rechtlichen Bestimmungen zur Integrierten Versorgung.

Das GKV-Modernisierungsgesetz ist Teil der Agenda 2010, einer politischen Strategie, die wirtschaftliche, soziale und bildungspolitische Reformen umfasst.

Der finanzielle Erfolg des Gesetzes wird in der deutschen Öffentlichkeit aufmerksam verfolgt, aber auch, und wohl mehr als je zuvor, von anderen EU-Staaten, denn Europäischer Rat und Kommission haben den Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge in Deutschland kritisiert als eine Barriere für die wirtschaftliche Entwicklung und die Einhaltung der staatlichen Neuverschuldung von 3% des BIP gemäß des Vertrages von Maastricht.

Während die Umsetzung der Leistungskürzungen und Zuzahlungs- und Ausnahmeregelungen skeptische Publizität erhielt, verlief die Implementierung vieler struktureller Reformen weitgehend ohne öffentliche Diskussion. Bis Oktober 2004 waren 170 Verträge zur Integrierten Versorgung geschlossen worden. Ab Januar 2004 generierten die Krankenkassen erhebliche Einsparungen, insbesondere wegen der Anhebung der Zuzahlungen, der Leistungskürzungen und der Rabatte im Arzneimittelsektor. Wenngleich von der Bundesregierung erwartet, senkten jedoch nur wenige Krankenkassen ihre Beiträge, und auch für 2005 haben bisher nur wenige Beitragssatzsenkungen angekündigt. Während die Bundesregierung verlangt, dass Einsparungen an die Beitrag zahlenden Arbeitgeber und Arbeitnehmer weitergegeben werden, ziehen die Kassen es vor, zunächst ihre Schulden abzubezahlen und den erwarteten erneuten Ausgabenanstieg abzuschätzen.

Da die vom GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene, kopfpauschal-finanzierte Zusatzversicherung für Zahnersatz sich im Verlauf des Jahres 2004 als unverhältnismäßig teuer im Verwaltungsaufwand und als unfair herausstellte, wurde das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung des Zahnersatzes mit den Stimmen der regierenden Koalition im Bundestag verabschiedet (Oktober 2004). Dieses machte die Regelungen für die private oder GKV-basierte Zusatzversicherung rückgängig und erlegte anstelle dessen den Arbeitnehmern allein einen Sonderbeitrag in vergleichbarer Höhe auf, das sind mit Wirkung zum 1. Juli 2005 insgesamt 0,4 Prozentpunkte ihres Bruttoeinkommens. Zugleich wird der weitere – im GKV-Modernisierungsgesetz ursprünglich für 2006 vorgesehene – Sonderbeitrag bereits ebenfalls im Juli 2005 fällig werden, das heißt eine Erhöhung des Beitragssatzes um insgesamt 0,9 Prozentpunkte allein für Arbeitnehmer. Gleichzeitig soll der allgemeine Beitragssatz per Gesetz allerdings um eben diesen Betrag reduziert werden, wobei jedoch 0,45 Prozentpunkte den Arbeitgebern und 0,45 Prozentpunkte den Arbeitnehmern zugute kommen. Insgesamt wird damit die langjährige paritätische Finanzierung von 50:50 zu einer Aufteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern von etwa 46:54 verschoben.

Kleine Reformen der Pflegeversicherung

Zur Reform der Pflegeversicherung hat das Bundesverfassungsgericht 2001 gefordert, von Mitgliedern mit Kindern geringere Beiträge zu erheben als von Mitgliedern ohne Kinder. Zwei Expertenkommissionen widmeten sich Mitte 2003 auch weiteren Reformfragen zur Pflegeversicherung. Die von der Bundesregierung eingesetzte Rürup-Kommission schlug vor, die Beiträge für Rentner zu erhöhen. Die von der Opposition eingesetzte Herzog-Kommission schlug hingegen vor, den Arbeitgeberbeitrag zu erhöhen und Arbeitgeber im Gegenzug durch die Abschaffung eines Feiertages zu entlasten. Im Übrigen gaben beide Kommissionen ähnliche Empfehlungen ab: Die Pflegeversicherung solle als Sozialversicherung, finanziert durch Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, beibehalten werden. Die Leistungen sollten weiterhin auf einen gewissen Umfang begrenzt werden, wobei die finanziellen Obergrenzen für ambulante und stationäre Behandlung einander angepasst werden sollten. Leistungen bzw. Vergütungen sollten sowohl der Inflation als auch den Lohnkosten angepasst werden. Demenz sollte gleichwertig als Kriterium für Pflegebedürftigkeit anerkannt werden, was eine Ausdehnung der derzeit somatischen Definition des Pflegebedarfs und spezifischer Pflegeleistungen erforderte.

Um den Forderungen des Bundesverfassungsgerichtes Genüge zu tun, hat der Bundestag Ende 2004 das Kinder-Berücksichtigungsgesetz verabschiedet, das für kinderlose GKV-Mitglieder eine Erhöhung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung um 0,25 Beitragssatzpunkte vorsieht. Eine umfassendere Reform der Pflegeversicherung wurde auf einen späteren Zeitpunkt. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl Ende Mai 2005, die Pflegeversicherung mit der GKV zusammenzulegen, um Versorgungslücken mangels Koordination an den Schnittstellen der beiden Säulen zu vermeiden.

Zukünftige Reformen

Weitere Reformen werden diskutiert. Wenngleich weiter Konsens über ihre Notwendigkeit herrscht, gibt es jedoch erhebliche politische Differenzen über ihre Ausgestaltung.

So wurde das vom Bundestag im April 2005 verabschiedete Präventionsgesetz im Mai 2005 vom Bundesrat abgelehnt – mit der Begründung, die vorgesehene Bundesstiftung sei zu bürokratisch. Es soll(te) die bestehende Gesetzgebung zur Prävention zusammenfassen, Zuständigkeiten klären, rechtliche Barrieren

reduzieren und die präventiven Aktivitäten der Akteure besser koordinieren. Die Regelungen soll(t)en in einem separaten Sozialgesetzbuch für Prävention dargelegt werden, ähnlich dem Sozialgesetzbuch V für die GKV oder dem Sozialgesetzbuch IX für Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen, Rentenkassen und Unfallkassen für die Finanzierung von bevölkerungsbezogenen Präventivmaßnahmen zuständig sind. Dabei hat es primär persönliche Dienstleistungen im Visier, die auf Veränderung des individuellen Lebensstils unter Berücksichtigung von Settingansätzen gerichtet sind. Der Entwurf erregte Kontroversen, insbesondere unter den Sozialversicherungsakteuren, die eine Abwälzung finanzieller Verantwortung und eine Einmischung in die Verwendung von Versichertengeldern seitens der Bundes- und Landesregierungen befürchten. Insgesamt soll(te) ein Fünftel der Ressourcen für Prävention für bevölkerungsweite Präventionskampagnen ausgegeben und von der zu gründenden Bundesstiftung übernommen werden.

Der Bundestag hat zudem die Regierungen des Bundes und der Länder gebeten, den Risikostrukturausgleich zu überprüfen und Konzepte zur Organisationsreform auf Kassenseite zu entwickeln. Dabei sollen auch Vorschläge berücksichtigt werden, die im Verlauf des Beratungsprozesses zum GKV-Modernisierungsgesetz zunächst verworfen worden waren, nämlich Fusionen unter den vielen Kassen zu fördern, den Austritt aus dem bisherigen kassenarten-spezifischen Verband und den Beitritt zu einem anderen Verband zu ermöglichen, und die Gründung neuer Krankenkassen bis 2007 zu verbieten (wenn ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich installiert sein soll). Zur Vorbereitung der gesetzlich vorgesehenen Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs holte das Bundesministerium für Gesundheit ein Gutachten ein. Von dem Erlass einer Verordnung hängt ab, ob diese Reform des Risikostrukturausgleichs bis 2007, wie gesetzlich vorgesehen, eingeführt werden kann.

Seit 2003 hat sich ein breiter Konsens entwickelt, dass die Einnahmenseite der Sozialversicherungszweige grundlegender Reformen bedarf. Für die GKV rangieren die Vorschläge derzeit im Wesentlichen zwischen zwei Konzepten: Einerseits der Verbreiterung der Einnahmehasis durch Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Bürger und Einkommensarten, wie von der SPD und Bündnis90/Grüne befürwortet, und andererseits der Einführung von Kopfpauschalprämien, ähnlich dem Schweizer Finanzierungsmodus, wie von den Christdemokraten befürwortet. Die derzeitigen politischen Programme basieren auf Vorschlägen der Rürup-Kommission, die Anfang 2003 von Bundeskanzler Schröder eingesetzt wurde und aus Experten sowie Vertretern von Arbeitgebern, Gewerkschaften und weiteren Interessengruppen bestand. Die Kommission war beauftragt, Vorschläge zur nachhaltigen Finanzierung

der Sozialversicherungssysteme zu entwickeln. Hinsichtlich der GKV konnte sich die Kommission nicht auf einen Vorschlag einigen und stellte daher zwei Modelle vor.

Das erste Modell der Rürup-Kommission („Kopfpauschalen“) bestand aus den folgenden Elementen:

- Finanzierung des GKV-Beitrags durch eine Pauschale pro Kopf, unabhängig vom Einkommen (etwa €200 pro Monat), und mit freier Mitversicherung von Kindern;
- Die zu versteuernde Auszahlung des gegenwärtigen Arbeitgeberbeitrags an Arbeitnehmer und Rentner als Bruttogehalt, unabhängig von der Art ihrer Krankenversicherung;
- Unterstützung von Personen mit niedrigem Einkommen aus Steuermitteln bei der Finanzierung der Kopfpauschale.

Das andere Modell, auch „Bürgerversicherung“ genannt, zielte auf einer Verbreiterung der Beitragsbasis durch:

- Ausweitung der GKV-Versicherungspflicht auf andere, bisher ausgenommene Bevölkerungsgruppen;
- Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze;
- Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze der GKV (um etwa ein Drittel) bis zur Bemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (derzeit etwa €5110 brutto pro Monat);
- Ausweitung der Beitragspflicht auf andere Einkommensarten (z. B. Mieten und Zinsen).

Für beide Modelle hängt der tatsächliche Umverteilungseffekt letztlich vom Ausmaß der Steuerzuschüsse bzw. von der Definition der Grenzen für die Beitragspflicht ab. Nach den ursprünglichen Berechnungen der Rürup-Kommission wurde für die so genannte Bürgerversicherung eine Entlastung der Haushaltseinkommen zwischen €10 000 und €40 000 im Vergleich zum damaligen Stand finanzieller Belastungen berechnet, während für das Kopfpauschalenmodell eine finanzielle Entlastung von Haushalten mit einem Einkommen zwischen €40 000 und €100 000 berechnet wurde. Höhere Einkommen profitierten demnach nicht, da Steuererhöhungen erforderlich wären.

Die großen politischen Parteien sind untereinander im Streit über die Zukunft des Gesundheitswesens. Die regierenden Sozialdemokraten und die Bündnisgrünen befürworten die Bürgerversicherung und nahmen sie jeweils im Herbst 2003 in ihr parteipolitisches Programm auf. Die Freie Demokratische Partei fordert gleichfalls eine bevölkerungsweite Versicherungspflicht, wobei das System aber komplett privatisiert sein soll.

Zugleich finden jedoch erhebliche Kontroversen innerhalb der Parteien (und Koalitionen) statt. So zeigte Bundeskanzler Schröder beispielsweise erhebliche Skepsis gegenüber einer Bürgerversicherung, die den privaten Krankenversicherungsmarkt bedrohe. Die Christlich-Soziale Union verweigerte der Christdemokratischen Union initial ihre Zustimmung zu dem vorgeschlagenen Kopfpauschalmodell und befürwortete beitragsabhängige Prämien. Im Dezember 2004 einigten sich die beiden Parteien auf ein Kompromisskonzept. In einem ersten Schritt soll jeder erwachsene GKV-Versicherte eine einheitliche Gesundheitsprämie von €109, aber nicht mehr als 7% des beitragsrelevanten Einkommens an die Krankenkassen entrichten. Zuvor mitversicherte erwachsene Familienangehörige sollen beitragspflichtig werden. Die Mitversicherung von GKV- wie auch PKV-versicherten Kindern soll über Steuern finanziert werden. Beiträge der Arbeitgeber sollen auf 6,5 % des beitragsrelevanten Einkommens von Arbeitnehmern begrenzt und für den Solidarausgleich für Versicherte genutzt werden, deren Gesundheitsprämie 7% ihres Einkommens überschreiten würde. In einem späteren Schritt sollen kapitalgedeckte Versorgungselemente in die GKV eingeführt werden. Die bisherige Zweiteilung in PKV und GKV mit Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten soll beibehalten werden.

Schlussbemerkungen

Das deutsche Gesundheitssystem hat einen größeren Schwerpunkt auf freie Wahl, auf unverzügliche Zugänglichkeit und auf ein hohes Niveau an Leistungserbringern und technischer Ausstattung gelegt als auf Kosteneffektivität oder Kostenbegrenzung per se (trotz aller gesetzgeberischer Bemühungen um Kostendämpfung). Die Öffentlichkeit hat diese Prioritätensetzung unterstützt und – nach diesen Kriterien beurteilt – arbeitet das deutsche Gesundheitssystem gut. Formale Wartelisten und explizite Rationierung sind weitgehend unbekannt. Die beschriebenen Prioritäten werden durch die komplizierten Prozesse der Entscheidungsfindung in der GKV weiter unterstützt. Während die Rahmenbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung und die Höhe der Zuzahlungen auf Bundesebene gesetzlich geregelt sind, werden die konkreten Inhalte des Leistungskataloges und der Leistungserbringung durch Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen auf Landes- und Bundesebene bestimmt. Einschnitte erfordern daher ein gewisses Maß an Zustimmung der Krankenkassen und Leistungserbringer auf allen Ebenen.

Wenngleich sich die absoluten Gesundheitsausgaben in 10 Jahren um nahezu die Hälfte erhöhten, stieg ihr Anteil am BIP nur um etwa ein Zehntel – von 9,9% in 1992 auf 10,9% in 2002 – und das reale jährliche Wachstum als Anteil am BIP rangierte unterhalb der meisten OECD-Länder. Dies ist umso bemerkenswerter, als zusätzliche Leistungen in der GKV und insbesondere der gesetzlichen Pflegeversicherung eingeführt wurden. Zudem blieben die GKV-Ausgaben relativ stabil bei einem Anstieg von 6,14% als Anteil am BIP in 1992 auf 6,32% in 2002. Dies hing mit der Vielzahl an Reformen zusammen, die verhindern sollten, dass die Ausgaben von Krankenkassen schneller zunahmen als ihre Einnahmen. Dieses Ziel hat eine Politik der Kostendämpfung und eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik hervorgebracht. Den verschiedenen Beteiligten ist es gelungen, Zugang zu einem umfangreichen Leistungskatalog

aufrechtzuerhalten, und dies trotz der Herausforderungen der deutschen Wiedervereinigung, abnehmender GKV-Einnahmen und fortgesetzter Kostendämpfungsmaßnahmen. Die GKV bietet nahezu 88% der Bevölkerung einen umfassenden Krankenversicherungsschutz unter Verwendung von 57% der gesamten Gesundheitsausgaben. Personen sowohl mit gesetzlichem als auch mit privatem Versicherungsschutz haben weitgehend prompten und gleichen Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen, in ländlichen Gegenden allerdings in geringerem Maße.

In der letzten Dekade wurden erhebliche Veränderungen bei der Allokation der Ressourcen vorgenommen, um den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung angemessener begegnen zu können. Langzeitpflege wurde insbesondere durch die Einführung der Versicherungspflicht sowie einer eigenständigen Sozialversicherungssäule gestärkt. Dadurch wurden Pflegebedürftigen (wenngleich bei Demenz zu einem geringeren Maße) neue Leistungen zugänglich gemacht und die Zahl der Leistungserbringer in der Krankenpflege und Altenpflege deutlich erhöht, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Neue Leistungen wurden auch im Bereich der Patientenschulung, Patienteninformation, der Psychotherapie für psychisch Kranke und der Hospizversorgung entwickelt.

Eine weitere Errungenschaft ist die weitgehende Angleichung der Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern hinsichtlich Gesundheitsversorgung und Gesundheit. Das Gesundheitssystem der ehemaligen DDR wurde schnell mittels eines Transfers der Institutionen und Regelungen des Gesundheitssystems der alten Bundesrepublik umgewandelt. Der relative Rückstand in den neuen Ländern bezüglich technischer und baulicher Ausstattung bzw. Wartung sowie hinsichtlich stationärer Kapazitäten, insbesondere im pflegerischen Bereich, sind mithilfe erheblicher Investitionen von Regierungsseite ausgeglichen worden. In den letzten 15 Jahren haben sich die Lebenserwartung wie auch die meisten Gesundheitsindikatoren deutlich verbessert. Dieser Trend war in allen Ländern der EU zu beobachten, er war jedoch besonders stark in den neuen Bundesländern – mit einem im weltweiten Vergleich bemerkenswerten Anstieg der Lebenserwartung – ausgeprägt. Wenngleich viele Faktoren dazu beitrugen, stellte die Gesundheitsversorgung definitiv einen der bedeutendsten Einflussfaktoren dar.

Obwohl mehrere offizielle Berichte in jüngster Zeit auf die Verbesserungen im Gesundheitszustand und die Zunahme an Kapazitäten hingewiesen haben, werden diese Errungenschaften innerhalb Deutschlands weiterhin kaum wahrgenommen. Vielmehr stehen hohe Ausgaben im Zuge der Wiedervereinigung und die Enttäuschung über eine Wirtschaft, die sich weniger günstig entwickelte als zunächst erwartet, im Mittelpunkt der Diskussion. Möglicherweise wird über dieses Thema auch nicht so gerne gesprochen wegen der negativen

Konnotationen der Einwohner der neuen Bundesländer gegenüber dem Prozess der Reformen, der mit einer Dominanz des Gesundheitssystems der alten Bundesrepublik, seiner Institutionen und Akteure verbunden war. Für letztere bedeutete ein Akzeptieren von Gesundheitssystemelementen der ehemaligen DDR eine erhebliche Bedrohung, beispielsweise die Einheitsversicherung oder das Polikliniksystem. Es ist natürlich nicht bekannt, zu welchen Ergebnissen eine Übernahme solcher Elemente in das gemeinsame Gesundheitssystem gehabt hätte. Die Einführung der multidisziplinären medizinischen Versorgungszentren in allen Teilen der Republik ab 2004 und die derzeitige Diskussion über die Einführung einer Bürgerversicherung wurden mit einer gewissen Genugtuung unter Bürgern der ehemaligen DDR zur Kenntnis genommen und als Zeichen dafür gewertet, dass bestimmte Elemente des alten DDR-Systems nicht vollkommen falsch waren.

Jedoch gibt es in der gesundheitspolitischen Diskussion zunehmende Zweifel, ob das hohe Ausgabenniveau im deutschen Gesundheitswesen tatsächlich mit einer entsprechend hohen qualitativen Versorgung und einem wirtschaftlichen Umgang der Ressourcen einhergeht. Diese Diskussion wurde insbesondere durch den Weltgesundheitsbericht 2000 angeregt, in dem Deutschland hinsichtlich der Leistungsfähigkeit seines Gesundheitssystems (Grad der Zielerreichung in Bezug auf die eingesetzten finanziellen Mittel) lediglich auf Rang 25 platziert wurde. Auch wenn der Bericht wegen methodischer Schwächen kritisiert wurde, scheinen seine allgemeinen Schlussfolgerungen in Bezug auf Deutschland dennoch Gültigkeit zu haben (82).

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen identifizierte beträchtliche Potentiale zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem. Auf Basis einer Umfrage unter allen bedeutenden Interessengruppen des Gesundheitswesens auf Seiten der Ausgabenträger, der Leistungserbringer, der Selbsthilfegruppen und Regierungseinrichtungen fand der Rat Evidenz für medizinische und wirtschaftliche Überversorgung, aber auch für Unterversorgung und Fehlversorgung bei den häufigsten chronischen Erkrankungen (16). Der Rat forderte zudem, einem angemessenen Umgang mit Fehlern und Behandlungsschäden in der Gesundheitsversorgung höhere Priorität einzuräumen und entsprechende Politikkonzepte zu entwickeln (35). In Übereinstimmung mit den befragten Akteuren befand der Rat, dass die starke sektorale Trennung in der Leistungserbringung wie auch Finanzierung und Regelsetzung erhebliche Barrieren für die Verbesserung der Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bedeute.

Die folgenden Abschnitte, nicht notwendigerweise sortiert nach Relevanz, zeigen einige der wesentlichen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen auf:

Kostendämpfung und Vergütung

Die Differenz zwischen Ausgaben und Einnahmen der Krankenkassen und die zukünftige Tragfähigkeit des Umlageverfahrens stellen zentrale politische Probleme dar. Deutschland hat das höchste Gesundheitsausgabenniveau in der Europäischen Union. Gesundheitsausgaben rangierten zwar schon immer verhältnismäßig hoch, aber 1960 lag ihr Anteil am BIP noch bei 4,2% und damit näher am Durchschnitt der anderen EU-Länder. Während der Großteil des Ausgabenanstiegs in den 1960er und 1970er Jahren erfolgte, wuchs der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im Zuge der Wiedervereinigung erneut beträchtlich von 9,3% im Jahr 1990 auf 10,8% im Jahr 1995; bis 2003 nahm er weiter auf 11,3% bzw. nach OECD-Angaben auf 11,1% zu. Dies kann teilweise durch ein geringeres BIP und niedrigere Einkommen in den neuen Ländern erklärt werden und teilweise durch einen Anstieg privater Ausgaben.

In der GKV spiegelt sich das im Vergleich zu den Einnahmen hohe Ausgabenniveau in steigenden Beitragssätzen zur GKV wider, die im gleichen Zeitraum von etwa 12,0% (1990) auf 13,5% (1995) und 14,2% (2003) der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen anstieg (27). Während Kostendämpfung innerhalb der GKV erfolgreich war in den Sektoren der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung und ab 1998 auch im Krankenhaussektor, wurden die Ausgaben im Bereich der Heilmittel, der Hilfsmittel und der Rettungsdienste weniger erfolgreich begrenzt. Zudem stiegen die Ausgaben für Arzneimittel beträchtlich, insbesondere in den frühen 1990er Jahren und nach 2000. Kostendämpfung wird daher als kontinuierliche Aufgabe begriffen und weiterhin einen hohen gesundheitspolitischen Stellenwert haben.

Ein weiterer Fokus wird auf die Auswirkungen des DRG-Vergütungssystems in Akutkrankenhäusern auf andere Leistungsbereiche gerichtet sein. Auch die Weiterentwicklung einer angemessenen und kostenbewussten Vergütung für Vertragsärzte und die Gestaltung der gesetzlich anvisierten morbiditätsorientierten Vergütungselemente stehen hoch auf der Agenda der Selbstverwaltung und der Politik. Dabei wird der Interaktion von Anreizen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden müssen. So kann beispielsweise die Einführung neuer leistungsbezogener Vergütungssysteme in der fachärztlichen Versorgung und eine Verstärkung kopfpauschalierter Vergütungselemente in der hausärztlichen Versorgung das Ziel einer möglichst kostengünstigen und koordinierten Erbringung angemessener Leistungen behindern.

Selbstverwaltungsstrukturen, Verantwortlichkeit und Partizipation

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf dezentralen Formen der Entscheidungsfindung durch demokratisch legitimierte Akteure. Seine

Selbstverwaltung ist als solide Basis für sachgerechte Entscheidungen, effektive Verhandlungen, öffentliches Vertrauen und Schutz vor ungewollter staatlicher Intervention betrachtet worden. Jedoch sind den Selbstverwaltungsstrukturen der GKV und der freien Berufe im Gesundheitswesen verstärkt Mängel in der Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit und der Patientenorientierung vorgeworfen worden. Die Selbstverwaltung ist daher in letzter Zeit neben Professionalisierung und Wettbewerbsstrukturen auch durch vermehrte Informationen der Öffentlichkeit, Versicherten und Patienten sowie durch die kollektiven Mitspracherechte für Selbsthilfeorganisationen modernisiert worden. Eine zentrale Herausforderung wird sein, diese Entwicklungen auch für die Patientenversorgung vor Ort verfügbar und wirksam werden zu lassen.

Stärkung der finanziellen Einnahmebasis

Es ist inzwischen weithin anerkannt, dass die Finanzierungskrise der Einnahmenseite der GKV in gewisser Weise die Krise der Ausgabenseite überschattet. Drei Faktoren sind in dieser Hinsicht von besonderer Bedeutung. Erstens schmälert die hohe Arbeitslosenquote die Beitragseinnahmen. Zweitens ist Arbeit für einen zusehends kleineren Teil des nationalen Einkommens verantwortlich, während der Kapitalanteil weiter wächst. Diese Faktoren führen zu einer relativen Abnahme der finanziellen Einnahmen der GKV und anderer Sozialversicherungssysteme, deren Beiträge lediglich auf Erwerbstätigkeit basieren. Drittens sind Beamte und Selbständige derzeit von der GKV ausgeschlossen. Gleichzeitig hat sich dies auch in anderen Sozialversicherungszweigen zu einem vordringlichen Problem entwickelt (insbesondere der Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung). Angesichts der sozioökonomischen und demographischen Entwicklungen trägt die spezielle Konstruktion der solidarischen Finanzierung in der GKV und anderen Sozialversicherungszweigen zu einem Anstieg der Lohnnebenkosten bei, der wiederum droht, die Arbeitslosigkeit zu erhöhen und das wirtschaftliche Wachstum zu beeinträchtigen.

Beide derzeit diskutierten Reformmodelle, das Kopfpauschalmodell und die Bürgerversicherung, sind bestrebt, diese problematische Konstellation zu verändern. Dabei messen sie den verschiedenen Faktoren jedoch unterschiedliche Bedeutung zu. Während das Kopfpauschalmodell eine Entkopplung der Kassenbeiträge von den Lohnkosten vorsieht, strebt das so genannte Bürgerversicherungsmodell an, die Einkommensbasis der GKV jenseits der – abnehmenden – Lohnquote zu verbreitern. So wird mehr als 120 Jahre nach Einführung der GKV nun erstmals ein universeller Versicherungsschutz (für beide Landesteile) erwogen. Hingegen sind die – voraussichtlich beträchtlichen – Auswirkungen jeglicher Finanzreform auf die Akteure und organisatorischen

Strukturen der Selbstverwaltung in der gesundheitspolitischen Diskussion bisher kaum berücksichtigt worden.

Sektorenübergreifende Versorgung und alloкатive Effizienz

Eine Schwäche des deutschen Gesundheitssystems, nämlich die Fragmentierung der Patientenversorgung über Systeme der Sozialen Sicherung und Sektoren hinweg, ist jüngst in mehreren Reformen angegangen worden. Dies betrifft beispielsweise die bessere Koordinierung von Rehabilitationsleistungen durch die GKV, die gesetzliche Rentenversicherung, die Pflegeversicherung und andere Ausgabenträger. Innerhalb der GKV wurde insbesondere die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung angegangen, beispielsweise durch ambulantes Operieren im Krankenhaus, die hochspezialisierte Betreuung bei bestimmten Erkrankungen, die Abgabe bestimmter Medikamente durch Krankenhausapotheken an ambulante Leistungserbringer sowie Integrierte Versorgungsmodelle.

Der tatsächliche Umfang an unnötig doppelt erbrachten Leistungen und der Zahl unangemessener Überweisungen, die entweder zu früh (durch sektorale Budgets) oder zu spät (durch Kommunikationsprobleme) erfolgen, ist nicht exakt quantifizierbar. Dennoch gibt es einen breiten Konsens, dass die sektorale Trennung mit negativen Konsequenzen für Patienten verbunden ist. Die relativ schwache Rolle der hausärztlichen Versorgung und die Abwesenheit von Gate-keepern bzw. Lotsen, die den Patienten durch das System führen, sind ebenfalls Ergebnisse der sektoralen Trennung. Die Krankenkassen zeigen hier eine ambivalente Haltung: Einerseits behaupten sie, Gatekeeping durch Primärärzte zu unterstützen, andererseits dienen viele ihrer Disease Management Programme und anderer Modelle dazu, ihre eigene Rolle in der Steuerung von Patienten auszubauen. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 reformierte die sektoralen Grenzen, indem sie direkte Verträge zwischen Krankenkassen und „intersektoralen“ Gruppen von Leistungserbringern erlaubte und den Kassen die Möglichkeit gab, Hausarztmodelle mit Gatekeeping-Funktionen einzuführen. Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 machte das Angebot von Hausarztmodellen verpflichtend und sieht vor, dass 1% der Budgets für vertragsärztliche und stationäre Versorgung für Integrierte Versorgungsmodelle ausgegeben werden.

Zukünftige Reformen werden darauf abzielen, die Rolle der Hausärzte zu stärken. Dafür muss ihre Position gegenüber niedergelassenen Fachärzten weiterhin gestärkt und ihre Fähigkeit zur Ausübung der Lotsenfunktion besser geschult werden und mehr in das Bewusstsein der Bevölkerung rücken. Niedergelassene Fachärzte hingegen werden einem zunehmenden Wettbewerb mit dem stationären Sektor ausgesetzt sein, der mehr und mehr Funktionen der

ambulanten Versorgung übernehmen wird. Einerseits sind dies Leistungen, die nicht mehr stationär erbracht zu werden brauchen bzw. dürfen, andererseits aber auch Leistungen, die bisher dem ambulanten Sektor vorbehalten waren. Während dies den Krankenhäusern die Möglichkeit der Kompensation vorangegangener Einbußen durch Bettenabbau eröffnet, wird es das Problem großer und oft redundanter Kapazitäten für spezialisierte ambulante Behandlung verschärfen. Auch wird erwartet, dass zu vermutende frühere Entlassungen aus der akutstationären Versorgung neue Herausforderungen an die ambulante Versorgung und z. B. an Einrichtungen der Rehabilitation stellen werden. Künftige Reformen werden sich diesem Problem – unter Einbeziehung der beteiligten Akteure, einschließlich der Länder – widmen müssen.

Kollektivismus versus Wettbewerb

Im Laufe der Geschichte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind die Regulierungen zunehmend vereinheitlicht worden. Im späten 19. Jahrhundert schlossen einzelne Krankenkassen Verträge mit einzelnen Ärzten ab. Anschließend gab es Verträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Ärzteverbänden. Schließlich verhandelten bestimmte Krankenkassen gemeinsam, es blieben jedoch Unterschiede zwischen den so genannten Primärkassen und den Ersatzkassen. Das Gesundheitsreformgesetz von 1989 war ein Versuch, die Seite der Ausgabenträger durch Standardisierung und Zentralisierung der Verhandlungsabläufe zu stärken und gleichzeitig den Leistungskatalog zu vereinheitlichen. Durch Einführung eines Risikostrukturausgleichs führte das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 zu einer Annäherung der Beitragssätze zwischen den Kassenarten. Dieses Gesetz führte ebenfalls freie Kassenwahl für die Mitglieder ein und damit einen Wettbewerb unter den Kassen. Da die Kassen ein annähernd identisches Leistungsspektrum bei relativ ähnlichen Beitragssätzen anbieten müssen, ist ein klassischer marktwirtschaftlicher Wettbewerb jedoch nicht möglich. Auch kontrahieren sie weitgehend mit denselben Leistungserbringern, da Verträge kollektiv abgeschlossen werden (bzw. im akutstationären Bereich Kontrahierungszwang für Plankrankenhäuser besteht). In dieser Situation ist es nicht erstaunlich, dass die Kassen – insbesondere die hinsichtlich Mitgliederzuwachs erfolgreicherer unter ihnen – mehr Spielraum für selektive Verträge fordern.

Gesundheitspolitiker fördern selektive Verträge behutsam, gleichzeitig bemüht, ein Gesundheitssystem mit gleichem Zugang und gleicher Qualität der Versorgung für alle Versicherten beizubehalten. Daher werden Möglichkeiten zur selektiven Kontrahierung nur allmählich erweitert, wie jüngst bei der Integrierten Versorgung durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004. Dieser Ansatz wird auch weiterhin Gegenstand der Diskussion bleiben.

Gesundheitspolitik mit europäischer Dimension

Spätestens seit der Entscheidung des Europäischen Gerichtshof von Mai 2003 ist es klar, dass die freie Wahl von ambulanten Gesundheitsdienstleistungen und -gütern mit Kostenerstattung auch für die deutsche – eigentlich auf dem Sachleistungsprinzip beruhende – GKV zutrifft. Veränderungen in der Nutzung von grenzüberschreitenden ambulanten Dienstleistungen werden allerdings im Gesamtsystem kaum bemerkt werden, und die geringen erwarteten Zunahmen werden überwiegend auf Grenzregionen beschränkt bleiben. Dennoch könnten zahnärztliche Leistungen, elektive Behandlungen und gewisse hochpreisige medikamentöse Behandlungen in EU Ländern mit niedrigen Preisen einigen Einfluss auf Gesundheitsausgaben ausüben. Im Krankenhaussektor wird erwartet, dass die Behandlung europäischer und internationaler Patienten weiter zunehmen wird, insbesondere von Ländern mit Wartelisten. Die nationale Gesundheitspolitik wird zunehmend EU-Recht in nationales Recht integrieren und proaktiv die Gesundheitspolitik auf EU-Ebene mitgestalten müssen.

Literaturverzeichnis

- (1) Busse R. Gesundheitssysteme im Wandel. Deutschland. Geschrieben in Zusammenarbeit mit Riesberg A, redigiert von Dixon A. Kopenhagen, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, 2000.
- (2) Statistisches Bundesamt. Aktuell. Indikatoren. Wiesbaden, 2005. <http://www.destatis.de> (31 Mai 2005).
- (3) Organisation of Co-operation and Economic Development. OECD Health Data 2004. Paris, 2004.
- (4) Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, 2003.
- (5) Statistisches Bundesamt. Gesundheitsberichterstattung. Wiesbaden, 2005. <http://www.gbe-bund.de> (31 Mai 2005).
- (6) Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro Europa. Datenbank „Gesundheit für alle“. Kopenhagen, Juni 2005.
- (7) Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2003. Wiesbaden, 2004.
- (8) Wörz M, Busse R. The impact of health care system change in the EU member states – Germany. Health Economics 2005; 14: im Druck.
- (9) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitte 1998 bis 2004. Bonn, April 2005.
- (10) Verband der deutschen Rentenversicherungsträger. Statistik des Rentenbestands 2003. Frankfurt, 2005.
- (11) Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2003. Wiesbaden, 2005.
- (12) Statistisches Bundesamt, Hrsg. Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, Bundeszentrale für politische Bildung, 2004.

- (13) Gericke C, Busse R. Policies for disease prevention in Germany in the European context: a comparative analysis. *Journal of Public Health* 2004; 26(3):230–238.
- (14) Nolte E, Koupilova I, McKee M. Neonatal and postneonatal mortality in Germany since unification. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54:84–90.
- (15) McKee M, Chenet L, Fulop N, Hort A, Brand H, Caspat W et al. Explaining the health divide in Germany: contribution of major causes of death to the difference in life expectancy at birth between East and West. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 1996; 4(2):214–224.
- (16) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden, Nomos, 2001.
- (17) Nolte E, Scholz R, Shkolnikov V, McKee M. The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Social Science and Medicine* 2002; 55(11):1905–1921.
- (18) Busse R, Nolte E. New Citizens: East Germans in a United Germany. In: Healy J, McKee M, Hrsg. *Accessing Healthcare – Responding to diversity*. Oxford University Press, 2004: 127–144.
- (19) Weindling P. *Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge, New York, Cambridge University Press, 1989.
- (20) Alber J. *Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*. Frankfurt am Main, Campus, 1992.
- (21) Statistisches Bundesamt. *Gesundheitspersonalrechnung 2003*. Wiesbaden, 2005. <http://www.gbe-bund.de> (31. Mai 2005).
- (22) Hundertmark-Mayser J, Möller B. *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 23*. Berlin, Robert Koch-Institut, 2004.
- (23) Bärnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science and Medicine* 2002; 54:1559–1587.
- (24) Saltman RB, Busse R. Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, Hrsg. *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*. Buckingham; Philadelphia: Open University Press, 2002: 3–52.

- (25) Wörz M, Busse R. Krankenhausmanagement. In: Schreyögg G, von Werder A, Hrsg. Handwörterbuch Unternehmensführung und Organisation. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 2004: 698–706.
- (26) Statistisches Bundesamt. Gesundheitsausgabenrechnung 2003. Wiesbaden, 2005. <http://www.gbe-bund.de> (31 Mai 2005).
- (27) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung 1995–2003. Bonn, Ausgaben 1996–2004.
- (28) Zok K. Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen. Bonn, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, 2003.
- (29) Bundesministerium für Gesundheit. Statistisches Taschenbuch. Gesundheit 2002. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit, 2002.
- (30) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand. Monatswerte Januar bis Juni 2004. Bonn, 2004.
- (31) Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1991. Baden-Baden, Nomos, 1991.
- (32) Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs* 2004; 23(3):56–67.
- (33) Deutsche Krankenhausgesellschaft. Krankenhausbarometer 2003. Berlin, 2004.
- (34) Andersen HH, Schwarze J. Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Präferenzen haben die Versicherten der GKV? *Sozialer Fortschritt* 2000; 49(2-3):48–56.
- (35) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Baden-Baden, Nomos, 2003.
- (36) Marstedt G. Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV. In: Böcken J, Braun B, Schnee M, Hrsg. Gesundheitsmonitor 2002. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2002.
- (37) Asmuth M, Blum K, Fack-Asmuth WG, Gumbrich G, Müller U, Offermanns M. Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995: Abschlußbericht. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf, Deutsches Krankenhausinstitut, 1999.

- (38) Dietrich ES, Schoop S, Bartmann P, Fuchs B. Arzneimitteltherapie in Deutschland – Bedarf und Realität. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. KBV Kontext Nr. 21. Köln, März 2003.
- (39) Gericke C, Wismar M, Busse R. Cost-sharing in the German health care system. Diskussionspapier 2004/4, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management. Berlin, 2004.
- (40) Spitzenverbände der Krankenkassen zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen. Gemeinsames Rundschreiben zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung vom 29 April 2003. Bergisch-Gladbach, 2003.
- (41) Thomson SMS, Busse R, Mossialos E. Low demand for substitutive voluntary health insurance in Germany. *Croatian Medical Journal* 2002; 43(4):425–432.
- (42) Verband der privaten Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2002/2003. Köln, 2003.
- (43) Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Statistisches Jahrbuch 2003. Bonn, Metzler-Poeschel, 2003.
- (44) Huber M, Orosz E. Health expenditure trends in OECD countries, 1990–2001. *Health care financing review* 2003; 25(1):1–22.
- (45) Stapf-Finé H, Schölkopf M. Die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich – Zahlen, Fakten, Trends. Düsseldorf, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 2003.
- (46) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden, Nomos, 2002.
- (47) Walter U. Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Hannover, Medizinische Hochschule Hannover, 2002.
- (48) Andersen HH, Schwarze J. Bedarfsprofile in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Analyse gruppenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems. Berliner Zentrum für Public Health, Blaue Reihe (5), 2003.
- (49) Kassenärztliche Bundesvereinigung. Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2002/2003. Köln, 2004.

- (50) Kassenärztliche Bundesvereinigung. Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1999. Köln, Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1999.
- (51) Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *The British Journal of General Practice* 2000; 50(11):882–887.
- (52) Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: 2003. Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1. Stuttgart, Metzler-Poeschel, 2005.
- (53) Jaspers B, Schindler T. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Gutachten. Berlin, Enquête-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“, November 2004.
- (54) Klose J, Preuß W, Gutschmidt S. Leistungen in der Arztpraxis im Jahr 2002. Auswertungen der GKV-Frequenzstatistik. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn, 2005.
- (55) Statistisches Bundesamt. Kostennachweis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: 2001 bzw. 2003. Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1. Stuttgart, Metzler-Poeschel, 2003, 2005.
- (56) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn, 2004.
- (57) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden, Nomos, 2002.
- (58) Sachverständigenkommission Vierter Altenbericht der Bundesregierung. Vierter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung hochaltriger Menschen. Berlin, 2002.
- (59) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn, 2004.
- (60) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung. Bonn, 2004.
- (61) Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2004. Köln, 2005.

- (62) Internet. Ebay steigt in Handel mit Medikamenten ein. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 22 Juli 2004, Nr. 168:11.
- (63) Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. Statistics 2003. Die Arzneimittelindustrie in Deutschland. Berlin, 2004.
- (64) Nink K, Schröder H. Ökonomische Aspekte des Arzneimittelmarktes. In: Schwabe U, Paffrath D, Hrsg. Arzneiverordnungsreport 2004. Berlin, Heidelberg, Springer, 2004, 137–178.
- (65) Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSI). Essen, 2004. <http://www.gamsi.de> (31 Mai 2005).
- (66) Schreyögg J, Busse R. Physician drug budgets in Germany: effects on prescription behaviour. *Journal of Pharmaceutical Finance, Economics & Policy* 2005; 14(3).
- (67) Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller. Selbstmedikation in Deutschland in Zahlen 2003. Bonn, 2005.
- (68) Schwabe U. Arzneiverordnungen 2002 im Überblick. In: Schwabe U, Paffrath D, Hrsg. Arzneiverordnungsreport 2003. Berlin, Heidelberg, Springer, 2003, 3–31.
- (69) Schwabe U. Arzneiverordnungen 2003 im Überblick. In: Schwabe U, Paffrath D, Hrsg. Arzneiverordnungsreport 2004. Berlin, Heidelberg, Springer, 2004, 3–36.
- (70) Wörz M, Perleth M, Schöffski O, Schwartz FW. Innovative Medizinprodukte im deutschen Gesundheitswesen. Baden-Baden, Nomos, 2002.
- (71) Deutsche Krankenhausgesellschaft. Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin, 2004.
- (72) Velasco Garrido M, Busse R. Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäusern? Eine kritische Diskussion der ersten Mindestmengenvereinbarung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2004; 58(5–6):10–20.
- (73) Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 1. Januar 2003. Köln, 2003.
- (74) Velasco Garrido M, Borowitz M, Øvretveit J, Busse R. Purchasing for quality of care. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, Hrsg. Purchasing for health gain. Buckingham, Open University Press, 2005, 215–235.

- (75) Tiemann B, Klingenberger, Weber M. Das System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland. Köln: Institut der Deutschen Zahnärzte, 2003.
- (76) Dixon A, Riesberg A, Weinbrenner S, Saka O, Le Grand J, Busse R. Complementary and Alternative Medicine in the UK and Germany – Research and Evidence on Supply and Demand. London/Berlin, Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society/Deutsch-Britische Stiftung für das Studium der Industriegesellschaft, 2003.
- (77) Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets – political strategies for better health outcomes: a conceptual and comparative study (part 2). *Health Policy* 2002; 59(3):223–241.
- (78) Busse R, Wismar M. Health target programmes and health care services – any link?: a conceptual and comparative study (part 1). *Health Policy* 2002; 59(3):209–221.
- (79) Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e.V., Hrsg. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin, Akademische Verlagsgesellschaft, 2002.
- (80) Beske F. Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung – Politische Entscheidungen 1977 – 2004 und andere Tatbestände. Kiel, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, 2004.
- (81) Wörz M, Busse R. Structural reforms for Germany's health care system? *Euro Observer* 2002; 4(4):1–3.
- (82) Figueras J, Saltman RB, Busse R, Dubois HFW. Patterns and performance in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse, RB, Figueras J, Hrsg. *Social health insurance systems in western Europe*. Buckingham, Open University Press, 2004: 81–140.

Tabellen und Abbildungen

Tabellen

- Tabelle 1. Volkswirtschaftliche Indikatoren, 1992–2002
- Tabelle 2. Gesundheitsrisiken, Morbidität und Mortalität, 1991 und 2001
- Tabelle 3. Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren) in der ehemaligen DDR bzw. den neuen Bundesländern und der alten Bundesrepublik bzw. den alten Bundesländern, 1949–2003
- Tabelle 4. Entwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1885–2003
- Tabelle 5. Gesundheitspersonal und Krankenhauskapazitäten, 1876–2002
- Tabelle 6. Anzahl der Krankenkassen, 1993–2004 (jeweils am 1. Januar)
- Tabelle 7. Entscheidungskompetenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst, 2005
- Tabelle 8. Entwicklung der Bettenzahl in allgemeinen Krankenhäusern mit öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft, 1990–2003
- Tabelle 9. Anteil (%) der Finanzierungsquellen an den Gesamtgesundheitsausgaben, 1992–2003
- Tabelle 10. Entwicklung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 1992–2003
- Tabelle 11. Transfersummen im Risikostrukturausgleich (RSA) in absoluten Zahlen und relativ zu den GKV-Ausgaben in den alten und neuen Bundesländern, 1995–2003
- Tabelle 12. Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1994–2005
- Tabelle 13. Veränderungen der Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV), 1992–2002 (nur alte Bundesländer)

- Tabelle 14. Entwicklung der Gesundheitsausgaben, 1970–2002
- Tabelle 15. Gesundheitsausgaben und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach Einrichtung als Anteil (%) am BIP, 1992–2003
- Tabelle 16. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach Fachgebiet und Versorgungsfunktion, 1990–2002
- Tabelle 17. Anzahl der Betten in Krankenhäusern und Heimen pro 100 000 Einwohner, 1991–2002
- Tabelle 18. Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme I: Allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern, 1991–2001
- Tabelle 19. Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme II: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den alten und neuen Bundesländern, 1991–2001
- Tabelle 20. Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme in Akutkrankenhäusern in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder neueste Angabe
- Tabelle 21. Ausgaben und Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung in Mrd. Euro, 1995–2003
- Tabelle 22. Erwerbstätige im Gesundheitssystem pro 100 000 Einwohner, 1991–2003
- Tabelle 23. Richtwerte zur Bedarfsplanung als Verhältnis von Vertragsärzten und Einwohnern je Planungsbereich nach Fachgebiet (höchste und niedrigste Verhältniszahl, Angaben laut Bedarfsplanungs-Richtlinie für 2003)
- Tabelle 24. Ausgaben für Arzneimittel nach Ausgabenträgern und Einrichtungen, 1992–2003
- Tabelle 25. Entwicklung des ärztlichen Ordnungsverhaltens und des Umsatzes im GKV-Arzneimittelmarkt, 1992–2003
- Tabelle 26. Medizinische Großgeräte pro Million Einwohner, 1992–2003
- Tabelle 27. Kostendämpfung durch Budgets und Ausgabenobergrenzen, 1989–2005
- Tabelle 28. Krankenhausbetten 1991–2003 und Investitionen 2003 nach Bundesländern
- Tabelle 29. Ausgaben für allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern, 1991–2001
- Tabelle 30. Entwicklung der DRG-Einführung (Stand nach dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz)

- Tabelle 31. Vergütung vertragsärztlicher Leistungen: Die 20 umsatzstärksten Leistungen und die ihnen im EBM zugewiesenen Punkte, 2003
- Tabelle 32. Indikatoren der vertragsärztlichen Versorgung: Anzahl der Ärzte und Fälle, des Honorars und der GKV-Ausgaben, 1980–2001
- Tabelle 33. Durchschnittliches Praxishonorar, Betriebskosten und Einkommen vor Steuern aus GKV-Mitteln pro Vertragsarzt nach Fachgebieten, 2001
- Tabelle 34. Chronologie wichtiger Gesundheitsreformgesetze, 1988–2004

Abbildungen

- Abbildung 1. Karte von Deutschland und seinen Nachbarländern
- Abbildung 2. Politische Karte Deutschlands mit seinen Bundesländern
- Abbildung 3. Die organisatorischen Beziehungen von Hauptakteuren des deutschen Gesundheitswesens, 2005
- Abbildung 4. Durchschnittlicher Beitragssatz in Prozent des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens nach Krankenkassenarten, 1982–2004
- Abbildung 5. Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland, ausgewählten Ländern und im EU-15-Durchschnitt, 1990–2002 (in Prozent des BIP)
- Abbildung 6. Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder neueste verfügbare Angabe
- Abbildung 7. Gesundheitsausgaben in US\$ Kaufkraftparitäten pro Kopf in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder neueste verfügbare Angabe
- Abbildung 8. Öffentliche Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder neueste verfügbare Angabe (in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben)
- Abbildung 9. Durchimpfungsrate gegen Masern in der Europäischen Region der WHO, 2004 oder neueste verfügbare Angabe
- Abbildung 10. Ambulante Arztkontakte pro Person in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder neueste verfügbare Angabe
- Abbildung 11. Anzahl der Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern pro 100 000 Einwohner in Deutschland, ausgewählten Ländern und im EU-15-Durchschnitt, 1990–2003

- Abbildung 12. Anzahl der Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Union, 1990 und 2003 oder neueste verfügbare Angabe
- Abbildung 13. Anzahl der Ärzte pro 100 000 Einwohner in Deutschland, ausgewählten Ländern und im EU-15-Durchschnitt, 1990–2003
- Abbildung 14. Anzahl der Ärzte und Krankenschwestern pro 1000 Einwohner in der Europäischen Union, 2003 oder neueste verfügbare Angabe
- Abbildung 15. Finanzströme im deutschen Gesundheitssystem, 2003
- Abbildung 16. Bestandteile der Krankenhausvergütung nach Erlösarten und Zu- und Abschlägen, 2005

Glossar

Deutsch-Englisch

Deutsch	Deutsche Abkürzung	Englisch
1. Fallpauschalen-Änderungsgesetz	1. FPÄndG	1st Case Fees Amendment Act
2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz	2. FPÄndG	2nd Case Fees Amendment Act
1. GKV-Neuordnungsgesetz	1. NOG	1st Statutory Health Insurance (SHI) Restructuring Act
2. GKV-Neuordnungsgesetz	2. NOG	2nd Statutory Health Insurance (SHI) Restructuring Act
12. Sozialgesetzbuch-V-Änderungsgesetz		12th Social Code Book V Amendment Act
Ärztekammer		(regional) physicians' chamber
Allgemeine Ortskrankenkassen	AOK	general regional sickness funds (literally: general local funds)
Apothekerkammer		(regional) pharmacists' chamber
Approbationsordnung für Ärzte	ÄAppO	Physicians' Approbation Ordinance
Arbeiterwohlfahrt	AWO	Workers' Welfare Organization
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände	ADS	Alliance of German Nurses' Associations
(die frühere) Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung	AQS	(the former) Working Group Quality Assurance
Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften	AWMF	Association of the Scientific Medical Societies
Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz	AABG	Pharmaceutical Expenditure Limitation Act
Arzneimittelbudgetablösungsgesetz	ABAG	Pharmaceutical Budget Redemption Act
Arzneimittelgesetz	AMG	Pharmaceutical Act
Arzneimittelpreisverordnung (der frühere) Ausschuss Krankenhaus	AmPreisV	Pharmaceutical Price Ordinance (the former) Committee for Hospital Care
Beitragsatzsicherungsgesetz 2003	BSSichG	Contribution Rate Stabilization Act
Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen		Commissioner of the Federal Government for the Concerns of Disabled People

Bbeauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten		Commissioner of the Federal Government for the Concerns of Patients
Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen	BDP	Organization of German Psychologists
Betriebskrankenkassen	BKK	company-based sickness funds
Bewertungsausschuss		Valuation Committee (for ambulatory care)
Bundesärztekammer	BÄK	Federal Physicians' Chamber
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	BAFin	Federal Authority for Financial Services Supervision
Bundesanstalt für Straßenwesen	BAST	Federal Highway Research Institute
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege		Federal Alliance of Voluntary Welfare Organizations
Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen	BAGP	Federal Alliance of Patient Centres and Initiatives
Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation		Federal Alliance of Rehabilitation
(der frühere) Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen		(the former) Federal Supervisory Office for the Insurance Sector
(der frühere) Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen		(the former) Federal Committee of Physicians and Sickness Funds
Bundesbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen		Federal Commissioner for the Elections in Statutory Insurance
Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller	BAH	Federal Association of Pharmaceutical Manufacturers (representing mainly OTC manufacturers)
Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung	BQS	Federal Office for Quality Assurance
(das frühere) Bundesgesundheitsamt	BGA	(the former) Federal Health Office
(der frühere) Bundesgesundheitsrat		(the former) Federal Health Council
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	BfArM	Federal Institute for Pharmaceuticals and Medical Devices
Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin	BgVV	Federal Institute for Health Protection of Consumers and Veterinary Medicine
Bundesknappschaft		miners' sickness fund
Bundesmantelvertrag		federal framework contract
Bundesministerium für Gesundheit	BMG	Federal Ministry of Health
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	BMGS	Federal Ministry of Health and Social Security since 2002 (in the text often abbreviated as Federal Ministry of Health)
Bundespflegesatzverordnung	BPfIV	Federal Hospital Reimbursement Ordinance
Bundespsychotherapeutenkammer		Federal Psychotherapists' Chamber
Bundesrat		Federal Council (Upper Chamber of Parliament)

Bundesrepublik Deutschland		Federal Republic of Germany (official name for the “old” federal states until 1990, since 1990 unified with the “new” federal states in the eastern part of Germany)
Bundestag		Federal Assembly (Lower Chamber of Parliament)
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie	BPI	Federal Association of the Pharmaceutical Industry
Bundesverband Logopädie	DBL	Federal Organization of Speech Therapy
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	ABDA	Federation of Pharmacists’ Organizations
Bundesversicherungsamt	BVA	Federal Insurance Authority
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	BZgA	Federal Centre for Health Education
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen	DAG-SH	German Working Group Self-Help Groups
(die ehemalige) Deutsche Demokratische Republik	DDR	(the former) German Democratic Republic
Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft	DKG	German Hospital Organization
Deutscher Apothekerverband	DAV	German Pharmacists’ Organization
Deutscher Behindertenrat	DBR	German Council of Disabled People
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	DBfK	German Nursing Association
Deutscher Caritasverband		German Caritas (= Catholic Welfare) Organization
Deutscher Generikaverband (zuvor: Verband aktiver Pharmaunternehmen)		German Generics Association (previously: Association of Active Pharmaceutical Companies)
Deutscher Hausärzterverband (zuvor: Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzterverband)	BDA	German Family Physicians’ Organization
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	DPW	Association of Independent Voluntary Welfare Organizations
Deutscher Pflegerat	DPR	German Nursing Council
Deutscher Psychotherapeutenverband -Berufsverband Psychologischer Psychotherapeuten	DPTV	German Psychotherapist Organization – Professional Organization of Psychological Psychotherapists
Deutscher Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten	ZVK	German Organization of Physiotherapy
Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung		German Forum Prevention and Health Promotion
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	DIMDI	German Institute for Medical Documentation and Information
Deutsches Rotes Kreuz	DRK	German Red Cross
Diagnose-bezogene Fallpauschale	DRG	Case fee based on Diagnosis-Related Group

Diakonisches Werk		Association of Protestant Welfare Organizations
Drogenbeauftragte der Bundesregierung		Narcotic Drug Commissioner of the Federal Government
Einheitlicher Bewertungsmaßstab	EBM	Uniform Value Scale
Ersatzkassen		substitute funds
Erweiterter Bewertungsausschuss		Extended Valuation Committee
Fallpauschale (seit 2000 im engeren Sinn: Diagnose-bezogene Fallpauschale)		case fee (since 2000 in a narrower sense: diagnosis-related groups)
Fallpauschalengesetz	FPG	Case Fees Act
Fallpauschalenverordnung		Case Fees Ordinance
Festbetragsanpassungsgesetz	FBAG	Reference Price Adjustment Act
Gebührenordnung für Ärzte	GOÄ	Catalogue of Tariffs for Physicians
Gemeinsamer Bundesausschuss	G-BA	Federal Joint Committee
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung	GVG	Society for Social Security Policy and Research
Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz		Act to Adjust the Financing of Dentures
Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte		Act to Newly Regulate Choice of Sickness Funds
Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung		Act to Equalize Statutory Provisions in Statutory Health Insurance
Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV		Act to Reform the Risk Structure Compensation Scheme in Statutory Health Insurance
Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung	GKV-SolG	Act to Strengthen Solidarity in Statutory Health Insurance (SHI)
Gesetzliche Krankenversicherung	GKV	statutory health insurance (SHI)
Gesundheitsreformgesetz	GRG	Health Care Reform Act of 1989
Gesundheitsstrukturgesetz	GSG	Health Care Structure Act of 1993
GKV-Arzneimittelindex		list of pharmaceuticals prescribed in statutory health insurance
GKV-Gesundheitsreform 2000		Reform Act of SHI 2000
GKV-Modernisierungsgesetz	GMG	Statutory Health Insurance (SHI) Modernization Act
Grundgesetz		Basic Law (= constitution)
Heilmittelkatalog		catalogue of care by non-physicians
Hilfsmittelverzeichnis		catalogue of medical aids
Honorarverteilungsmaßstab	HVM	Remuneration Distribution Scale
Infektionsschutzgesetz	IfSG	Infection Protection Act
Innungskrankenkassen	IKK	guild sickness funds
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	INEK	Institute for the Payment System in Hospitals
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit	IQWiG	Institute for Quality and Efficiency
Kassenärztliche Bundesvereinigung	KBV	Federal Association of SHI Physicians

Kassenärztliche Vereinigung	KV	(regional) physicians' association
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	KZBV	Federal Association of SHI Dentists
Kassenzahnärztliche Vereinigung (die frühere) Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	KZV KAiG	(regional) dentists' association (the former) Concerted Action in Health Care
(der frühere) Koordinierungsausschuss		(the former) Coordinating Committee (between Committee for Hospital Care and Federal Committee of Physicians and Sickness Funds)
Krankenhaus-Entgelt-Ausschuss	KEA	Committee on Hospital payment
Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz		Hospital Cost-containment Act
Krankenhausbedarfsplan		Hospital plan
Krankenhausentgeltgesetz		Hospital Payment Act
Krankenhausfinanzierungsgesetz	KHG	Hospital Financing Act
Krankenhausneuordnungsgesetz		Hospital Restructuring Act
Krankenversicherungs-Kostendämpfungsergänzungsgesetz		Health Insurance Contribution Rate Exoneration Act
	KVKG	Health Insurance Cost-containment Amendment Act Health Insurance Cost-containment Act
Land (Plural: Länder)		State(s)
Landwirtschaftliche Krankenkassen	LKK	farmers' sickness funds
Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte		Marburg Union of Employed (Hospital) Physicians
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	MDK	SHI Medical Review Board
Medizinproduktegesetz	MPG	Medical Devices Act
Medizinprodukteverordnung	MPV	Medical Devices Ordinance
Paul Ehrlich-Institut (Bundesamt für Sera und Impfstoffe)		Federal Institute for Sera and Vaccines (Paul Ehrlich-Institute)
Plankrankenhaus		Planned hospital
Psychotherapeutenkammer		(regional) psychotherapists' chamber
Reichsversicherungsordnung	RVO	Imperial Insurance Regulation (largely replaced by the Social Code Book)
Richtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschusses)		directive (issued by the Federal Joint Committee)
Robert Koch-Institut	RKI	Federal Institute for Communicable and Non-Communicable Diseases (Robert Koch-Institute)
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (zuvor: für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)	SVR	Advisory Council for Evaluating the Development in Health Care
(previously: Advisory Council for the Concerted Action in Health Care)		
Seekrankenkasse		sailors' sickness fund

Sonderentgelt		procedure fee
Soziale Pflegeversicherung	SPV	Statutory long-term care insurance
Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung)	SGB V	Social Code Book V (Statutory Health Insurance)
Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)	SGB IX	Social Code Book IX (Rehabilitation and Participation of Disabled People)
Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung)	SGB XI	Social Code Book XI (Statutory Long-term Care Insurance)
Spitzenverbände der Krankenkassen		Federal associations of sickness funds
Statistisches Bundesamt		Federal Statistical Office
Stiftung Warentest		Foundation for the Testing of Consumer Goods (and Services)
Verband der Angestelltenkrankenkassen/ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband	VdAK/ AEV	Association of Substitute Funds
Verband der Ärzte Deutschlands – Hartmannbund (früher Leipziger Verband)		Organization of German Doctors – Hartmann Union
Verband der Ergotherapeuten		Organization of Occupational Therapists
Verband der privaten Krankenversicherung	PKV	Association of Private Health Insurance
Verband forschender Arzneimittelhersteller	VFA	Association of Research-based Pharmaceutical Companies
Verbraucherzentrale Bundesverband	VZBV	Federation Consumer Centres
Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte	VDÄÄ	Organization of Democratic Physicians
Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten		Organization of SHI-affiliated Psychological Psychotherapists
Vermittlungsausschuss		Mediation Committee (between Federal Assembly and Federal Council)
Verordnung (von Ministerien)		ordinance (issued by ministries)
Zahnärztekammer		(regional) dentists' chamber
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland		Welfare Organization of the Jews in Germany

The Health care systems in transition profiles

– A series of the European Observatory on Health Systems and Policies

The Health care systems in transition (HiT) country profiles provide an analytical description of each health care system and of reform initiatives in progress or under development. They aim to provide relevant comparative information to support policy-makers and analysts in the development of health care systems and reforms in the countries of the European Region and beyond. The HiT profiles are building blocks that can be used:

- to learn in detail about different approaches to the financing, organization and delivery of health care services;
- to describe accurately the process, content and implementation of health care reform programmes;
- to highlight common challenges and areas that require more in-depth analysis; and
- to provide a tool for the dissemination of information on health systems and the exchange of experiences of reform strategies between policy-makers and analysts in countries of the WHO European Region.

How to obtain a HiT

All HiT country profiles are available in PDF format on www.observatory.dk, where you can also join our listserve for monthly updates of the activities of the European Observatory on Health Systems and Policies, including new HiTs, books in our co-published series with Open University Press (English), policy briefs, the *EuroObserver* newsletter and the *EuroHealth* journal. If you would like to order a paper copy of a HiT, please write to:



The publications of
the European Observatory
on Health Systems and
Policies are available on
www.euro.who.int/observatory

info@obs.euro.who.int

Bisher veröffentlichte HiT Länderprofile:

Albania (1999, 2002^{a,g})
 Andorra (2004)
 Armenia (2001^g)
 Australia (2002)
 Austria (2001^e)
 Azerbaijan (2004)
 Belgium (2000)
 Bosnia and Herzegovina (2002^g)
 Bulgaria (1999, 2003^b)
 Croatia (1999)
 Cyprus (2004)
 Czech Republic (2000, 2005)
 Denmark (2001)
 Estonia (2000, 2004)
 Finland (2002)
 France (2004^c)
 Georgia (2002^{d,g})
 Germany (2000^e, 2005^e)
 Hungary (1999, 2004)
 Iceland (2003)
 Israel (2003)
 Italy (2001)
 Kazakhstan (1999^g)
 Kyrgyzstan (2000^g, 2005)
 Latvia (2001)
 Lithuania (2000)
 Luxembourg (1999)
 Malta (1999)
 Netherlands (2004)
 New Zealand (2002)
 Norway (2000)
 Poland (1999)
 Portugal (1999, 2004)
 Republic of Moldova (2002^g)
 Romania (2000)
 Russian Federation (2003^g)
 Slovakia (2000, 2004)
 Slovenia (2002)
 Spain (2000^h)
 Sweden (2001)
 Switzerland (2000)
 Tajikistan (2000)
 The former Yugoslav Republic of Macedonia (2000)
 Turkey (2002^{g,i})
 Turkmenistan (2000)
 Ukraine (2004^g)
 United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (1999^g)
 Uzbekistan (2001^g)

Legende

Alle HiTs sind in englischer Sprache verfasst. Viele HiTs sind auch in anderen Sprachen verfügbar:

- ^a albanisch
- ^b bulgarisch
- ^c französisch
- ^d georgisch
- ^e deutsch
- ^f rumänisch
- ^g russisch
- ^h spanisch
- ⁱ türkisch